

ASPECTOS SUBJETIVOS DE PESSOAS QUE APRESENTAM DORES CRÔNICAS

Lanna Jennifer Elias Pereira (1); Talina Bandeira Tavares da Nóbrega(1); João Miranda de Araújo da Costa (2); Luís Augusto Mendes (3); Luísa Lúcia Diniz de Aguiar Silveira (4)

(UNINASSAU – JP, lanna.psicologia@outlook.com)

Resumo:

Considerando o indivíduo como um integrante do meio biopsicossocial, compreende-se que eventos internos e externos contribuem para o desenvolvimento da dor crônica. Portanto, é importante compreender como as pessoas percebem a dor que sentem, bem como qual o significado que correlacionam a ela. Logo, este trabalho teve como objetivo identificar as percepções relacionadas a dor em pacientes com doenças crônicas em um serviço de saúde oferecido por uma Clínica Escola de uma Instituição de Ensino Superior, bem como entender os processos psicológicos interligados à doença crônica, verificar o significado da dor para os pacientes e detectar a relação entre apoio e família nos cuidados com pacientes com dor crônica. Tratou-se de uma pesquisa de campo de caráter quali-quantitativo e utilizou-se como instrumentos o questionário sociodemográfico, o Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor e a associação livre de palavras. Para processar os dados encontrados no inventário foi utilizado o programa estatístico SPSS 20.0. Ocorreu a interpretação da associação livre através de categorização temática para as palavras-estímulo dor, apoio e família. O resultado dessa pesquisa comprova a hipótese de que nem sempre as pessoas acometidas pelo adoecimento compreendem a dor que sentem. Dessa forma, conclui-se que a dor se encontra presente na vida dos participantes de forma a deixá-los incapacitados de realizar algumas vivências, bem como relacionamentos familiares e traz prejuízos para a construção subjetiva das experiências, podendo desencadear sintomas de depressão e sentimentos de impotência.

Palavras-chave: Dor crônica, Significado, Percepção, Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Ao verificarmos a doença de um indivíduo, devemos levar em consideração o contexto biopsicossocial, já que ela está vinculada ao fator biológico, onde são analisadas as disfuncionalidades orgânicas; o aspecto subjetivo, o qual considera a experiência do sujeito frente a doença; e o contexto social, que aponta o significado dado pelo coletivo no que tange o adoecimento (MONTORO et. al., 2012).

Desse modo, Montoro et. al. (2012) verificam que o sofrimento humano vai acontecer conforme as experiências vivenciadas pelo sujeito, podendo levar em consideração a maneira como esse indivíduo atribui significado e compreende a doença.

As mudanças fisiológicas podem acarretar sensações de dor. No decorrer da gestação, por exemplo, a mulher vivencia várias modificações que apresentam sensações de angústia.

Um acidente, ou qualquer ferimento ocorrido na pele também pode apresentar essa percepção desagradável. Porém, a dor não se limita ao fenômeno fisiológico. Logo se apresenta através de uma construção cultural de acordo com o contexto que o sujeito se encontra (HELMAN, 2003).

Devido a ocorrência de características crônicas, a dor pode tirar a capacidade do indivíduo de executar suas atividades diárias mais básicas. A cronicidade do conflito apresenta como consequência o prosseguimento contínuo dos sintomas, contribuindo assim para a alteração dos papéis sociais pré-estabelecidos, visto que um sujeito anteriormente ativo pode apresentar disfuncionalidade devido à falta de suportabilidade da dor crônica apresentada.

Apresenta-se desconforto físico nos músculos, nas articulações ou nos ossos decorrente de alguma lesão real ou potencial nos tecidos, quadro esse gerado como consequência da dor crônica. Por seguinte outros sintomas passam a surgir, aumentando a gravidade do estado de saúde do indivíduo. Verifica-se modificação no padrão de vida que o sujeito apresentava originalmente: “alterações nos padrões de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, diminuição da energia, baixa capacidade de concentração, ausência nas atividades familiares, profissionais e sociais” (KRELING et al, 2006, p. 510).

Silva, Rocha e Vandenberghe (2010, p. 336), dissertam que é “o entrelaçamento da emoção, da cognição e das dinâmicas interpessoais com os processos corpóreos que explicam o porquê de abordar variáveis psicológicas da dor crônica na clínica”.

Levando em consideração os elementos culturais e os tratamentos já concretizados, esse estudo foi uma pesquisa de levantamento e possui como funcionalidade central compreender a percepção dos sujeitos sobre sua dor, tal como qual o significado que remetem para essa sensação e os aspectos psicológicos que englobam o processo de adoecimento.

Buscando-se o entendimento sobre a dor e sua subjetividade, deve-se levar em consideração as vivências decorrentes da vida pessoal. Descobrir a ocorrência de uma doença, produz no sujeito, a sensação de insegurança e pensamentos negativos sobre a consequência da mesma. Não apresentando medidas exatas de confirmação sobre a existência da dor, o indivíduo pode sentir-se desamparado, isolando-se assim do convívio social. Por seguinte, ocorre a modificação da percepção das pessoas acerca da própria vida, após saberem que estão acometidas por uma doença. Saber que não está saudável, acrescido a não elaboração do luto (da perda da saúde), promove um impacto emocional e em decorrência desse quadro, é

ocasionada a redução da qualidade de vida do paciente (COELHO, 2012).

Logo, é de suma importância a compreensão da relação corpo-mente no processo do adoecimento. Além de surgirem alterações voltadas para o campo genético, leva-se em consideração a ideia de que as mudanças acontecem também na mente, modificando o comportamento do sujeito perante a sociedade, gerando consequências negativas as suas relações (LIMA; TRAD, 2007).

Segundo Amaral (2014, p. 1), “a dor crônica é considerada uma doença que acarreta diversas consequências e implicações, não só para o indivíduo, mas também para a sua família e o meio envolvente”. Desse modo, corrobora Ribeiro (2008), ao afirmar que a dor é relatada como uma experiência individual e subjetiva, mesmo porque a forma de interpretar e o comportamento perante a dor variam de um sujeito para o outro. Assim, pode-se dizer que a experiência dolorosa seja composta pela percepção da dor, associada a estados emocionais, afetivos e manifestações psicofisiológicas.

Diferentes culturas observam enfaticamente uma relação entre dor e estado psicológico, o que tem influência no grau de aceitação do indivíduo perante a sociedade. Ao fornecer um serviço de saúde, os profissionais devem prestar atenção em todas essas questões, pois o aspecto emocional do paciente/cliente, pode promover alteração no tratamento (BUDÓ et. al., 2007).

Considerando o estado emocional do indivíduo com dor crônica, nota-se claramente que a incapacidade em executar as atividades diárias não está associada unicamente à doença. Insegurança, medo e dificuldades interligadas ao trabalho são possíveis causas que impossibilitam o sujeito de ter funcionalidade diante de algumas situações (SALVETTI et. al., 2012).

Conforme uma pesquisa realizada por Duarte (2011), as pessoas não entendem exatamente o motivo de sentir dor. Os indivíduos sentem-se confusos e acreditam que ninguém tem aptidão suficiente para explicar a razão pelo qual sentem dores. Portanto, não apresentam certeza acerca da própria cura, tendo a crença de que a mesma durará para toda a vida.

Segundo Silva, Rocha e Vandenberghe (2010) foi constatado que as pessoas que possuem algum tipo de dor crônica demonstram sentimento de perda, exclusão social e falta de apoio familiar. A grande maioria descrevia ter passado por problemas no seio familiar ou algum tipo de trauma decorrente de acontecimentos passados. Então, pode-se afirmar que o

foco não estaria somente na dor em si, mas também em questões de cunho emocional.

Diante do exposto, este trabalho apresentou como objetivo identificar como pessoas que sofrem com dores crônicas percebem a doença, bem como compreender os processos psicológicos que se encontram interligados. Buscou-se também verificar como os pacientes compreendem a dor que sentem e detectar como apoio e família estão relacionados na questão do cuidado com esses pacientes.

2 Método

Assim, caracterizou-se como uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa. O estudo foi realizado em um serviço escola oferecido por uma Instituição de Ensino Superior na cidade de João Pessoa, PB, com 20 pacientes do serviço de fisioterapia, dentre eles 13 mulheres e 7 homens que utilizam os serviços de traumatologia, geriatria e educação postural. A amostra foi escolhida por acessibilidade.

Como instrumentos foram utilizados o Questionário sócio-demográfico, o Inventário de convicções e percepções relacionadas com a dor (*Pain Beliefs and Perceptions Inventory*); e Associação Livre de Palavras.

Os dados foram coletados pelos usuários do serviço de fisioterapia, inicialmente concederam sua participação no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi assegurado o sigilo ético, bem como foi explicado o objetivo da pesquisa. Em seguida, responderam ao questionário sociodemográfico, bem como ao Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas a Dor. Em seguida, os participantes tiveram em torno de 30 segundos para responder cada item da Associação Livre de Palavras. Nesse sentido, responderam o que pensavam sobre dor, apoio e família.

A análise dos dados demográficos e do Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas a Dor foi realizada através do programa SPSS Versão 20.0, em que foram colocadas as variáveis do estudo para retirar as médias e o desvio padrão dentro das categorias de mistério, culpabilidade, constância e permanência. Já análise da associação livre foi realizada a partir de categorização temática, em que as palavras faladas foram agrupadas de acordo com a sua semelhança.

O presente estudo foi submetido e aplicado mediante sua aprovação no Comitê de Ética, com o parecer positivo, constatado através do CAAE: 61012116.0.0000.5193.

3 Resultados e discussões

O *Pain and Beliefs Inventory* (PBAPI) busca compreender como as pessoas percebem a dor que sentem, bem como suas convicções sobre a mesma. As mulheres foram maioria no estudo, contando 13 inventários respondidos, em contraponto aos homens, que somaram 7. Participaram do estudo, pessoas entre 22 e 87 anos, resultando em uma média de idade de 58,8 anos de idade (DP = 21). Com relação ao grau de escolaridade, 30% apresentavam ensino fundamental completo, ou seja, maior parte dos participantes. 35% dos participantes estavam casados no momento da pesquisa, enquanto 30% estava solteiro (a), 20% viúvo (a) e 15% separado (a) ou divorciado (a). 85% da amostra apresentam em média 2,5 filhos (DP = 2,7). 50% da amostra obtém renda entre 501, 00 e 1.000 R\$.

3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

O Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas a Dor (ICPRD) contém 16 itens dispostos em uma escala *likert* que varia entre -2 (discordo muito) a 2 (concordo muito). Sua análise se subdivide em 4 categorias: Constância, Permanência, Mistério e Culpabilidade.

Tabela 1. Percepção e convicções relacionadas à dor

Categoria	Exemplo de Item	Média	Desvio Padrão
Constância	16. A minha dor varia em intensidade, mas está sempre comigo	1,35	0,49
Permanência	12. Existe cura para a minha dor	0,65	1,42
Mistério	08. Não sei o suficiente sobre a minha dor	0,30	1,26
Culpabilidade	11. Eu sou a causa da minha dor	-0,85	1,18

A partir da análise do ICPRD (Tabela 1), foi possível observar quais itens se destacaram de acordo com as categorias. Sendo assim, na categoria constância, observa-se um maior grau de concordância para o item 16 (M = 1,35, DP = 0,48), o que implica dizer que a dor que os participantes sentem está presente constantemente. Percebe-se assim, a presença da principal característica de uma doença crônica, assim como relatam Silva, Rocha e Vandenberghe (2010) e Amaral (2014).

Para a categoria permanência, o item de maior destaque revela a crença dos participantes em relação a dor que sentem. Neste estudo, os participantes concordam (M = 0,65, DP = 1,42) que sua dor será curada, o que corrobora com o que os autores Salvetti e Pimenta (2007) relatam sobre crença de auto eficácia, que significa que apesar do problema apresentado, as pessoas acreditam na possibilidade de cura. Vale salientar que os participantes

do presente trabalho, encontravam-se em tratamento continuado de fisioterapia.

A categoria mistério está relacionada a não compreensão da doença propriamente dita. Os participantes revelam que não estão totalmente conscientes acerca do problema apresentado, não compreendem exatamente do que se trata. Isso se comprova, com destaque, ao item 8 "não sei o suficiente sobre a minha dor" ($M = 0,30$, $DP = 1,26$) que as pessoas sentem que o problema a que estão acometidas é misterioso. Este fato se interliga ao estudo de Duarte (2011), que afirma o quanto a dor se torna uma incógnita para as pessoas, tendo em vista que elas não conseguem entender como surgiu, ou a que se refere.

Em contraponto ao estudo de Budó et al (2012), que revela que as pessoas que apresentam dores trazem consigo sentimentos de culpa relacionadas ao seu problema, os dados trazidos nesta pesquisa comprovam que existe maior grau de discordância na categoria culpabilidade, gerando uma média de $-0,85$ ($DP = 1,18$) para o item de maior destaque (tabela 1). Tendo em vista que as pessoas não compreendem a dor que sentem e nem sabem ao certo o motivo pelo qual estão doentes, elas tendem a não se culpar, compreendem o problema como algo que surgiu a partir de uma referência que não a deles.

Tabela 2. Valores médios das categorias do ICPRD

	Média	Desvio Padrão
Constância	0,70	0,52
Permanência	0,37	0,46
Mistério	0,16	0,77
Culpabilidade	-0,65	1,18

De forma geral, observa-se que os valores médios (Tabela 2) deste estudo mostraram que os participantes concordam que a dor que sentem apresenta-se de forma constante ($M = 0,70$, $DP = 0,52$) e permanente ($M = 0,37$, $DP = 0,52$), o que demonstra as principais características de uma doença crônica. Entretanto, apesar de sentirem a dor frequentemente, os participantes não compreendem o motivo dela existir, se tornando um mistério para os mesmos ($M = 0,16$, $DP = 0,46$). Por tal motivo, tendem a discordarem que são culpados pela dor que sentem, atribuindo a motivos externos, assim como comprovado na categoria culpabilidade ($M = -0,65$, $DP = 1,18$).

3.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Os quadros abaixo apresentados representam o resultado referente à associação livre de palavras respondidas pelos participantes do estudo.

Quando foi pedido que relatassem por 1 minuto tudo aquilo que viesse a mente quando pensavam em dor (Quadro 1), apoio (Quadro 2) e família (Quadro 3). Dessa forma foi possível compreender a relação entre esses três conteúdos de forma subjetiva. Sendo assim, foram agrupados em categorias de acordo com o tema dos discursos trazidos.

Quadro 1: Associação livre de palavras relacionadas à dor

	Palavras associadas	Categoria temática
DOR	Tristeza, Angústia, Sofrimento, Ruim, Estresse, Desânimo, Impotência	SOFRIMENTO
	Paralisia, Incapacidade, Não tem jeito, Fim, Moleza	INCAPACIDADE
	Cura, Saia de mim, Ficar bom, Restauração, Surpresa, Medicamento, Deus	CURA

Quadro 2: Associação livre de palavras relacionadas ao apoio

	Palavras associadas	Categoria Temática
APOIO	Não tem, Fraco, Quase nada, Difícil, Deus.	AUSENTE
	Médicos, Bengala, Massagem, Não poder se tratar, Ficar bom, Estar sem dor.	TRATAMENTO
	Consolo, Ajuda, Bom, Conversa, Esposa, Família, Primo, Apropriado.	AMPARO

Quadro 3: Associação livre de palavras relacionadas à família

	Palavras	Categoria Temática
FAMÍLIA	Felicidade, Tudo de bom, Importante, Amor, Ajuda, Apoio.	AMPARO
	Apoio ao filho, Ajudá-la, Aproximar-se.	PROTEÇÃO
	Esposa, Filhos, Irmãos.	FAMILIARES
	Deixar a família, Não tem, Deus, Moram longe, Solidão, Chora, Não poder caminhar com a família, Tristeza, Briga.	ISOLAMENTO

Quando convidados a relatarem sobre a dor, foram encontradas 3 categorias: sofrimento, incapacidade e cura. É observado no estudo de Ribeiro (2008) que sentimentos de angústia, tristeza e desânimo comumente encontram-se presentes em pessoas que estão acometidas por doenças crônicas, tendo em vista sua persistência. Esses sentimentos, de acordo com Silva, Rocha e Vandenberghe (2010), o estresse pode ocasionar a dor e vice-versa, funcionando assim, como uma via de mão dupla, ou seja, psicossomático.

Gusman et al (1997) observam que comumente também surgem os sentimentos de impotência, devido a característica incapacitante da doença. Além disso, sintomas depressivos tendem a surgir, sobretudo através das palavras "fim" e "não tem jeito". Entretanto, o desejo de cura prossegue presente, mesmo que interligados a presença de medicamento ou interferência do divino. Isso corrobora com o que apontam Salvetti e Pimenta (2007), já mencionados anteriormente, acerca da crença de auto eficácia.

Sobre as palavras relacionadas ao apoio (Quadro 2), foi percebido que a ausência, o tratamento e o amparo são características inerentes. Sendo assim, observa-se que Silva, Rocha e Vandenberghe (2010) atentam para o sentimento de exclusão que essas pessoas podem apresentar, tendo em vista o isolamento social que a doença pode ocasionar. Dessa forma podemos observar que o amparo está ligado à família, tendo em vista que esta é a primeira instituição a que se recorre.

Buscando observar a associação livre de palavras relacionadas à família (Quadro 3), foi possível constatar que amparo, proteção, familiares e isolamento foram as categorias subdivididas. A família, conforme afirma Amaral (2014) é importante no processo saúde-doença, tendo em vista o suporte que pode ser dado. A importância da família se comprovou nesse estudo através das palavras encontradas, como por exemplo "ajuda" e "apoio". Ao mesmo tempo, observa-se a preocupação com o afastamento da mesma, tendo em vista que a dor crônica impede o indivíduo de participar de momentos singulares, bem como eventos e reuniões familiares. Isso se comprova através das falas "deixar a família" e "não poder caminhar com a família".

A partir do que foi apresentado, foi possível compreender que a dor se encontra presente na vida dos participantes de forma a deixá-los incapacitados de realizar algumas vivências, bem como encontros familiares e traz prejuízos para a construção subjetiva de cada participante, podendo desencadear sintomas de depressão e sentimentos de impotência.

4 Considerações finais

Sentir dor movimenta a vida dos indivíduos de forma que prejudica suas habilidades sociais, trazendo sofrimento, incapacidade, angústia, medos e tantos outros sentimentos que abalam o seu estado emocional e transformam a doença em um ciclo que funciona como via de mão dupla entre a mente e o corpo. Sendo assim, a dor crônica pode ser considerada uma condição psicossomática, em que tanto aspectos psicológicos quanto fisiológicos podem ser encontrados.

A partir desse estudo, foi possível compreender que se o sujeito não consegue compreender a dor que sente, esta se torna um mistério. Essa falta de auto compreensão desencadeiam outros fatores psicológicos que torna o estado de saúde pior. Nesse sentido, os profissionais devem se atentar ao problema apresentado como um todo.

Sendo assim, atenta-se para a necessidade de acompanhamento psicológico para as

peças que sofrem com problemas crônicos, levando em consideração que se trata de um fenômeno psicossomático. Este se torna um desafio para o psicólogo que estará lidando com um sofrimento que vai além do campo emocional.

Dessa maneira, estudar o sujeito que sofre com dor crônica traz uma nova compreensão do conceito de doença, considerando os processos psicossomáticos intrínsecos. Logo, amplia-se o campo de percepção acerca da doença, atentando aos profissionais de saúde sobre a problemática e trabalhando em conjunto com a família os limites e possibilidades do sujeito como um todo.

Referências

AMARAL, C.M. **O impacto da dor crônica no sistema familiar**: a perspectiva de profissionais de enfermagem. 40f. Dissertação (mestrado em psicologia). Universidade de Coimbra, Faculdade de psicologia e de ciências da educação. Portugal, 2014. Disponível em: 44TTP44://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27205 Acesso em: 20 de março de 2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. 2012. Brasília: C.N.S;2012. Disponível em: [HTTP://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf) ; acesso em 06 de junho de 2016.

BUDÓ, M. De L. D. Et. Al___. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 1, p. 36-43, Mar. 2007. Acesso em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de Setembro de 2016.

COELHO, M. de O. A dor da perda da saúde. In: ANGERAMI – CAMON, V.A. (org). 2 ed. **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012.

DUARTE, J. R. da. C. M. **Intervenção em fisioterapia na síndrome da cirurgia lombar falhada**. 169f. (Mestrado) Mestrado em Fisioterapia – Terapia Manual Ortopédica Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto Instituto Politécnico do Porto, 2011. Disponível em: [HTTP://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1973/1/DM_JoanaDuarte_2011.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1973/1/DM_JoanaDuarte_2011.pdf). Acesso em: 19 de novembro de 2016.

GUSMAN, A. C. et al. A Dor e o controle do sofrimento. **Revista de Psicofisiologia**. Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-19, dez. 1997. Disponível em: <<http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono2a.pdf>> Acesso em: 16 out. 2017. LIMA, M.A.G. De; TRAD, L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad. Saúde Pública**. V. 23, Nº11, Rio de Janeiro, 2007. Pp: 2672 – 2680. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100015). Acesso em: 20 de março de 2016.

MONTORO, C. H. Et. Al. Compreendendo o sofrimento humano frente à doença:

manifestações, contexto e estratégias. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**. V. 20, Nº 3, 2012. Pp. 1 – 10. Disponível em:
[HTTP://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a26v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a26v20n3.pdf). Acesso em: 21 de maio de 2016.

RIBEIRO, G.M. **Contribuição de fatores psicológicos para incapacidade associada à dor crônica**: uma visão gestáltica. 2008. 58f. (Monografia). Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação de Ciências da Saúde. Itajaí, 2008. Disponível em:
[HTTP://docplayer.com.br/10782197-Contribuicoes-de-fatores-psicologicos-para-incapacidade-associada-a-dor-cronica-uma-visao-gestaltica-gisela-monticelli-ribeiro.html](http://docplayer.com.br/10782197-Contribuicoes-de-fatores-psicologicos-para-incapacidade-associada-a-dor-cronica-uma-visao-gestaltica-gisela-monticelli-ribeiro.html). Acesso em: 20 de março de 2016.

SALVETTI, M. De. G.; PIMENTA, C. De. M. _____. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V. 46, N. spe, São Paulo, 2012. Pp. 16-23, Disponível em:
[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 30 de setembro de 2016.

SILVA, D.S.; ROCHA, E.P.; L, VANDENBERGHE. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. **Temas em psicologia**. Vol. 18, Nº 2, Goiânia, 2010. Pp. 235 – 343.

TACIA, M.T.G.M.T.; LIMA, R.A.G. De. Aspectos culturais do cuidado à criança com dor: vivência de enfermeiras pediatras. **CienCuidSaude**. V. 11 (suplem.), 2012. Pp. 71 – 77. Disponível em:
[HTTP://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17054](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17054) Acesso em: 10 de março de 2016.

VANDENBERGHE, L.; CRUZ, A.C.F. Da; FERRO, C. L. B. Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. V. 5, Nº 1, 2003. Pp. 31 – 40. Disponível em:
[HTTP://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/89](http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/89) Acesso em 14 de março de 2016.