

## Dor crônica e atividade laboral: características psicossociais de pacientes de uma clínica de dor do interior paulista

### *Chronic pain and labor activity: psychosocial characteristics of patients at a pain clinic in the inner paulista*

Loiane Leticia dos Santos, José Eduardo Nogueira Forni, Ana Marcia Rodrigues da Cunha, Paulo Rafael Condi, Marília Capuco, Carlos Eduardo Dall Aglio Rocha, Lilian Chessa Dias, Marcos Henrique Dall Aglio Foss, Marielza Regina Ismael Martins, Randolfo dos Santos Junior

#### RESUMO

Estudos estimativos apontam que as principais doenças globais no ano de 2030 serão doenças crônicas que apresentam como sintomas a dor. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo realizar um levantamento das características psicossociais e a correlação com a atividade laboral de pacientes atendidos em uma Clínica de Dor. Foi realizado um estudo retrospectivo por meio de dados arquivados de avaliações psicológicas de duzentos e um pacientes com diagnóstico de dor crônica não oncológica de etiologia variada em tratamento na Clínica de Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP. No total foram utilizados os dados de 187 pacientes. Foram excluídos quatorze protocolos em virtude de dados incompletos. Houve predominância de pacientes do sexo feminino (68,4%), casados (64,7%), com até o primeiro grau de escolaridade (65,8%), e com idade média de 47 anos ( $\pm 12,06$ ), variando entre 18 e 77 anos. Quanto à atividade profissional, 71,1% encontravam-se inativos sendo: n=96 (51,3%) afastados, n=13 (6,95%) desempregados e n=24 (12,8%) aposentados. A intensidade de dor foi avaliada a partir da Escala Analógica de Dor que variou entre 1 e 10 pontos, considerando uma escala de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável), com intensidade média de 7,75 pontos. O tempo médio de duração da dor variou entre seis meses e quarenta anos, com média de 84.1 ( $\pm 82,02$ ) meses, cerca de 7 anos. Os dados da CPSS apontaram que 140 pacientes (74,9%) apresentaram indicadores de baixa autoeficácia frente ao controle de sintomas, percepção de capacidade de lidar com a dor e de realizar suas tarefas de vida diária. A Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) nesta amostra apontou que cerca de n=138 pacientes (73,8%) apresentaram indicativos para um possível diagnóstico de ansiedade e n=133 pacientes (71,1%) apresentaram indicadores para um possível diagnóstico de depressão. Destes, 118 (63,1%) apresentaram indicadores de ansiedade e depressão concomitantes. Observou-se uma relação entre autoeficácia e atividade ocupacional. Comparando as médias dos escores de autoeficácia entre pacientes ativos envolvidos em atividades remuneradas e não remuneradas (160.6) e a média de escores de autoeficácia de participantes profissionalmente inativos-afastados, aposentados, desempregados e sem envolvimento com atividades não remuneradas (129.2) foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa nos indicadores de autoeficácia ( $p=0.0007$ ). Os dados também apontam uma diferença significativa entre ativos

e inativos nos escores de ansiedade ( $p=0.0003$ ) e depressão ( $p=0.0003$ ). Por conseguinte, o Inventário de Atitudes Frente a Dor (IAD) nessa amostra resultou diferença significativa com relação aos participantes envolvidos em atividades ocupacionais e os não envolvidos, nas sub-escalas de controle ( $p=0.0332$ ) dano físico ( $p=0.0464$ ) medicação ( $p=0.0018$ ) e incapacidade ( $p=0.0182$ ). Pacientes ativos apresentam tempo menor de convivência com a dor, porém sem significância estatística. Também não foi observada diferença significativa entre a intensidade da dor de pacientes ativos e os considerados inativos. Portanto, neste estudo, baixa autoeficácia, crenças disfuncionais, vulnerabilidade a ansiedade e depressão mostraram-se mais associados aos pacientes considerados inativos.

**DESCRITORES:** Dor crônica; aspectos psicossociais, atividade laboral.

## ABSTRACT

*Estimative studies indicate that the main global diseases in the year 2030 will be chronic diseases that present pain as symptoms. In this sense, the present study aims to carry out a survey of the psychosocial characteristics and the correlation with the work activity of patients treated at a Pain Clinic. A retrospective study was carried out using archived data from psychological assessments of two hundred and one patients diagnosed with non-cancer chronic pain of varied etiology undergoing treatment at the Pain Clinic of the Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP. In total, data from 187 patients were used. Fourteen protocols were excluded due to incomplete data. There was a predominance of female patients (68.4%), married (64.7%), with up to elementary school (65.8%), and with a mean age of 47 years ( $\pm 12.06$ ), ranging from 18 to 77 years. As for professional activity, 71.1% were inactive, being:  $n=96$  (51.3%) on leave,  $n=13$  (6.95%) unemployed and  $n=24$  (12.8%) retired. Pain intensity was assessed using the Analog Pain Scale that ranged from 1 to 10 points, considering a scale from 0 (no pain) to 10 (unbearable pain), with an average intensity of 7.75 points. The mean duration of pain ranged from six months to forty years, with a mean of 84.1 ( $\pm 82.02$ ) months, about 7 years. The CPSS data showed that 140 patients (74.9%) had indicators of low self-efficacy regarding symptom control, perceived ability to deal with pain and perform their daily tasks. The Anxiety and Depression Scale (HAD) in this sample showed that about  $n=138$  patients (73.8%) presented indications for a possible diagnosis of anxiety and  $n=133$  patients (71.1%) presented indicators for a possible diagnosis of anxiety. depression. Of these,  $n=118$  (63.1%) had indicators of concomitant anxiety and depression. A relationship was observed between self-efficacy and occupational activity. Comparing the means of self-efficacy scores between active patients involved in paid and unpaid activities (160.6) and the mean of self-efficacy scores of participants who are professionally inactive - away, retired, unemployed and not involved in unpaid activities (129.2) it was possible to verify a statistically significant difference in self-efficacy indicators ( $p=0.0007$ ). The data also point to a significant difference between active and inactive in anxiety ( $p=0.0003$ ) and depression ( $p=0.0003$ ) scores. Therefore, the Inventory of Attitudes towards Pain (IAD) in this sample resulted in a significant difference in relation to participants involved in occupational activities and those not involved, in the control subscales ( $p=0.0332$ ) physical harm ( $p=0.0464$ ) medication ( $p=0.0018$ ) and disability ( $p=0.0182$ ). Active patients have a shorter time of living with pain, but without statistical significance. There was also no significant difference between the pain intensity of active patients and those considered inactive. Therefore, in this study, low self-efficacy, dysfunctional beliefs, vulnerability to anxiety and depression were more associated with patients considered inactive.*

**KEYWORDS:** Chronic pain; psychosocial aspects; work activity.

## INTRODUÇÃO

Estudos estimativos da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que as principais doenças globais no ano de 2030 serão doenças crônicas como: depressão, cardíacas coronárias e cerebrovasculares<sup>1</sup>. A dor está associada a todas as doenças anteriormente citadas, mas, para, além de uma comorbidade, as síndromes dolorosas são atualmente consideradas agentes nosológicos independentes, com causas, características e tratamentos definidos, sendo causadores de sofrimento significativo aos pacientes e seus familiares<sup>1</sup>.

Estudos apontam que pacientes acometidos por dor crônica apresentam riscos possíveis a incapacidade laboral. Estes fatores podem estar associados às dificuldades em lidar com o meio de trabalho, questões psicossociais e intensidade da dor<sup>3</sup>. A literatura evidencia que, para o desenvolvimento de dor crônica e sua possível incapacidade, os aspectos psicossociais podem ser mais relevantes que os aspectos físicos<sup>4,5</sup>.

A Sociedade Brasileira de Estudos de Dor (SBED) destaca que cerca de 30% da população se queixa ou sofre de dor. Destes pacientes, a prevalência dos que procuram as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) US é de 30 a 50%, o que implica a grande demanda econômica dos serviços de saúde<sup>2</sup>. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo realizar um levantamento das características psicossociais e a correlação com a atividade laboral de pacientes atendidos em uma Clínica de Dor.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo por meio de dados arquivados de avaliações psicológicas de duzentos e um pacientes com diagnóstico de dor crônica não oncológica de etiologia variada em tratamento na Clínica de Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP. Os dados foram coletados entre os anos de 2009 e 2012 com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer 3971/2009). Para este estudo foi encaminhado ao CEP carta informando a retomada da análise dos dados. Foram incluídos no estudo as informações dos pacientes maiores de 18 anos, com presença de dor há pelo menos 6 meses e com diagnóstico médico de dor crônica. No total foram utilizados os dados de 187 pacientes. Foram excluídos quatorze protocolos em virtude de dados incompletos.

### Instrumentos:

Foram analisados os dados dos seguintes instrumentos que compõem o protocolo de Avaliação Psicológica dos pacientes da Clínica da Dor.

1. A dor foi mensurada pela Escala Numérica<sup>6</sup>. Esse instrumento avalia o nível de dor a partir de uma autoavaliação e consiste em uma régua de 10 centímetros (cm) de comprimento, desprovida de números, na qual há apenas indicação na extremidade esquerda de “ausência de dor” (correspondente a 0 cm) e, na direita de “dor insuportável” (correspondente a 10 cm). Os participantes foram instruídos a fazer uma marca na reta que corresponde à própria avaliação da intensidade de sua dor. Quanto mais altos os valores, maior a intensidade da dor.

2. Ficha de identificação para coleta de dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, procedência, trabalho) e dados clínicos (duração da dor, localização da dor e diagnóstico médico).
3. O Inventário de Atitudes Frente a Dor versão breve (IAD-breve) consta de 28 itens, correspondentes a sete domínios de crenças e atitudes frente à dor: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, medicação, emoção e dano físico. O domínio Solicitude diz respeito a quanto o paciente acredita que as outras pessoas (especialmente familiares) precisam ser mais solícitas a ele quando estiver sentindo dor; o domínio Emoção avalia o quanto o paciente acredita que as emoções influenciam em sua dor; o domínio Cura Médica avalia a força das crenças do paciente em uma cura total para sua dor; o domínio Controle diz respeito a quanto o paciente acredita ser capaz de controlar a sua dor; o domínio Dano Físico avalia o quanto o paciente acredita que sua dor será agravada com atividades físicas; o domínio Incapacidade avalia o quanto o paciente acredita estar incapacitado pela dor; e o domínio Medicação avalia o quanto o paciente acredita nos medicamentos como a melhor forma de tratar a dor crônica. O escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4. Não há pontos de corte, nem resposta certa ou errada, mas há orientações de respostas mais desejáveis por serem consideradas, pelo autor do inventário, como hipoteticamente mais adaptativas. Nesse sentido seria desejável para os domínios Emoção e Controle escore com valor igual a 4 e para os domínios Solicitude, Cura médica, Danos físicos, Incapacidade e Medicação escore com valor igual a 0<sup>7,8</sup>.
4. Escala de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety Depression Scale) – HADS. O instrumento contém 14 questões, sendo 7 itens para indicadores de ansiedade (HADS A) e 7 itens para indicadores de depressão (HADS D). Os escores de ansiedade e depressão foram calculados a partir da soma das questões HADD1 a HADD7, para depressão e a soma das questões HADA1 a HADA7 para ansiedade. Segundo o critério sugerido por Botega<sup>9</sup>, adotou-se como ponto de corte 8, tanto para indicativo de ansiedade, quanto de depressão. Para avaliar indicadores de ansiedade e depressão a HAD não utiliza critérios somáticos comuns em muitas doenças crônicas como fadiga, perda do apetite e alterações do sono. É um instrumento que permite avaliar sintomas subjetivos específicos, demonstrando, no seu resultado, a necessidade ou não do uso de outros métodos diagnósticos adequados, na identificação e na condução do tratamento<sup>10</sup>.
5. Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) – Escala desenvolvida para avaliar a percepção de autoeficácia e a capacidade do paciente com dor crônica para lidar com as consequências da dor. O instrumento tem 22 itens nos quais o entrevistado indica suas crenças quanto a habilidade pessoal de desempenhar atividades específicas

ou alcançar resultados específicos relacionados à dor, coping e funcionalidade. O instrumento é formado por três domínios: autoeficácia para controle da dor (EAD), autoeficácia para funcionalidade (AEF) e autoeficácia para lidar com sintomas (AES). Cada item varia de 0 a 100 e os escores para cada domínio variam de 10 a 100. Considera-se de 30 a 184 pontos como autoeficácia baixa e de 185 a 300 pontos como autoeficácia elevada<sup>11</sup>.

Devido à ausência de distribuição normal das variáveis dependentes, demonstrada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov -KS- ( $p < 0,05$ ), as análises de comparação dos escores entre as variáveis foram realizadas por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney com nível de significância de  $p < 0,05$ . Para análise estatística foi utilizado o programa computacional GRAPHPAD INSTAT.

## RESULTADOS

Houve predominância de pacientes do sexo feminino (68,4%), casados (64,7%), com até o primeiro grau de escolaridade (65,8%), e com idade média de 47 anos ( $\pm 12,06$ ), variando entre 18 e 77 anos. Quanto à atividade profissional, 71,1% encontravam-se inativos sendo:  $n=96$  (51,3%) afastados,  $n=13$  (6,95%) desempregados e  $n=24$  (12,8%) aposentados (Tabela 1).

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES	
	N	%
Sexo		
Feminino	128	68.4
Masculino	59	31.6
Total	187	
<b>IDADE</b>		
18 a 25 anos	06	3.2
26 a 40 anos	47	25.1
41 a 55 anos	93	49.8
56 a 70 anos	37	19.8
>70 anos	04	2.1
Total	187	
Média de idade (anos)	47.05	
<b>ESCOLARIDADE</b>		
1ª grau	123	65.8
2ª grau	59	31.5
Superior	05	2.7
Total	187	
<b>CONDIÇÃO EMPREGATÍCIA</b>		
Ativo	54	28,9
Inativo	133	71,1
Total	187	

**TABELA 1.** Características sociodemográficas dos pacientes atendidos na clínica de dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, Brasil.

A intensidade de dor foi avaliada a partir da Escala Analógica de Dor que variou entre 1 e 10 pontos, considerando uma escala de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável), com intensidade média de 7,75 pontos. O tempo médio de duração da dor variou entre seis meses e quarenta anos, com média de 84.1 ( $\pm 82,02$ ) meses, cerca de 7 anos.

Os resultados do Inventário de Atitudes Frente a Dor (IAD) apontam médias importantes de expectativas de cura total da dor (3,01), por uso da medicação (2,79) associado a crenças de incapacidade (3,04), dano físico (2,27), e incontornabilidade da dor (1,74) (Tabela 2).

Os dados da CPSS apontaram que 140 pacientes (74,9%) apresentaram indicadores de baixa autoeficácia frente ao controle de sintomas, percepção de capacidade de lidar com a dor e de realizar suas tarefas de vida diária (Tabela 2).

A Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) nesta amostra apontou que cerca de  $n=138$  pacientes (73,8%) apresentaram indicadores para um possível diagnóstico de ansiedade e  $n=133$  pacientes (71,1%) apresentaram indicadores para um possível diagnóstico de depressão. Destes, 118 (63,1%) apresentaram indicadores de ansiedade e depressão concomitantes (Tabela 2).

Observou-se uma relação entre autoeficácia e atividade ocupacional. Comparando as médias dos escores de autoeficácia entre pacientes ativos envolvidos em atividades remuneradas e não remuneradas (160,6) e a média de escores de autoeficácia de participantes profissionalmente inativos-afastados, aposentados, desempregados e sem envolvimento com atividades não remuneradas (129,2) foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa nos indicadores de autoeficácia ( $p=0,0007$ ). Os dados também apontam uma diferença significativa entre ativos e inativos nos escores de ansiedade ( $p=0,0003$ ) e depressão ( $p=0,0003$ ).

Por conseguinte, o Inventário de Atitudes Frente a Dor (IAD) nessa amostra resultou diferença significativa com relação aos participantes envolvidos em atividades ocupacionais e os não envolvidos, nas sub-escalas de controle ( $p=0,0332$ ) dano físico ( $p=0,0464$ ) medicação ( $p=0,0018$ ) e incapacidade ( $p=0,0182$ ) (Tabela 2). Pacientes ativos apresentam tempo menor de convivência com a dor, porém sem significância estatística. Também não foi observada diferença significativa entre a intensidade da dor de pacientes ativos e os considerados inativos (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes é compatível com outros estudos nacionais e aponta predominância de mulheres, com baixa escolaridade, em idade produtiva e com alto índice de afastamento de suas atividades laborais remuneradas e não remuneradas, indicando, como já foi demonstrado por outros autores, os elevados custos que a dor crônica gera nos sistemas de saúde, previdenciário, e na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares<sup>11,13</sup>

Considerando um cenário de longo tempo de convivência com a dor e suas consequências clínicas e psicossociais na elaboração de crenças e atitudes para enfrentar a dor, compreende-se melhor a predominância dos indicadores de baixa autoeficácia entre os pacientes avaliados, em especial entre aqueles que

VARIÁVEIS CLÍNICAS E PSICOSSOCIAIS	CONDIÇÃO OCUPACIONAL		TESTE DE MANN WHITNEY
	ATIVOS	INATIVOS	
Tempo de dor	75.2 (±66.82)	87.7 (+87,41)	p=0.4277
Nível de dor	7.6 (±1.48)	7.7 (±1.48)	p=0.9451
Ansiedade	9.0 (±4.78)	11.7 (±4.51)	p=0.0003*
Depressão	8.0(±5.36)	11.0 (±4.41)	p=0.0003*
Autoeficácia	160.6 (+58.50)	129.2(±56.00)	p=0.0007*
IAD - Solicitude	1.8 (±1.31)	1.8 (±1.38)	p=0.8435
IAD - Cura	3.0 (±0.89)	3.0 (±0.87)	p=0.8323
IAD - Controle	1.9 (±0.91)	1.5 (±1.10)	p=0.0332*
IAD - Controle	2.0 (±1.07)	2.3 (±1.18)	p=0.0464*
IAD - Medicação	2.4 (±1.07)	2.9 (±0.95)	p=0.0018*
IAD - Emoção	2.5 (±1.39)	2.7 (±1.24)	p=0.4902
IAD - Incapacidade	2.7 (±1.19)	3.1 (±0.88)	p=0.0182*

**TABELA 2.** Variáveis clínicas e psicossociais: comparação entre grupos segundo condição ocupacional pacientes atendidos na clínica de dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, Brasil.

relataram afastamento de suas atividades. No estudo de Sardá Júnior<sup>14</sup> foi observada uma relação entre baixa autoeficácia, estratégias de enfrentamento ineficazes, percepção de incapacidade e desemprego. Esses dados sugerem que pacientes podem apresentar mais comportamentos de esquiva, excesso de repouso e dificuldades de adesão ao tratamento. Diante disso, pode-se supor que aspectos da saúde mental também fiquem comprometidos.

Observa-se um percentual significativo de indicadores de ansiedade e depressão, especialmente entre os pacientes considerados inativos. Outro estudo brasileiro utilizando a mesma escala aponta incidência menor de ansiedade e depressão em outro ambulatório de dor<sup>15</sup>. A resposta para esta divergência poderá ser tema de futuras investigações acerca da relação entre morbidades psiquiátricas e sua relação com a dor nessa amostra. Alguns autores consideram que aspectos psicossociais, dentre eles indicadores de ansiedade e depressão podem aumentar o risco de dor crônica<sup>16, 17</sup> e ser um preditor negativo para retorno ao trabalho após um procedimento cirúrgico<sup>18</sup>. Por outro lado, se faz evidente que a dor crônica compromete aspectos importantes da qualidade de vida como relacionamentos interpessoais, sono, percepção da dor, capacidade de apreciar a vida e capacidade laboral<sup>19, 20</sup>.

Nota-se evidências de que a história de transtornos mentais aumenta ocorrência de dor crônica que por sua vez é um fator de vulnerabilidade à saúde mental<sup>21</sup> sugerindo assim uma relação dinâmica entre essas variáveis e uma possível resposta para o alto índice de pacientes com indicadores de ansiedade e depressão identificados neste estudo.

Os resultados do IAD apontam uma tendência dos pacientes considerados inativos a apresentarem mais crenças associadas à medicação, incapacidade, dano físico e percepção de pouco controle frente à dor. Uma análise desses dados sugere o esboço para um modelo de atitudes e crenças frente à dor que pode ser

então caracterizado por: pacientes com maior tendência a uma postura passiva frente à dor; com expectativas de melhora por meio de medicações; com uma percepção geral de impotência para lidar com a dor; apresentando crenças de incapacidade para o trabalho, atividades de vida diária e de engajamento em tratamentos não farmacológicos, especialmente aqueles relacionados à reabilitação física.

Frente à suposição de que não são apenas aspectos relacionados à etiologia e intensidade da dor que comprometem a permanência dos pacientes em suas atividades, deve-se considerar como aspectos da cultura, do sistema de saúde e da forma como a abordagem profissional é realizada podem contribuir para a elaboração das crenças e atitudes dos pacientes frente à dor.

Nesse sentido a avaliação e modificação das crenças e comportamentos do paciente frente à dor poderiam estar incluídas nas rotinas e protocolos das equipes nos centros especializados de tratamento por meio de estratégias terapêuticas e educativas que motivem a adesão ao tratamento, reestruturem crenças disfuncionais sobre a dor, que favoreçam ganho de autoeficácia e assim promovam ações de intervenção e prevenção a comportamentos de esquiva, inatividade, vulnerabilidade, transtornos mentais, busca excessiva de serviços de emergência, de recursos previdenciários e prejuízos importantes na qualidade de vida do paciente e de seus familiares<sup>22, 23</sup>

As limitações deste estudo devem ser consideradas. O recorte transversal é limitante por se tratar de variáveis dinâmicas. Novos estudos com métodos longitudinais ou mesmo uma investigação retrospectiva com esta amostra podem trazer contribuições relevantes sobre os temas aqui tratados.

## CONCLUSÃO

É oportuno destacar que estudos sobre as variáveis psicossociais associadas à adaptação do paciente a dor crônica ainda

são incipientes na literatura nacional. Ao compreender melhor o perfil dos pacientes, um passo importante é dado para aperfeiçoar o atendimento das equipes especializadas e, por conseguinte, melhorar os serviços de saúde fornecidos a esta população.

Neste estudo, baixa autoeficácia, crenças disfuncionais, vulnerabilidade a ansiedade e depressão mostraram-se mais associados aos pacientes considerados inativos.

## REFERÊNCIAS

1. Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Journal of Anaesthesia*. 2013; 111 (1): 13–18.
2. SBED. [Homepage on the internet]. Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública! São Paulo: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://www.sbed.org.br/materias.php?cd>
3. Karoly P, Ruehlman LS, Okun MA. Psychosocial and Demographic Correlates of Employment vs Disability Status in a National Community Sample of Adults with Chronic Pain: Toward a Psychology of Pain Presenteeism. *Pain Medicine*. 2013; 14(11): 1698–07.
4. FerreiraValente, MA, PaisRibeiro JL, Jensen MP. Associations Between Psychosocial Factors and Pain Intensity, Physical Functioning, and Psychological Functioning in Patients With Chronic Pain: A Cross-cultural Comparison. *Clinical Journal of Pain*. 2014; 30(8): 713-23.
5. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT. Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2016; 46(2): 38-43.
6. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. 1997; 72(1-2): 95-7.
7. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3):365-73.
8. Pimenta CAM, Kurita GP, Silva EM, Cruz DALM. Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp): 1071-9.
9. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1998; 47(6): 285-289.
10. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(5): 355-63.
11. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev. Psiq. Clín*. 2005; 32(4): 202-210.
12. Garcia BT, Vieira EBM, Garcia JBS. Relationship between chronic pain and working activities in patients with painful syndromes. *Rev Dor*. 2013; 14(3): 204-9.
13. Forni JE, Martins MRI, Rocha CED, Foss MHD, Dias LC, Santos Junior R, Detoni M, Cunha AMR, Silva Junior SC. Perfil sócio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma Clínica de Dor. *Rev Dor*. 2012; 13(2): 147-51.
14. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev. dor São Paulo*. 2012; 13(2): 111-8.
15. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(3): 213-9.
16. Perkins FM, Kehlet H. Chronic Pain as an Outcome of Surgery: A Review of Predictive Factors *Anesthesiology*. 2000; 93: 1123–33.
17. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine*. 2002; 27(5): 109-20.
18. Anderson JT, Haas AR, Percy R, Woods ST, Ahn UM, Ahn NU. Clinical Depression Is a Strong Predictor of Poor Lumbar Fusion Outcomes Among Workers' Compensation Subjects. *Spine*. 2015; 40(10): 748-56.
19. Santos GV, Vieira ASM, Goes BT, Mota RS, Baptista AF, Sá KN. Pain assessment through the brief pain inventory in a low socioeconomic level population. *Rev Dor*. São Paulo. 2015; 16(3): 190-4.
20. Linton SJ. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine*. 2000; 25(9): 1148–56.
21. Howe CQ, Robinson JP, Sullivan MD. Psychiatric and Psychological Perspectives on Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 26: 283–300.
22. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*. 2001; 94: 85–100.
23. Vieira EBM, Salvetti MG, Damiani LP, Pimenta CAM. Self-Efficacy and Fear Avoidance Beliefs in Chronic Low Back Pain Patients: Coexistence and Associated Factors. *Pain Management Nursing*. 2014; 15 (3): 593-02.