

Por Que, Quando e Como Realizar uma Avaliação Multiaxial, Psicológica ou Neuropsicológica do Paciente com Dor?

Jamir Sardá Jr.^{*, 1, 2}

Orcid.org/0000-0001-9580-8288

Roberto Moraes Cruz³

Orcid.org/0000-0003-4671-3498

Sueli Bobato¹

Orcid.org/0000-0002-1414-6364

Dirce Maria Navas Perissinotti⁴

Orcid.org/0000-0002-0346-1190

¹*Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Itajaí, SC, Brasil*

²*Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, São Paulo, SP, Brasil*

³*Departamento e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

⁴*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP*

Resumo

Este artigo aborda a compreensão biopsicossocial da dor, considerando sua multidimensionalidade. Trata-se de uma revisão narrativa que explora conceitos-chave relacionados à dor, propostas e métodos de avaliação multiaxial, psicológica ou neuropsicológica, ao focalizar a importância de abordar as dimensões biológica, comportamental, cognitiva e afetiva da experiência dolorosa. Os resultados indicam que profissionais que atendem pacientes com dor, independentemente de sua área de atuação, devem considerar esse fenômeno em sua complexidade. Para isso, é recomendado utilizar uma anamnese que investigue os aspectos mencionados, bem como escalas ou inventários que facilitem o rastreamento de elementos importantes no processo avaliativo. Além disso, é recomendado fornecer *feedback* estruturado aos pacientes, que contemple os fatores influenciadores do desenvolvimento e da manutenção da dor.

Palavras-chave: Dor, modelo biopsicossocial, diagnóstico multiaxial, avaliação psicológica, avaliação neuropsicológica.

* Correspondência: Av. Campeche, 1157, C2 – apto. 306, 88063301, Florianópolis – SC, Brasil. Tel.: 48996236849. jamirsarda@univali.br

Why, When and How to Perform a Multiaxial, Psychological or Neuropsychological Assessment of the Patient with Pain?

Abstract

Considering pain multidimensionality, this article addresses the biopsychosocial understanding of pain. This narrative review explores key concepts related to pain, purposes and methods of the multiaxial, psychological or neuropsychological assessment addressing the importance of considering biological, behavioral, cognitive, and affective dimensions of the painful experience. The results indicate that professionals who care for patients with pain, regardless of their area of expertise, must consider the phenomenon in complexity. To achieve this, it is recommended to use an anamnesis that investigates these aspects, as well as scales or inventories that facilitate the tracking of important elements in the evaluation process. Furthermore it is recommended to provide a structured feedback to patients considering the factors that influence development and maintenance of pain.

Keywords: Pain, biopsychosocial model, biopsychosocial assessment, psychological assessment, neuropsychological assessment.

Por Qué, Cuándo y Cómo Realizar una Evaluación Multiaxial, Psicológica o Neuropsicológica del Paciente con Dolor?

Resumen

Este artículo aborda la comprensión biopsicosocial del dolor, considerando su multidimensionalidad. Esta revisión narrativa explora conceptos clave relacionados con el dolor, los propósitos e métodos de evaluación multiaxial, psicológica o neuropsicológica y la importancia de considerar las dimensiones biológica, conductual, cognitiva y afectiva de la experiencia dolorosa. Los resultados indican que los profesionales que atienden a pacientes con dolor, independientemente de su área de especialización, deben considerar el fenómeno en su complejidad. Para ello, se recomienda utilizar una anamnesis que indague en estos aspectos mencionados, así como escalas o inventarios que faciliten el seguimiento de elementos importantes en el proceso de evaluación. Además, se recomienda una retroalimentación estructurada a los pacientes considerando los factores que influyen en su desarrollo y mantenimiento.

Palabras-clave: Dolor, modelo biopsicosocial, diagnóstico multiaxial, evaluación psicológica, evaluación neuropsicológica.

As definições de dor e sua compreensão têm evoluído ao longo dos séculos. Inicialmente, a visão aristotélica predominava. Depois, esta foi seguida pelo modelo cartesiano, que compreendia a dor como uma percepção que reside no cérebro, distinguindo entre o fenômeno neural da transdução sensorial (hoje conhecido como nocicepção) e a experiência perceptiva da dor. A Teoria da Intensidade (Goldscheider) e da Especificidade da Dor (von Frey), que remontam o final do século XIX, enfatizavam que os estímulos subliminares repetidos ou estímulos hiperin-

tensivos poderiam causar dor, o que introduziu o conceito de “nocicepção”, um receptor sensorial especializado em responder a estímulos nocivos (Campbell et al., 2020). A proposição da Teoria dos Portais (*Gate Control Theory*) ressalta a modulação de estímulos nociceptivos pelo sistema nervoso periférico e central e reconhece a interação das dimensões sensoriais, avaliativas, motivacionais, afetivas e cognitivas da dor (Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965).

A Teoria da Neuromatriz da Dor (Melzack, 1999), reconhecida como uma evolução da Teo-

ria dos Portais, é fundamentada em evidências que apontam a participação de processos biológicos, do sistema de estresse, de processos cognitivos e afetivos, além de aprendizagem e reforços ambientais na modulação e processamento dos estímulos nociceptivos. A Teoria da Neuromatriz considera a dor como uma experiência multidimensional, produzida por padrões característicos de “neuroassinatura” de impulsos nervosos gerados por uma rede neural amplamente distribuída - a “neuromatriz do corpo-*self*” - no cérebro. Esses padrões de neuroassinatura não apenas podem ser desencadeados por entradas sensoriais, mas também podem ser gerados independentemente delas. Para Burmistr (2018), os padrões de saída da neuromatriz do corpo-*self* ativam programas perceptuais, homeostáticos e comportamentais após lesão, patologia ou estresse crônico. A dor, então, é produzida pela saída de uma rede neural amplamente distribuída no cérebro, em vez de ser diretamente causada pela entrada sensorial evocada por lesão, inflamação ou outra patologia.

Há evidências importantes sobre a participação de aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais na mediação/modulação da dor, na incapacidade física, na incapacidade funcional e no sofrimento psíquico (Keefe et al., 2004; Turk & Flor, 1992). Mais recentemente, com ênfase na sua multidimensionalidade, a dor é conceituada como uma experiência estressante, associada a possível dano tecidual com efeitos sensoriais, emocionais, cognitivos e componentes sociais (De Santana et al., 2020). Dada a sua multidimensionalidade, é importante entender, portanto, as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais, bem como os aspectos sociais como moduladores dos processos sensoriais ou nociceptivos.

O objetivo de uma avaliação biopsicossocial da dor, também referida como multiaxial, é ampliar a compreensão da dor, independentemente da realização de uma avaliação psicológica ou neuropsicológica tradicionalmente empregada nesse campo. A avaliação biopsicossocial incentiva o psicólogo a integrar, em sua análise, não apenas as teorias de dor, mas também os aspectos

biológicos e funcionais relacionados a esse fenômeno. Além disso, o termo biopsicossocial é empregado para encorajar outros profissionais de saúde, especialmente, da medicina, da enfermagem, da odontologia e da fisioterapia, a considerar, em suas avaliações clínicas, os fatores psicológicos e sociais. Isso visa uma compreensão mais abrangente do fenômeno da dor, que leva em conta sua natureza intrinsecamente multidimensional.

A avaliação psicológica possui características distintas. Diferencia-se das demais avaliações realizadas na área da saúde em função de suas características teórico-metodológicas. A avaliação psicológica é definida como o processo de investigação de fenômenos ou processos psicológicos, manifestados sob condições ou circunstâncias específicas, que emprega uma ampla variedade de recursos técnicos e instrumentais para a coleta de dados e informações e de fundamentos teóricos relevantes e necessários à compreensão da demanda investigada. A finalidade da avaliação psicológica é subsidiar tomadas de decisão, seja no plano individual ou no coletivo, em resposta a demandas compulsórias ou voluntárias (Moraes Cruz et al., 2022).

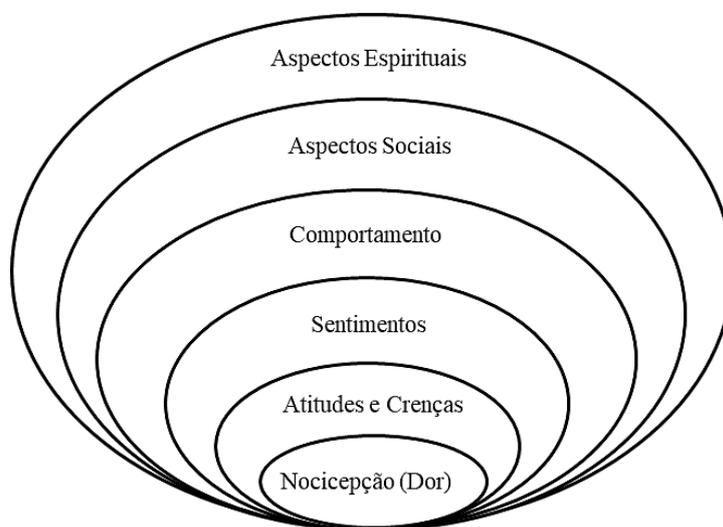
A avaliação neuropsicológica, por sua vez, envolve a compreensão minuciosa das funções desempenhadas pelo cérebro e suas relações com o comportamento. Essa implica no uso de recursos técnicos para examinar habilidades específicas, tais como a atenção, a percepção visual, a memória, as funções executivas, a linguagem e as habilidades motoras relacionadas ao funcionamento cerebral. Os resultados oriundos da avaliação neuropsicológica podem auxiliar no diagnóstico de condições neurológicas, no planejamento de intervenções terapêuticas e na reabilitação de indivíduos com comprometimentos neuropsicológicos (Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006).

Na prática médica, o diagnóstico consiste na identificação de doenças por meio da análise de sinais e sintomas com base em um raciocínio indutivo-dedutivo e em uma formulação de hipóteses, com a utilização de métodos de investigação para determinar a etiologia da con-

dição clínica (Schwartz & Elstein, 2008). Por outro lado, na prática psicológica, o diagnóstico do processo saúde-doença busca compreender os determinantes psicossociais da manifestação ou exacerbção de alterações clínicas significativas, a percepção do indivíduo sobre a sua saúde, seu funcionamento global, as possíveis alterações cognitivas e afetivas e os recursos disponíveis para enfrentar a doença e seus desafios (Davey, 2021).

Este estudo se propõe a contextualizar o processo de avaliação clínica de pacientes com dor, aguda ou crônica, realizada por profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento, com a intenção de proporcionar uma visão mais abrangente e integrada da compreensão da dor e suas repercussões, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, cognitivos e sociais da experiência dolorosa. Nessa direção, considera-se, inicialmente, as dimensões da dor (Figura 1).

Figura 1
Modelo Biopsicossocial da Dor



Nota. Adaptação dos autores de Engel (1977, p. 132) e Flor e Turk (2011, p. 16).

O modelo biopsicossocial da dor é uma abordagem integrada que reconhece a dor como uma experiência complexa, influenciada por uma variedade de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Na avaliação biopsicossocial da dor, há as seguintes dimensões: (a) aspectos biológicos e nociceptivos da dor: referem-se às alterações fisiológicas relacionadas aos mecanismos da dor, como intensidade, tipo e localização; (b) aspectos psicológicos: incluem as atitudes e crenças do indivíduo em relação à dor, o estado emocional, os sentimentos e comportamentos de enfrentamento da dor; (c) aspectos sociais: avaliam o impacto da dor na vida social e

ocupacional do indivíduo, o apoio social disponível e a influência cultural na percepção e experiência da dor; (d) aspectos espirituais: a espiritualidade e a religiosidade podem ter uma influência significativa na experiência da dor e devem ser consideradas como parte de um plano de tratamento abrangente da dor ou de outras condições crônicas. Esses elementos devem ser considerados por profissionais que atendem pacientes com dor para um tratamento abrangente e individualizado.

Esse modelo reconhece que a dor é uma experiência subjetiva e que uma abordagem multidimensional é necessária para entender e

gerenciar efetivamente a dor. Cada um desses aspectos pode influenciar os outros. Por exemplo, o estresse psicológico pode intensificar a percepção da dor, enquanto o apoio social pode ajudar a mitigar a experiência da dor. Portanto, uma abordagem eficaz para o manejo da dor deve abordar todos esses aspectos.

Nesse contexto, salienta-se alguns elementos presentes em cada uma dessas dimensões da dor: (a) aspectos nociceptivos: referem-se a alterações fisiológicas, como mecanismos envolvidos na dor, alterações estruturais ou metabólicas, intensidade, tipo e localização da dor; (b) dimensão cognitiva: envolve cognições básicas (memória, atenção, função executiva) e expectativas, crenças disfuncionais e estratégias de enfrentamento; (c) dimensão afetiva: compreende as emoções, o humor e a investigação de sintomas como depressão, ansiedade e estresse; (d) aspectos comportamentais: incluem capacidade funcional, prática de atividade física, sono, postura, uso de medicações e adesão ao tratamento;

(e) dimensão social: relações familiares e laborais também podem influenciar os quadros de dor. Essas dimensões, em conjunto, devem ser ponderadas pelos profissionais para uma abordagem abrangente e eficaz no manejo da dor.

Assim, a primeira justificativa para realizar uma avaliação biopsicossocial ou multiaxial da dor é que a natureza desse fenômeno apresenta dimensões biológicas, cognitivas, afetivas, comportamentais e sociais, e o “produto dor” é resultante da relação dinâmica dessas dimensões, logo esses elementos devem ser abordados em conjunto. Em segundo lugar, a literatura traz evidências de que a percepção da intensidade da dor, a evitação de movimento, a incapacidade física e o retorno ao trabalho são mediados por fatores psicossociais (Keefe et al., 2004; Miller & Kaiser, 2018). A Tabela 1, adaptada do modelo de bandeiras (Kendall et al., 1997; Nicholas et al., 2011), ilustra a participação de alguns elementos biopsicossociais que podem ser uma barreira para a recuperação do paciente.

Tabela 1
Modelo de Bandeiras

Bandeiras	Aspectos	Fatores
Vermelhas	Sinais de patologia importante como síndrome da cauda equina, fratura, tumor. Patologias de base/crônicas, iatrogênicas	Biológicos
Amarelas	Psicopatologia importante, sintomas de ansiedade, estresse, depressão, crenças disfuncionais, estratégias de enfrentamento passivas e evitação excessiva.	Psicológicos
Azuis	Percepção do trabalho como muito oneroso e passível de causar mais lesões. Crença de que o supervisor e colegas de trabalho não oferecem apoio	Sociais/ocupacionais
Pretas	Legislação desfavorecendo o retorno ao trabalho. Litígio trabalhista. Reduzida oportunidade de modificação de função ou adaptação do local de trabalho. Família e profissionais de saúde excessivamente protetores.	Contextuais

Esses dois modelos têm sido sustentados por evidências científicas mais recentes que reconhecem a importância da identificação de aspectos psicológicos e sociais, potenciais contribuidores para a resposta reduzida a tratamentos, para a manutenção da incapacidade física, para a redução da capacidade funcional, bem como para o retorno ao trabalho (Nicholas, 2022).

Embora existam sólidas evidências da multidimensionalidade da dor e da necessidade de compreendê-la em sua amplitude, carecemos de publicações, especialmente em língua portuguesa, de diretrizes para avaliações que contemplem a natureza multiaxial da dor e as suas intercorrências. Esta revisão narrativa pretende sintetizar alguns conceitos centrais e evidências que suportam a compreensão da natureza multidimensional da dor para delinear os principais aspectos a serem investigados e alguns métodos a serem empregados na avaliação do paciente com dor em uma perspectiva multidimensional e/ou multiaxial.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com o intuito de mapear os principais conhecimentos teóricos e discussões metodológicas que enfatizam características e especificidades da avaliação e/ou do diagnóstico multiaxial, incluindo o tema avaliação psicológica e neuropsicológica. Um estudo qualitativo de revisão narrativa é apropriado para discutir o estado da arte de determinado assunto com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objeto, não adotando critérios a priori para a seleção das publicações. Trata-se, basicamente, da interpretação da literatura existente de um determinado assunto de acordo com análise crítica pessoal do autor (Andrade, 2021; Rother, 2007).

Esta revisão narrativa não pretendeu analisar exaustivamente toda a literatura referente ao tema, mas teve por objetivo esclarecer três perguntas centrais: por que, quando e como realizar processos de avaliação de pessoas com dor com ênfase numa abordagem multiaxial ou biopsicossocial. Assim, não foi estabelecido um período

delimitado da publicação dos materiais, tampouco foi revisada, exaustivamente, a metodologia dos estudos. Como critério de inclusão, optou-se por selecionar artigos ou livros que abordassem o tema numa perspectiva multiaxial ou que considerassem a multidimensionalidade da dor.

O objetivo principal desta revisão consiste em fornecer, aos profissionais de saúde que atendem pessoas com dor, especialmente aqueles com acesso limitado à literatura internacional, uma compreensão das bases teóricas, dos elementos-chave a serem avaliados e dos recursos técnicos disponíveis para um processo de avaliação multiaxial. Além disso, pretende-se esclarecer, aos psicólogos que não atuam nessa área, os elementos centrais na avaliação de pessoas com dor aguda ou crônica. A expectativa é estimular uma aproximação a esse campo intrigante e complexo, trazendo contribuições aos profissionais que atuam nas linhas de cuidado aos pacientes com dor e qualificando ainda mais a sua atuação profissional.

Resultados e Discussão

A literatura sobre esse assunto é vasta e data da década de 1970. Ao realizarmos uma breve pesquisa no Google Acadêmico, utilizando os unitermos *psychological assessment and pain* (avaliação psicológica e dor), encontraremos cerca de 381.000.000 referências. Na base de dados Pubmed, utilizando os mesmos termos, aparecem 8.537 artigos. Delimitando-se a busca para revisões sistemáticas, encontraremos 500 artigos que, em geral, apresentam conteúdos referentes a algum processo de avaliação: o uso de instrumentos, a avaliação de algumas populações ou condições clínicas específicas.

Ao considerarmos as publicações em livros técnicos, existe, pelo menos, uma dúzia de livros que abordam a dor em sua multidimensionalidade, considerando o tema avaliação multiaxial ou psicológica da dor, desde o livro clássico *Management of Pain*, publicado em 1990, até as literaturas mais recentes, como o *Chronic Pain Management*, publicado recentemente (O'Gurek, 2022). Além desses títulos, também foram en-

contradas diretrizes (*guidelines*) elaboradas por sociedades profissionais ou instituições de saúde, que fornecem um material estruturado e que cobrem os principais elementos a serem avaliados (International Association for the Study of Pain [IASP], 2018; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021), descritas posteriormente.

No Brasil, o cenário de publicações sobre o tema é relativamente reduzido. Uma busca na base de dados SciELO, utilizando as palavras *psychological assessment and pain*, resulta em apenas 23 artigos, sendo que apenas 6 destes artigos discorrem sobre o tema avaliação psicológica ou psicofisiológica propriamente dita. Dentre eles, há os artigos de da Silva e Ribeiro-Filho (2014) e Siqueira e Morete (2014), além de alguns capítulos de livro que versam sobre avaliação psicológica em pacientes com dor escritos por Sardá e colegas (Sardá & Angelotti, 2004; Sardá et al., 2019). Embora com um conteúdo restrito à avaliação multiaxial, encontra-se também o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica* (Ministério da Saúde, 2024), publicado recentemente.

A partir de uma leitura criteriosa dos registros encontrados, decidiu-se apresentar as diretrizes propostas pela IASP (2018), pois se entende que este material é o mais completo no que tange ao conceito de avaliação multiaxial ou de avaliação que considera os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da dor. Segundo essas diretrizes, uma avaliação interprofissional ou multiaxial da dor deve contemplar as dimensões sensoriais, emocionais, cognitivas, de desenvolvimento, comportamentais, espirituais e culturais. Dessa forma, requer a colaboração dos profissionais de saúde, que devem investigar os seguintes aspectos:

História da Doença

- Localização, início, duração, gravidade, qualidade da dor, fatores atenuantes e agravantes;
- Impacto no humor, atividades habituais/função/qualidade de vida/sono;

- Quadros prévios de dor e histórico de tratamento;
- Resposta ao tratamento e efeitos adversos;
- Comorbidades (por exemplo, doenças crônicas, cirurgias, traumas, humor, cognições, transtorno por uso de substâncias, medicamentos, etc.);
- Características pessoais (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, cultura, idioma, etc.); e
- Expectativas de manejo da dor e compreensão atual da condição.

Exame Físico

- Avaliação neurológica e musculoesquelética; e
- Avaliação da postura e amplitude de movimento, de acordo com a condição apresentada.

Revisão de Registros Clínicos e Laboratoriais

- Exames laboratoriais; e
- Estudos de imagem (por exemplo, raios X; visualizações de flexão/extensão, se necessário; ultrassonografia; ressonância magnética; tomografia computadorizada; cintilografia óssea).

Uso de Instrumentos de Medida, considerando Aspectos Referentes a:

- Abordagens qualitativas e quantitativas;
- Características dos instrumentos (viabilidade, validade, confiabilidade e sensibilidade);
- Utilidade clínica;
- Natureza unidimensional e multidimensional das ferramentas dos instrumentos:
 - * Escalas de Mensuração da intensidade da dor (ex: Escalas visual numérica e categóricas);
 - * Escalas de rostos e desenhos de dor;
 - * Medidas funcionais (por exemplo, incapacidade relacionada à dor, capacidade funcional);

- * Medidas do estado psicológico (por exemplo, depressão, ansiedade, crenças);
- * Medidas para populações especiais (por exemplo, não-verbais, crianças, deficientes cognitivos);
- * Medidas de qualidade de vida global e relacionada à saúde; e
- * Medidas de triagem para risco de transtorno por uso de substâncias (por exemplo, álcool, opioides, cocaína, sedativos, benzodiazepínicos).

Os aspectos acima descritos não visam contemplar todos os elementos a serem investigados numa avaliação multiaxial do paciente com dor, mas, sim, apontar diretrizes para uma compreensão dos principais elementos envolvidos no processo saúde/doença. Profissionais de saúde devem incluir em sua avaliação clínica um breve rastreamento de aspectos psicossociais, além de considerar a história da doença e a avaliação clínica. Eles devem conduzir rastreamentos subsequentes para monitorar a evolução do paciente durante o tratamento (Flor & Turk, 2011). Alinhada com as diretrizes propostas pela IASP (2018), essa avaliação clínica inicial deve abranger diversas áreas, como características da dor, impacto da dor, uso de substâncias, estratégias de enfrentamento e envolvimento de terceiros.

De fato, um único profissional raramente abordará todos esses aspectos, no entanto, todos os profissionais de saúde devem, no mínimo, avaliar os aspectos sensoriais, comportamentais, psicológicos e sociais da dor. Por exemplo, todos os profissionais de saúde devem investigar os fatores que contribuem para o aumento ou redução da intensidade da dor, descartar a presença de comorbidades importantes e avaliar a capacidade funcional do paciente, com foco na especificidade de sua área de atuação.

Nesse sentido, mesmo que um médico possa investigar, com mais propriedade, a etiologia da doença e as interações medicamentosas, ele também deve investigar as expectativas do paciente sobre o tratamento ou a evolução da doença e descartar a presença de aspectos psicológicos

que podem estar associados a esse quadro. Da mesma maneira, um fisioterapeuta pode investigar, precisamente, a capacidade funcional do paciente, mas também deve investigar a adesão aos tratamentos e as estratégias de enfrentamento do paciente. No caso do trabalho de um psicólogo, além de avaliar, com mais profundidade, a presença de transtornos mentais, de pensamentos disfuncionais e os processos cognitivos, tais como memória e atenção, sempre que necessário, deve analisar aspectos biopsicológicos, tais como qualidade do sono, comportamento alimentar, sintomas de estresse, de ansiedade e de depressão, bem como outras condições de saúde que agravam ou reduzem a dor.

Essa compreensão da participação de fatores psicológicos na dor e suas implicações pode ser feita de maneira breve quando o médico ou o profissional de saúde aborda esses aspectos durante a anamnese e por meio da aplicação de escalas e inventários antes da consulta clínica. Uma compreensão mais completa e aprofundada pode ser obtida quando o paciente é encaminhado a um psicólogo (Flor & Turk, 2011).

O Uso de Instrumentos de Medida

A literatura especializada apresenta uma variedade de instrumentos – incluindo escalas, questionários e inventários – que podem avaliar múltiplas dimensões da dor, o que abrange aspectos sensoriais, funcionais, cognitivos, afetivos e de qualidade de vida. A principal vantagem desses instrumentos é a capacidade de quantificar uma ou mais dimensões da dor, além de permitir o acesso a uma dimensão ou a uma característica com a qual o profissional não está familiarizado. Por exemplo, quando um médico aplica uma escala que avalia o pensamento catastrófico ou a hipervigilância, um escore elevado sugere a presença dessas características. Isso permitirá ao profissional encaminhar o paciente a um psicólogo de maneira mais fundamentada. Com base nas evidências encontradas na literatura, foram selecionados alguns instrumentos que possibilitam aos profissionais de saúde realizar

uma avaliação rápida das principais dimensões envolvidas na dor. Esses instrumentos são valiosos na identificação, na avaliação e no tratamento eficaz da dor.

A Tabela 2 apresenta alguns instrumentos passíveis de uso na avaliação das principais dimensões. Existem diversos instrumentos dis-

poníveis e validados para a população brasileira, porém apresentamos os mais indicados e adequados na avaliação dos autores. Esses instrumentos permitem a avaliação de diferentes aspectos relacionados à dor, pois cobrem desde a intensidade sensorial até as dimensões cognitivas e emocionais.

Tabela 2
Instrumentos de Acesso às Dimensões da Dor

Dimensão	Construto/fator	Instrumentos
Sensorial	Intensidade da dor	Escala Visual Numérica (EVN), Escala Analógica da Dor (VAS)
Comportamental	Tipo/mecanismo da dor	Lans (Schestatsky et al., 2011)
	Incapacidade física, funcionalidade	Roland Morris (Sardá et al., 2010), Oswestry (Vigatto et al., 2007)
Cognitiva	Catastrofização, Autoeficácia, Medo evitação	Escala de Pensamentos Catastróficos (Sardá et al., 2008), Questionário de Autoeficácia (Sardá et al., 2007), Escala de medo evitação (de Souza et al., 2008)
Emocional	Depressão, ansiedade e estresse	HADS (Castro et al., 2006), DASS-21 (Patias et al., 2016)
Diversas	Multidimensional	McGil (Pimenta & Teixeira, 1996), BPI (Ferreira et al., 2011), Startback (Pilz et al., 2014).

Em um cenário ideal, todo paciente com dor deveria ser tratado por uma equipe multidisciplinar. As evidências indicam que essas abordagens são mais eficazes do que as abordagens unimodais (Flor & Turk, 2011). O primeiro passo para essa intervenção é uma avaliação multimodal. Essa avaliação deve ser realizada por meio de uma anamnese e exame clínico e pode também utilizar instrumentos de rastreio. Uma avaliação criteriosa serve para identificar elementos que justifiquem o encaminhamento de um paciente para um profissional de psicologia. Essa abordagem multidisciplinar permite uma compre-

ensão mais completa da experiência de dor do paciente, porque verifica não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos e sociais, o que pode subsidiar um tratamento mais eficaz e personalizado, melhorando a qualidade de vida do paciente. Portanto, a avaliação multimodal é um componente crucial no tratamento de pacientes com dor.

Quando Encaminhar o Paciente com Dor para um Psicólogo?

- Quando a incapacidade física e sofrimento excedem os achados clínicos;

- Quando o paciente apresenta sintomas de ansiedade, depressão ou estresse significativos;
- Quando o paciente demonstra dependência de fármacos e de química ou não demonstra aderência ao tratamento;
- Quando há presença de aspectos ocupacionais e estilos de vida que se relacionam com a condição clínica; e
- Quando procedimentos intervencionistas, como neuroestimulação medular ou bomba de analgesia controlada, forem utilizados.

Uma vez identificadas as condições que justifiquem o encaminhamento a um psicólogo, é importante realizar o encaminhamento de forma efetiva, porque isso pode resultar em uma maior adesão a essa intervenção. Assim, primeiramente, é essencial que se esclareça ao paciente a respeito dos motivos pelos quais a avaliação psicológica foi solicitada. Em segundo lugar, é fundamental explicar que esse procedimento faz parte de um processo que visa abordar a dor de forma multidimensional para uma abordagem mais efetiva da dor. E ainda, que é possível que os resultados de uma avaliação psicológica permitam ao paciente compreender outras dimensões de seu problema de saúde. A forma como o paciente é encaminhado a um profissional de psicologia é determinante para a aceitação dessa conduta.

Ademais, cabe enfatizar ao paciente alguns aspectos:

1. O paciente não está sendo encaminhado ao psicólogo por se tratar de dor de natureza psicológica;
2. A avaliação psicológica permitirá investigar a contribuição de aspectos psicossociais na dor e na incapacidade física;
3. A atuação do profissional de saúde mental poderá oferecer subsídios para outras intervenções da equipe; e
4. Se necessário, a intervenção psicológica contribuirá para que o paciente desenvolva estratégias mais efetivas para enfrentar a dor.

Como um processo de compreensão de um fenômeno multidimensional, a avaliação psicológica da pessoa vivendo com dor contempla a coleta de informações que estejam em compatibilidade com os objetivos previamente definidos, de modo baseado em modelos teóricos, com o intuito de subsidiar intervenções.

Os objetivos da avaliação psicológica podem ser definidos, especificamente, segundo as demandas de cada caso, mas, de maneira geral, visam compreender alguns aspectos (Sardá & Perissinotti, 2019), tais como:

- Determinar quando aspectos psicológicos estão contribuindo para a precipitação, a exacerbação ou a perpetuação da dor e da incapacidade física, particularmente quando crônica;
- Identificar se alguns distúrbios psicológicos são anteriores à dor ou resultantes desta condição;
- Identificar tipos de intervenções indicadas; e
- Oferecer suporte e informações.

Outros objetivos, possivelmente, surgirão ao longo do processo de avaliação a depender das demandas emergentes, de modo que o psicólogo deve estar atento aos conteúdos subjacentes. Também cabe destacar aqui as etapas do processo de avaliação psicológica (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

- Identificação da demanda;
- Caracterização/delimitação do objeto de estudo e levantamento inicial de hipóteses;
- Definição do objetivo da avaliação;
- Planejamento técnico (contrato, escolha das técnicas e métodos de avaliação);
- Levantamento, análise e interpretação dos dados obtidos;
- Integração dos resultados;
- Elaboração de enquadramento teórico correlacionado aos resultados analisados;
- Elaboração de documentos oriundos do processo de avaliação; e
- Devolutiva dos resultados aos profissionais envolvidos no tratamento e ao paciente.

Existem condições fundamentais à realização de processos de avaliação psicológica, destaca-se algumas delas a seguir. Primeiramente, todo processo de avaliação psicológica é embasado por uma teoria e por evidências. No caso da dor, o modelo biopsicossocial serve como alicerce, pois proporciona uma visão integrada que considera os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da dor. Em segundo lugar, o processo de avaliação pressupõe a produção de subsídios para uma intervenção. Isso significa que a avaliação não é um fim em si mesma, mas, sim, uma ferramenta para informar e orientar o tratamento. A avaliação psicológica auxilia na identificação de alterações, de restrições e de comprometimentos ao buscar compreender a experiência única do paciente e desenvolver um plano de tratamento personalizado.

Por último, a entrevista devolutiva é uma etapa crucial do processo de avaliação. É nesse momento que o psicólogo tem a oportunidade de explicar ao paciente a participação dos aspectos psicossociais no processo saúde-doença. A devolutiva contribui para a compreensão sobre a condição clínica, além de validar experiências e proporcionar um *feedback* orientador para processos de tomada de decisão. Além disso, a devolutiva pode elucidar as possibilidades de mudança desse cenário, uma vez que o paciente se sente capaz de influenciar seu próprio bem-estar, com base em estratégias de enfrentamento e mudanças no estilo de vida.

Diversos recursos técnicos podem ser utilizados em um processo de avaliação psicológica, tanto idiográficos como nomotéticos. Dentre os mais comuns: anamnese ou entrevista clínica (semiestruturada, especialmente), testes psicológicos, escalas ou inventários de uso não exclusivo de psicólogos e outros recursos de observação direta ou indireta do comportamento. O uso de técnicas projetivas não se mostra adequado, pois não existe uma relação clara entre traços de personalidade e dor aguda ou crônica.

A anamnese ou entrevista clínica deve abordar aspectos sensoriais da dor, fatores mantenedores ou exacerbadores, história clínica do paciente, incluindo história mórbida progressa e

familiar, uso de medicações, tratamentos realizados e resposta aos tratamentos. Em geral, a entrevista é um recurso utilizado para aprofundar a investigação de aspectos cognitivos, afetivos e sociais relacionados à percepção e compreensão dos sintomas, além das suas repercussões em outras dimensões da vida do paciente. É relevante levantar hipóteses clínicas sobre a presença de ansiedade, de estresse, de depressão e de transtornos mentais maiores. Aspectos afetivos e emocionais, como estilo existencial e padrão de relacionamentos interpessoais e familiares, assim como processos cognitivos, como memória, atenção, compreensão da doença, crenças disfuncionais, estratégias de enfrentamento da dor e expectativas de melhora, precisam ser objetos de investigação cuidadosa. Para a melhor compreensão da condição clínica, outras informações relevantes no processo de avaliação psicológica devem ser contempladas, a saber, dados sobre a prática de atividade física, a qualidade do sono, os padrões alimentares e as condições de trabalho, incluindo licenças para tratamento de saúde.

A escolha dos recursos técnicos adequados à investigação e à aferição das condições de saúde auxilia na elaboração de hipóteses, na precisão do diagnóstico e no monitoramento da evolução do quadro clínico, contribuindo para a eficácia do tratamento do paciente. O uso de instrumentos de medida – questionários, escalas, inventários e testes psicológicos – é aconselhável, em virtude da necessidade de mensurar, de forma mais objetiva, a magnitude da expressão dos sintomas, em termos de ocorrência, de frequência e de intensidade ou severidade. Esses instrumentos permitem a comparação dos resultados aferidos com aqueles encontrados em populações com características similares.

O uso de instrumentos em processos de avaliação clínica é recorrente entre profissionais de saúde. Em função das contribuições históricas da Psicologia, especialmente da psicometria, para a construção e a adaptação de instrumentos de medida para o contexto brasileiro, avaliações psicológicas utilizam regularmente técnicas e instrumentos psicométricos na detecção de características psicológicas e de condições clínicas

específicas. Além disso, com base em prerrogativas legais, há instrumentos de medida de uso exclusivo por parte dos psicólogos brasileiros, o que reforça o seu emprego em processos de avaliação psicológica.

Para a seleção de um ou de mais instrumentos de medida em processos de avaliação psicológica, uma série de pressupostos e de critérios precisa ser levada em consideração. Os principais deles são destacados a seguir:

- Propriedades psicométricas dos instrumentos: o instrumento deve demonstrar evidências de validade e de confiabilidade, assim como padronização, por meio de estudos psicométricos que indiquem que ele mensura o que se propõe a medir, apresenta estabilidade nos resultados e dados normativos aplicáveis à população específica;
- Sensibilidade e especificidade: a sensibilidade se refere à capacidade do instrumento de identificar corretamente aqueles com a condição (verdadeiros positivos), enquanto a especificidade se refere à capacidade de identificar corretamente aqueles sem a condição (verdadeiros negativos);
- Facilidade de administração: o instrumento deve ser de fácil administração e pontuação. Deve ser levado em consideração não só o tempo necessário para o seu preenchimento, mas também a facilidade de compreensão dos itens por parte dos pacientes; e
- Interpretabilidade: um instrumento de medida com alta interpretabilidade fornece resultados claros e compreensíveis, facilitando o processo de compreensão e auxiliando em decisões importantes de tratamento e intervenção. Além disso, a interpretabilidade pode ajudar a garantir que os resultados de um instrumento sejam úteis e significativos para os indivíduos ou populações estudadas.

Quando a Avaliação Psicológica Evolui para a Avaliação Neuropsicológica?

A matriz da dor se constitui como um conjunto de regiões do cérebro que são ativadas de maneira consistente, processando tanto aspectos nociceptivos como aspectos mais complexos que

envolvem uma via lateral da dor, como o tálamo, o córtex da ínsula, o córtex do cíngulo anterior e as regiões do córtex pré-frontal. Essa via lateral, menos sensorial e mais sensitiva, com ramificações diferentes, possibilita a discriminação não somente de onde dói mas também do quanto dói por meio de **mecanismos afetivos motivacionais**, associados à formação reticular, substância cinzenta periaqueductal e amígdala, bem como por meio de **mecanismos cognitivos interpretativos**, conhecidos como matrix da dor, que perpassam pelo cíngulo anterior, ínsula e córtex pré-frontal, o que se associa ao “o que fazer com a dor” (Morton et al., 2016). Considerando que os sistemas neurais envolvidos na cognição e no processamento da dor estão intimamente ligados e podem modular-se reciprocamente, entende-se que a dor ativa áreas do cérebro que são importantes para as funções de atenção, antecipação e medo, interrompendo ações em andamento e priorizando os comportamentos adequados para escapar da ameaça corporal. Tais premissas permitem a interpretação da base neural da modulação psicológica da dor (Jongsma et al., 2011; Morton et al., 2016).

O comprometimento cognitivo relacionado à dor pode ser resultado de recursos neurais limitados, neuroplasticidade e/ou neuroquímica cerebral. Além disso, analgésicos e outras substâncias farmacológicas usadas no tratamento de doenças crônicas também podem afetar o desempenho cognitivo (Moriarty et al., 2011). Na presença da dor, as funções cognitivas e as funções executivas, que interagem reciprocamente, estão ativamente prejudicadas. No entanto essas funções se diferenciam, de modo que a cognição está envolvida principalmente com a entrada, o armazenamento, o processamento e a saída de informações. Já as funções executivas permitem o planejamento e direcionamento de comportamentos intencionais e flexíveis, estando associadas à capacidade de modificar pensamentos e comportamentos para estes responderem de maneira diferente a uma situação semelhante. Prejuízos nas funções executivas podem impactar a funcionalidade e a qualidade de vida. Eles aumentam a suscetibilidade à perda de autocontro-

le, a dificuldades de atenção e de planejamento e à predisposição ao estresse.

Alterações comportamentais associadas às funções cognitivas, executivas e conativas têm impacto em várias dimensões da existência, resultando na chamada “dor total”, conceito introduzido por Saunders na década de 1960 (1963). Diante desse pressuposto, torna-se necessário realizar avaliações neuropsicológicas com uma perspectiva transdiagnóstica para compreender aspectos relevantes à demanda, muitos dos quais transcendem uma avaliação psicológica convencional. Assim, a evolução da avaliação psicológica para a neuropsicológica ocorre diante de indicadores observados pela equipe de saúde nos pacientes com dor, como:

- Dificuldade de estabelecer uma comunicação eficiente com a equipe de saúde;
- Relatos de déficits de atenção, de memória ou de outros processos cognitivos que geram prejuízos ao tratamento, como falhas ou superdosagens na administração de medicamentos;
- Mudanças nas atividades de autogerenciamento nas dimensões biopsicossociais, como impactos à adesão ao tratamento, às atividades sociais, acadêmicas e laborais;
- Acompanhar efeitos de medicamentos nas funções cognitivas, bem como traçar metas terapêuticas, tratamentos e medicações;
- Monitorar o curso de doenças neurodegenerativas associadas ao quadro de dor, como casos demenciais;
- Avaliar evoluções do quadro frente às terapias de reabilitação neuropsicológica sugeridas;
- Para fins periciais no âmbito da saúde ou da justiça em situações que demandem decisão sobre capacidade de planejamento, de autonomia e de gerenciamento de comportamentos; e
- Acompanhar agravos na saúde mental associados ao comportamento suicida.

Estudos recentes têm identificado que a dor crônica é um fator de risco significativo para o suicídio e que o declínio mental, junto a outros

fatores, aumenta o risco futuro de suicídio. Assim, déficits cognitivos e executivos podem ser um novo caminho para abordagem do risco de suicídio na dor crônica, pois envolvem autoavaliações negativas em relação à dor, abrangendo a perda de autonomia, de identidade e da obstinação como ser humano, estando ligados à depressão, à ansiedade, à dor e à função global (Bobato, 2023; Themelis et al., 2023).

Os resultados de ambos os estudos fornecem informações sobre os fatores de risco para suicídio na dor/doença crônica. Fatores de risco psicossociais, como declínio cognitivo e estresse percebido, somam-se aos dados demográficos genéricos e aos fatores de risco específicos da dor, como a depressão, que predizem o risco de suicídio, o que é consistente com as teorias sobre o suicídio. O declínio cognitivo e o estresse percebido, além da consciência da ligação entre depressão e risco de suicídio podem fornecer novos caminhos clínicos para avaliar e reduzir o risco de suicídio em pacientes com dor crônica.

Em suma, esse tipo de avaliação contribui para a compreensão dos determinantes associados às mudanças comportamentais decorrentes da dor, ao estabelecer sua extensão e seu impacto em termos neuropsicológicos, incluindo o grau de interferência na funcionalidade do paciente na adesão ao tratamento e na delimitação de estratégias de enfrentamento diante dos prejuízos evidenciados.

Diante disso, nas últimas décadas, tem-se despontado o interesse da comunidade científica pela avaliação neuropsicológica de pacientes com dor crônica, com o intuito de investigar prejuízos nas habilidades sociocognitivas e sintomas afetivo-humorais. Os estudos citados a seguir exemplificam esse fato: estudos com populações específicas com pacientes com enxaqueca episódica e enxaqueca crônica associada ao uso excessivo de analgésicos (Ribeiro et al., 2017), a tese de doutorado de Bobato (2023) que avaliou as funções executivas de pacientes com doença inflamatória intestinal, entre outras publicações mais genéricas sobre os efeitos tanto da dor aguda (Morogiello et al., 2018), como da dor crônica nas funções executivas e cognitivas (Jongsma

et al., 2011; Thompson et al., 2020). Mais recentemente, também foi encontrado um estudo de revisão sistemática que identificou os instrumentos psicométricos utilizados em avaliação neuropsicológica da dor crônica em crianças (Sepúlveda et al., 2021). A respeito disso, ressalta-se que os instrumentos neuropsicológicos devem ser válidos, confiáveis e apropriados à idade, a habilidades de comunicação e à condição clínica

do paciente. Eles devem caracterizar a história da dor e de comorbidades (doenças crônicas, cirurgias, traumas, humor, pensamentos, medicações, abuso de substâncias) e seus impactos neuropsicológicos.

A Figura 2 apresenta alguns instrumentos passíveis de serem utilizados na avaliação neuropsicológica, com destaque aos instrumentos de avaliação de funções cognitivas e executivas.

Figura 2

Construtos e Instrumentos Neuropsicológicos

Construtos	Instrumentos
Funções cognitivas e executivas	Mini-Exame do Estado Mental
	Teste de Fluência Verbal - WFT / Thurstone Word Fluency Test
	Teste de Trilhas – Forma A e B / <i>Trail Making Test</i> (TMT)
	Teste de Cores e Palavras de <i>Stroop</i>
	Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey - RAVLT
	Escala de Inteligência Wechsler Abreviada – WASI
	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - WCST
	Teste dos Cinco Dígitos – FDT

A avaliação do humor no paciente com dor é relevante, pois influencia diretamente o desempenho cognitivo e executivo. Nesse sentido, a Figura 2 apresenta instrumentos sugeridos para avaliar essa dimensão. Além disso, em pacientes com doença inflamatória intestinal, evidências recentes apontam para uma conexão entre a inflamação sistêmica e a redução de volumes cerebrais. Essa alteração pode resultar em déficits cognitivos, o que indica que a inflamação crônica intestinal afeta a neurogênese no hipocampo e, possivelmente, associa-se às manifestações comportamentais nesses pacientes (van Erp et al., 2017).

Considerando os achados recentes nessa direção, a avaliação neuropsicológica no contexto da dor viabiliza: (a) realizar diagnóstico diferencial diante de prejuízos cognitivos ou doenças

degenerativas; (b) identificar interferências na funcionalidade do paciente; (c) orientar tanto o paciente como seus familiares sobre os recursos a serem explorados; (d) propor intervenções de reabilitação, de compensação ou de adaptação das dificuldades neuropsicológicas associadas à dor de forma eficaz e segura; (e) subsidiar processos de tomada de decisão na prevenção do agravamento do quadro neuropsicológico.

Os resultados da avaliação neuropsicológica em pacientes com dor são integrados e consolidados em um relatório ou laudo neuropsicológico. Esse documento é para descrever o desempenho cognitivo do paciente com base na interpretação dos dados obtidos de acordo no campo teórico da Neuropsicologia. Além de fornecer indicações para tratamentos terapêuticos e reabilitação neuropsicológica, contribui para a prevenção do

surgimento ou agravamento da condição de dor. Essas estratégias interdisciplinares promovem a saúde, a adesão ao tratamento e a autoeficácia no processo de cuidado.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde podem compreender não apenas os sintomas específicos da dor, mas também seus efeitos sistêmicos. Esse entendimento possibilita o desenvolvimento de intervenções mais eficazes para melhorar o estado de humor e a qualidade de vida dos pacientes com dor crônica ao integrar a abordagem psicossocial a uma perspectiva neuropsicológica.

Conclusão

O processo de avaliação multiaxial, psicológica ou neuropsicológica voltado aos pacientes com dor visa uma compreensão mais abrangente e dinâmica sobre o papel de diversos fatores na intensidade da dor, na incapacidade física, na redução da capacidade funcional e no sofrimento psíquico. Esse processo inclui a identificação de recursos do paciente e de estratégias para abordar esses aspectos. Ao longo do texto foi enfatizada a importância de compreender os aspectos psicossociais na avaliação e tratamento de indivíduos com dor. Orientamos a discussão em torno de questões fundamentais: por que, o quê, como e quando realizar uma avaliação psicológica ou neuropsicológica. Foi destacada, também, a necessidade de utilizar recursos técnicos relevantes para obter informações úteis que orientem o encaminhamento e o tratamento de pacientes com dor para especialistas na área.

Assim, um processo de avaliação multiaxial, psicológica ou neuropsicológica de pessoas com dor deve se pautar, primeiramente, pela demanda clínica, em segundo lugar, deve ser fundamentado em um sólido marco teórico sobre o fenômeno, evitando se valer de teorias que se mostrem limitadas à compreensão da dor. Nesse âmbito, defende-se a importância do entendimento da natureza complexa da dor crônica, pois esta envolve uma interação entre fatores comportamentais, físicos, psicológicos e sociais, frequentemente resultando na perda do

bem-estar, no aumento do sofrimento psicológico e na redução da qualidade de vida. Também se faz necessário utilizar técnicas de avaliação que buscam compreender ou aferir as diversas peculiaridades implicadas nas dimensões da dor, e assim, contribuem para um conhecimento mais amplo da condição de saúde do paciente e de suas repercussões na vida familiar, laboral e social, assim como orientar o tratamento de forma mais eficaz.

Os aspectos acima citados favorecem o aprimoramento da capacidade do profissional de saúde mental para avaliar e compreender o paciente com dor, porque fornecem uma base importante para a realização de intervenções mais efetivas. Esta revisão narrativa aponta para a necessidade de fomentar pesquisas relevantes acerca do manejo da dor, incluindo variáveis como a qualidade do sono desses pacientes e os fatores associados, verificando o impacto nas FE e no humor em diferentes grupos que convivem com quadros de dor crônica.

Sugere-se o fortalecimento do diálogo entre áreas afins da saúde para desenvolvimento de programas de avaliação e de reabilitação psicológica em contextos de saúde voltados ao atendimento dos pacientes, como grupos psicoeducativos para o manejo da dor e de seus correlatos. Nesse contexto, tornam-se promissores, ainda, trabalhos que atuam com a metodologia de consultas compartilhadas ou que, pelo menos, integram as informações pertinentes, considerando sua multidimensionalidade. Outro fator importante refere-se à necessidade da equipe multidisciplinar atentar-se ao seguimento clínico e à reavaliação do quadro em intervalos regulares, com ações preventivas de agravos, especialmente em doenças neurodegenerativas e no comportamento suicida, delineando alvos terapêuticos que promovam comportamentos autorregulatórios e adaptativos. Para tanto, o desenvolvimento de competências dos profissionais para o manejo adequado desse paciente é imprescindível, o que demanda investimentos desde a graduação, com o estímulo da inserção de disciplinas de dor nos cursos das áreas de saúde, e demanda a transversalidade da temática no processo de formação.

Especializações na área também são necessárias, pois favorecem o avanço do conhecimento por meio do desenvolvimento de pesquisas nessa direção.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram na construção e revisão do artigo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Referências

- Andrade, M. C. R. (2021). O papel das revisões de literatura na produção e síntese do conhecimento científico em Psicologia [Edição especial]. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14, 1–5. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e23310>
- Bobato, S. T. (2023). *Impacto das funções executivas sobre a percepção de estresse na atividade das doenças inflamatórias intestinais* [Tese de doutorado não publicada]. Fundação Antônio Prudente.
- Burmistr, I. (2018). Theories of pain, up to Descartes and after neuromatrix: What role do they have to develop future paradigms? *Pain Medicine Journal*, 3(1), 6–12. <https://doi.org/10.31636/pmju.v3i1.81>
- Campbell, T. S., Johnson, J. A., & Zernicke, K. A. (2020). Gate Control Theory of Pain. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1134
- Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, Â. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 470–477. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Ano da Avaliação Psicológica – Textos geradores*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/04/anodaavaliacaopsicologica_prop8.pdf
- Da Silva, J. A., & Ribeiro-Filho, N. P. (2014). *Avaliação e mensuração de dor clínica*. Livreto educativo, FUNPEC Editora.
- Davey, G. C. (2021). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- De Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira, J. O. de, Jr., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de, & Fonseca, P. R. B. (2020). Revised definition of pain after four decades. *Brjp*, 3(3), 197–198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- De Souza, F. S., Marinho, C. da S., Siqueira, F. B., Maher, C. G., & Costa, L. O. (2008). Psychometric testing confirms that the Brazilian-Portuguese adaptations, the original versions of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, and the Tampa Scale of Kinesiophobia have similar measurement properties. *Spine*, 33(9), 1028–1033.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <http://dx.doi.org/10.3109/13561828909043606>
- Ferreira, K.A., Teixeira, M. J., Mendonza, T. R., & Cleeland, C. S. (2011, April). Validation of Brief Pain Inventory to Brazilian patients with Pain. *Support Care Cancer*, 19(4), 505–11. [10.1007/s00520-010-0844-7](https://doi.org/10.1007/s00520-010-0844-7)
- Flor, H., & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain: An integrated biobehavioral approach*. IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2018). *Interprofessional pain curriculum outline*. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/>
- Jongsma, M. L., Postma, S. A., Souren, P., Arns, M., Gordon, E., Vissers, K., Wilder-Smith, O., van Rijn, C. M., & van Goor, H. (2011). Neurodegenerative properties of chronic pain: Cognitive decline in patients with chronic pancreatitis. *PloS one*, 6(8), e23363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023363>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>
- Kendall, N. A., Linton, S. J., & Main, C. J. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss*. Accident

- Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain* (Suppl. 6), S121–S126. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00145-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00145-1)
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, *150*, 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Miller, R. M., & Kaiser, R. S. (2018, March 14). Psychological characteristics of chronic pain: A review of current evidence and assessment tools to enhance treatment. *Current Pain and Headache Reports*, *22*(3), 22. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0663-y>
- Ministério da Saúde. (2024). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
- Moraes Cruz, R., Maciel, S. K., Vieira dos Reis, A., Guiland, R., & Moreira Francisco, D. R. (2022). Perícia de danos psicológicos no processo judicial. *Conjecturas*, *22*(1), 1489–1504. https://www.researchgate.net/publication/358549873_Pericia_de_danos_psicologicos_no_processo_judicial
- Moriarty, O., McGuire, B. E., & Finn, D. P. (2011). The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research. *Progress in Neurobiology*, *93*(3), 385–404. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2011.01.002>
- Morogiello, J., Murray, N. G., Hunt, T. N., Harris, B. S., Szekely, B. J., & Shaver, G. W. (2018). The effect of acute pain on executive function. *Journal of Clinical and Translational Research*, *4*(2), 113–121.
- Morton, D. L., Sandhu, J. S., & Jones, A. K. (2016). Brain imaging of pain: State of the art. *Journal of Pain Research*, *9*, 613–624. <https://doi.org/10.2147/JPR.S60433>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). The “Decade of the Flags” working group, early identification and management of psychological risk factors (“Yellow Flags”) in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, *91*(5), 37–753. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>
- Nicholas, M. K. (2022). The biopsychosocial model of pain 40 years on: Time for a reappraisal?. *Pain*, *163*(Suppl. 1), S3–S14. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002654>
- O’Gurek, D. (2022). *Chronic pain management, an issue of primary care: Clinics in office practice*. Elsevier Health Sciences.
- Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)-short form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, *21*, 459–469. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>
- Pilz, B., Vasconcelos, R. A., Marcondes, F. B., Lodovichi, S. S., Mello, W., & Grossi, D. B. (2014). The Brazilian version of STarT Back Screening Tool - Translation, cross-cultural adaptation and reliability. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *18*(5), 453–461. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0028>
- Pimenta, C. A. D. M., & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *30*, 473–483. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009>
- Ribeiro, F. A. M., Anderle, F., Grassi, V., Barea, L. M., Stelzer, F. G., & Reppold, C. R. (2017). Avaliação neuropsicológica em pacientes com enxaqueca episódica e enxaqueca crônica/cefaleia associada ao uso excessivo de analgésicos. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, *21*(1). <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/159/110>
- Rother, E. T. (2007). Revisión sistemática X Revisión narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, *20*, v–vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Sardá, J., Jr., & Angelotti, G. (2004). Avaliação psicológica da dor. In J. A. Bertuol Figueiró, G. Angelotti, & C. A. M. Pimenta (Orgs.), *Dor e saúde mental* (Vol. 1, pp. 51–65). Atheneu.

- Sardá, J. J., Jr., Nicholas, M. K., Asghari, I., Pimenta, C. A. M., & Thieme, A. L. (2010). Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Revista Dor*, 11(1), 28–35.
- Sardá, J., Jr., Nicholas, M. K., Pereira, I. A., Pimenta, C. A. D. M., Asghari, A., & Cruz, R. M. (2008). Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiátrica*, 15(1), 31–36. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/e40ac5bf-8dcc-424d-b0f0-6514e36ce6e1/PIMENTA%2C%20C%20A%20de%20M%20doc%2052.pdf>
- Sardá, J., Jr., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A., & Asghari, A. (2007). Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: A psychometric analysis. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(3), 185–190. <https://doi.org/10.1002/smi.1135>
- Sardá, J., Jr., & Perissinotti, D. M. N. (2019). Avaliação psicológica do paciente com dor: Quando, como, por que e para que? In D. M. Navas & J. Sardá Júnior (Orgs.), *Psicologia e dor* (Vol. 1, pp. 93–104). Editora dos Editores.
- Sardá, J. J., Jr., Perissinotti, D. M. N., Ros, M. A., & Siqueira, K. L. D. (2019). Pain curricular guidelines for psychologists in Brazil. *Brazilian Journal of Pain*, 2, 61–66. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190012>
- Saunders, C. (1963). The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56(3), 195–197.
- Schestatsky, P., Félix-Torres, V., Fagundes Chaves, M. L., Câmara-Ehlers, B., Mucenic, T., Caumo, W., Nascimento, O., & Bennett, M. I. (2011). Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 12(10), 1544–1550. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01221.x>
- Schwartz, A., & Elstein, A. S. (2008). Clinical reasoning in medicine. In J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, & N. Christensen, *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed., pp. 223–234). Elsevier Health Sciences. <https://i.clinref.com/data/uploads/books/Clinical-reasoning-in-the-health-professions.pdf#page=238>
- Siqueira, J. L., & Morete, M. C. (2014). Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: Quando, como e por que encaminhar? *Revista Dor*, 15(1), 51–54. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140012>
- Sepúlveda, S., Pegoraro Gai, M. J., Moraes Cruz, R., & Ruppel da Rocha, R. E. (2021). Instrumentos de avaliação neuropsicológica em crianças com dor crônica: Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 10(1), 14–31. <https://doi.org/10.33362/ries.v10i1.2699>
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Themelis, K., Gillett, J. L., Karadag, P., Cheatle, M. D., Giordano, N. A., Balasubramanian, S., Singh, S. P., & Tang, N. K. (2023). Mental defeat and suicidality in chronic pain: A prospective analysis. *The Journal of Pain*, 24(11), 2079–2092. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.06.017>
- Thompson, D. P., Antcliff, D., & Woby, S. R. (2020). Cognitive factors are associated with disability and pain, but not fatigue among physiotherapy attendees with persistent pain and fatigue. *Physiotherapy*, 106, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.01.006>
- Turk, D. C., & Flor, H. (1992). Chronic pain: A behavioural perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 18–74). Guilford Press.
- van Erp, S., Ercan, E., Breedveld, P., Brakenhoff, L., Ghariq, E., Schmid, S., Osch, M. V., van Buchem, M., Emmer, B., van der Grond, J., Wolterbeek, R., Hommes, D., Fidler, H., van der Wee, N., Huizinga, T., van der Heijde, D., Middelkoop, H., Ronen, I., & van der Meulen-de Jong, A. (2017). Cerebral magnetic resonance imaging in quiescent Crohn's disease patients with fatigue. *World Journal of Gastroenterology*, 23(6), 1018. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i6.1018>
- Vigatto, R., Alexandre, N. M. C., & Correa, H. R., Filho. (2007). Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: Cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine*, 32(4), 481–486. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000255075.11496.47>

Recebido: 28/04/2024
 1ª revisão: 28/07/2024
 2ª revisão: 26/08/2024
 Aceite final: 15/09/2024

Apêndice

Sugestões de Leitura

O trabalho de Turk e Dworkin foi fundamental para a consolidação dessa área, dada a abrangência de suas publicações.

Dansie, E. J., & Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*, *111*(1), 19–25. <https://doi:10.1093/bja/aet124>

Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., Kerns, R. D., Stucki, G., Allen, R. R., Bellamy, N., Carr, D. B., Chandler, J., Cowan, P., Dionne, R., Galer, B. S., Hertz, S., Jadad, A. R., Kramer, L. D., Manning, D. C., Martin, S., ... IMMPACT (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, *113*, 9–19. [10.1016/j.pain.2004.09.012](https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.012)

Sardá, J. J., Jr., Perissinotti, D. M. N., Ros, M. A., & Siqueira, K. L. D. (2019). Pain curricular guidelines for psychologists in Brazil. *Brazilian Journal of Pain*, *2*, 61–66. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190012>

Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, *17*(9), 21–49.

Além dos aspectos abordados por este artigo, sugerimos a ampliação da discussão ou do aprofundamento de conteúdo pelo leitor sobre o tópico avaliação de populações especiais com dor (por exemplo: demência, atrasos no neurodesenvolvimento ou populações de refugiados/migração não voluntária e povos originais). É necessário ampliar a produção de conhecimento nessa área, dado o reduzido número de instrumentos para tal fim, bem como as dificuldades metodológicas e as implicações clínicas decorrentes destas.



O(s) autor(es), 20234 Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.