

Paula Cavalcante de Sousa

**A fusão cognitiva como fator mediador na relação entre o bem-estar
espiritual e a gestão da dor crónica.**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

2025

Paula Cavalcante de Sousa

A fusão cognitiva como fator mediador na relação entre o bem-estar espiritual e a gestão da dor crónica.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação realizada sob a orientação de:

Professor Doutor Jean-Christophe Henri François Antoine Giger



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação
Paula Cavalcante de Sousa (a73596)

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Paula Cavalcante de Sousa)

Copyright© em nome de Paula Cavalcante de Sousa

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho tem um significado bastante importante para mim e não seria possível sem o apoio de muitas pessoas que estiveram ao meu lado durante essa jornada.

Agradeço primeiramente à Deus. Sou profundamente grata pela oportunidade de vivenciar esta existência. Agradeço, por me guiar, inspirar e fortalecer a minha fé, me proporcionando a confiança de que não há nada que eu não seja capaz de fazer.

Quero agradecer aos meus pais que desde criança me ensinaram a importância do estudo e trabalho. Por terem contribuído a me tornar quem eu sou hoje, por me apoiarem em todas as minhas decisões, planos e sonhos. Muito obrigada.

Sou muito grata ao meu marido, meu companheiro de vida e sonhos. Obrigada por mergulhar de cabeça nesta jornada comigo, por ter acreditado no meu sonho, mesmo diante de renúncias e desafios, por sua dedicação, amor e sua fé inabalável em mim.

O meu muito obrigada ao meu irmão, por me inspirar com sua sabedoria, por seu apoio e suporte incondicional durante estes anos que estou fora do Brasil.

Agradeço a minha prima Thaisa pela amizade e por contribuir ativamente no questionário na versão em inglês do resumo deste trabalho.

A Paula Nunes pela amizade, dicas, partilhas e apoio durante todo este percurso.

Aos meus amigos que sempre me incentivam, acreditam e torcem por mim.

A todos os respondentes da pesquisa, agradeço o empenho em participarem mesmo diante das dificuldades, dores e limitações físicas. As vossas contribuições foram fundamentais.

À Associação Acaso. Obrigada pelo vosso interesse em divulgar e disponibilizar o questionário aos vossos colaboradores. Sem o apoio dos senhores, não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jean-Christophe Giger, agradeço a contribuição e entusiasmo.

Dedico este trabalho com todo meu todo meu amor a estas pessoas.

Resumo

A dor crónica representa um importante problema de saúde pública mundial, pela sua alta prevalência e impactos, tanto para o sujeito quanto para a sociedade.

A condição dolorosa exerce impactos multidimensionais na vida do indivíduo, interferindo em todas as esferas, tanto física, psicológica, social ou profissional.

Vários estudos mostraram que a espiritualidade era associada com uma melhor gestão das doenças crónicas. Contudo, as razões dessa associação não são identificadas. Portanto, este estudo tem como objetivo investigar o papel da fusão cognitiva associada à dor como mediador na relação entre a espiritualidade e gestão da dor crónica.

Para tal, 77 pessoas que vivenciam a dor crónica há pelo menos 1 ano, responderam a um questionário online.

Os resultados indicam que o “bem-estar existencial” (uma de duas subdimensões do bem-estar espiritual) e a fusão cognitiva eram predictores da autoeficácia da dor crónica e que a fusão cognitiva era um mediador da relação entre o bem-estar existencial e a autoeficácia. As implicações práticas também são discutidas.

Palavras-Chave: dor crónica, bem-estar existencial, bem-estar religioso, fusão cognitiva, espiritualidade.

Abstract

Chronic pain is a major public health problem worldwide, due to its high prevalence and impact on both the individual and society.

The painful condition has a multidimensional impact on the individual's life, interfering in all spheres, whether physical, psychological, social or professional.

Several studies have shown that spirituality was associated with better management of chronic diseases. However, the reasons for this association have not been identified. Therefore, this study aims to investigate the role of cognitive fusion associated with pain as a mediator in the relationship between spirituality and chronic pain management.

For this purpose, 77 people who have been experiencing chronic pain for at least a year answered an online questionnaire.

The results indicate that “existential well-being” (one of two sub-dimensions of spiritual well-being) and cognitive fusion were predictors of chronic pain self-efficacy and that cognitive fusion was a mediator of the relationship between existential well-being and self-efficacy. The practical implications are also discussed.

Keywords: chronic pain, existential well-being, religious well-being, cognitive fusion, spirituality.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1 Dor	15
2.1.2 A Dor Crónica	17
2.1.3 Classificações da dor crónica.....	19
2.1.4 Análises sociodemográficas da dor crónica.....	20
2.1.5 Impactos Multidimensionais.....	21
2.1.6 Impactos socioeconômicos	24
2.1.7 Cuidados no Serviço de Saúde	25
2.2 Fatores psicológicos e <i>coping</i>	28
2.3 - Fusão Cognitiva.....	29
2.3.1 Fusão Cognitiva e dor crónica	31
2.4 Espiritualidade	33
2.4.1. Definição.....	33
2.4.2 Espiritualidade e Saúde.....	35
2.4.3 Espiritualidade, dor crónica e estratégias de <i>coping</i>	36
2.4.4 Bem-estar espiritual	37
3.OBJETIVOS	38
3.1 Questão:	38
3.2 Objetivos gerais do estudo.....	38
3.3 Hipóteses da investigação.....	38
4. MÉTODO	39
4.2. Amostra.....	39
4.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	39
4.2.2. Caracterização da amostra segundo os dados clínicos	40
4.2.3. Caracterização Espiritual/Religiosa.....	41

4.3. Instrumentos.....	41
4.3.3. Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE).....	41
4.3.4. Escala de Autoeficácia da Dor Crônica (EADC).....	42
4.3.5. Medida de intensidade da dor.....	43
4.3.6. Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ).....	43
5. PROCEDIMENTOS	43
5.1. Procedimento de Recolha de dados	43
5.2. Procedimento de Análise de dados	44
6. RESULTADOS	44
6.1 Análise Descritiva.....	44
6.2 Análise correlacional das variáveis em estudo	45
6.3 Análise de mediação entre as variáveis	46
7. DISCUSSÃO	52
8. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	54
9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	55
10. CONCLUSÃO	55
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	64
12. Anexos Tabelas	65
Anexo A- Tabela- Dados clínicos da amostra.....	65
Anexo B- Tabela- Caracterização espiritual/religiosa da amostra.....	66
13. Anexos Questionários	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Classificações e associações da dor crónica.....	20
Figura 2 - Dimensões afetadas pela condição de dor crónica	22
Figura 3 - Modelo de Flexibilidade Psicológica da TAC	31
Figura 4 - Demonstração da Fusão Cognitiva, com exemplos. Erro! Indicador não definido.	
Figura 5 - A fusão cognitiva como fator mediador entre o bem-estar espiritual e gestão da dor crónica.	39
Figura 6 - Relações entre o bem-estar existencial, fusão cognitiva e escala de autoeficácia para dor crónica.	49
Figura 7 - Relações entre o bem-estar existencial, fusão cognitiva e escala de autoeficácia para funcionalidade.	49
Figura 8 - Relações entre o bem-estar existencial, fusão cognitiva e autoeficácia para lidar com os sintomas.	50
Figura 9 - Relações entre o bem-estar existencial, fusão cognitiva e intensidade percebida da dor.	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes.....	40
Tabela 4- Análise descritiva das variáveis consideradas	45
Tabela 5- Coeficientes de correlação de Pearson para todas as variáveis	46
Tabela 2- Caracterização dados clínicos da amostra	65
Tabela 3- Caracterização espiritual/religiosa.....	66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Caracterização dados clínicos da amostra (Tabela 2)

Anexo B –Caracterização espiritual/religiosa (Tabela 3)

Anexo C - Questionário sociodemográfico

Anexo D – Escala de bem-estar espiritual

Anexo E – Escala de Autoeficácia da dor crónica

Anexo F – Medida de intensidade da dor

Anexo G –Questionário de Fusão Cognitiva

Anexo H -Formulário de Consentimento Informado e Anonimidade

Anexo I- Declaração de Conformidade da Proteção de Dados da Universidade do Algarve

LISTA DE SIGLAS

DC: Dor Crónica

APA: Associação Americana de Psiquiatria

APED: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

SBCD- Sociedade Brasileira para Estudo da Dor

IASP: *International Association for the Study of Pain*

CUF: Companhia União Fabril

DGS: Direção Geral da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

R/E: Religiosidade e espiritualidade

ACT: *Acceptance and Commitment Therapy*

TAC: Terapia de Aceitação e Compromisso

TCC: Terapia Cognitivo Comportamental

PIB: Produto Interno Bruto

FC: Fusão Cognitiva

VD: Variável dependente

SPSS: Statistical Package for Social Sciences®

1. INTRODUÇÃO

A motivação para realizar esta investigação surgiu da minha experiência pessoal de conviver com a dor crónica há mais de 15 anos e sentir na pele todo o sofrimento e limitações que acarreta.

Uma doença intangível, subjetiva, complexa e um imenso sofrimento para quem a sente.

Considerada como uma questão de saúde pública por sua alta prevalência, a dor crónica é um fenómeno que envolve diversas dimensões, afetando e limitando gravemente a vida do doente.

Ao longo da história, as teorias e métodos de tratamento da dor sofreram alterações. A sua trajetória reflete o avanço da humanidade e da ciência. Desde os fundamentos místicos das civilizações antigas até a visão científica da medicina atual. Embora haja um avanço evidente no tratamento da dor, ainda existe um vasto potencial a ser explorado e aperfeiçoado.

A dor é definida pelo *International Association for the Study of Pain (IASP)* como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (DeSantana et al., 2020).

Diferente da dor aguda, que é um sinal de alerta do corpo, geralmente de curta duração, a dor crónica é uma dor prolongada, que persiste por um período superior a três meses, podendo durar meses ou anos, pode estar relacionada ou não a uma causa orgânica perceptível.

Este quadro, exige que o indivíduo se adapte e conviva com a dor. Condição que pode levar ao aparecimento de diversas dificuldades, como restrições, incapacidade, impacto na qualidade de vida, isolamento social, depressão, ansiedade, stress, desvalorização pessoal, entre outros.

A condição dolorosa transcende a mera sensação física, constituindo uma experiência multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos e sociais-profissionais. Permeia todos os aspectos da vida indivíduo, como sua rotina, atividades diárias, qualidade de vida e bem-estar geral. Todos estes aspectos influenciam individualmente a percepção e a experiência da dor (Payne et al., 2008).

Entender a subjetividade e complexidade da dor crónica é essencial para a criação de estratégias de tratamentos efetivos. Tanto os estudos, quanto a prática clínica evidenciam que não há uma proposta terapêutica única e eficaz que possa ser

previamente definida, mas sim uma atuação multidisciplinar e personalizada. Neste sentido, a abordagem biopsicossocial tem se mostrado a mais completa, pois considera a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais. A abordagem reconhece a relação entre mente e corpo, o que possibilita uma visão holística do paciente, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os aspectos emocionais e sociais que influenciam a percepção e a vivência da dor. (Lima & Trad, 2007)

Indivíduos em condições de doenças e/ou sofrimento, trazem à tona a fragilidade humana, induzindo-o a refletir sobre temas fundamentais de sua existência, que podem acarretar um interesse maior em temas relacionados a espiritualidade, tanto para os religiosos quanto para os não religiosos (Caldeira et al., 2009).

Especialmente a condição da dor crônica pode levar a questionamentos sobre o sentido da vida e a perda de esperança diante do sofrimento vivido. Pode desafiar suas crenças, valores e capacidade de enfrentamento.

Considerando a busca do paciente pela cura e alívio ao sofrimento, a espiritualidade aparece como um recurso de enfrentamento e flexibilização (Miranda et al., 2015; Manso & Góes, 2019).

As convicções, percepções, crenças e expectativas dos pacientes têm um efeito relevante na adesão ao tratamento e nos seus resultados.

O que o indivíduo pensa tem o mesmo valor do que é sentido, ou seja, a qualidade de seus pensamentos pode interferir gravemente na sua percepção. O doente que por exemplo pensa que não será capaz de superar a dor, ou tem os pensamentos tomados pelos impactos negativos causados por ela, tem o que a terapia de aceitação e compromisso chama de fusão cognitiva. A fusão cognitiva tem relação com uma rigidez psicológica, é a propensão em considerar pensamentos, emoções, sensações corporais e lembranças como fatos e verdades, ao invés de meros pensamentos.

A fusão com os pensamentos, geram interpretações distorcidas da realidade, como consequência causam mais sofrimento e limita a capacidade de adaptabilidade frente as situações adversas. Se o indivíduo com dor crônica centralizar sua atenção unicamente na vivência da dor, a experiência poderá ser ainda mais dolorosa, gerando a inflexibilidade psicológica, que por sua vez, restringe a capacidade do indivíduo de se ajustar a condição.

Frente a todos estes aspectos, entende-se a relevância em aprofundar os estudos sobre o tema. Com este objetivo, buscou-se investigar o papel e relação entre os fatores, bem-estar espiritual, fusão cognitiva e gestão da dor crônica. A investigação objetiva compreender se a fusão cognitiva exerce efeito mediador entre as variáveis.

Entendem-se como gestão da dor, a percepção e enfrentamento da dor, medidas pelas escalas de “intensidade da dor” e “autoeficácia para controle da dor”.

Com este objetivo, o estudo encontra-se organizado em diferentes partes. Na primeira é apresentado um enquadramento teórico por meio de uma revisão da literatura. A seguir é apresentado o modelo conceptual da investigação, a descrição dos objetivos e as hipóteses. Na sequência explica-se a metodologia com o detalhamento da recolha da amostra, os instrumentos e caracterização da amostra. Posteriormente são demonstrados os resultados e a discussão. Por fim são apresentadas as implicações práticas, limitações do estudo, bem como a conclusão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Dor

A etimologia da palavra “*pain*”, no inglês, tem origem a partir do francês “*peyn*”, do latim “*poena*” que significa “castigo”, e do grego “*poine*” que significa pagamento, pena, recompensa. Na língua portuguesa, a palavra “dor” tem origem do latim *dolore*, que significa sofrimento. A palavra “paciente” deriva do latim “*patior*”, o que aguenta ou suporta o sofrimento e a dor (Oliveira et al., 2020; Dias, 2009).

A dor é o primeiro sinal de aviso biológico, que indica que algo não está bem no organismo, é uma forma de alerta e de defesa e faz parte da condição humana. Embora seja uma experiência universal, é um fenómeno complexo, subjetivo e multifacetado (Bernardo et al., 2010).

Ao longo da história, a dor tem sido uma constante na experiência humana. Essa sensação complexa, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, tem sido objeto de estudo e debate por séculos (Lima & Trad, 2007).

A primeira definição sobre a dor foi divulgada em 1979, recomendada pelo Subcomitê de Taxonomia e adotada pelo *International Association for the Study of Pain* (IASP), descrevia a dor como “uma experiência sensitiva e emocional

desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. Essa conceituação foi largamente aceita por profissionais da saúde e pesquisadores da área de dor e adotada por diversas organizações governamentais e não-governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (APED, 2020).

Com as novas descobertas científicas e a compreensão mais profunda da experiência da dor, levaram à necessidade de revisão do conceito. Desta maneira a IASP, propõe uma revisão da definição de dor, por meio de um estudo abrangente, elaborada por uma força-tarefa internacional, composta por profissionais com ampla experiência em ciência clínica e/ou básica relacionada à dor. Em 2020 apresentam a descrição revisada, considerando a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (DeSantana et al., 2020).

A definição é complementada por 6 notas explicativas que compõem uma lista com itens que incluem a etimologia (DeSantana et al., 2020).

1) A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2) Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.

3) Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.

4) O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.

5) Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.

6) A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Nesta revisão reconhecem a dor como uma experiência mais complexa, que envolve não apenas aspectos biológicos, mas também os fatores psicológicos, sociais e culturais. Promovendo uma perspectiva mais abrangente, reconhecendo a dor como uma experiência multidimensional e proporcionando uma compreensão mais completa e humanizada da experiência dolorosa (Oliveira et al., 2020).

Ademais, considera a natureza subjetiva da dor, rompendo com a visão tradicional e mais restrita. Essa amplitude conceitual absorve o visível e o invisível impostos pela dor, notadamente a dor crônica (Lima & Trad, 2008).

A dor, reconhecida como o quinto sinal vital desde 2003, deixou de ser vista apenas como um sintoma para se tornar um indicador fundamental da saúde. Desde então, ao procurar atendimento em uma unidade de saúde pública, a dor do paciente é avaliada e registrada, juntamente com os outros sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e temperatura). Essa nova perspectiva, que considera a dor como uma experiência multidimensional, tem transformado a prática clínica. Afinal, a dor é a principal razão que leva as pessoas a procurarem atendimento médico em todo o mundo, e sua avaliação regular permite a identificação precoce de problemas, ajuste dos tratamentos e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida do indivíduo (Bernardo et al., 2010).

Embora seja uma experiência comum para a humanidade, a dor é profundamente pessoal e única para cada indivíduo. Não existe uma régua única para medir a dor, pois a intensidade, a qualidade e o impacto da dor variam significativamente de pessoa para pessoa, por isso é subjetiva (Zanetti & Badaró, 2024).

Nossa percepção sobre a dor é moldada por uma série de fatores, incluindo nossas experiências de vida, personalidade, cultura, crenças e o ambiente em que vivemos.

Classificando a dor essencialmente pelo seu tempo de duração, há dois tipos principais, aguda e crônica.

A dor aguda, é um sintoma que contribui para a proteção, tem efeito positivo, pois alerta o corpo que algo não está bem, sinaliza uma lesão ou trauma. Existe uma causa identificável. Pode ser considerada uma dor de curta duração, pois tem duração limitada de tempo relacionada diretamente com o tempo de tratamento.

2.1.2 A Dor Crônica

A dor crônica (DC) é uma dor prolongada, que persiste por um período superior a três meses, podendo durar meses ou anos, pode estar ligada a traumas ou enfermidades já existentes ou mesmo sem uma causa orgânica perceptível.

Quando a dor se caracteriza como crônica, perde sua finalidade biológica de alerta e sobrevivência, se tornando uma condição única de sofrimento ao indivíduo.

Deixa de ser apenas um sintoma e passa a ser considerada uma doença em si (Watson, 2020).

Não é incomum, que um mesmo indivíduo, tenha mais de um tipo de dor concomitantemente. Esta condição torna o diagnóstico e o tratamento ainda mais complexos e a experiência mais dolorosa.

A dor crônica pode acarretar outros sintomas ou problemas, como a ansiedade, depressão, fadiga, alterações no sono e no humor. Complementarmente tem um impacto na saúde mental do doente, em suas atividades cotidianas e até mesmo gerar a incapacidade total.

Aproximadamente 20% da população mundial é acometida pela DC. A cada ano, 1 em cada 10 adultos são diagnosticados com dor crônica (Goldberg & McGee, 2011).

A prevalência média de DC na Europa é de aproximadamente 19%. Destas pessoas, 59% referem-na com uma duração entre dois e quinze anos (Breivik et al., 2006). Estima-se que cerca de 150 milhões de pessoas padecem de DC em toda a Europa, o que equivale a aproximadamente a soma da população da França e Alemanha (Raposo et al., 2024).

Em Portugal, a situação é ainda mais preocupante, com uma prevalência de 37% na população adulta, dos quais 16% relatam intensidade de dor moderada ou grave (Silva, 2012).

Em outros países europeus, a prevalência apontada na população adulta é de 23% em Espanha, 24% em Noruega, enquanto na Alemanha o número é significativamente inferior, com a predominância de 10% (Breivik et al., 2006).

Em destaque, o estudo conduzido em Noruega revelou que, entre as pessoas que relataram sofrer de DC (24% da população), 65% convivem com a dor há mais de 5 anos (Vasconcelos & Araújo, 2018).

No Brasil, cerca de 30% da população brasileira se queixa ou sofre de DC (Aguiar et al., 2021).

Complementarmente em outros países desenvolvidos, evidenciou-se uma elevada prevalência, como é o caso do Japão (39%), China (Hong Kong- 35%) e Estados Unidos (31%) ou em desenvolvimento, como o Irã (39%) (Aguiar et al., 2021).

2.1.3 Classificações da dor crónica

Cada tipo de DC apresenta características específicas que permitem diferenciá-las (Elman & Borsook, 2016).

Quanto aos mecanismos biológicos aceites pela IASP, a DC pode ser classificada em nociceptiva, nociplástica, neuropática e oncológica (Aguiar et al., 2021 p.265).

A dor nociceptiva, é a dor causada pela ativação de receptores sensoriais que detectam estímulos nocivos, como calor e frio excessivo (termorreceptores), estímulos mecânicos de toque, pressão e estiramento (mecanorreceptores) e finalmente a dor (nociceptores). A artrite é um exemplo de dor nociceptiva (Laurino, 2017).

No que se refere a dor neuropática, é definida como: “dor iniciada ou causada por uma lesão ou disfunção que compromete primariamente componentes do sistema nervoso”, esta envolve o cérebro, a medula espinhal, as raízes e nervos. As dores neuropáticas têm características de cronicidade e geralmente são duradouras (superior a três meses). A síndrome do túnel do carpo e hérnia discal são exemplos de dores neuropáticas (Laurino, 2017).

A dor nociplástica, se caracteriza pela alteração no sistema nociceptivo com dor espalhada, sem sinais de lesão ou doença do sistema somatossensorial, com presença de hipersensibilidade mesmo em tecidos aparentemente normais. A fibromialgia é um exemplo de condição associada à dor nociplástica (Reis & Chaves, 2024).

Já a dor oncológica pode ter várias causas, pode ser devida ao tumor, às metástases, ou aos tratamentos da doença. Está presente em aproximadamente 50% dos doentes oncológicos ao longo das várias fases da doença (40% nas fases iniciais; 70% nas situações avançadas; 90% em fases terminais). A dor causada por metástases ósseas é a fonte mais comum de dor oncológica moderada a severa, e cerca de 75% dos doentes com cancros em estádios avançados experienciam dor óssea. A dor óssea induzida por cancro apresenta características neuroquímicas únicas, quando comparada com outros tipos de dor crónica (CUF, 2020). O seu tratamento foi reconhecido como um imperativo ético e um direito do doente pela Organização Mundial de Saúde (Bastos, 2005, p.34).

Na figura a seguir, apresentamos as classificações e outros tipos de dores frequentes associadas (figura 1).

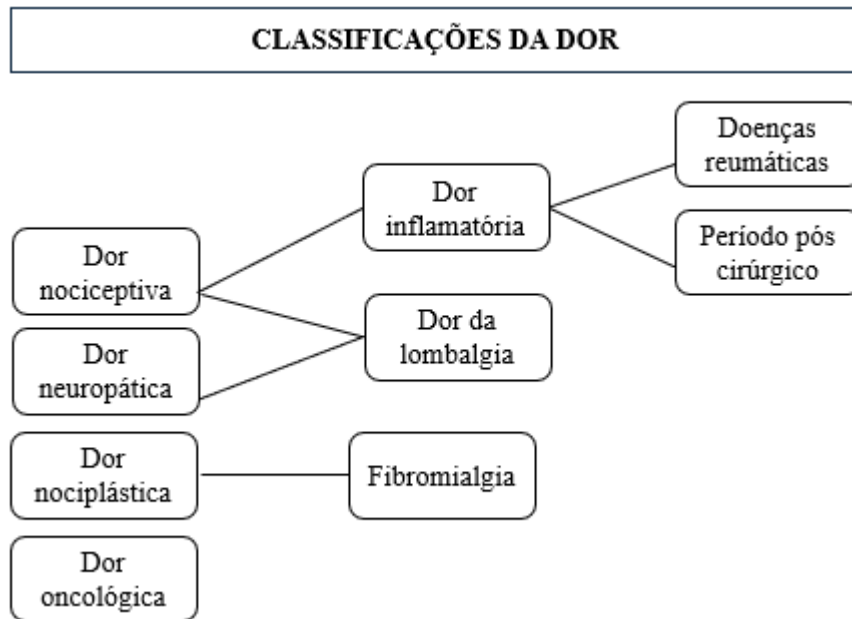


Figura 1 - Classificações e associações da dor crónica

Embora possam ser classificadas, é importante não haver uma rigidez no diagnóstico, por isso, é necessária uma avaliação ampla e cautelosa (Elman & Borsook, 2016).

2.1.4 Análises sociodemográficas da dor crónica

Os principais estudos demonstram que a DC afecta mais as mulheres do que os homens. Em nível global, os estudos apontam que as mulheres representam 61% dos casos diagnosticados (Nunes et al., 2021; Aguiar et al., 2021).

Segundo uma revisão extensiva de Unruh (1996), além de maior frequência e duração, as mulheres reportam níveis mais severos de dor. Embora afirme ser difícil determinar se essa diferença é originada por factores biológicos ou psicológicos, considerando a natureza multicausal da experiência da dor (Unruh, 1996; Dias & Brito, 2002 p.92).

Ao encontro destes dados, a maior prevalência de DC em Portugal foi observada entre mulheres, idosos, reformados, desempregados e pessoas com um menor nível de escolaridade (Raposo et al., 2024).

Complementarmente, no Brasil, em uma revisão sistemática, também foi mais prevalente no sexo feminino, apresentando em média 71% de acometimento (Aguiar et al., 2021).

Em uma outra investigação portuguesa relacionando DC com a idade, identificou que pacientes de 55 a 64 anos, representavam 73% dos população estudada e pacientes com 65 anos ou mais velhos, 46.2%. Esta prevalência de DC em idosos está de acordo com outros estudos realizados. Embora a idade possa aumentar a probabilidade de desenvolver DC, nenhuma causalidade foi encontrada entre a idade e a intensidade da dor. Por isso, a idade não parece ser um preditor da dor e intensidade sentida pelos pacientes (Antunes et al., 2021).

Em Portugal, em primeiro lugar em prevalência está a dor na região lombar com 37%, seguido de doenças musculoesqueléticas, como osteoartrose, osteoporose, doenças reumatológicas, como lúpus, artrite reumatoide, fibromialgia, doenças neuromusculares, doenças neurológicas, incluindo as cefaleias (Raposo et al., 2024). A dor crónica lombar especialmente é a mais frequente causa de limitação em pessoas com menos de 45 anos na Europa (Kreling et al., 2006).

A dor lombar, também é a mais preocupante nos Estados Unidos da América, com 31% e no Brasil com 42% de prevalência (Matos et al., 2008; Aguiar et al., 2021).

2.1.5 Impactos Multidimensionais

Ao contrário da dor aguda, que é frequentemente tratável e curável, a DC exige que o indivíduo se adapte e conviva com o quadro.

A condição dolorosa transcende a mera sensação física, constituindo uma experiência multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais-profissionais e espirituais. Ou seja, permeia todos os aspectos da vida do indivíduo. Se manifesta de forma complexa e influencia individualmente a percepção e a experiência da dor (Payne et al., 2008).

A figura a seguir demonstra os múltiplos impactos da dor crónica na vida do indivíduo (figura 2).

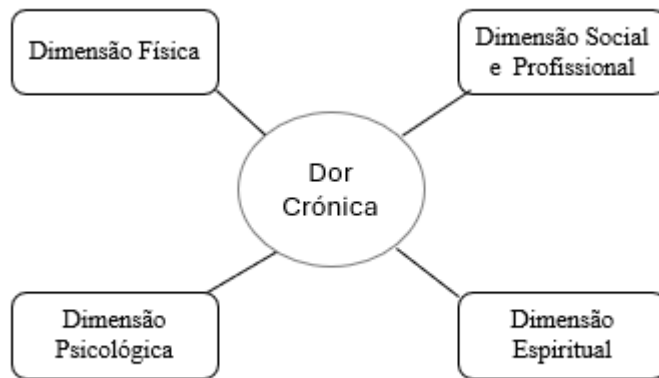


Figura 2 - Dimensões afetadas pela condição de dor crónica (Rodrigues, 2007; Payne et al., 2008).

Dimensão física:

A dor física é a ocorrência mais evidente, desencadeada pelos estímulos nocivos que estimulam o sistema nervoso. Lesões, inflamações e doenças podem desencadear a dor física.

Dimensão Psicológica:

Além dos sentimentos de raiva, frustração e tristeza, a condição pode afetar também a autovalorização, autoestima e a autoimagem, levando as pessoas a se sentirem menos capazes e menos valorizadas. Além de implicações como depressão e quadros de ansiedade.

A dor física e o sofrimento psicológico frequentemente se associam, formando um ciclo vicioso em que a dor intensifica as emoções negativas, como ansiedade, medo e tristeza, e, por sua vez, essas emoções exacerbam a percepção da dor (Borsook et al., 2012).

Em uma investigação sobre as consequências emocionais da dor, que abrangeu pessoas provenientes de 15 países europeus, concluiu-se que 21% das pessoas participantes no estudo tinham sido diagnosticados com depressão associada à sua condição de dor crónica. Em pesquisas, a Espanha mostrou ter a taxa mais alta de depressão associada à dor crónica (29%), seguida da Noruega (28%), Suécia e

Reino Unido (24%); Portugal (17%), Polónia (14%) e Dinamarca (11%) (Breivik et al., 2006).

É importante salientar que a descrição da dimensão psicológica da dor não significa que a dor seja "inventada" ou que não tenha uma base biológica, mas sim, as implicações decorrentes a condição dolorosa (Torres, 2020).

Ao reconhecer e tratar a dimensão psicológica da dor, os profissionais de saúde podem oferecer um cuidado mais completo e eficaz, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Zanetti & Badaró, 2024).

Dimensão social e profissional:

A dor crónica pode afetar o desempenho profissional, levando à perda do emprego, baixa por incapacidade ou necessidade de adaptações devido as limitações impostas. Além de dificuldade de participar de eventos sociais, podem gerar distanciamento de amigos e familiares.

Em Portugal 50% da população com DC têm impacto moderado ou grave na realização das atividades domésticas ou laborais, 38% tiveram a concessão de reformas antecipadas e 4% perderam o emprego devido à dor crónica (Silva, 2012; Raposo et al., 2024).

Enquanto no Brasil, 95% de pessoas com DC apresentavam comprometimento na atividade profissional (Kreling et al., 2006). Na Holanda são registrados anualmente 10.000 novos casos de pessoas incapacitadas para o trabalho em decorrência da DC (Kreling et al., 2006).

A incapacidade de realizar atividades diárias, seja no trabalho ou em casa, é uma consequência comum da DC. O absentismo e a redução da produtividade geram prejuízos econômicos significativos, tanto para os indivíduos quanto para as empresas. Ademais, baixas e reformas antecipadas, implicam no aumento dos gastos da segurança social.

O ambiente social e o apoio familiar, são outros aspectos importantes. A compreensão sobre sua condição e o não julgamento, podem modular significativamente a experiência dolorosa. Em contrapartida, o estigma associado a dor, a dificuldade de comunicação sobre a condição e a falta de apoio social podem agravar o sofrimento.

No mesmo estudo já mencionado de Breivik et al (2006) em países da Europa, 22% das pessoas com DC apresentavam maior dificuldade em estabelecer relações

sociais devido à presença de dor, 23% revelaram redução da capacidade na condução, 24% admitiram afeição na vida sexual, 29% declararam-se incapaz de trabalhar fora de casa, 50% indicaram menor capacidade na prática de exercício físico e 56% referiram alterações no padrão de sono (Breivik et al., 2006).

Dimensão espiritual:

Segundo Payne et al. (2008) a espiritualidade é uma dimensão fundamental da experiência humana, especialmente durante momentos de uma grave doença ou sofrimento de modo geral. A espiritualidade, pode oferecer um sentido de propósito e esperança, auxiliando no enfrentamento da dor (Payne et al., 2008). Abordaremos mais detalhadamente sobre esta dimensão mais adiante.

2.1.6 Impactos socioeconômicos

As repercussões da DC para a população vão além dos aspectos individuais, impactando também o âmbito socioeconômico.

Notadamente em Portugal os impactos envolvem valores expressivos. Segundo Raposo et al. (2024), há 2 tipos de custos, os custos diretos que consideram despesas médicas, tais como consultas, tratamentos e medicamentos, e os custos indiretos que abrangem o absentismo, a perda de trabalho, e as reformas antecipadas. Neste contexto, uma pesquisa nacional calcula que a DC gera um custo anual ao país de mais de 4,5 bilhões de euros, o que representa 2,5% do Produto Interno Bruto, com uma distribuição aproximada de 40% em custos diretos e 60% em custos indiretos (Raposo et al., 2024).

Além disso, os indivíduos com dor crônica têm em média 14 dias de baixa por ano, o que representa um valor superior a 290 milhões de euros por ano de custos salariais suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes et al., 2010).

Nos Estados Unidos da América, a DC, é considerado um problema de alto custo médico e social, especialmente os custos relacionados a dor lombar, que tem maior prevalência, ultrapassam os US \$ 100 bilhões por ano. Dois terços desses custos são indirectos, devido a perdas salariais e redução da produtividade (Fonseca et al., 2013).

A mensuração dos custos da DC no Brasil ainda é limitada. No entanto os dados disponíveis demonstram um alto impacto socioeconômico. Estudos de 2007, demonstraram que 20% dos benefícios concedidos pela segurança social por

afastamento do trabalho foram destinados a pacientes portadores de dores crónicas (Ruviaro & Filippin, 2012).

2.1.7 Cuidados no Serviço de Saúde

A DC é um dos principais motivos de procura nas consultas ambulatoriais em todo o mundo (Cipriano et al., 2011; Bernardo et al., 2010).

Em Portugal a dor de intensidade moderada ou severa, é o motivo para 50% das consultas médicas e 1/3 destes pacientes apresentam uma dor permanente (Bernardo et al., 2010).

Estima-se que a dor seja o motivo de 80% das consultas médicas nos Estados Unidos da América. Na Finlândia é o motivo de 40% das consultas (Dias & Brito, 2002; Ashmawi, 2020).

Foi identificado que as pessoas com DC usam os serviços de saúde cinco vezes mais do que o restante da população (Ashmawi, 2020).

Quanto aos serviços de saúde em Portugal, 35% dos pacientes acometidos pela DC, estão insatisfeitos com o tratamento. Relatam demora no diagnóstico (média de 2.5 anos), e ineficácia no tratamento, poucos foram tratados por especialistas em dor e quase metade recebeu tratamento inadequado (Silva, 2012; Breivik et al., 2006).

Nas últimas cinco décadas, houve um avanço significativo no conhecimento, nos métodos de diagnóstico, no desenvolvimento de ferramentas de avaliação e no tratamento de doenças. No entanto, a DC, ainda constitui um grande desafio para os profissionais de saúde. Conforme aponta Bastos (2005), muitas condições crónicas, incluindo a dor, foram negligenciadas pelos profissionais de saúde, em razão de sua natureza crónica ou autolimitada. A consequência dessa negligência é a persistência da dor em muitos pacientes, que convivem com a condição dolorosa por anos (Bastos, 2005).

De forma geral, a dor ainda não é um objeto de estudo valorizado no curso de medicina, apesar de sua presença constante na prática clínica. Na formação médica está fortemente associada à ideia de lesão, de proteção e, portanto, um sintoma, que revela uma causa subjacente, a ser diagnosticada, tratada e curada. A DC é apresentada, portanto, como uma alteração do sistema de proteção do corpo, que passa a ter um sentido ambíguo entre proteção e perversão (Lima & Trad, 2007).

Apesar de toda a complexidade que envolve o quadro, os pacientes muitas vezes são tratados como um grupo homogêneo, sendo considerados com um quadro de “síndrome de dor crônica”. Para este “grupo de pacientes” é prescrito o mesmo tipo de intervenção (Araujo-Soares & McIntyre, 2000).

A trajetória do paciente com DC no sistema de saúde, é caracterizada por múltiplos exames, alguns destes invasivos, tentativas terapêuticas sem sucesso e excesso de medicações. Este contexto pode promover sentimentos de desânimo e desconfiança na habilidade dos médicos em resolver seu problema. Segundo Bastos (2005), essa trajetória frequentemente termina em um estado de desespero e descrença no sistema de saúde, o que acrescenta mais sofrimento a condição do doente (Bastos, 2005).

Ademais, a sensação de não ser ouvido ou compreendido pelos profissionais de saúde, aliada à desilusão com os resultados do tratamento médico, intensifica essa situação, provocando um sentimento de desamparo e perda de domínio sobre a própria existência (Bastos, 2005).

O quadro demanda na maioria dos casos, uma abordagem multidisciplinar e personalizada. As clínicas especializadas em dor são um exemplo, pois reúnem profissionais de diversas áreas, sendo esta sua principal característica. Embora, vale ressaltar, a prática clínica não deve se limitar à soma de conhecimentos, mas sim à sinergia entre os diferentes profissionais, visando uma abordagem holística, sistemática e eficaz (Bastos, 2005).

A visão multidimensional da dor é fundamental, no direcionamento daqueles que cuidam de pacientes com esta condição. Segundo Traue et al. (2010), se os profissionais de saúde privilegiam apenas um fator, desconsiderando os demais, os pacientes não receberão o cuidado adequado. Se a atenção for dispensada, por exemplo, somente aos sintomas físicos pela sua maior evidência, fatores psicológicos como a ansiedade, o humor depressivo, comportamentos desajustados associados a dor, bem como comorbidades psicopatológicas, poderão ser negligenciadas (Steffen et al., 2010; Kopf & Patel, 2010; Zanetti & Badaró, 2024).

Entender a subjetividade e complexidade desta doença, é essencial para a criação de estratégias de tratamentos efetivos. Neste sentido, a abordagem biopsicossocial segue estas premissas, pois considera a interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, proporcionando uma visão mais integral e ampla para o tratamento da DC. Ao reconhecer a relação entre mente e corpo, esta

abordagem possibilita uma visão holística do paciente, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os aspectos emocionais e sociais que influenciam a percepção e a vivência da dor. Com a integração de diversas áreas, tais como medicina, psicologia e ciências sociais, possibilitam a criação de intervenções mais eficientes e customizadas (Lima & Trad, 2007).

Algumas vezes, a mesma ação terapêutica pode oferecer alívio para um paciente, entretanto aumento do sofrimento para outro. Adotando uma visão biopsicossocial, os especialistas em saúde podem criar intervenções mais eficientes e customizadas, contribuindo para a diminuição da dor e uma melhor qualidade de vida dos pacientes (Araujo-Soares & McIntyre, 2000; Brandão & Besset, 2015).

Como não há uma régua de medida para o diagnóstico da dor, ela é “invisível” ao olhar médico. “A dor não só é invisível, mas imponderável e incomensurável” O profissional da saúde, sente-se completamente dependente de uma queixa subjetiva do indivíduo, pois não existe um instrumento que constate a dor relatada. Sentem que tratam algo que não se vê, não sentem ao examinar, por isso consideram um objeto extremamente subjetivo. A dificuldade diante da invisibilidade, é um obstáculo presente no dia a dia dos cuidados médicos da DC (Lima & Trad, 2007).

Embora a invisibilidade da dor possa parecer incoerente e incompatível com a racionalidade médica, confiar no que o paciente diz, é essencial para se estabelecer uma boa relação médico-paciente e desta maneira possibilitar a adesão e efetividade ao tratamento. Escutar o paciente e reconhecer a invisibilidade e subjetividade da dor, permite a expressão espontânea do doente, fator essencial para um tratamento apropriado. Ao entender a percepção individual da dor e levar em conta os elementos que a afetam, os especialistas em saúde podem oferecer um atendimento mais humanizado e eficiente, contribuindo tanto na melhora da dor quanto no aumento na qualidade de vida dos pacientes (Lima & Trad, 2007).

Soares e McIntyre (2000) enfatizam que a relação entre médico e paciente, estabelecida por meio um vínculo de confiança e empatia, é crucial para entender a experiência do paciente e proporcionar um atendimento eficiente. A visão do paciente acerca da dor, suas convicções e expectativas, juntamente com os elementos sociais e contextuais, têm um impacto significativo na maneira como a dor é vivenciada e na resposta do paciente ao tratamento (Araujo-Soares & McIntyre, 2000).

De acordo com Carvalho (2003, p. 105) o tratamento da dor incide principalmente no alívio do sofrimento que envolve o sentir dor, o qual pode ser

modulado por “fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais” (Carvalho, 2003, p.103).

2.2 Fatores psicológicos e *coping*

A DC, é um fenômeno complexo, que vai além de uma simples experiência sensorial, abrangendo diversos aspectos já citados no estudo. Os fatores psicológicos em especial, têm um papel importante na percepção e gestão dor. Compreender a interação entre os elementos físicos e psicológicos é determinante para a criação de métodos terapêuticos mais eficientes.

Quando a dor persiste, provoca um processo de estresse crônico que, conseqüentemente, afeta negativamente o corpo, resultando em mudanças fisiológicas e emocionais. Essa interação entre elementos físicos e psicológicos alimenta o ciclo vicioso da dor. Segundo Zanetti e Badaró (2024), a exposição constante a este estressor pode desencadear reações físicas e emocionais, sendo capaz de levar a conseqüências devastadoras para o indivíduo (Zanetti & Badaró, 2024).

A dimensão psicológica é caracterizada por uma elevada incidência de sintomas de depressão e ansiedade. O indivíduo com ansiedade por exemplo, pode ter a sensação de dor intensificada, criando um ciclo vicioso em que a ansiedade aumenta a tensão muscular, resultando em uma dor mais intensa (Kopf & Patel, 2010).

Complementarmente, a cognição tem uma função fundamental na vivência da condição dolorosa. As convicções e expectativas da pessoa acerca da dor, autoestima e crenças sobre as próprias capacidades, influenciam consideravelmente a maneira como ela experiencia e gerencia o quadro. O sentido que se dá à dor, as estratégias de enfrentamento e as expectativas ligadas às conseqüências da DC, são elementos que influenciam a vivência da dor. Ademais, quando não acreditam na eficácia de uma estratégia de *coping*, podem perceber a dor com um problema insuperável e como conseqüência um comportamento de inércia, causando mais dor (Gomes, 2008; Sardá et al., 2012).

A história da intervenção psicológica na dor não é desconhecida. A teoria do “*Gate Control*” proposta por Melzack e Wall (1965) demonstrou, claramente, a necessidade de integrar factores neurofisiológicos e psicológicos para a obtenção de uma melhor compreensão do fenómeno da percepção da dor. Os modelos de intervenção propostos por autores como Turk e col. (1983) baseados em modelos

cognitivo-comportamentais, abriram caminho para a intervenção psicológica neste campo (Melzack & Wall, 1965; Turk, 1983; Araujo-Soares & McIntyre, 2000).

O tratamento da DC por meio da terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficiente, alterando padrões de pensamento prejudiciais e comportamentos não adaptativos. Ao confrontar as concepções negativas acerca da dor e incentivar táticas de enfrentamento mais eficientes, cria-se uma tendência a diminuição da severidade da dor e melhora a qualidade de vida dos pacientes (Gomes, 2008; Zanetti & Badaró, 2024).

2.3 - Fusão Cognitiva

A fusão cognitiva é uma peça-chave na Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC). A abordagem faz parte de uma nova geração de terapias comportamentais e cognitivas, nomeadas de "terceira geração", que se distinguem das estratégias convencionais em suas bases e técnicas. Estas novas abordagens investigam e atuam em campos até então não habituais na psicoterapia, como *mindfulness*, a desfusão cognitiva, aceitação, valores pessoais, entre outros (Wilson et al., 2014).

A TAC enfatiza o papel da rigidez psicológica como a principal causa do sofrimento humano, que está diretamente relacionado a uma menor qualidade de vida, pois intensifica a rigidez comportamental, restringe as respostas e experiências do indivíduo. A inflexibilidade, marcada por esforços intensos para controlar experiências internas desagradáveis, tais como pensamentos e emoções, restringe a habilidade do indivíduo de se ajustar, o que resulta em um sofrimento ainda mais intenso.

Um dos elementos da rigidez psicológica, é a fusão cognitiva (FC), que é a propensão a considerar pensamentos, emoções, sensações corporais e lembranças como fatos e verdades, ao invés de meros eventos mentais. A fusão com os pensamentos, geram interpretações distorcidas da realidade, como consequência causam sofrimento e limita a capacidade de adaptabilidade frente as situações adversas. Por outro lado, a desfusão refere-se à capacidade de observar os pensamentos sem se identificar com eles, proporcionando maior distanciamento psicológico e capacidade de se adaptar (Lucena-Santos et al., 2015).

Outros escritores descrevem a fusão cognitiva como um desafio em interpretar as cognições de maneira alternativa, além da tendência a controlar o

pensamento e avaliar seu conteúdo numa reação emocional desadaptativa com uma análise exagerada dos acontecimentos (Gillanders et al., 2014).

A FC está associada a várias dificuldades psicológicas, ruminação, culpa, vergonha, memórias traumáticas, depressão, ansiedade, sintomas de distúrbios de stress pós-traumático e baixa qualidade de vida.

Ao acreditar nos pensamentos ruminativos ou evitá-los, a pessoa limita sua experiência, capacidade de *coping* e reforça crenças disfuncionais, intensificando e mantendo sofrimento (Hayes et al., 1996).

O princípio de “*Self* como contexto” é um outro conceito fundamental na TAC e que contribui para o processo de desfusão cognitiva. Ele representa a habilidade de observar nossas ideias e sentimentos sem nos identificarmos com eles, oferecendo maior liberdade e possibilidade de superação (Lucena-Santos et al., 2015 p.203). Ao cultivar essa visão, a pessoa se liberta da angústia provocada pela fusão cognitiva (Lucena-Santos et al., 2015 p.203).

É como se a mente fosse como um filme em cartaz. Pensamentos, emoções e sensações funcionam como os filmes que se desenrolam na tela. O “*self* como contexto” é semelhante à tela que projetam os filmes, está constantemente presente, mas não se confunde com o que é mostrado nela.

Para exemplificar, um indivíduo triste devido ao término de um relacionamento pode se identificar completamente com essa angústia, pensando: “Sou um fracasso”, “Ninguém jamais me amará”. Com a perspectiva do “*self* como contexto”, ele consegue compreender a tristeza como uma emoção que apareceu pela situação do término, mas sabe que vai passar, sem se deixar aprisionar por esta tristeza. Ele consegue afirmar para si mesmo: “Estou me sentindo triste no momento, mas essa tristeza não define quem eu sou. Eu não sou uma pessoa triste.” Esta nova visão possibilita que o indivíduo dê espaço para outras emoções e vivências, busque formas de se adaptar à nova situação e assim acelerar o processo de recuperação.

Ao se ver como um observador de seus próprios pensamentos e emoções, o indivíduo tende a se afastar deles, diminuindo a identificação e a dor provocadas por ideias distorcidas e ou negativas. Esta perspectiva auxilia a desfusão cognitiva.

A finalidade da terapia é alterar a relação que o indivíduo tem com as suas experiências internas, modificar a forma ou seu conteúdo cognitivo (Fletcher & Hayes, 2005). Além disso, estimular o indivíduo a reconhecer seus valores e a lidar

com circunstâncias adversas por meio da atenção plena, união do *self* com o contexto, aceitação e defusão (Hayes et al., 2013).

O modelo de intervenção da TAC envolve o desenvolvimento de flexibilidade psicológica por meio de seis processos inter-relacionados: aceitação, defusão cognitiva, contato com o momento presente, senso de *self*-como-contexto, valores e ação comprometida (Hayes & Strosahl, 2004). Todos os seis componentes fazem parte do denominado Modelo de Flexibilidade Psicológica (figura 3).

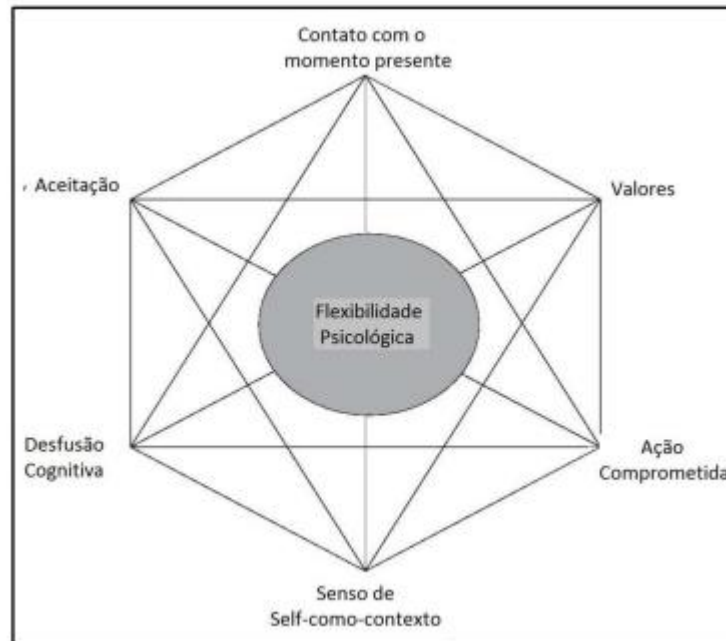


Figura 3- Modelo de Flexibilidade Psicológica da TAC (Hayes, 2004).

. A abordagem da TAC promove a aceitação dos pensamentos e emoções ao invés de combatê-los. É como libertar o indivíduo da batalha interna e constante com seus pensamentos, julgamentos e sentimentos com vieses, proporcionando alívio, flexibilidade e regulação emocional. Se concentra na função dos pensamentos e no estímulo a estratégias de controle emocional. (Hayes et al., 1999; Herbert & Forman, 2011).

2.3.1 Fusão Cognitiva e dor crônica

Em situações de adversidades, as pessoas podem frequentemente reagir com questionamentos e reavaliações de seus valores e princípios, podendo provocar interpretações negativas das emoções experimentadas. Na perspectiva atual, a fusão cognitiva e o evitamento experimental podem ocorrer, com o objetivo de minimizar o incômodo sentido.

Ao criar um vínculo intrínseco entre corpo e mente, pode ocorrer a fusão cognitiva, ao se identificar exageradamente com seus pensamentos e experiências dolorosas. Ao se concentrar de forma excessiva na dor, tornando-a o centro do seu mundo, fica mais difícil a distinção entre o *Self* e a angústia. A absorção da dor aumenta a angústia e restringe a habilidade da pessoa de se envolver em outras atividades, assuntos e nas relações sociais. A partir desta perspectiva, compreende-se que, seja por uma limitação física real ou por pensamentos catastróficos, permeados por uma crença de baixa autoeficácia, o contato social e o desenvolvimento de atividades antes corriqueiras podem se tornar grandes desafios. Todo este processo somado ao sofrimento, favorece o surgimento de distúrbios como a depressão e ansiedade (Gillanders et al., 2014; Trindade et al., 2018).

A inflexibilidade psicológica, o evitamento e a fusão cognitiva à dor estão interligadas. Pessoas com elevada fusão cognitiva costumam exibir maior resistência à experiência e menor flexibilidade psicológica, restringindo assim suas alternativas de resposta (Martins, 2017).

Na figura a seguir, demonstramos a fusão cognitiva por meio de exemplos (figura 4).

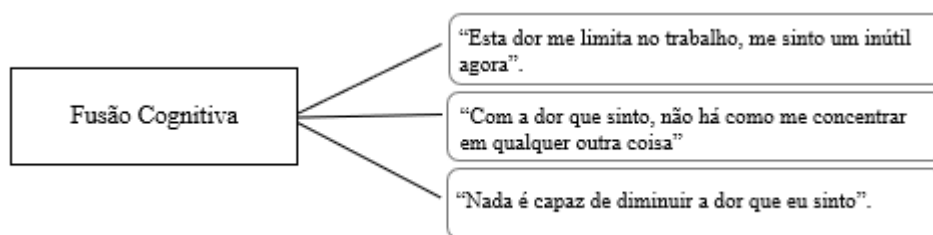


Figura 4- Fusão Cognitiva por meio de exemplos (Martins, 2017).

A intensidade da dor pode confundir a percepção do próprio corpo, que deixa de ser sentido como parte do *self* e passa a ser percebido como um agente agressor. Essa experiência altera a percepção do tempo e do espaço, levando a uma sensação de desorientação, desconexão com o mundo e ao isolamento (Lima & Trad, 2008). Originam-se uma gama de fatores estressores e que impactam fortemente todas as dimensões da vida do indivíduo, levando a uma diminuição significativa de sua qualidade.

A tendência de se identificar com os próprios pensamentos e sentimentos, desempenha um papel central na experiência da DC. Ao atribuir um significado excessivo à dor e às suas consequências, o indivíduo pode intensificar o sofrimento e limitar suas possibilidades de enfrentamento. Ou seja, a forma como sentimos,

pensamos e agimos, tem um impacto significativo na maneira como experienciamos a dor. A compreensão dessa relação entre cognição e dor é fundamental para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes, que visem modificar padrões de pensamento disfuncionais e promover estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Sardá et al., 2012).

A TAC tem se mostrado eficiente no tratamento da dor crônica e de outras questões correlatas. Intervenções baseadas nesta abordagem demonstraram benefícios em vários aspectos da saúde mental em populações com dor crônica, incluindo qualidade de vida, autoeficácia, depressão e ansiedade (Assaz, 2020). Além de diminuição da fusão cognitiva, o evitamento de experiências e o padecimento em pessoas acometidas pela dor crônica (Harris et al., 2020; Sturgeon, 2014; Yu & McCracken, 2016).

Alguns estudos sobre intervenções da TAC para DC relataram também efeitos para melhoria em quadros de ansiedade e sofrimento relacionados à dor, no sentimento de incapacidade, número de visitas médicas, desempenho físico e profissional (Sturgeon, 2014).

Complementarmente, uma revisão sistemática conduzida recentemente por Sanduete-Chaves et al. (2024), sugere que as intervenções psicológicas, particularmente a TAC e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), são eficientes na diminuição da fusão cognitiva em pacientes com dor crônica. Intervenções presenciais de longa duração, parecem ser mais efetivas, particularmente para mulheres idosas, laborais e com graus moderados de dor e depressão (Sanduete-Chaves et al., 2024).

2.4 Espiritualidade

2.4.1. Definição

A definição e concepção sobre a espiritualidade é abordada pelas investigações científicas de diferentes formas, cada uma com suas próprias visões, ponderações e métodos, que resulta em uma ampla variedade de conceitos e compreensões. Esta variância, somada a complexidade e subjetividade, fazem com que não haja um consenso universal para sua conceituação.

Entre as conceituações existentes, podemos citar Saad et al. (2001), que explica que a espiritualidade, é entendida como um conjunto de crenças que

transcendem o visível, proporciona uma conexão mais profunda com o mundo e consigo mesmo, e um sentido de significado e propósito de vida. Essa perspectiva pode servir como mecanismo de enfrentamento, para lidar com desafios, adversidades, emoções e em muitos casos, encontrar significado em suas experiências (Saad et al., 2001).

Para a OMS, a espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções, de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (Oliveira & Junges, 2012).

A religiosidade e espiritualidade, embora estejam interligadas, possuem concepções distintas e é cada vez mais importante fazer essa distinção no contexto atual.

A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas (Santana, 2011). Representa a instituição social que proporciona práticas específicas que sustentam a espiritualidade. As instituições são organizações religiosas como igrejas, templos, onde acontecem práticas religiosas como a oração, meditação, cerimônias e rituais (Rodrigues & Gonçalves, 2022).

A espiritualidade é uma experiência pessoal e autônoma, que pode ou não estar associada a uma religião específica (Santana, 2011). Está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre a vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (Underwood-Gordon et al., 1997).

A espiritualidade representa uma busca crescente por significado, propósito e conexão com algo maior. Essa exploração faz parte da existência e experiência humana (Ribeiro et al., 2019).

Conforme Muldoon e King (1995), a espiritualidade se refere ao entendimento e à vivência das pessoas sobre o valor e o significado de suas vidas. Trata-se de um conceito mais abrangente que a religião e pode existir sem a necessidade de crenças religiosas particulares (Muldoon & King, 1995; Thiengo et al., 2019).

O estudo de Carballo (1999) mostra que, mesmo em regiões com elevada taxa de ateísmo, como a Europa Ocidental, onde 51% não dão importância a Deus, muitas dessas pessoas demonstram interesse pela espiritualidade. Essa tendência é reforçada

pelo aumento de religiões alternativas e práticas espirituais não convencionais (Carballo, 1999; Mangia, 2015).

Contudo, em uma investigação conduzida por Zinnbauer et al (1997), observou-se uma grande variação nas definições de religiosidade e espiritualidade entre as pessoas, conferindo significados diferentes a esses conceitos. Por essa razão, salienta a importância de levar em conta a visão dos indivíduos ao analisar esses conceitos. Considerando esta perspectiva, este trabalho não restringirá sua abordagem ao termo “espiritualidade”, mas também ao termo “religiosidade” (Zinnbauer et al., 1997).

2.4.2 Espiritualidade e Saúde

Indivíduos em condições de doenças e/ou sofrimento, trazem à tona a fragilidade humana, induzindo-o a refletir sobre temas fundamentais de sua existência, que podem acarretar um interesse maior em temas relacionados a espiritualidade, tanto para os religiosos quanto para os não religiosos (Caldeira et al., 2009).

Comprovando sua relevância, em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, somando as dimensões já existentes (física, mental e social). Nesta inclusão, destaca questões como significado e sentido da vida, não se restringindo a qualquer padrão de crença ou prática religiosa.

As investigações científicas sobre a espiritualidade e à religião tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, incentivada por diversas provas de seus efeitos na saúde, especialmente em quadros de saúde mental, doenças e DC. Vários estudos utilizam esses conceitos como variáveis fundamentais em suas análises, destacando sua importância para o bem-estar e a saúde (Domingues et al., 2019).

Revisões sistemáticas que abrangeram mais de 3.000 estudos indicaram uma correlação positiva entre espiritualidade/religiosidade e saúde (Koenig, 2001). Embora também existam aspectos negativos nessas relações, são menos prevalentes (Zimpel et al., 2019).

Nesta revisão, também foi possível concluir que pessoas que são mais religiosas/espirituais tendem a apresentar melhor saúde mental e uma maior

capacidade de adaptação e gestão do stress frente a problemas de saúde, em comparação com aqueles que são menos religiosos/espirituais (Koenig, 2012 p.15).

Em complemento, em uma análise em 850 estudos sobre o tema, constatou-se a importância das interações sociais, especialmente aquelas estabelecidas em contextos religiosos e espirituais, para a promoção do equilíbrio emocional e a prevenção de problemas de saúde mental (Saad et al., 2001; Koenig, 2012).

2.4.3 Espiritualidade, dor crónica e estratégias de *coping*

Considerando a busca incansável do paciente pela cura e alívio ao sofrimento, a espiritualidade aparece como um recurso de enfrentamento e flexibilização (Gonzalez Manso & Góes, 2019). Outros autores também identificaram em suas investigações, a R/E (religião e espiritualidade) como recurso de enfrentamento (Saad et al., 2001; Ferreira-Valente et al., 2019; Illueca & Doolittle, 2020; O'Beirne et al., 2020; Laird et al., 2004).

Um dos conceitos no estudo da relação entre “saúde”, “religiosidade e espiritualidade” é o *coping* religioso/espiritual. (*coping*, palavra inglesa que significa “lidar com”). O *coping* religioso/espiritual (CRE), se refere aos comportamentos e crenças religiosas apresentados pelas pessoas para aliviar consequências emocionais negativas de situações estressantes (Foch et al., 2017).

Estudos apontam que a R/E como estratégias de *coping*, pode reduzir significativamente o impacto cognitivo da experiência da dor, fazendo com que o paciente altere seu significado (Santana, 2011). Além disso, a espiritualidade e as crenças religiosas promovem o otimismo e a esperança (Ebright & Lyon, 2002; Gall et al., 2009; Barros, 2022).

Como complemento, Woods e Ironson (1999) fizeram uma investigação com 60 pacientes, que referiram que suas crenças e conexões promoviam sentimentos de *empowerment* e esperança, além de um estado de relaxamento e sensação de bem-estar que, como efeito, influenciava a sua recuperação (Woods & Ironson, 1999).

Singularmente, a oração como uma prática ancestral, está entre as várias linguagens da espiritualidade e se apresenta como uma atividade simples e de fácil acesso. Seja por meio de adoração, prece ou súplica, a oração demonstra promover benefícios subjetivos, conforme evidenciado em estudos que relacionam a oração à saúde ou à dor crónica (Laird et al., 2004). Em particular, no enfrentamento da dor, onde as estratégias convencionais se deparam com restrições, a prece surge como

uma opção próspera para amenizar a dor e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Breivik et al., 2006). As investigações identificaram que a prática da oração não é utilizada como um tratamento para a dor, mas sim como um mecanismo de enfrentamento significativo.

Um estudo recente de Najem et al, (2022) que tinha como objetivo investigar o efeito modulador da dor por meio da oração, trouxe novos indicativos sobre o poder da oração na gestão da dor. Os resultados mostraram que a oração diminui a sensação de dor em indivíduos R/E (Najem et al., 2022).

Ainda que os mecanismos exatos não sejam claros, diversas hipóteses podem explicar como a oração reduz a percepção de dor. Estudos anteriores demonstraram que a atividade cognitiva de reavaliação positiva mediou a relação entre oração e dor (Najem et al., 2022).

Estas investigações que indicam benefícios na prática da oração, têm aproximado a esfera objetiva da ciência à subjetividade da espiritualidade, por meio dos resultados comprovados.

A visão holística permite conceber que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural que envolve o paciente, suas crenças, emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença (Goleman, 1995).

Outro aspecto a se considerar é que a R/E, ao promoverem crenças e expectativas positivas, podem atuar como um placebo, influenciando a experiência da doença e a resposta ao tratamento.

A relação entre fé e saúde é multifacetada, envolvendo aspectos psicológicos, sociais e biológicos. Estudos sugerem que crenças subjetivas profundas geram alterações bioquímicas, hormonais e fisiológicas. Segundo autores, até mesmo pensamento otimistas sem fundamento na realidade, designada por ela mesma de ilusões positivas ou autoengano criativo, possui também efeitos protetores contra doenças (Thiengo et al., 2019; Rodrigues & Gonçalves, 2022).

2.4.4 Bem-estar espiritual

Como já observamos, a visão holística do indivíduo auxilia na incorporação do tema "espiritualidade" em pesquisas científicas, especialmente em sua conexão com a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico (Marques et al., 2009; Santos, 2014; Mangia, 2015; Trindade et al., 2022). A própria OMS

considera a espiritualidade um elemento essencial para o bem-estar geral (Mangia, 2015).

O conceito de bem-estar espiritual inclui a procura por sentido, propósito e ligação com algo que transcende a própria pessoa (Mangia, 2015).

Hawks (1994) definiu "bem-estar espiritual" como um elevado nível de esperança, fé e dedicação, baseado em um conjunto de crenças ou perspectiva do mundo claramente estabelecidos. Esses sistemas proporcionam um sentido e propósito para a vida, oferecendo um caminho ético para a realização pessoal, que engloba a interação consigo mesmo, com os demais e com uma entidade maior ou realidade mais abrangente (Santos, 2014).

Complementarmente, fomenta um sentimento de plenitude e contentamento com a vida, de tranquilidade consigo mesmo e com o mundo, de harmonia com o universo, de conexão com algo visto como absoluto ou com a natureza (Bloomfield, 1980; Marques et al., 2009).

3.OBJETIVOS

Para esta investigação foi estabelecido um objetivo geral, questões e hipóteses, descritas a seguir.

3.1 Questão:

A fusão cognitiva pode ter efeito mediador na relação entre o bem-estar espiritual e a gestão da dor crônica?

3.2 Objetivos gerais do estudo

O objetivo do presente estudo é investigar o papel da fusão cognitiva como mediador da relação entre bem-estar espiritual e gestão da DC. A investigação sugere que existe este efeito mediador entre as variáveis.

3.3 Hipóteses da investigação

O presente estudo tem como objetivo geral investigar o papel da fusão cognitiva como mediador da relação entre bem-estar espiritual e gestão da dor crônica.

H1- O bem-estar existencial é um preditor na gestão da dor crônica.

H2- O bem-estar religioso é um preditor na gestão da dor crônica.

H3- Níveis mais elevados de fusão cognitiva estão associados a má gestão da dor crônica.

H4- A fusão cognitiva é um mediador na relação entre o bem-estar espiritual e a gestão da dor crónica.

4. MÉTODO

Entendem-se como gestão da dor os aspectos: percepção da dor por meio do instrumento “Medida de intensidade da dor” e enfrentamento da dor através da escala “Autoeficácia para dor crónica”.

4.1. Desenho da investigação

Trata-se de uma investigação empírico-analítica (quantitativa), com design exploratório e transversal. O objetivo é analisar as relações entre as variáveis.

Modelo do Estudo (figura 5).

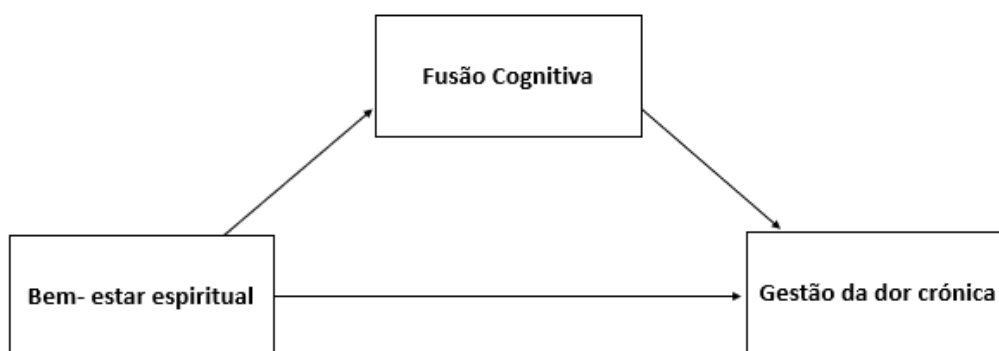


Figura 5 - A fusão cognitiva como fator mediador entre o bem-estar espiritual e gestão da dor crónica.

4.2. Amostra

A amostra do presente estudo teve um total de 77 participantes, que vivenciam a dor crónica há pelo menos 1 ano. Constituída por 70 mulheres e 7 homens.

4.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

A amostra do presente estudo tem um total de 77 participantes, que vivenciam a dor crónica há pelo menos 1 ano. Constituída por 82 mulheres entre os 30 e os 84 anos de idade, (*Idade* = 51.6 anos; DP = 12.5; 1 valor omissos). Demais características demonstradas na tabela a seguir (tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes.

	N	%
Género		
Feminino	70	91
Masculino	7	9
Idade (intervalos)		
30 ----- 39	12	16
40 ----- 49	23	30
50 ----- 59	21	27
60 ----- 69	13	17
70 ----- 79	8	10
Nacionalidade		
Portuguesa	22	29
Brasileira	53	69
Bulgária	1	1
Angolana	1	1
Estado Civil		
Casado (a)	37	48
Divorciado (a)	19	25
União de facto	10	13
Solteiro (a)	8	10
Viúvo (a)	3	4
Habilitações Académicas		
Secundário	13	17
2º ciclo e 3º ciclo	36	47
Licenciatura- cursando	18	23
Licenciatura	3	4
Mestrado	4	5
Pós Graduação	1	1
Doutorado	2	3

Nota. N=77; % = percentagem

4.2.2. Caracterização da amostra segundo os dados clínicos

O tempo em que convivem com a dor crónica relatado pelos respondentes foi bastante amplo. Desde pessoas que descrevem sentirem dor há um 1 ano, 6 (8%), até casos de pessoas que relatam conviverem com a dor há mais de 30 anos, 3 (4%). Com base em todas as respostas o tempo médio foi de 10 anos.

Relativamente a zona afetada pela dor, 28 (36%) relataram sentirem dores em mais de uma zona do corpo, 6 (8%) afirmam sentirem dor em todo o corpo e 43 (56%) responderam que a dor encontra-se em apenas uma zona específica do corpo.

As regiões anatómicas afetadas pela dor tiveram maior prevalência na coluna, cabeça, lombar e pernas, sendo especificamente 18 (23%) na coluna, seguida de 14 (18%) na cabeça, 13 (17%) na coluna região lombar e 12 (16%) nas pernas. Também foram relatadas outras regiões como 9 (12%) nos ombros, 8 (10%) nos joelhos, 7 (9.1%) referiram que sentem dores na anca, 7 (9.1%) na coluna cervical, entre outras regiões detalhadas em anexos (tabela 2).

Referente a percepção de intensidade da dor, relatam em maior prevalência sentirem dor de intensidade moderada 37 (48%), 24 (31%) referem que a dor é de forte intensidade, 12 (16%) relatam que a dor é de fraca intensidade e 4 (5%) relatam que a dor tem intensidade insuportável. A concentração de respostas está entre moderada e forte intensidade, que somadas representam (61) 79% dos respondentes.

4.2.3. Caracterização Espiritual/Religiosa

Referente a prática religiosa, 53 (70%) são praticantes de alguma religião, 23 (29%) não são praticantes e 1(1%) se absteve.

Dos que praticam alguma religião, há maior concentração estão entre católicos 25 (60%) e evangélicos, 11 (26%). As demais religiões de menor prevalência podem ser apreciadas na tabela em anexo (tabela 3).

Desta população religiosa, 29 (53.7%) acreditam que a religião auxilia de forma positiva na gestão e melhora da sua dor crônica, 17 (31.5%) não acreditam que religião auxilia de forma positiva na gestão e melhora da sua dor crônica e 8 (14.8%) não responderam.

Quanto a importância que a religião tem em suas vidas, 46 (85.2%) relatam que a religião é importante para si e 8 (14.8%) respondem que é mais ou menos importante.

No que se refere a esperança em deixar de sentir dor, 22 (28.6%) acreditam que sim, deixarão de senti-la em algum momento, 22 (28.6%) não acreditam nesta possibilidade, 23(29.9%) acham que talvez seja possível e 10 (12.9%) não responderam.

4.3. Instrumentos

4.3.3. Escala de Bem-Estar Espiritual – (EBE), (Paloutzian; Ellison; 1982).

Inicialmente desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982), posteriormente adaptada e validada posteriormente, para a língua portuguesa por Marques et al., (2009).

A escala tem como objetivo proporcionar uma visão ampla e geral da concepção pessoal da fé de um indivíduo, do tipo de suporte espiritual que recebe das práticas religiosas e o tipo e o grau de paz ou angústia espiritual que experimenta naquele momento.

O instrumento é um dos pioneiros no tema da espiritualidade e religiosidade e é tida como um padrão de referência para os autores que delineiam instrumentos de mensuração sobre o tema.

A EBE contém 20 perguntas, com escala *likert* de 6 pontos, entre 1 “Concordo Totalmente” e 6 “Discordo Totalmente”.

Possui duas dimensões, denominadas, Bem-estar religioso (satisfação do indivíduo na conexão com Deus ou com algo que se considere como absoluto) e a Bem-estar existencial (percepção do indivíduo quanto ao propósito e significado de vida, independentemente da religião).

A escala correlaciona-se positivamente com diversos indicadores de bem-estar, como o autoconceito positivo, sentido e propósito de vida, boa saúde física, bom ajustamento emocional, assertividade elevada e baixa agressividade. Por outro lado, correlaciona-se negativamente com desajuste emocional, insatisfação com a vida, depressão, ansiedade e suicídio (Marques et al., 2009; Moody, 1989; Nad et al., 2008).

Referente ao resultado, quanto maior a pontuação obtida, melhor é, na globalidade, o bem-estar espiritual do sujeito.

4.3.4. Escala de Autoeficácia da Dor Crônica (EADC), (Anderson et al., 1995).

A escala foi desenvolvida e construída a partir da adaptação de outro instrumento chamado *Arthritis Self-Efficacy Scale* (Lorig et al., 1995).

Composta por 17 itens e dividida em três fatores: autoeficácia para o controle da dor (PSE), autoeficácia para função física (FSE) e autoeficácia para controle dos sintomas (CSE). Cada crença é avaliada em uma escala tipo *likert* que varia de 10 a 100 e corresponde à certeza em relação a cada item. (Salveti & Pimenta, 2005).

O instrumento tem como objetivo indicar a percepção de habilidade para desempenhar atividades específicas ou conseguir resultados específicos relacionados ao controle, manejo da dor e função física.

Diversos estudos identificaram a relação entre autoeficácia e dor, tanto no manejo quanto na sua tolerância (Dolce et al 1986). Por este motivo é um instrumento bastante divulgado e utilizados em estudos sobre dor crônica.

4.3.5. Medida de intensidade da dor.

Este instrumento com escala numérica que se destina a avaliar a intensidade da dor percebida.

A escala mede a dor de 0 a 10 pontos sendo que a maior pontuação implica mais dor. Pretende-se que o doente mensure a intensidade da sua dor em uma classificação numérica, considerando que 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

4.3.6. Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ), (Gillanders et al., 2014)

Originalmente elaborado por Gillanders et al. (2014), com versão portuguesa de Lucena-Santos et al. (2017).

Consiste numa medida de autorrelato unidimensional de sete itens, do tipo *Likert*, sendo que a pontuação varia entre 1 (“nunca”) e 7 (“sempre”).

A fusão cognitiva é um mecanismo em que a pessoa se funde com seus pensamentos e os toma como se fossem fatos (Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernandez, & Gillanders, 2017; Silva, 2015).

O objetivo da escala é que o indivíduo analise a pergunta e assinale em que grau se sente em fusão com os seus pensamentos. A pontuação pode variar entre 7 e 49, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o grau de fusão cognitiva.

Devido às suas qualidades psicométricas e praticidade na aplicação, o Questionário de Fusão Cognitiva foi traduzido e adaptado para diferentes países, mostrando resultados similares ao da escala original em todos os estudos.

5. PROCEDIMENTOS

5.1. Procedimento de Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso de um questionário on-line, por meio da ferramenta *Google Forms*. As divulgações ocorreram por meio da instituição Acaso aos seus funcionários, nas redes sociais *facebook*, *instagram* e através de indicações de pessoas dentro do perfil do estudo. Após a obtenção do consentimento informado e da explicação do anonimato das informações recolhidas, foi solicitado que preenchessem os seus dados sociodemográficos e que respondessem as perguntas do questionário.

5.2. Procedimento de Análise de dados

A análise estatística inclui a estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*, o coeficiente de correlação de *Pearson*, o *teste t de Student* para uma amostra e a regressão linear simples e múltipla, para analisar os efeitos de mediação. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. A significância dos efeitos indirectos foram calculados por *bootstrapping* de 5000 amostras.

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows e a macro para Windows de Andrew F. Hayes denominada *PROCESS* v.4.2.

6. RESULTADOS

6.1 Análise Descritiva

A consistência interna dos constructos utilizados no presente estudo, analisada com o coeficiente de consistência interna *alfa de cronbach*, variou entre um mínimo de .828 (bom), no Bem-estar Existencial, a um máximo de .947 (excelente) na Fusão cognitiva. Os valores de *alfa de cronbach* (AC) segue como referência Hill (2014).

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas variáveis em análise podem ser observadas na tabela seguinte (Tabela 4). Além dos valores de AC, apresentamos também os valores mínimos e máximos, média, desvio padrão, assimetria e curtose.

Na escala de Autoeficácia da dor crónica, os sujeitos obtêm valores mais elevados nas subdimensões “autoeficácia para a funcionalidade” (7.31) e mais baixos em “autoeficácia em lidar com sintomas” (6.10). Os valores são relativamente elevados, pois são significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (5.5), $p < .05$. Na escala de Escala de Bem-Estar Espiritual, obtiveram valores próximos em sua subdimensões, bem-estar religioso (5.17) e bem-estar existencial (5.10). Os valores são relativamente elevados, pois são significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (3.5), $p < .001$. Os valores de fusão cognitiva são relativamente baixos porque significativamente inferiores ao ponto médio de avaliação da escala (3.14), $p < .001$.

Os valores de assimetria e curtose encontram-se abaixo dos índices máximos recomendados de 2 para a assimetria e 7 para a curtose (Curran et al., 1996).

Tabela 2- Análise descritiva das variáveis consideradas

	Min-Max	M	DP	AC	A	C
Bem-Estar Existencial	1.6-6.5	5.10*	0.90	0.828	-1.15	1.96
Bem-Estar Religioso	1.33-6.44	5.17*	1.28	0.901	-1.14	0.56
Fusão Cognitiva	1-7	3.14 ^{ns}	1.67	0.947	0.64	-0.70
Autoeficácia para dor crônica	1.65-10	6.77*	2.10	0.87	-0.82	0.03
AEC	1-10	6.21*	2.06	0.872	-0.39	-0.25
AEF	1.44-10	7.31*	2.44	0.966	-0.96	0.01
AEL	1-10	6.10*	2.36	0.883	-0.38	-0.91
Intensidade percebida da dor	1-10	5.84*	2.13	--	0.10	-0.61

Notas: N = 77; AEC = autoeficácia para controle da dor; AEF = autoeficácia para funcionalidade; AEL = autoeficácia para lidar com sintomas, M = média, DP = desvio padrão, AC = alfa de cronbach, A = assimetria; C = curtose; * = a média é diferente do ponto médio da escala a $p < .05$, teste *t* de Student para uma amostra; ^{ns} = não significativo, $p > .05$.

6.2 Análise correlacional das variáveis em estudo

A correlação mais forte, significativa e negativa encontrada foi entre a fusão cognitiva e autoeficácia para lidar com os sintomas ($r = -.474$). Demonstrando que há uma correlação entre o indivíduo que tem seus pensamentos fusionados a dor, ter uma baixa autoeficácia para lidar com os sintomas.

Complementarmente a fusão cognitiva também está correlacionada de forma significativa, moderada e negativa com a autoeficácia da dor crônica (total) ($r = -.440$), autoeficácia para funcionalidade ($r = -.440$) e autoeficácia para lidar com os sintomas ($r = -.474$). O que não é o caso de autoeficácia para controle da dor, ($r = -.257$) com fraca significância. Ademais há correlação significativa, positiva e moderada com a VD Intensidade percebida da dor ($r = .369$). Ou seja, níveis mais elevados de fusão cognitiva estão associados parcialmente a má gestão da dor crônica. Em outras palavras, o sujeito que tem seus pensamentos fusionados, tende a ser menos eficaz na gestão de sua dor. Este padrão de resultados confirma parcialmente uma das hipóteses do estudo (já que a correlação não se aplica a autoeficácia para controle da dor).

Hipótese 3: Níveis mais elevados de fusão cognitiva estão associados a má gestão da dor crônica.

O bem-estar existencial, teve uma correlação significativa, moderada e positiva com a autoeficácia para lidar com sintomas, ($r = .383$). Em outras palavras, os indivíduos que reportam um maior nível de bem-estar existencial estão associados com uma melhor autoeficácia para lidar com os sintomas.

Além disso, o bem-estar existencial tem uma correlação significativa, moderada e negativa com a fusão cognitiva ($r = -.333^{**}$). Este padrão de resultados demonstra que há relação entre a presença de bem-estar existencial e uma menor fusão do sujeito com seus pensamentos.

Já o bem-estar religioso, teve uma moderada correlação negativa com a autoeficácia para controle da dor ($r = -.329$), está foi a única correlação significativa desta subdimensão do bem-estar espiritual.

As únicas variáveis dependentes que tiveram baixa correlação significativa com o preditor bem-estar existencial foram a autoeficácia para funcionalidade (.206) e intensidade percebida da dor (-.075). No caso da fusão cognitiva, a VD que apresentou baixa significância de correlação foi a autoeficácia para controlar a dor (-.257).

Tabela 3- Coeficientes de correlação de *Pearson* para todas as variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Bem-Estar Existencial	-	.446**	-.341**	.278*	.249*	.206	.383**	-.075
2 Bem-Estar Religioso		-	-.199	.268*	.329**	.207	.230*	-.036
3 Fusão Cognitiva			-	-.440**	-.257*	-.440**	-.474**	.369**
4 Autoeficácia para dor crônica (total)				-	.859**	.948**	.836**	-.397**
5 AEC					-	.681**	.743**	-.334**
6 AEF						-	.681**	-.361**
7 AEL							-	-.385**
8 Intensidade percebida da dor								-

Notas: 77; . * $p < .05$, ** $p < .01$. AECD = Autoeficácia da dor crônica (total); AEF = autoeficácia para funcionalidade; AEL = autoeficácia para lidar com sintomas.

6.3 Análise de mediação entre as variáveis

Para a análise de mediação foram testados os modelos de regressões com o Bem-estar existencial como preditor, Fusão Cognitiva com mediador e como variáveis dependentes a autoeficácia da dor crônica (total), suas subdimensões e intensidade percebida da dor. A idade dos participantes foi considerada como um fator de controle, assegurando que os resultados da análise se aplicam a todos os grupos etários e que a relação entre as variáveis não seja confundida pelo fator idade. O gênero não foi considerado pois a amostra de participantes homens foi muito baixa (Tabela 6).

Globalmente, os resultados revelam que o bem-estar existencial tem um efeito indireto via fusão cognitiva. Além disso era um preditor significativo da Fusão cognitiva ($B = .63$). Ou seja, quanto maior o bem-estar existencial, menor a fusão cognitiva.

A relação entre o bem-estar existencial e as variáveis dependentes, é principalmente indireta e mediada pela fusão cognitiva.

A fusão cognitiva era um preditor significativo da autoeficácia da dor crónica (total) ($B = -.50$), e das subdimensões autoeficácia para funcionalidade ($B = -.61$), autoeficácia para lidar com os sintomas ($B = -.58$) e na intensidade percebida da dor ($B = .46$). Em outras palavras, quanto maior for a fusão do indivíduo com seus pensamentos, menor será sua capacidade de autoeficácia da dor.

Tabela 6- Análise de mediação das variáveis dependentes

Antecedent.	M ₁ (FC)			Y (AECD total)			Y (AEF)			Y (AEL)			Y (IPD)							
	Coeff.	SE	<i>p</i>	Coeff.	SE	<i>p</i>	Coeff.	SE	<i>p</i>	Coeff.	SE	<i>p</i>	Coeff.	SE	<i>p</i>					
X (BEE)	<i>a</i> ₁	-0.63	0.19	.002	<i>c</i> '	0.32	0.25	.206	<i>c</i> '	0.17	0.30	.574	<i>c</i> '	0.63	0.27	.023	<i>c</i> '	0.11	0.27	.013
M1 (FC)					<i>b</i> ₁	-0.50	0.14	.000	<i>b</i> ₁	-0.61	0.16	.000	<i>b</i> ₁	-0.58	0.15	.000	<i>b</i> ₁	0.46	0.14	.002
Constant.	<i>i</i> _{m1}	7.49	1.26	.000	<i>i</i> _y	7.10	1.86	.000	<i>i</i> _y	8.33	2.19	.000	<i>i</i> _y	5.95	1.99	.003	<i>i</i> _y	4.89	1.97	.015
Age		-0.02	0.01	.127		-0.01	0.01	.644		0.01	0.02	.982		-0.02	0.01	.204		-0.02	0.01	.256
		<i>R</i> ² = .14				<i>R</i> ² = .21				<i>R</i> ² = .19				<i>R</i> ² = .29				<i>R</i> ² = .39		
		<i>F</i> (2,74) = 6.22, <i>p</i> = .003				<i>F</i> (3,73) = 6.64, <i>p</i> = .0005				<i>F</i> (3,73) = 5.96, <i>p</i> = .0011				<i>F</i> (3,73) = 10.22, <i>p</i> < .00001				<i>F</i> (3,73) = 4.43, <i>p</i> < .006		

Notas: N = 77 (um(a) participante não indicou a sua idade); BEE = bem-estar existencial; FC = fusão cognitiva; AECD = Autoeficácia da dor crônica (total); AEF = autoeficácia para funcionalidade; AEL = autoeficácia para lidar com sintomas; IPD = intensidade percebida da dor.

A seguir demonstramos os modelos de mediações entre o BEE (X), FC (mediador) e Y (variáveis dependentes) que apresentaram significância estatística.

- 1) Análise de mediação VD: Autoeficácia da dor crónica (total). Efeito = .31; BootSE = .13; 95% IC = [.081;.601];

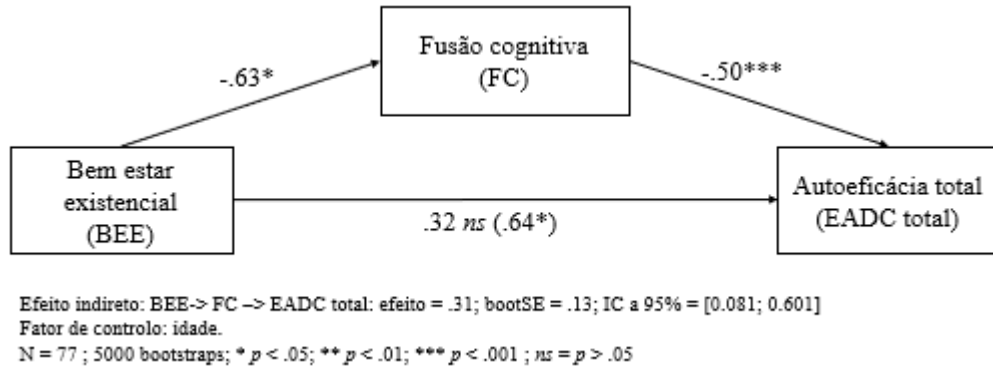


Figura 6- Modelo de mediação: bem-estar existencial, fusão cognitiva e escala de autoeficácia para dor crónica.

O bem-estar existencial tem um efeito indireto positivo na autoeficácia da dor total, mediado pela fusão cognitiva. A relação entre bem-estar existencial e autoeficácia da dor crónica (total) é principalmente indireta e mediada pela fusão cognitiva. O efeito direto do bem-estar existencial na autoeficácia da dor crónica total, quando não se considera a fusão cognitiva, é pequeno e não significativo.

Em outras palavras, pessoas com alto coeficiente em bem-estar existencial, têm menor fusão com os pensamentos, que favorece a crença sobre a habilidade pessoal em desempenhar determinadas tarefas com sucesso, independente do quadro doloroso (Bandura, 1977).

- 2) Análise de mediação VD autoeficácia para funcionalidade, efeito = .38; BootSE = .16; 95% IC = [.089;.739].

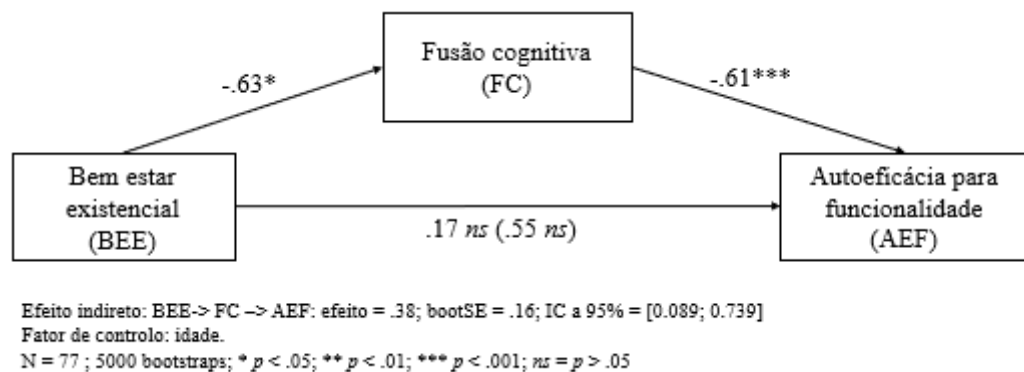


Figura 7- Modelo de mediação: bem-estar existencial, fusão cognitiva e escala de autoeficácia para funcionalidade.

O bem-estar existencial tem um efeito indireto positivo na autoeficácia para funcionalidade, mediado pela fusão cognitiva. Quanto maior o bem-estar existencial, menor a fusão cognitiva e, conseqüentemente, maior autoconfiança que pode realizar suas atividades diárias independente do quadro doloroso. O efeito direto do bem-estar existencial na autoeficácia para funcionalidade, não é significativo.

- 3) Análise de mediação com a VD Autoeficácia para lidar com sintomas, efeito = .36; BootSE = .15; 95% IC = [.010;.729].

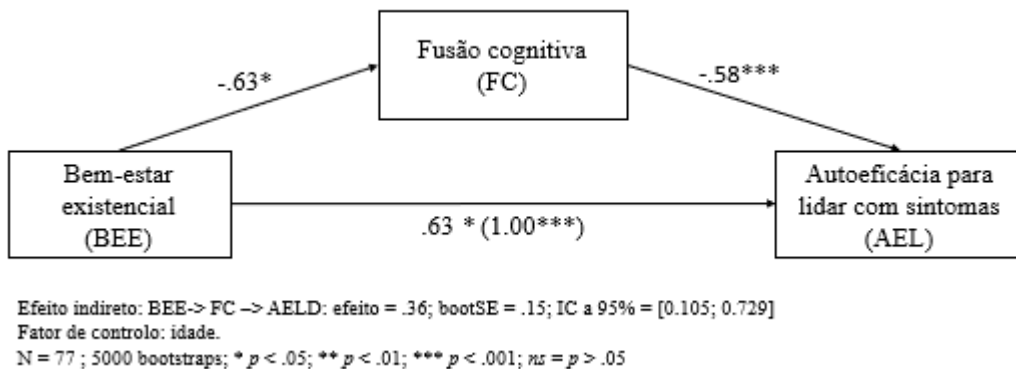


Figura 8- Modelo de mediação: bem-estar existencial, fusão cognitiva e autoeficácia para lidar com os sintomas.

O bem-estar existencial tem um efeito indireto positivo na autoeficácia para lidar com sintomas, sendo mediado pela fusão cognitiva. Ou seja, pessoas com maior bem-estar existencial tendem a ter menor fusão cognitiva e, conseqüentemente, maior capacidade de controlar os sintomas físicos. O efeito direto do bem-estar existencial na autoeficácia para lidar com os sintomas, quando não se considera a fusão cognitiva, também é significativo.

Esta análise indica que o maior bem-estar existencial leva a menor fusão cognitiva, o que gera maior autoeficácia para lidar com sintomas.

- 4) Análise de mediação com a VD Intensidade percebida da dor, efeito = .29; BootSE = .13; 95% IC = [-0.583; -0.068].

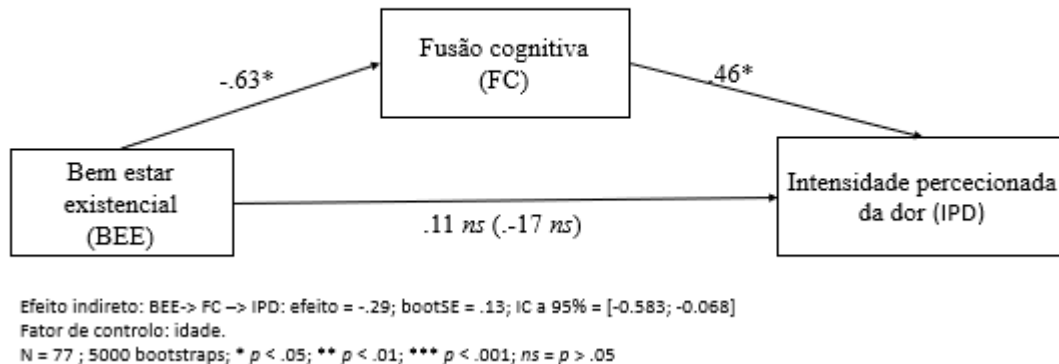


Figura 9- Modelo de mediação: bem-estar existencial, fusão cognitiva e intensidade percebida da dor.

A fusão cognitiva desempenha um papel importante na relação entre o bem-estar existencial e a intensidade percebida da dor.

A relação direta entre o bem-estar existencial e a intensidade da dor percebida não é significativa. A influência do bem-estar existencial na intensidade da dor percebida se dá principalmente pela mediação da fusão cognitiva.

Os indivíduos com maior bem-estar existencial tendem a apresentar menor fusão cognitiva e, conseqüentemente, menor será a percepção de intensidade da dor.

Com base nos padrões de resultados apresentados, respondemos as hipóteses do presente estudo.

H1- O bem-estar existencial é um preditor na gestão da dor crônica.

Hipótese aceita parcialmente. O bem-estar existencial é um preditor significativo somente na capacidade do indivíduo lidar com os sintomas da dor. No entanto, torna-se um preditor significativo, tendo a fusão cognitiva como mediador. Ou seja, o sentimento de propósito e significado, mostra-se um fator protetor à fusão cognitiva, alterando seus padrões de pensamentos, que por sua vez impactam positivamente na gestão da dor crônica.

H2- O bem-estar religioso é um preditor na gestão da dor crónica.

Hipótese rejeitada. O bem-estar religioso não se mostrou um preditor significativo na gestão da dor crónica, considerando os resultados da mediação com as variáveis dependentes.

H4: A fusão cognitiva é um mediador na relação entre o bem-estar espiritual e a gestão da dor crónica.

Hipótese aceita parcialmente. A fusão cognitiva mostrou ser um preditor fundamental nas mediações (exceto na autoeficácia para controle da dor). A relação entre bem-estar existencial e as variáveis dependentes ocorrem somente quando mediadas pela fusão cognitiva.

7. DISCUSSÃO

O presente estudo pretende investigar o papel da fusão cognitiva como mediador da relação entre bem-estar espiritual e gestão da dor crónica.

Para atender a este objetivo foi realizada uma análise de mediação, para investigar a relação entre o bem-estar existencial, a fusão cognitiva e as variáveis dependentes (escala de autoeficácia da dor crónica e suas subdimensões e medida da intensidade percebida da dor). Estas variáveis dependentes representam o que nomeamos na investigação de gestão da dor crónica.

De acordo com os resultados, identificamos que a fusão cognitiva desempenha um papel mediador em todas as interações analisadas, com exceção da autoeficácia para controle da dor. O bem-estar existencial exerce uma influência indireta sobre as variáveis dependentes por meio da fusão cognitiva, confirmando parcialmente uma das hipóteses deste estudo.

Em caso de doenças e dores crónicas, ocorre um mecanismo de fusão cognitiva, no qual o indivíduo tende a se apegar a pensamentos associados à sua condição, especialmente em relação à doença em si e aos sintomas (por exemplo, "esta dor não me deixa trabalhar"). Quando esses pensamentos se fundem, eles passam a controlar excessivamente as ações do sujeito (Gillanders, Sinclair, MacLean, & Jardine, 2015).

O quadro doloroso pode levar o indivíduo a centrar-se na dor, ruminando em pensamentos e sensações, gerando como consequência mais sofrimento e limitando a capacidade de se adaptar a situação em si. (Lucena-Santos et al., 2015).

Complementarmente, dentro deste contexto, o indivíduo pode sentir culpa ou vergonha pela condição da dor e possíveis limitações que lhe são impostas. Ao centrar-se nestes pensamentos, reforça as crenças disfuncionais que contribuem para uma baixa capacidade em lidar com o quadro e uma experiência ainda mais dolorosa.

A absorção da dor aumenta a angústia e restringe a habilidade da pessoa de se envolver em outras atividades e assuntos. Permeados por uma crença de baixa autoeficácia, tornando difícil a realização de atividades antes corriqueiras (Gillanders et al., 2014; Trindade et al., 2018).

Quanto a relação negativa entre o bem-estar existencial e a fusão cognitiva, evidencia quanto maior o bem-estar existencial, menor será a fusão cognitiva. Ou seja, o indivíduo que tem uma conexão com algo maior, que tem um sentimento de propósito e significado, tende a não fundir em seus pensamentos, consequentemente adapta-se melhor ao quadro da dor.

O bem-estar existencial está frequentemente associado a emoções positivas, como otimismo e esperança, que desempenham um papel importante na forma como o indivíduo processa seus pensamentos. Esses sentimentos positivos ajudam a direcionar a mente para perspectivas mais construtivas e equilibradas, evitando que a pessoa fique presa em padrões de pensamentos negativos ou catastróficos.

Quando o indivíduo desenvolve um sentimento de significado, propósito e equilíbrio emocional, ele tende a se distanciar de padrões de pensamento rígidos e negativos, que poderiam intensificar o sofrimento.

A fusão cognitiva medeia a relação entre o bem-estar existencial e as diferentes variáveis dependentes (autoeficácia total, autoeficácia para funcionalidade, autoeficácia para lidar com sintomas e intensidade percebida da dor).

Quando a fusão cognitiva não é considerada, a relação direta entre o bem-estar existencial e as variáveis dependentes não é significativa, exceto em lidar com os sintomas físicos. Desta forma, por meio dos resultados, não podemos afirmar que de forma isolada, que o sujeito que tenha o bem-estar existencial, vai ter melhor capacidade para enfrentar e adaptar-se a condição dolorosa.

A pesquisa destacou a importância da fusão cognitiva como um elemento-chave para entender a relação entre o bem-estar existencial e a gestão da dor. A fusão cognitiva mostra-se um aspecto crucial no contexto de intervenções psicológicas, já que trabalhar a fusão cognitiva pode ajudar a reduzir o impacto do sofrimento emocional e físico. Ao abordar essa questão, é possível melhorar a qualidade de vida do indivíduo, permitindo que ele se desvincule de padrões de pensamento prejudiciais e encontre maneiras mais saudáveis de enfrentar o quadro.

Em contrapartida o bem-estar religioso foi um preditor pouco relevante e com baixa significância. Da mesma maneira que a VD autoeficácia para controle da dor, não apresentou impacto significativo com o bem-estar existencial ou com a fusão cognitiva.

Outras investigações também reforçam a relação entre fusão cognitiva e adaptação do indivíduo em casos de doenças crônicas, na aceitação relacionada a condição da dor e no bem-estar geral dos doentes (Scott et al., 2016; Vasiliou et al., 2018).

8. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Os resultados do presente estudo suportam a conclusão de que a fusão cognitiva exerce uma influência significativa na gestão e percepção da dor do indivíduo. O que sugere a necessidade de uma intervenção psicológica que leve em consideração este aspecto.

Focar na redução da fusão cognitiva pode ser mais eficaz do que aumentar diretamente o bem-estar existencial.

A Terapia de Aceitação e Compromisso, demonstra ser a mais indicada para este tipo de pacientes, pois tem por objetivo a regulação emocional frente as situações e eventos indesejados. Nesta abordagem, encorajam o uso de estratégias e técnicas como a de *mindfulness* e aceitação para lidar com as experiências internas, ao invés de tentativas de mudar os pensamentos e as sensações internas consideradas negativas (Herbert, Forman, & England, 2009).

De forma geral, a terapia de aceitação e compromisso, reconhece a importância dos processos cognitivos e verbais em seus tratamentos (Herbert & Forman, 2011). Entretanto, ao invés de lutar para mudar pensamentos e sentimentos desconfortáveis, focam em cultivar uma atitude de aceitação sem julgamentos em

relação a todas as experiências humanas, a fim de aumentar o bem-estar psicológico (Herbert & Forman, 2011).

O objetivo deste processo terapêutico é atuar nos pensamentos e emoções, proporcionando maior clareza do *self*, flexibilidade, repertório mais amplo de enfrentamento e melhor adaptação dos indivíduos ao quadro da dor crônica.

Além disso, cultivar o bem-estar existencial pode contribuir indiretamente para a diminuição da dor, ao ajudar a prevenir a fusão cognitiva.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo, foi a quantidade relativamente baixa de respondentes. Embora seja importante salientar que não se trata de uma população de fácil acesso, considerando as limitações físicas que os impedem de exercerem atividades simples e cotidianas como o preenchimento de um questionário online.

Para garantirmos maior precisão, utilizamos o modo *bootstrap*, que é recomendado em casos de amostras pequenas. A significância dos efeitos indirectos foram calculados por *bootstrapping* de 5000 amostras.

Para uma investigação futura, além de uma amostra maior, é conveniente replicar os resultados em diferentes populações e contextos para uma análise ainda mais aprofundada, incluir outras variáveis, utilizar outros modelos de mediação e investigar os mecanismos psicológicos que relacionam bem-estar existencial, fusão cognitiva, manejo e percepção da dor.

10. CONCLUSÃO

Levando em conta os resultados apresentados, este estudo evidencia a influencia do bem-estar existencial na fusão cognitiva, que por sua vez é um preditor importante na gestão da dor crônica.

Entre as principais descobertas desta pesquisa destacamos, a indicação que a fusão cognitiva atua como mediadora na relação entre o bem-estar existencial e a maioria das dimensões da autoeficácia relacionadas à dor crônica, bem como na percepção da intensidade da dor.

Ao explorar o papel mediador da fusão cognitiva, amplia-se a compreensão dos aspectos que impactam a experiência da dor e a maneira como as pessoas lidam com a condição.

Os resultados obtidos estão alinhados com a literatura científica existente, que associa altos níveis de fusão cognitiva a uma pior adaptação a doenças crônicas e a uma redução na qualidade de vida. Por outro lado, o bem-estar existencial, que se refere à sensação de propósito, significado e equilíbrio emocional, mostra-se como um fator protetor quando está inversamente relacionado à fusão cognitiva. Essa relação contribui para maior gestão e autoeficácia.

Todas essas descobertas são relevantes tanto para a prática clínica quanto para pesquisas futuras. Ao salientar a fusão cognitiva como um aspecto chave em intervenções, a terapia de aceitação e compromisso pode ser a mais eficaz para reduzir o sofrimento associado à dor crônica por meio de suas técnicas. Ações que contribuem para que os indivíduos se utilizem da desfusão cognitiva e maior flexibilidade psicológica podem ser mais prósperas para estes casos.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, D. P., Souza, C. P. de Q., Barbosa, W. J. M., Santos-Júnior, F. F. U., & Oliveira, A. S. de. (2021). Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *Brazilian Journal Of Pain*. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain and Therapy*, *10*(2), 1427–1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- APED. (2020). *Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor - Definições*. <https://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Araujo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000, November). É possível viver apesar da dor... Avaliação de eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia Saúde & Doenças*, *1*(1), 101–112.
- Ashmawi, H. (2020). *Epidemiologia da dor 2020*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barros, D. (2022). O papel Mediador da Esperança e da Fusão Cognitiva na Relação da Espiritualidade e Saúde Geral.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinaridade e Organização de Dor Crónica. APED.
- Bernardo, A., Lopes, B., Verdasca, E., Cardoso, M., Correia, D., & Raposo, M. (2010). Dossier Especial Saúde. A dor em Portugal. *APED*.
- Bloomfield, H. (1980). Transcendental meditation as an adjunct to therapy. *Transpersonal Psychology*, 123–140.
- Brandão, P., & Besset, V. (2015). Dor crónica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise. *Polemica*, *15*(3). <https://doi.org/10.12957/polemica.2015.19359>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006a). *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006b). *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Caldeira, S., Zira, B., & Vieira, M. (2009, December). Cuidado Espiritual- Rezar como intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia*, 157–164.
- Carballo, M. (1999). Religion in the world at the end of the millennium.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). A dor crónica em Portugal. *Pain Proposal*.

- Cipriano, A., Almeida, D., & Vall, J. (2011). Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor. *Revista Dor*, 297–300.
- CUF. (2020). Lombalgia. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/lombalgia>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- DeSantana, J., Perissinotti, D., Oliveira, J., Correia, L., Oliveira, C., & Fonseca, P. (2020). Definição da dor revisada após quatro décadas. *Sociedade Brasileira Para o Estudo Da Dor*, 197–198. <https://doi.org/10.5935>
- Dias, J. (2009). Dor: Passado, Presente e Futuro. *Revista de Anestesia Regional e Terapia Da Dor*.
- Dias, M., & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor. A procura dos cuidados da saúde. *Análise Psicológica*, 1, 91–105.
- Domingues, M. E., Chiyaya, J. J., Vielmond, C., & Puchivailo, M. (2019). Religião, Religiosidade e Espiritualidade e sua relação com a saúde mental em contexto de adoecimento. *Centro Universitário | Núcleo de Pesquisa Acadêmica*, 560–576.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding Hope and Factors That Enhance Hope in Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 561–568. <https://doi.org/10.1188/02.ONF.561-568>
- Elman, I., & Borsook, D. (2016). Mecanismos cerebrais comuns de dor crônica e dependência. *Neuron*, 89(1), 11–36. <https://doi.org/101016>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Foch, G., Silva, A., & Enumo, S. (2017). Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 53–71.
- Fonseca, J., Lopes, M., & Ramos, A. F. (2013). Pessoas com dor e necessidades de intervenção. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 771–778.
- Gall, T. L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9182-3>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and initial validation of the

- cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Goleman, D. (1995). Inteligência emocional.
- Gomes, A. (2008). Abordagem Psicológica no Controlo da Dor.
- Harris, E., BSc, H., & MSc, Dc. (2020). Acceptance and Commitment Therapy: A Systematic Literature Review of Prevention and Intervention Programs for Mental Health Difficulties in Children and Young People. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4). <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1589002>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J., & Pistorello, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy*, *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198.
- Herbert, J., & Forman, E. (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*.
- Koenig, H. (2001). Religion and Medicine III. *Internacional Journal of Psychiatry in Medicina*, 31(2).
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kopf, A., & Patel, N. B. (2010a). *Chronic Nonspecific Back Pain*.
- Kopf, A., & Patel, N. B. (2010b). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (A. K. e N. B. P. Kopf, Ed.). IASP. www.iasp-pain.org
- Kreling, M. C., Cruz, D., & Pimenta, C. (2006). *Prevalência de dor crônica em adultos*.
- Laird, S., Snyder, C., Rapoff, M., & Green, S. (2004). Measuring Private Prayer Development, Validation, and Clinical Application of the Multidimensional Prayer Inventory. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(4).
- Laurino, C. (2017a, July 11). *A dor neuropática e suas manifestações*. Insport. <https://www.institutosport.com.br/a-dor-neuropatica-e-suas-manifestacoes/>
- Laurino, C. (2017b, July 11). *A dor nociceptiva e seus mecanismos de ação*. Insport. <https://www.institutosport.com.br/a-dor-nociceptiva-e-seus-mecanismos-de-acao/>
- Lima, M., & Trad, L. (2007). A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Caderno Saúde Pública* 23(11), 2672–2680.
- Lima, M., & Trad, L. (2008). Dor crônica objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde-Rio de Janeiro*, 15, 117–133.

- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. (2015). *Terapias Comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (Sinopsys Editora).
- Mangia, P. (2015). *Estudo transcultural de validade do shalom, um instrumento de bem-estar espiritual*.
- Manso, M. E., & Góes, L. (2019, June). Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. *Revista Interespe, 12*, 1–70. <https://orcid.org/0000->
- Marques, L., Sarriera, J., & Dell’Aglío. (2009). Adaptação da escala do bem-estar espiritual. In *Avaliação Psicológica* (Vol. 8, Issue 2).
- Martins, M. (2017). Validação da versão Portuguesa da Escala de Inflexibilidade Psicológica na Dor numa amostra da comunidade e numa amostra de dor crónica. Universidade de Coimbra.
- Matos, M., Hennington, É., Hoefel, A., & Costa, J. (2008). Dor lombar, prevalência e fatores associados. *Caderno Saúde Pública, 24*.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms a New Theory. *Science, 150*(3699), 971–979.
- Miranda, S. L. de, Lanna, M. dos A. L. e, & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*(3), 870–885. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health, 34*(4), 329–350. <https://doi.org/10.1007/BF02248742>
- Najem, C., Meeus, M., Cagnie, B., Ayoubi, F., Achek, M., Van Wilgen, P., Van Oosterwijck, J., & De Meulemeester, K. (2022). The Effect of Praying on Endogenous Pain Modulation and Pain Intensity in Healthy Religious Individuals in Lebanon: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Religion and Health, 62*(3), 1756–1779. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01714-2>
- Nunes, O., Torres, L., Santos, F., & Manhães, F. (2021). Dor Crónica em Adultos: As evidências das pesquisas brasileiras.
- Oliveira, J., Correia, L., Oliveira, C., & Fonseca, P. (2020, September 1). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Sociedade Brasileira Para o Estudo Da Dor, 161*(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- Oliveira, M., & Junges, J. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia, 17*(3), 469–476. www.scielo.br/epsic
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2008). *Palliative care nursing. The principles and evidence for practice*. (S. Payne, J. Seymor, & C. Ingleton, Eds.; Vol. 2). British Library.

- Raposo, C., Pireza, I., Vicente, J., Lima, M. T., Machado, J., & Rebelo, M. (2024). Reflexão sobre a Problemática da Dor Crónica em Portugal. A necessidade de novas Políticas de Saúde.
- Reis, F. J. J., & Chaves, T. C. (2024). Dor nociplástica: desafios e perspectivas futuras. *Brazilian Journal Of Pain*, 7, 1–2. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240052-pt>
- Ribeiro, L. C. P. J. M., Balestra, A. G., Nicoletti, Ê. A., & Donadon, M. F. (2019). A espiritualidade na flexibilização de pensamentos e crenças de uma paciente ansiosa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190018>
- Rodrigues, A. (2007). O doente com dor crónica: estudo de repercussão na ansiedade, depressão e nas actividades de vida diária. Universidade Fernando Pessoa.
- Rodrigues, B., & Gonçalves, B. (2022). O cuidado de enfermagem na perspectiva da fé e espiritualidade.
- Ruviaro, L., & Filippin, L. (2012). Prevalência de dor crónica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>
- Salveti, M. de G., & Pimenta, C. A. de M. (2005). Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(4), 202–210. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832005000400002>
- Sanduvete-Chaves, S., Chacón-Moscoso, S., & Cano-García, F. J. (2024). Effectiveness of psychological interventions to decrease cognitive fusion in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 186). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111888>
- Santana, M. (2011). *Relação entre as crenças de espiritualidade e a percepção de dor crónica*.
- Santos, T. (2014). *Saúde Mental e Bem-Estar Espiritual da Pessoa com Doença Oncológica*. Instituto Universitário.
- Sardá, J. J., Nicholas, M., Pimenta, C., & Asghari, A. (2012, June). Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crónica. *Revista Dor*, 13(2), 111–118.
- Scott, W., Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2016). A Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(3), 139–148. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9328-5>
- Silva, P. (2012). *Controlo da dor crónica nos cuidados de saúde primários uma possibilidade*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Steffen, W., Leißner, N., Jerg-Bretzke, L., Hrabal, V., & Traue, H. (2010). Pain and emotional processing in psychological trauma. In *Psychiatria Danubina* (Vol. 22, Issue 3).
- Sturgeon, J. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 115. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>
- Sturgeon, J. A. (2014, April 10). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115–124. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>
- Thiengo, P. C. da S., Gomes, A. M. T., Das Mercês, M. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M., & da Silva, A. N. (2019). Spirituality and religiosity in health care: An integrative review. In *Cogitare Enfermagem* (Vol. 24). Universidade Federal do Parana. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- Torres, J. (2020, October 16). *Saiba como entender melhor a “doença invisível”*. CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/dor-persistente-que-nao-desaparece-conheca-dor->
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in inflammatory bowel disease. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 171–185. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12280>
- Trindade, K. A., Andrade, L. F., Sampaio, P. Y. S., Melo, M. S. S., & Hernandes, R. S. (2022). Espiritualidade e Saúde: um olhar por meio de diferentes atores sociais. *Research, Society and Development*, 11(2), e41311225874. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25874>
- Turk, D. C. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. Guilford Press.
- Underwood-Gordon, L., Peters, D., Bijur, P., & Fuhrer, M. (1997, May). Roles of Religiousness and Spirituality In Medical Rehabilitation. *Revista Americana de Medicina Física e Reabilitação*, 255–257.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, 65(2), 123–167. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00214-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00214-6)
- Vasconcelos, F. H., & Araújo, G. C. de. (2018). Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Brazilian Journal Of Pain*, 1(2). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>
- Vasiliou, V. S., Karekla, M., Michaelides, M. P., & Kasinopoulos, O. (2018). Construct validity of the G-CPAQ and its mediating role in pain interference and adjustment. *Psychological Assessment*, 30(2), 220–230. <https://doi.org/10.1037/pas0000467>

- Watson, J. (2020). *Dor crônica - Distúrbios cerebrais, da medula espinal e dos nervos - Manual MSD Versão Saúde para a Família*. MSD Manual Consumer.
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-cerebrais,-da-medula-espinal-e-dos-nervos/dor/dor-cr%C3%B4nica>
- Wilson, D. S., Hayes, S. C., Biglan, A., & Embry, D. D. (2014). Evolving the future: Toward a science of intentional change. *Behavioral and Brain Sciences*, 89(3), 395–416. <https://doi.org/10.1017/S0140525X13001593>
- Woods, T. E., & Ironson, G. H. (1999). Religion and Spirituality in the Face of Illness. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 393–412
<https://doi.org/10.1177/135910539900400308>
- Yu, L., & McCracken, L. M. (2016). Model and Processes of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain Including a Closer Look at the Self. *Curr Pain Headache*. <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0541-4>
- Zanetti, J., & Badaró, A. (2024). Aspectos Psicológicos da dor crônica: um olhar da terapia cognitivo- comportamental. *Cadernos de Psicologia*, 6(11), 86–110.
- Zimpel, R. R., Panzini, R. G., Bandeira, D. R., Fleck, M. P., & da Rocha, N. S. (2019). Psychometric properties of the WHOQOL-SRPB BREF, Brazilian Portuguese version. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(5), 411–418.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0083>
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Source: Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549–564.

ANEXOS

12. Anexos Tabelas

Anexo A- Tabela- Dados clínicos da amostra

Tabela 4- Caracterização dados clínicos da amostra

	N	%		N	%		N	%		N	%
Há quanto tempo sente dor*			Zonas afetadas pela dor**			Localização da dor***			Intensidade da dor****		
1 ano	6	8	Sentem dor em uma única região	43	56	Coluna	18	23	1 a 3- dor de fraca intensidade	12	16
2 a 5 anos	22	29	Sentem dores em mais de uma região do corpo	28	36	Cabeça	14	18	4 a 6- dor de intensidade moderada	37	48
6 a 9 anos	9	12	Sentem dor em todo o corpo	6	8	Lombar	13	17	7 a 9- dor de forte intensidade	24	31
10 a 14 anos	17	22				Pernas	12	16	10- dor de intensidade insuportável	4	5
15 a 19 anos	10	13				Ombros	9	12			
20 a 24 anos	6	8				Joelhos	8	10			
25 a 29 anos	2	3				Anca	7	9			
30 anos ou mais	3	4				Cervical	7	9			
Não sabe precisar	2	3				Braços	6	8			
						Todo o corpo	6	8			
						Articulações	3	4			
						Nuca	2	3			
						Ossos	2	3			
						Punho	1	1			
						Abdomem	1	1			
						Peito	1	1			
						Nervos Periféricos	1	1			

Anexo B- Tabela- Caracterização espiritual/religiosa da amostra

Tabela 5- Caracterização espiritual/religiosa

	N	%		N	%		N	%		N	%
Praticante de alguma religião*			Religiões**			Importância da religião em sua vida***			Grau de otimismo acerca da melhora****		
Sim	53	70	Católicos	25	60	Importante	51	68	Sim, acreditam que vão me	22	33
Não	23	30	Espíritas	11	26	Mais ou menos	14	19	Talvez	23	34
			Afro-brasileira	3	7	Não é importante	10	13	Não acreditam na melhora	22	33
ião?			Messiânica	1	2						
			Budista	1	2						
			Outra	1	2						

Notas: Participantes que não responderam

*1 participante

**12 participantes

***2 participantes

****10 participas

13. Anexos Questionários

Anexo C

Questionário sociodemográfico.

1. Gênero
2. Estado civil
3. Qual sua Nacionalidade?
4. Qual a sua idade?
5. Qual seu grau de escolaridade?
6. Mora em qual país?

Anexo D

Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE).

- B1. Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.
- B2. Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.
- B3. Acredito que Deus me ama e se preocupa comigo.
- B4. Sinto que a vida é uma experiência positiva.
- B5. Acredito que Deus é impessoal e não se interessa pelas minhas situações cotidianas.
- B6. Sinto-me inquieto (a) quanto ao meu futuro.
- B7. Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.
- B8. Sinto-me bastante realizado (a) e satisfeito (a) com a vida.
- B9. Não recebo muita força pessoal e apoio de Deus.
- B10. Tenho uma sensação de bem-estar relativamente ao rumo que a minha vida está a tomar.
- B11. Acredito que Deus se preocupa com os meus problemas.
- B12. Não aprecio muito a vida.
- B13. Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.
- B14. Sinto-me bem acerca do meu futuro.
- B15. A minha relação com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho(a).
- B16. Sinto que a vida está cheia de conflitos e infelicidade.
- B17. Sinto-me plenamente realizado(a) quando estou numa comunhão íntima com Deus.
- B18. A vida não tem muito sentido.
- B19. A minha relação com Deus contribui para a minha sensação de bem-estar.
- B20. Acredito que existe um propósito verdadeiro para a minha vida.

Anexo E

Escala de Autoeficácia da Dor Crônica (AEDC).

A1- Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco sua dor?

A2- Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

A3- Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira em seu sono?

A4- Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução pequena ou moderada na sua dor?

A5- Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

A6- Caminhar 800 metros em terreno plano?

A7- Levantar uma caixa pesando 5 quilos?

A8- Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?

A9- Realizar os trabalhos de cuidados da casa?

A10- Fazer compras de supermercado ou de roupas?

A11- Participar de atividades sociais?

A12- Dedicar-se de passatempos ou atividades recreativas?

A13- Participar de atividades familiares?

A14- Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa, como tarefas de trabalho).

A15- Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?

A16- Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos? (por exemplo: fadiga, dor)

A17- Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?

Anexo F

Medida de intensidade da dor

Classifique sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação, de acordo com a referência abaixo.

Classificação da dor:

Zero (0) = ausência de dor

Um a três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade

Quatro a seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada

Sete a nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade

Dez (10) = Dor de intensidade insuportável

Anexo G

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ- *Cognitive Fusion Questionnaire*).

C1. Os meus pensamentos em relação à minha dor me causam angústia ou sofrimento emocional.

C2. Fico tão enredado(a) (“preso(a)”) nos meus pensamentos em relação à minha dor que me torno incapaz de fazer as coisas que eu mais desejo fazer.

C3. Analiso em excesso as situações associadas com a minha dor, até ao ponto em que isso já não é mais útil para mim.

C4. Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha dor.

C5. Fico chateado/a comigo mesmo(a) por ter certos pensamentos em relação à minha dor.

C6. Tendo a deixar-me enredar (“prender”) pelos meus pensamentos sobre a minha dor.

C7. Sinto muita dificuldade em “largar” os meus pensamentos perturbadores, relacionados com a minha dor, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.

Anexo H

Formulário de Consentimento Informado e Anonimidade Sobre o estudo.

Tomei conhecimento e compreendi a informação acima descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher o questionário que se segue.

- Sim
- Não

Consentimento para Tratamento de Dados Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela UAlg, para efeitos de participação no estudo, bem como para efeitos de comunicação das iniciativas promovidas pela UAlg, de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt . Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da UAlg pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt . "

- Li e percebi/entendi.

Anexo I

Declaração de Conformidade da Proteção de Dados da Universidade do Algarve

ENC: Conformidade de gestão de dados - Dissertação de mestrado

De: Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>
Enviado: segunda-feira, 31 de julho de 2023 00:39
Para: PAULA CAVALCANTE DE SOUSA <a73596@ualg.pt>
Cc: Jean-Christophe Henri François Antoine Giger <jhgiger@ualg.pt>
Assunto: Re: Conformidade de gestão de dados - Dissertação de mestrado

Cara Paula Cavalcante

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "Atitudes face a dor crónica", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UALG em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da Ualg.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.
Melhores Cumprimentos
Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UALG

Para mais informação e guias de ajuda, aconselho vivamente consultar a área de "Proteção de Dados" na Intranet da Ualg em <https://ualgnet.ualg.pt/servicos#protecao-de-dados>.