



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Relação entre a Consciência Emocional e a Dor  
Psicológica na Doença Neuromuscular**

**Maria Inácia Campaniço**

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Maria Marques Mesquita

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2019



ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Relação entre a Consciência Emocional e a Dor Psicológica na  
Doença Neuromuscular**

Maria Inácia Campaniço

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Maria Marques Mesquita

**Mestrado em Psicologia**

Área de Especialização: Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2019

## **Agradecimentos**

Aproveito este momento para agradecer a todas as pessoas que me ajudaram neste processo, levando a que fosse possível a sua concretização.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Isabel Maria Marques Mesquita, agradeço a confiança que em mim depositou, ao ter aceitado a orientação da minha dissertação, bem como toda a cooperação, disponibilidade, orientação e incentivos quando no decorrer da dissertação iam surgindo dúvidas constantes, tornando-se um precioso estímulo para a prossecução do trabalho.

À Dra. Ana Apolónio por me incentivar a avançar com esta dissertação.

À minha família pelas palavras de motivação para continuar nos momentos mais difíceis e ocasiões mais complicadas.

À APN (Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares), na pessoa da Dra. Joana Tavares pela disponibilidade e incentivos para que os questionários chegassem a um maior número de doentes neuromusculares.

A todos os doentes neuromusculares que ao responderem aos questionários permitiram a obtenção das informações essenciais para esta investigação.

Aos meus colegas de casa e à APPACDM de Évora pelo apoio.

À Teresa pela disponibilidade e apoio num momento em que a desmotivação “se apoderava”. Foi essencial esta confiança.

Um muito obrigado a todas as pessoas não mencionadas e que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

## **“Relação entre a Consciência Emocional e a Dor Psicológica na Doença Neuromuscular”**

### **Resumo**

O objetivo científico principal do presente estudo é contribuir para uma melhor compreensão das relações entre os conceitos de Consciência Emocional e Dor psicológica em doentes neuromusculares. Os objetivos específicos pretendem aferir se existe relação entre os três níveis da consciência emocional (do próprio, do outro e total) e a intensidade de dor psicológica. Esta avaliação foi feita através de dois instrumentos: a *Psychache Scale* que mede a dor psicológica e a escala *LEAS* que mede a consciência emocional. A amostra foi definida através de método não-probabilístico, tendo sido contactados 40 sujeitos com doença neuromuscular. Apenas 16 responderam ao inquérito (n =16). Os objetivos propostos não foram alcançados uma vez que não se verificou relação estatisticamente significativa entre a consciência emocional e a dor psicológica. Ainda assim, o contributo do presente estudo é positivo. É possível partir dos dados quantitativos que foram adquiridos e cruzá-los com novos dados qualitativos, num desenho empírico misto.

*Palavras-chave:* Consciência Emocional, Dor Psicológica, Doença neuromuscular.

## **“Relationship between Emotional Awareness and Psychological Pain in neuromuscular disease”**

### **Abstract**

The main scientific goal of this study is to give a better comprehension of the relations between the concepts of emotional awareness and psychological pain, concerning people with neuromuscular disease. The specific goals examine if the relation between the three levels of emotional awareness (self, other and total) and the intensity of psychological pain exists. This evaluation was made with two devices: a *Psychache* scale, which measures the psychological pain and *LEAS* scale, which measures the emotional awareness. The sample is a non-probabilistic one. 40 persons having neuromuscular diseases were contacted. Only 16 answered the survey (n=16). The proposed goals were not achieved because there is no significant statistical relation between emotional awareness and psychological pain. However, the contribution of this study is positive. Taking, as a basis, the quantitative data obtained and crossing them with new qualitative data, it is possible to make a new empirical mixed study.

**Keywords:** Emotional Awareness, Psychological Pain, Neuromuscular disease.

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Presença de Dor Psicológica	35
<b>Figura 2</b> – Tipo de Intensidade da Dor Psicológica	36
<b>Figura 3</b> – Médias da dor psicológica $\pm$ SEM	41

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – <i>Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo (N = 16)</i>	32
<b>Tabela 2</b> – <i>Tipo de Doença Neuromuscular</i>	33
<b>Tabela 3</b> – <i>Tempo de Diagnóstico</i>	33
<b>Tabela 4</b> – <i>Presença ou ausência de Apoio</i>	34
<b>Tabela 5</b> – <i>Frequência da dor psicológica</i>	35
<b>Tabela 6</b> – <i>Intensidade da dor psicológica</i>	36
<b>Tabela 7</b> – <i>Consistência interna: Psychache Scale</i>	37
<b>Tabela 8</b> – <i>Estatísticas descritivas: Psychache Scale</i>	37
<b>Tabela 9</b> – <i>Consistência interna: LEAS</i>	38
<b>Tabela 10</b> – <i>Estatísticas descritivas: LEAS</i>	38
<b>Tabela 11</b> – <i>Correlação entre a Escala de consciência emocional do próprio e a intensidade da dor psicológica.</i>	39
<b>Tabela 12</b> – <i>Correlação entre a escala de consciência emocional do outro e a intensidade da dor psicológica.</i>	39
<b>Tabela 13</b> – <i>Correlação entre a Escala de consciência emocional total e a intensidade da dor psicológica.</i>	40
<b>Tabela 14</b> – <i>Correlação entre o total consciência emocional e o total da dor psicológica.</i>	40
<b>Tabela 15</b> – <i>Correlação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro.</i>	40
<b>Tabela 16</b> – <i>Correlação entre o gênero dos participantes e a percepção de dor psicológica.</i>	41

## **Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

APN – Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CMT – Doença de Charcot-Marie-Tooth

GBS – Síndrome de Guillain-Barré

LEAS – Escala de Avaliação de Níveis de Consciência Emocional



## Índice

Agradecimentos .....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Índice de Figuras.....	IV
Índice de Tabelas .....	V
Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	VI
Introdução .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
1.    Conceitos .....	4
1.1.    Consciência Emocional .....	4
1.2.    Regulação afetiva, regulação emocional .....	9
1.3.    Doença Crónica .....	11
1.4.    Doença Neuromuscular .....	13
1.5.    Conceito de Dor .....	14
2.    Tipos de dor .....	16
2.1.    Biológica ou Fisiológica .....	16
2.2.    Cognitiva .....	17
2.3.    Emocional .....	17
2.4.    Psicológica.....	18
3.    Intervenção Psicológica no Controlo da Dor.....	19
<b>PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....</b>	<b>22</b>
4.    Enquadramento do Estudo .....	23
4.1.    Enquadramento Teórico.....	23
4.2.    Objetivos do Presente Estudo e Instrumentos de Medida.....	25
4.3.    As Hipóteses.....	26
5.    Metodologia .....	26
5.1.    Procedimentos .....	26
5.2.    Participantes/ Amostra.....	27
5.3.    Procedimentos na Recolha de Dados .....	28

5.4.	Instrumentos.....	28
5.5.	Questionário Sócio- demográfico .....	28
5.6.	Psychache Scale – Escala de Dor Psicológica .....	29
5.7.	LEAS – Escala de Consciência Emocional.....	29
6.	Resultados.....	31
6.1.	Análise descritiva da amostra.....	31
6.2.	Os instrumentos de medida .....	34
6.2.1.	Psychache scale- Escala de Dor Psicológica .....	34
6.3.	LEAS – Escala de Consciência Emocional.....	37
6.4.	Estudo das hipóteses .....	38
7.	Discussão .....	42
8.	Conclusão, limites do estudo e sugestões para investigações futuras.....	45
	Referências Bibliográficas.....	47
	ANEXOS.....	56
	ANEXO I- Consentimento Informado .....	57
	ANEXO II- Questionário Sociodemográfico.....	58
	ANEXO III- Escala de níveis de consciência emocional, versão reduzida (LEAS).....	59
	ANEXO IV- Escala de Dor Psicológica - Psychache Scale .....	61

## Introdução

Ao longo da história da vida do ser humano sempre existiu interação com o meio envolvente, com objetos e situações que ocasionam pensamentos e ajustes internos. A consciência surge quando determinado acontecimento altera a forma de pensar, sendo demonstrada por vocabulário não-verbal através de sinais corporais, prevalecendo na evolução, porque é indispensável conhecer os sentimentos causados pelas emoções. As emoções são intrínsecas a qualquer ser humano, sejam elas positivas ou negativas, sendo que o impacto humano de todas essas emoções depende dos sentimentos causados por elas. Estes sentimentos mais “voltados para dentro” são exteriorizados através das emoções que iniciam a sua ação na mente, requerendo a consciência, pois só através de um sentido do *self* os sentimentos tornam-se conhecidos pelo indivíduo que os tem.

Existe uma clara distinção entre “sentir” e “saber que temos um sentimento” (Damásio, 2000). O estado de sentir não implica que o indivíduo que sente tenha plena consciência da emoção e do sentimento. A consciência permite que os sentimentos sejam conhecidos e promove internamente o impacto da emoção. A emoção relaciona-se com impulsos, motivações e estados de dor ou prazer. A dor psicológica não é considerada uma emoção, no entanto, pode resultar de reações reflexas induzindo emoções. Toma-se conhecimento de que se sente dor e de que se tem uma emoção associada à dor sentida, desde que haja consciência (Damásio, 2000).

No presente estudo, pressupõe-se que a presença de dor psicológica na doença neuromuscular afeta o doente e é neste ambiente de coabitação com a dor que se procura compreender a relação entre consciência emocional e dor psicológica, na doença neuromuscular. Com base em diversos estudos existentes que possam ajudar a compreender as relações entre consciência emocional e dor psicológica, o propósito desta investigação é perceber se e quais as relações entre estas duas variáveis, na doença neuromuscular. O principal objetivo é, então, o de dar um contributo para uma melhor compreensão das relações entre a consciência emocional e a dor psicológica. Para complementar o objetivo geral, os objetivos específicos pretendem aferir se existe relação entre os três níveis de consciência emocional (do próprio, do outro e total) e a presença de dor psicológica, bem como as relações entre os níveis de consciência emocional e a intensidade dessa dor.

Esta avaliação foi feita através de dois instrumentos: a dor psicológica foi avaliada através da Psychache Scale (versão original de Holden, Mehta, Cunninham & McLeod, 2001; versão portuguesa Campos, 2013); a consciência emocional, através da escala LEAS (versão original de Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, S., 1990; versão portuguesa Torrado, Ouakinin & Lane, 2013). De modo a caracterizar a amostra, também foi aplicado um questionário sociodemográfico.

Depois desta breve Introdução, o presente estudo encontra-se organizado em várias partes. A primeira parte é composta pela revisão da literatura dos estudos que permitem realizar o enquadramento teórico das relações possíveis entre o conceito de consciência emocional, nas três dimensões indicadas, e o conceito de dor psicológica. A segunda parte é integrada pelo estudo empírico, em que são retomados os objetivos científicos e hipóteses, sendo descritos os participantes e a amostra, o procedimento adotado na recolha de dados e os instrumentos de medida aplicados. A amostra é não-probabilística, tendo sido contactados 40 sujeitos portadores de doença neuromuscular referenciados pela Associação Portuguesa de Doenças Neuromusculares, com diferentes diagnósticos desta patologia, com idades variáveis entre os 18 e os 40 anos e moradores em diversas regiões de Portugal Continental. Apenas foram obtidas 16 respostas. Foram previamente informados do objetivo da investigação, através de um consentimento informado, bem como do carácter voluntário da participação no estudo.

De seguida, são apresentados os resultados principais. A última parte é integrada pela discussão dos resultados, pela avaliação dos limites do estudo desenvolvido e pelas sugestões relativas a estudos que venham a ser desenvolvidos sobre a mesma problemática. Por fim, indicam-se todas as referências bibliográficas utilizadas.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Conceitos

A revisão da literatura, ou enquadramento teórico neste caso, é fundamental num processo de investigação. Por isso mesmo, este é um processo que não poderia deixar de ser apresentado. É através deste que se chega, da melhor maneira, às questões de investigação ou hipóteses que possam ser levantadas a partir dos objetivos científicos definidos inicialmente, permitindo o desenvolvimento de todo o trabalho.

A revisão da literatura envolve um processo de analisar, interpretar e investigar antecipadamente artigos e estudos relacionados com a área apresentada (Bento, 2012).

### 1.1. Consciência Emocional

O conceito de consciência, segundo Damásio (2000), pode ser entendido como o elemento-chave que permite diferenciar entre o bom e o mau, assim como em saber tudo sobre fome, sede, sexo, lágrimas, riso, prazer, intuição, ou seja, pensamentos, sentimentos, palavras, histórias, crenças, música, poesia, felicidade e êxtase. O mesmo autor menciona que existem dois níveis de consciência: simples e complexo, ocorrendo o simples quando os sujeitos sentem a necessidade de manterem-se vivos, preocupando-se com o *self*. Por sua vez, o nível complexo ocorre quando a consciência se preocupa com as outras pessoas, melhorando a arte de viver.

Na perspetiva neurobiológica, o desafio da consciência surge quando se tenta descobrir de que forma o cérebro cria padrões neurais no circuito de células nervosas e, conseqüentemente, na forma como são traduzidos para os padrões mentais, ou seja, o nível mais elevado de fenómeno biológico (imagens) (Damásio, 2000). Isto significa que os desafios devem responder à forma como o filme é concebido no cérebro e à forma como o cérebro concebe o senso de que algum sujeito é proprietário e observador desse filme (Damásio, 2000).

Relativamente ao conceito de emoção, a etimologia da palavra *emoção* sugere concretamente uma direção externa a partir do corpo, uma preparação para a ação (verbo latino *emovere*, isto é, movimento para fora), oferecendo significado a uma dimensão de comportamento cuja essência é plurideterminada. Assim, assume um carácter de

ambiguidade, uma vez que cada autor define o seu próprio conceito considerando diversos aspectos tais como: complexidade, variações de intensidade, estado de saúde, crenças e valores dos sujeitos (Silva, 2011). Ao nível académico e clínico esta multidimensionalidade da emoção tem suscitado um crescente interesse (Damásio, 2000).

Segundo Davidson, Scherer & Goldsmith (2003), as emoções constituem episódios breves de resposta do organismo a eventos internos ou externos significativos, delineados a nível cerebral, de forma autonómica e comportamental. A composição e dinâmica das respostas emocionais emergem, em cada indivíduo, em função de um desenvolvimento e de um ambiente singulares. Contudo, a evidência sugere que na sua maior parte, ou até mesmo na totalidade, as emoções resultam de uma longa genealogia de sintonização evolutiva, fazendo parte dos dispositivos bio-reguladores com que o ser humano nasce preparado para sobreviver (Davidson, Scherer & Goldsmith, 2003).

Para Magalhães (2013), a emoção pode ser entendida como sendo uma resposta automática, intensa e rápida, inconsciente ou consciente, que é dada perante um estímulo e impulso neuronal, levando o organismo a criar uma ação e servindo como catalisador entre a conduta e o meio. Esta resposta pode refletir-se a nível comportamental (expressões faciais, vocalizações, linguagem corporal), indicadores fisiológicos (respiração, frequência cardíaca, pressão sanguínea, tensão muscular) e indicadores neurológicos (Arriaga & Almeida, 2010). Desse modo, a emoção pode influenciar a qualidade de vida dos sujeitos, podendo surgir nos mais diversos locais (trabalho, amizade, relações com amigos, família ou casais) e despertando sentimentos bons ou menos bons, consoante cada situação (Ekman, 2011).

A emoção, ao fazer parte do quotidiano dos sujeitos, tenta fazer com que os mesmos se adaptem e integrem as diversas situações e vivências, pelo que pode resultar em respostas comportamentais negativas perante situações de perigo (fuga, paralisação), ou em respostas positivas aquando a realização de sonhos, alcance de objetivos, entre outros (Silva, 2011). De acordo com Magalhães (2007) as emoções caracterizam-se por estarem associadas a uma situação externa, surgindo em imprevistos; serem inatas, geneticamente determinadas ou assimiladas; estarem acompanhadas de reações fisiológicas e manifestarem através de expressões faciais; dividirem-se em emoções negativas e positivas; servirem de catalisador entre o meio e a conduta; estarem em contato com experiências emocionais que resultam em aprendizagens futuras e por regularem a interação.

A nível neurofisiológico, os circuitos centrais da emoção são constituídos por centros emocionais associados ao sistema límbico (particularmente a amígdala) e aos centros emocionais neocorticais (lobos pré-frontais) (Branco, 2004). Também os hemisférios

cerebrais assumem relevância no reconhecimento das emoções, uma vez que executam diferentes tarefas que permitem obter informações sobre a face e sobre a emoção de outros sujeitos (Aguiar, 2008). Por exemplo, o hemisfério esquerdo executa as tarefas de linguagem e o hemisfério direito executa as tarefas cognitivas de análise do comportamento não-verbal, ou seja, o reconhecimento da expressão facial da emoção (Magalhães, 2007). Se existirem problemas ao nível do reconhecimento facial, poderão indiciar danos no córtex parietal e medial occipital direito, na medida em que as lesões no opérculo frontal ou no lobo temporal direito se encontram associadas ao reconhecimento das emoções faciais (Aguiar, 2008).

Muitas metáforas são utilizadas pelos indivíduos para expressar emoções que envolvem sensações corporais. No entanto, nem todos os aspetos da emoção podem ser descritos. A investigação em psicologia tem vindo a demonstrar que determinados processos emocionais podem decorrer na ausência de experiência consciente (Bechara, Tranel & Damasio 2000), constituindo esta um requisito à capacidade de simbolizar/verbalizar emoções. Apesar destas verbalizações emocionais sustentarem a dimensão cognitivo-experiencial do afeto, estão apenas em parte relacionadas com os aspetos autonómicos e comportamentais da emoção (Bradley & Lang, 2000).

No entanto, a investigação sobre os processos fisiológicos envolvidos na resposta emocional poderá continuar a fornecer importantes contributos para a compreensão das apreciações emocionais descritas pelos indivíduos. As emoções não são fenómenos estritamente cerebrais, são antes de tudo corporalizadas, assumindo um papel determinante na diferenciação humana e no modo como os indivíduos se relacionam com o meio envolvente e com o seu mundo interior. Taylor (1997) situa o termo *emoção* numa dimensão predominantemente fisiológica (central e periférica) e comportamental/expressiva e o termo *sentimento* como a representação mental subjetiva das mudanças fisiológicas subjacentes à emoção (Davidson *et al.* 2003). Finalmente, o *afeto* tem sido perspectivado como o termo que melhor engloba estados compósitos de emoções, sentimentos e humor, envolvendo igualmente representações mentais de sentimentos envoltas de memórias de experiências que vão conferindo um significado pessoal a esses estados.

A consciência emocional, pode ser entendida como uma medida da experiência emocional subjetiva, que engloba processos cognitivos complexos e leva a que os sujeitos se imaginem numa situação, manifestando o que estão a sentir (Moriguchi *et al.*, 2006). É um processo atencional que envolve a monitorização e diferenciação das emoções, a identificação dos seus antecedentes e das alterações fisiológicas associadas à experiência emocional. Neste sentido a emoção torna-se o foco da atenção do indivíduo, interrompe-se o



sistema autónomo, iniciando as atividades de controlo (Moriguchi, Ohnishi, Lane, Maeda, Mori, Nemoto, *et al.*, 2006).

A Consciência Emocional pode, ainda, ser considerada um pré-requisito para distinguir, controlar, experimentar e lidar com as emoções provocadas por determinado acontecimento, bem como para situar os seus antecedentes ou ignorar a ativação física, ou seja, a consciência dos sintomas corporais durante a experiência emocional. Deste modo, quanto mais precisa e elaborada for a Consciência Emocional, maior é a probabilidade de encontrar a resposta mais adequada e adaptada a cada situação (Rieffe, Meerum-Terwogt & Jellesma, 2008). Quando falamos em Consciência Emocional, estão subentendidas diversas capacidades como diferenciar emoções, partilhar verbalmente emoções, não as esconder, a consciência corporal associada à experiência emocional, atender às emoções dos outros e também a analisar as próprias emoções (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt & Ly, 2008). Quanto maior for a capacidade de diferenciação emocional de uma pessoa, mais queixas somáticas ela terá. Neste sentido, esta relação evidencia que a incapacidade de identificar as próprias emoções assim como a tendência em reconhecer o seu valor informacional impede que a pessoa lide de forma adaptativa com a situação emocional com que se depara. A dificuldade em diferenciar as emoções leva a que a consciência emocional perante determinado acontecimento seja mais global, dificultando a aplicação de estratégias de *coping* adequadas à situação em causa (Rieffe, Villanueva, Adrián, & Górriz, 2009).

A relevância da consciência emocional tem sido estudada por diversos autores e em diversas situações clínicas, tais como: pacientes dependentes de substâncias, com transtornos de ansiedade, sintomas psiquiátricos ou transtornos alimentares (Campo, Bridge, Ehmann, Altman, Lucas, Birmaher, 2004; Donges, Kersting, Dannlowski, LaleeMentzel, Aroltz & Suslow, 2005; Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt, & Gallagher, 2005; Rieffe *et al.*, 2007; Rieffe *et al.*, 2008; Carton, Bayard, Paget, Jouanne, Varescon & Edel, 2010; Rommel, Nandrino, Ducro, Andrieux, Delecourt & Antoine, 2012).

Estudos realizados com crianças evidenciam que nas que apresentam frequentemente queixas somáticas, a perceção das suas próprias emoções e estados de humor parece não estar comprometida, contudo vivenciam a sua experiência emocional de uma forma desadequada com elevados níveis de ansiedade, quando comparados com os seus pares não clínicos. Estas crianças apresentam um menor conhecimento das causas dos seus estados emocionais e encontram mais dificuldades em analisar completamente as suas emoções e em diferenciar entre várias emoções negativas (Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart, & Mikolajczak, 2010). Contrariamente, as que apresentam menos queixas somáticas têm

percepção que a ativação fisiológica se encontra associada à experiência emocional e, consequentemente, a forma como lidam com a emoção eliminará estes aspetos fisiológicos. A ativação fisiológica associa-se à intensidade com que a experiência emocional é vivida (Rieffe *et al.*, 2009; Lahaye *et al.*, 2010), que quanto mais intensa for a experiência emocional maior é a sua associação a estados de humores negativos, como é o caso da depressão ou ansiedade, revelando-se sob a forma de queixas somáticas (Rieffe, *et al.*, 2008).

Outra dimensão da consciência emocional é a partilha verbal de emoções, que traduz a capacidade de partilhar construtivamente as emoções com os outros. Esta partilha torna-se fundamental na prevenção de queixas somáticas em crianças e adolescentes (Camodeca & Rieffe, 2013). Estar disponível para atender às emoções dos outros é também um dos elementos da consciência emocional, contribuindo para prevenir a ocorrência de queixas somáticas (Rieffe *et al.*, 2008). Estudos realizados por Lahaye e colaboradores (2010) referem o facto de que as crianças ao crescerem e experienciarem progressivamente mais emoções, vão aprendendo a reconhecê-las e a reagir de forma cada vez mais adaptativa. Deste modo, uma boa consciência emocional pressupõe uma melhor capacidade de diferenciar entre várias emoções, localizar os seus antecedentes e ainda mostrar as próprias emoções fazendo parte da experiência emocional (Camodeca & Rieffe, 2013). As respostas emocionais são, então, geradas pela apreciação da situação de modo a criar mudanças no sistema de resposta quer a nível experiencial, quer a nível comportamental e fisiológico, o que faz com que nem sempre as respostas sejam iguais perante a mesma situação. Isto mostra que as emoções são reguladas tendo em conta o que sentimos e a forma como nos podem ajudar a agir em determinada situação (Gross & John, 2003).

Campo *et al.*, (2004) e Rieffe *et al.*, (2007) observaram a relação entre os adultos, queixas somáticas e estados negativos de humor, mostrando que os estados de humor negativos e crónicos (depressão e ansiedade) se encontram associados a repetidas queixas somáticas. A este respeito, Bhatia e Tandon (2005) defendem que o humor negativo de longo prazo e o *stress* crónico e grave exercem um efeito negativo no funcionamento biológico dos sujeitos, podendo resultar em problemas e defeitos orgânicos irreversíveis a longo prazo.

O estudo dos autores Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, e Ly (2008) analisou a relação entre a consciência emocional e as queixas somáticas em adolescentes com 13-15 anos tendo concluído que a consciência emocional contribui de forma independente e limitada para a previsão de queixas somáticas, a qual foi moderada pelo

humor ou seja, a consciência emocional antecede os estados emocionais que influenciam a percepção que os adolescentes sentem sobre a sua saúde. Também o gênero dos sujeitos foi alvo de diversos estudos, onde se destacam os estudos de Feldman-Barrett, Lane, Sechrest, & Schwartz (2000) e Ciarrochi, Hynes e Crittenden (2005), os quais mostraram que o gênero feminino possui níveis mais elevados de consciência emocional em detrimento do gênero masculino.

No estudo realizado pelos autores Nandrino, Baracca, Antoine, Paget, Bydlowski, e Carton (2013) pretendia-se analisar a consciência emocional de cinco grupos etários e três níveis de escolaridade, tendo-se concluído que os grupos etários mais jovens manifestam um nível de consciência emocional mais elevado, o que pode significar que o mesmo depende da cultura e dos conhecimentos da sociedade da sua geração. Também se verificou um nível emocional mais elevado no gênero feminino, devido a uma tendência educacional relacionada com o gênero e a educação superior, em detrimento do gênero masculino e dos sujeitos com menos escolaridade. Por sua vez, o baixo nível de escolaridade pode justificar a baixa consciência emocional, na medida em que o ensino superior reforça a capacidade expressiva e situações de formação reforçam as competências. Isto pode ser comprovado através dos estudos dos autores Joukamaa, Taanila, Miettunen, Karvonen, Koskien e Veijola (2007) onde se verificou que o nível de consciência emocional é menor em sujeitos sem um diploma do ensino médio em detrimento de sujeitos com níveis mais elevados de educação.

Ciarrochi *et al.*, (2005) justificam esta situação ao referir que o gênero feminino, desde muito cedo, é ensinado a socializar para atribuir recursos afetivos e cognitivos à informação emocional. Em contrapartida, o gênero masculino costuma reprimir as emoções e tem menos tendência para expressar emoções negativas (Gross *et al.*, 2003).

## 1.2. Regulação afetiva, regulação emocional

A regulação afetiva é um conceito muito abrangente de quatro grandes constructos que, por sua vez, refletem diferentes conjuntos de processos: o *coping* (corresponde a diversos processos empreendidos visando a redução do afeto negativo, o que normalmente envolve longos períodos de tempo); a regulação emocional (processos que permitem regular emoções específicas e mecanismos conscientes e inconscientes que aumentando ou diminuindo a capacidade de experienciar e expressar emoções positivas e negativas); a

regulação do humor (dinâmicas centradas em alterar a experiência emocional em detrimento de tendências expressivas da resposta emocional) e as defesas que constituem mecanismos inconscientes, estáveis, diferenciados de indivíduo para indivíduo, não sendo considerados como processos que tipicamente têm o seu foco na regulação de experiências emocionais negativas, em particular a ansiedade (Gross & Thompson, 2007).

Gross *et al.* (2003) identificou a regulação emocional como o conjunto de processos através dos quais os indivíduos influenciam as emoções que vivenciam, em que contexto as vivenciam e o modo como as identificam, experienciam e expressam. Tais mecanismos de regulação podem ser automáticos ou controlados, conscientes ou inconscientes, com impacto nos domínios comportamental, experiencial e fisiológico. Neste sentido, a regulação emocional saudável pressupõe, portanto, a aquisição de domínios de competências entre os quais a capacidade de experienciar e identificar emoções; a modulação da experiência emocional, em intensidade e duração e a sua exposição adequada em diferentes contextos, nomeadamente a nível interpessoal (Paivio & Laurent, 2001).

A regulação das emoções envolve um amplo conjunto de mecanismos que atuam de modo a amplificar, reduzir ou manter a intensidade das respostas emocionais (Thompson, 1994). Contudo, nem todos os processos implicados na regulação das emoções são conscientes, sendo que muitos podem atuar a um nível implícito ou inconsciente (Bargh & Williams, 2007), ocorrendo de forma automática. A nível consciente, as estratégias de avaliação e reavaliação cognitiva são comumente utilizadas para alterar o significado conferido a uma situação ou estímulo, de tal modo que o impacto emocional possa ser alterado. A capacidade de controlo da reação emocional está associada ao desenvolvimento de melhores relações sociais e a níveis mais elevados de empatia, ou seja, a função social da emoção, prevendo-se que um indivíduo que consiga suprimir em certa medida o seu próprio alerta emocional tenderá a conseguir focar-se mais naquilo que o outro sente (Rothbart & Ahadi, 1994).

A equipa de investigação integrada por Torrado, Ouakinin & Bacelar-Nicolau (2013) referiu-se à alexitimia como sendo uma construção marcada pela dificuldade em descrever emoções, sentimentos, assim como a dificuldade em diferenciar entre sensações corporais e sentimentos. O alexitímico costuma relacionar as suas sensações físicas aos seus sentimentos, isto traduz-se numa vida de fantasia pobre e numa constante preocupação com estímulos externos. A alexitimia tem sido considerada como um paradigma de défices de regulação emocional tendo sido estudada por variadas perspetivas, ou seja, a partir de estudos psicobiológicos que sugerem a existência de défices fisiológicos em áreas cerebrais

envolvidas na regulação emocional (Bermond, Vorst & Moorman 2006). Também na área da neuropsicologia existem evidências de deficiências cognitivas em sujeitos alexitímicos que não reconheceram estímulos afetivos de origem negativa relacionadas com expressões faciais das emoções.

A alexitimia revela-se pela ausência de consciência emocional generalizada com resultados na qualidade de vida e bem-estar, associando-se a quadros de depressão ou distúrbios de ansiedade (Lane & Pollerman, 2002). Quando se tenta relacionar alexitimia e doença física, os resultados obtidos surgem da deficitária diferenciação da experiência de estados emocionais complexos associando-os a processos de alteração fisiológica. De acordo com estudos realizados, as associações entre alexitimia e somatização dão especial relevância à relação entre as dificuldades de experiência afetiva e uma ativação autonómica maior ou desregulada (Waler & Scheidt, 2006). Estes processos, para serem devidamente fundamentados, necessitam ainda de suporte empírico.

Estudos realizados por Lane e colaboradores (1990, 1998) numa população saudável pretenderam avaliar em que medida a presença de alexitimia se associava a uma menor capacidade para reconhecer estímulos emocionais em diferentes tarefas, bem como perceber se os desempenhos variavam em função da natureza dos estímulos apresentados (verbais ou não verbais). A partir destes estudos verificaram que a alexitimia está ligada a défices no domínio do reconhecimento de estímulos emocionais verbais, bem como dos não-verbais e de misturas de estímulos verbais e não-verbais, correspondendo a uma manifestação de um défice mais alargado nas competências de codificação e processamento da informação emocional.

### 1.3. Doença Crónica

O conceito de doença crónica pode ser entendido como integrando os problemas de saúde a longo prazo, resultantes de um distúrbio irreversível, vários distúrbios ou estados patológicos latentes, que podem provocar alteração irreversível da estrutura ou função de sistemas orgânicos (Black & Matassari-Jacobs, 1996).

Segundo Castro e Piccinini (2002), a doença crónica possui uma prevalência elevada e corresponde a um elemento *stressor* que influencia o desenvolvimento normal da criança e as relações sociais dentro do contexto familiar. A influência da doença crónica no contexto

familiar traduz-se nos recursos psicológicos dos pais, da criança e restante família, os quais podem dificultar a adaptação da criança à doença (Wallander & Varni, 1998).

Góngora (1998) apresenta três modelos teóricos que caracterizam a família quando um membro possui uma doença crónica: modelo da família patológica, onde subsistem a falta de limites inter-individuais e entre os subsistemas; ausência de habilidades de resolução de problemas e padrões de interação inflexíveis; modelo do afrontamento familiar, ocorre normalmente em famílias com um membro esquizofrénico, onde subsistem a hostilidade e críticas; modelo de impacto da doença crónica no modo de funcionamento familiar. De acordo com cada uma destas diferentes formas de reação por parte da família, as consequências para a pessoa que tem a doença crónica também são diferentes, bem como a própria forma de encarar a doença.

Kübler-Ross (2002) no seu estudo, observou cinco estágios da doença crónica, em pacientes adultos: 1º estágio – Negação, que é vivenciada pela maior parte dos pacientes e respetivos familiares, no início da doença ou após o diagnóstico, sendo uma defesa temporária; 2º estágio – Raiva, que se estende em todas as direções, o que torna difícil o trabalho e apoio da família e dos profissionais de saúde; 3º estágio – Barganha ou tentativa de acordo para um desfecho inevitável, uma recompensa por bom comportamento; 4º estágio – Depressão e sentimento de grande perda; 5º estágio – Aceitação, através da exteriorização dos seus sentimentos, comunicação dos receios e fantasias.

Estes estágios comprovam que o diagnóstico da doença crónica pode provocar diversas emoções e comportamentos, que vão desde incertezas, receio do desconhecido, receio da morte ou sentimento de vitória ao ultrapassar cada desafio (Almeida, Molina, Vieira, Higarashi & Marcon, 2006).

Vieira e Lima (2002) afirmam que a doença crónica altera as rotinas da vida diária do paciente e da sua família, pois carece de constantes adaptações perante novas situações e estratégias para as ultrapassar. Estudos realizados por Falvo (2005) e Acquarone, Borreani, Marrosu, Martinelli, Messmer- Uccelli, Pucci, Solari e Trojano (2007), acrescentam que estas alterações são vivenciadas de forma bastante emotiva, podendo resultar na separação da vida anterior dos sujeitos e na procura de estratégias de *coping* que permitam fazer face à natureza da doença, personalidade pré-mórbida, significado da doença, qualidade, condições de vida e apoio dos familiares e profissionais de saúde.

#### 1.4. Doença Neuromuscular

De acordo com os autores Barra e Baraldi (2013), o conceito de doença neuromuscular pode ser entendido como sendo a limitação primária da unidade motora e pulmonar, a qual pode afetar o trato corticoespinal, cerebelo e as vias espinocerebelares. Para Reed (2002), a doença neuromuscular afeta o motoneurônio medular, a raiz nervosa, o nervo periférico, a junção mioneural e o músculo. De entre as diversas doenças neuromusculares as mais conhecidas são as distrofias musculares progressivas, estas são doenças genéticas que levam à degeneração gradual e irreversível do tecido muscular (Fonseca, Machado & Ferraz, 2007; Darabas, Comim & Tuon, 2009).

Reed (2002) refere que as técnicas de diagnóstico fetal têm contribuído para o aconselhamento genético, uma vez que apenas se podia contar com os métodos paliativos de reabilitação motora e cirurgias ortopédicas corretivas das retrações fibrotendíneas e deformidades esqueléticas. Para o efeito, aspetos como a idade e as manifestações clínicas são relevantes para o diagnóstico inicial das doenças neuromusculares das crianças. É o caso dos recém-nascidos e lactentes que apresentam síndrome da criança hipotónica, a qual se divide em grupo com paralisia (doenças neuromusculares) e grupo sem paralisia (sistema nervoso central ou sistema não-neurológico); nos casos de crianças maiores, a doença neuromuscular manifesta-se através da síndrome de cinturas, ou seja, *deficit* motor e hipotrofia proximal na cintura escapular e pélvica. Quando são crianças deambulantes, os sintomas traduzem-se em quedas frequentes, dificuldade para correr e subir escadas, dificuldade da marcha (báscula da bacia), lordose lombar e levantar miopático (sinal de Gowers) (Reed, 2002). A nível geral, as principais manifestações englobam dimorfismo facial, palato em ogiva, comprometimento da musculatura facial e ocular (ptose palpebral, artrogripose múltipla congénita), amiotrofia espinal infantil, distrofia miotónica (Doença de Steinert), alterações hepáticas, cardíacas ou metabólicas ou alterações clínicas ou neurorradiológicas do sistema nervoso central (Reed, 2002).

Segundo Jensen, Turner & Romano (2001), as principais manifestações passam pela unidade motora (células motoneurónicas, nervos e fibras musculares), nervos sensoriais ou estruturas de suporte (miopatias, distúrbios da junção neuromuscular e neuropatias). Nas miopatias destacam-se a poliomiosite, dermatomiosite, miosite de corpos de inclusão, distrofias musculares ou miopatias metabólicas. Nos distúrbios da junção neuromuscular destacam-se a miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert. Por sua vez, nas neuropatias

destacam-se a doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) e síndrome de Guillain-Barré (GBS). A este respeito, Moulin, Hagen, Feasby, Amireh & Hahn (1997) observaram 55 adultos com síndrome de Guillain-Barré e concluíram que 89% manifestaram dores durante o período de doença e 47% afirmaram que a dor era angustiante, horrível ou excruciante.

O estudo de Carter, Jensen, Galer, Kraft, Crabtree, ... & Bird (1998) investigou a dor em pacientes com doença de Charcot-Marie-Tooth e os resultados mostraram que 71% manifestaram ter dores na região lombar (70%), joelhos (53%), tornozelos (50%), dedos (46%) e pés (44%). A equipa integrada pelos investigadores Jensen, Abresch, Carter, & McDonald (2005) realizaram um estudo onde analisaram a dor nas doenças neuromusculares, tendo constatado que 73% dos sujeitos manifestaram ter dores, 27% afirmaram que a dor era grave (maior ou igual a 7 numa escala de 0 a 10) e no geral a dor era profunda, cansativa, aguda e sem graça. As dores foram mais frequentes em pacientes com esclerose lateral amiotrófica e distrofia muscular miotónica, sendo os pacientes com a doença de Charcot-Marie-Tooth os que menos sofriam com dores. Os locais mais frequentes das dores eram as costas (49%), pernas (47%), ombros (43%), pescoço (40%), nádega e quadril (37%), pés (36%), braços (36%) e mãos (36%).

De modo a avaliar as doenças neuromusculares, os autores Silva e Ribeiro-Filho (2011) mencionam que outros autores utilizam a escala do Medical Research Council, uma vez que o grau de confiabilidade depende dos grupos musculares e do grau de força obtido. Esta avaliação é essencial, pois permite analisar o impacto das perdas de mobilidade e locomoção do paciente, pelo que deve ser gratuita ou com um baixo custo e de fácil utilização em ambiente clínico, para que mais pacientes tenham maior acessibilidade à mesma.

### 1.5. Conceito de Dor

O conceito de dor é definido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (s.d) como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, que se encontra relacionada com uma real ou potencial lesão do tecido. A dor é o principal sinal de lesão do tecido, podendo causar sensações de calor, frio, pressão, corrente elétrica, irritantes químicos ou movimentos bruscos (Silva & Ribeiro-Filho, 2011).



Para Vasconcelos (2006), a dor pode ser entendida como um fenômeno multidimensional que engloba uma experiência dinâmica, íntima e pessoal, resultante do conflito entre um estímulo e o sujeito. O mesmo autor afirma que a dor pode ser influenciada pela formação cultural, expectativa de dor, experiência anterior de dor, contexto e respostas emocionais e cognitivas.

Gomes (2008) afirma que a dor corresponde a um fenômeno complexo, subjetivo e único, pelo que cada sujeito a percebe da sua maneira, assim como as respectivas estratégias de confronto pessoais e os efeitos da dor sobre a qualidade de vida própria. Esta percepção assume uma vertente valiosa e multidimensional, na medida em que a qualidade e intensidade sensorial diferem consoante as características afetivo-motivacionais (Silva & Ribeiro-Filho, 2011). Os mesmos autores dividem a dor em duas perspetivas: sensação corporal e efeito afetivo de natureza aversiva, ou seja, a dor manifesta-se através de sensações externas (*e.g.*, pressão, temperatura) ou internas (*e.g.*, dolorido, queimadura). Por sua vez, o afeto pode englobar excitação ou emoções diferentes (*e.g.*, medo, raiva, tristeza, alegria).

Quanto às categorias de dor, Silva e Ribeiro-Filho (2011) enunciam três indicadores de sensação de dor: indicadores obtidos através da autoavaliação (autoregistros da dor); indicadores observáveis ou comportamentais (*e.g.*, choro, expressões faciais, movimentos físico-corporais dos braços e pernas, agitação, excitabilidade) e indicadores fisiológicos (*e.g.*, alterações biológicas da dor como respiração, transpiração, tensão muscular, pressão arterial, stress, agonia). Geralmente, os três indicadores dividem-se em dois grupos: indicadores fisiológicos (*e.g.*, batimentos cardíaco, suores) e indicadores psicofísicos (*e.g.*, as expressões faciais, agitação, excitabilidade).

## 2. Tipos de dor

Segundo Coniam e Diamond (1999), os tipos de dor podem dividir-se em três: dor aguda, dor crónica oncológica e dor crónica não oncológica. A dor aguda ocorre de forma repentina, com uma duração limitada, emitindo um sinal de alerta no organismo e tendo uma resposta comportamental percebida pelo sujeito. A dor crónica ocorre no período superior a seis meses, iniciando-se de forma gradual, imprevisível e inconstante, sendo de difícil tratamento e afetando o nível psicológico, uma vez que não é percebida pelo sujeito. Por sua vez, a dor crónica oncológica pode resultar da própria doença, nomeadamente através da frequente morbidade física e psíquica (Mohallem & Rodrigues, 2007).

Gomes (2008) menciona que a influência da dor aguda e dor crónica se reflete diariamente, variando consoante a situação da doença e perspetiva do sujeito, ou seja, os sujeitos mais otimistas conseguem atenuar os efeitos nefastos da doença, apesar de já existir uma relação entre a dor e a patologia. Em determinados casos, quando os sujeitos são negativos, manifestam sentimentos de desistência, desespero, assim como debilidade física, perda de interesse em atividades diárias, desenvolvimento de quadros depressivos e ansiogéneos, perturbações de sono e de alimentação, conflitos nas relações interpessoais, consumo exagerado de medicação para o controlo da dor, ansiedade ou depressão (Hanson & Gerber, 1990).

### 2.1. Biológica ou Fisiológica

A dor biológica ou fisiológica pode ser dividida em cinco dimensões: localização ou parte do corpo onde se sente a dor; intensidade da dor sentida; qualidade (natureza da sensação); classificação (*e.g.*, forte, aguda, incómoda) e tempo da dor (Gomes, 2008). Na situação dos doentes com dor crónica, estes julgam que a sua experiência ocorre acompanhada de sintomas ou indicadores e que quanto maior for a dor sentida, mais grave será a doença ou dano. De modo a elaborar um diagnóstico da dor, torna-se crucial avaliar o resumo clínico do sujeito, nomeadamente a situação médica, tipo de dor, intervenções e tratamentos anteriormente realizados para o controlo da dor, respetivos resultados e eficácia alcançada (Gomes, 2008). Esta avaliação permite obter uma escala de dor, que pode ser

numérica (1 – mínimo de dor e 100 – máximo de dor); verbal (sem dor, dor moderada, dor forte); categorial ou analógica visual (numa linha predefinida de 10 cm) (Gomes, 2008).

As escalas obtidas podem ser representadas em diários de dor, onde também se englobam outro tipo de indicadores de dor, tais como: tensão arterial, atividades físicas, pensamentos e sentimentos.

## 2.2. Cognitiva

O tipo de dor cognitiva refere-se ao conjunto de condições mentais, que são essenciais para a experiência da dor e que se refletem como um sinal de alarme para despertar a atenção de que o organismo do sujeito não se encontra no estado considerado normal, pelo que impede a realização de determinadas tarefas (Queiroz, 1998).

Alguns estudos realçam que na dimensão cognitiva é necessário compreender o significado que cada sujeito dá à dor que sente, pois, a mesma pode ser entendida como uma catástrofe, solução para os problemas, sequência de eventos passados ou pedido de auxílio, o que possibilita interpretar cada situação e as crenças subjacentes. A interpretação das situações facilita a formulação de estratégias de confronto, que levam o sujeito a perceber a autoeficácia dos tratamentos e intervenções para o controlo da dor, ou seja, qual o impacto que a dor exerce no seu dia-a-dia e no dos outros (Gomes, 2008).

Ao focar-se na autoeficácia e controlo da dor, o sujeito seleciona as manifestações e limitações que poderão alterar o seu organismo, fazendo com que a dor se traduza em perda de saúde, bem-estar e autonomia (Queiroz, 1998). A seleção de manifestações e limitações contribui para a avaliação dos aspetos cognitivos, nomeadamente as expectativas sobre o futuro, visualização de si próprio, atividades a realizar e relacionamentos interpessoais (Gomes, 2008).

## 2.3. Emocional

De acordo com Hanson e Gerber (1990), a dor pode surgir acompanhada de diversos estados emocionais que influenciam a vida diária e o bem-estar de cada sujeito. Alguns desses estados passam pela ansiedade, frustração, medo, preocupação, irritabilidade,

hostilidade, culpabilização de outros, perda de orgulho, de satisfação em si próprio ou sintomas depressivos, resultantes do receio de perder recursos próprios, vivenciar a dor ao exercer certas tarefas ou atividades ou pensar que não existe solução ou tratamento para ultrapassar essa dor.

Desse modo, torna-se crucial observar estes estados associados à dor crónica, sobretudo a disforia, depressão, ansiedade, raiva, irritabilidade, perda de controlo e de autoeficácia. Para o efeito, a avaliação do diagnóstico permite compreender quais os sentimentos mais frequentes manifestados pelo sujeito com dores, para posteriormente associar os mesmos aos sintomas e às diferentes situações de vida. Neste contexto, surgem as estratégias de confronto que possibilitam ultrapassar as dores, reconhecer se os medicamentos ou tratamentos são eficazes e enquadrar as diferentes situações de vida e os respetivos sentimentos (Gomes, 2008).

#### 2.4. Psicológica

A nível psicológico, Melzack e Wall (1965) defendem a teoria do controlo do portão da dor, a qual expressa uma tentativa de introdução de sistemas psicológicos que justificam a informação nociceptiva, ou seja, quando o sistema sensorio discriminativo transmite informação temporal e espacial sobre a estimulação, assim como informação motivacional-afetiva que serve como um moderador emocional da dor e informação cognitiva-avaliativa que descreve as mudanças na qualidade ou intensidade da dor (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Esta teoria é relevante, na medida em que contribui para a compreensão dos aspetos físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais que facilitam a abertura do portão da dor e despertam uma maior perceção de dor através da ativação de sentimentos como a ansiedade, raiva, tristeza, aborrecimento, visão negativa perante a dor. Por sua vez, também pode facilitar o fecho do portão, ou seja, a perceção sobre a dor através da medicação, massagens, emoções positivas, distração, boa forma física e estilo de vida saudável (Odgen, 1999).

De acordo com os autores Campos, Holden, Laranjeira, Troister, Oliveira, Costa, Abreu e Fresca (2016), a dor psicológica pode ser um fenómeno afetivo distinguindo-se do *distress* ou mal-estar, da depressão e da desesperança. Na literatura são utilizados vários termos para definir dor psicológica, tais como dor mental ou *psychache* (Verrocchio,

Carrozzino, Marchetti, Andreasson, Fulcheri & Bech, 2016), perturbação interna (Tossani, 2013), sofrimento psíquico, dor psíquica ou vazio (Meerwijk & Weiss, 2011; Shneidman, 1993; Tossani, 2013, 2014). A dor psicológica é vista como um estado paradoxal, uma vez que os sentimentos do indivíduo são sentidos como estando fora do seu controlo e são reprimidos para sobreviver e fazer desaparecer o sofrimento e a dor (Greenberg & Bolger, 2001). A dor psicológica pode ser definida enquanto experiência subjetiva difusa – distinta da dor física que é frequentemente associada a estímulos físicos – que se manifestam enquanto resposta interna a estímulos psicológicos nocivos (*e.g.* depressão) (Mee, Bunney, Reist, Potkin & Bunney, 2006).

Estudos realizados por Orbach (2010) referem que a dor psicológica resulta de uma internalização de experiências negativas, ao longo da vida, experienciando diversos sentimentos (*e.g.* perda de controlo, vazio, indiferença).

A dor psicológica é considerada um sentimento desagradável e insustentável, resultado de uma perceção negativa sobre as capacidades pessoais face a uma perda, de algo ou alguém, ou face ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas. No entanto, a presença de dor psicológica é necessária para a mudança efetiva, bem como para o crescimento pessoal após aceitação das perdas. O sofrimento associado à dor psicológica apenas existe na consciência do indivíduo, sendo que as causas deste mesmo sofrimento, variam de sujeito para sujeito (Loeser, 2000).

Em suma, a dor pode assumir um estado subjetivo e objetivo. O estado subjetivo depende da avaliação cognitiva da situação vivenciada pelo sujeito. Já o estado objetivo e imediato, ocorre quando o sujeito sofre de uma lesão física, emocional ou motivacional, o que leva a que se desenvolva um trauma e, conseqüentemente, uma reação ao estado fisiológico e a perceção da dor a nível psicológico.

### 3. Intervenção Psicológica no Controlo da Dor

Como exposto anteriormente, o tipo de dor cognitivo-comportamental pode ser atenuado através de técnicas que permitem a alteração de respostas cognitivas e comportamentais associadas com os sintomas da doença, levando ao melhor funcionamento físico e psicológico do sujeito (Jensen, Turner & Romano, 2001). Algumas dessas técnicas resultam numa diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa; atitude mais ativa e

confrontativa perante situações de dor; diminuição da disfunção sobre a dor; diminuição da intensidade da dor nos relatos do sujeito e diminuição da percepção de incapacidade (Gomes, 2008).

A mesma autora justifica que as estratégias de intervenção psicológica são relevantes para o tratamento e controlo da dor, na medida em que contribuem para uma gestão mais eficaz da dor, assim como diagnosticam áreas onde os sujeitos apresentem mais dores e dificuldades na realização de atividades diárias, reconhecem competências e recursos para a delimitação de objetivos personalizados e tentam conciliar o tratamento com a situação de doença, para que os sujeitos possuam uma boa qualidade de vida, apesar da doença existente.

Segundo Joyce-Moniz e Barros (2005), as estratégias de intervenção, sobretudo nas doenças crónicas, terminais, crises agudas ou tratamentos pontuais passam por disponibilizar informação por parte dos profissionais de saúde ao paciente e aos respetivos familiares, para que estes possam compreender a doença, sintomas, tratamentos e vantagens ou desvantagens subjacentes.

Esta informação deve ser realizada de forma constante e contínua, de modo a que os profissionais de saúde possam motivar os pacientes para que estes se tornem mais participativos e interessados sobre os sintomas e tratamentos mais eficazes para a sua doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Quando as estratégias de confronto são desadequadas, os pacientes com dor crónica podem sentir descontrolo, serem imprevisíveis ou manifestarem sintomas depressivos, pelo que deve existir uma maior percepção de controlo para antecipar as situações de dor e os efeitos nefastos na sua vida (Hanson & Gerber, 1990).

Gomes (2008) acrescenta que os doentes com dor crónica devem centrar a sua atenção mais a nível interior do que a nível exterior, considerando as sensações somáticas que englobam aspetos fisiológicos da dor, o respetivo significado e as consequências para o bem-estar. Quando os doentes centram a sua atenção na sua dor, tornam-se mais conscientes dos objetivos esperados das intervenções, da capacidade de gestão de dor e da definição de padrões de comportamento adequados a cada situação e doença.

A este respeito Gall, Arnett e Slonaker (2000) enumeram algumas estratégias, onde se destacam os princípios posturais, prática de atividades físicas, gestão e realização de tarefas diárias, as quais são necessárias para a definição de um programa de intervenção multidisciplinar nos doentes com dor. Para que as estratégias de intervenção sejam realizadas adequadamente nos doentes com dor crónica, deve-se reconhecer qual o modelo da dor, evidenciar o papel das cognições, afetos e comportamentos e a subsequente ligação

(Gomes, 2008). A mesma autora defende que os doentes com dor devem programar atividades diárias, apesar de terem de lidar com limitações ou debilidades físicas, pois, só assim poderão aumentar o seu ritmo de energia, entusiasmo e desejo nas mesmas.

Ao realizarem as atividades diárias, os doentes sentem-se distraídos e ocupados, o que contribui para o alívio da dor, ansiedade e outras sensações somáticas desagradáveis, devendo para isso assimilar competências do poder de abstração das sensações menos boas e saber gerir a atenção para possíveis dores (Hanson & Gerber, 1990). Quando os doentes estão mais distraídos, sentem-se mais relaxados, favorecendo a diminuição do stress físico e emocional, nomeadamente nas sensações somáticas discretas de baixa ou média intensidade (Gall, Arnett & Slonaker, 2000).

Hanson e Gerber (1990) e Joyce-Moniz e Barros (2005) mencionam que o relaxamento serve como forma de confronto para ultrapassar de forma eficaz as situações de dor intensa ou de menor funcionalidade, atuando simultaneamente com a respiração profunda ou com a indução de sono, através da criação de ambiente propício (controlo dos estímulos luminosos e sonoros e posição agradável e confortável).

No final de cada sessão de relaxamento, pode ser preenchida uma ficha de avaliação que engloba o grau de relaxamento antes e depois do procedimento, assim como pensamentos e sentimentos percecionados no final da sessão, limitações encontradas e zonas do corpo de difícil descontração (Gomes, 2008).

Os doentes com dor, também poderão passar por uma reestruturação cognitiva, na medida em que por vezes os doentes podem apresentar uma baixa autoestima e autoimagem associadas à perda de funcionalidade resultante da sintomatologia e das alterações no contexto familiar e laboral, o que poderá levar a sentimentos de estigmatização social e a perceção de incapacidade ou inutilidade (Gomes, 2008).

De acordo com Joyce-Moniz e Barros (2005), a reestruturação cognitiva serve para corrigir distorções cognitivas na controlabilidade da doença, dos sintomas e do tratamento, assim como contribuir para a adesão aos tratamentos e assimilação de meios de confronto dos sintomas ou situações que causem dor.

Sintetizando, a intervenção psicológica assume relevância no controlo da dor de diversos doentes, desde os doentes oncológicos, com dor lombar, dor crónica musculoesquelética até os doentes com limitações a nível de mobilidade ou que carecem de assistência nos cuidados pessoais (Meyer & Mark, 1995; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; McCracken, MacKichan & Eccleston, 2007).

## **PARTE II – ESTUDO EMPIRICO**



## 4. Enquadramento do Estudo

A pesquisa empírica é entendida como aquela em que é necessária comprovação prática de algo, através da experimentação ou observação de determinado fenómeno num dado contexto. Deste modo, este tipo de pesquisa serve para comprovar, no plano da experiência, aquilo que é apresentado em termos teóricos e, em certos casos, a observação e experimentação empíricas oferecem dados para sistematizar a teoria. A pesquisa empírica é fundamental para a comprovação da teoria e a sua validação mas, ao contrário da pesquisa teórica, não é autossuficiente, ou seja, não se sustenta dissociada da teoria, fundamental à sistematização do conhecimento.

### 4.1. Enquadramento Teórico

A consciência emocional é definida como a capacidade que um sujeito tem de descrever os seus próprios sentimentos e avaliar os sentimentos dos outros. É um processo cognitivo que demonstra maturação (Lane & Schwartz, 1990; Lane, Sechrest, Reidel, Weldon, Kaszniak, & Schwartz, 1996; Lane, Sechrest & Riedel, 1998). A consciência emocional é representada através de um modelo cognitivo-evolutivo de simbolização, no qual a maturação emocional se desenvolve analogamente às funções intelectuais e é representada através de um modelo hierárquico de organização da experiência emocional. Estas passam de sensações corporais e padrões de ação a estados sentidos, sendo estes mais ricos em qualidade e intensidade.

A consciência emocional, para além de uma experiência emocional, envolve processos cognitivos complexos. A consciência explica uma variedade de situações ligadas à emoção, ou seja, a complexidade da experiência emocional, capacidade de reconhecer emoções e de refletir sobre a sua própria experiência, amplitude do vocabulário emocional, a capacidade de empatia e até comportamentos sociais adaptativos e emocionais (Lane & Pollermann, 2002).

A consciência está ligada a sentimentos e emoções, sendo através dos sentimentos que as emoções se manifestam, que iniciam a sua influência sobre a mente. Os sentimentos existem porque existe consciência, isto é, é através de um sentido *self* que os sentimentos se tornam conhecidos. É diferente “sentir” do que “saber que temos um sentimento”, ou seja, o

estado sentir não implica que o indivíduo que sente tenha plena consciência de emoção e de sentimento (Damásio, 2000). A consciência tem de estar presente para que os sentimentos influenciem o indivíduo que os tem, sendo a relevância deste acontecimento que faz com que a emoção e sentimento humano girem em torno da consciência. Quando existe uma ausência de consciência também existe ausência de emoção e, embora estes fenómenos sejam diferentes, estão muito ligados. Este facto pode ser representado através da alexitimia, caracterizada pela dificuldade em expressar sentimentos, em distingui-los das sensações corporais pela existência de uma vida de fantasia pobre, assim como uma preocupação com estímulos externos (Torrado, Ouakinin, Bacelar-Nicolau, 2013).

Segundo Damásio (2000), o *sentimento* está reservado a uma experiência mental privada de uma emoção, enquanto a *emoção* designa o conjunto de reações observáveis. Deste modo, não se pode observar um sentimento noutra pessoa, mas sim em si mesmo, como um ser consciente dos seus próprios estados emocionais. Não se podem observar sentimentos que o outro evidencia, mas emoções que originem esses sentimentos. Não temos consciência do que causa a emoção nem de como a controlar, isto é, podemos sentir-nos tristes ou felizes sem conhecer os motivos que os provocam. As emoções representam o quanto o meio conduz o nosso bem-estar e como é representado na nossa mente. A emoção também se aplica a impulsos, motivações e estados de dor ou prazer; assim o objetivo das emoções relaciona-se com adaptações para as quais o indivíduo regula a sua sobrevivência, sendo que estas emoções têm um impacto sobre a mente, permitindo a consciência que os sentimentos se manifestem na emoção.

A dor não pode ser considerada como uma emoção, no entanto a sensação de dor pode induzir a emoções e, assim, as emoções podem ser causadas pelo mesmo estímulo que origina a dor. Deste modo, tomamos conhecimento da dor que sentimos e que estamos a ter uma emoção associada à dor sentida, desde que haja consciência, fazendo distinção entre “sensação de dor” e “afeto de dor”. A presença de dor psicológica na doença crónica afeta o doente e todo o seu meio envolvente, sendo que quanto maior for o tempo da evolução da doença, mais negativa se torna a perceção da dor, mas consequentemente também existe um aumento de aprendizagem e valorização psico-emocional da dor. A persistência da dor psicológica tem uma influência decisiva, quer na deterioração da qualidade de vida, quer na atitude negativa perante a doença. A Associação Internacional para o Estudo da Dor defende a atual definição: “*Dor é uma experiência sensorial desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão*” (...) “*a dor é sempre subjectiva*” (ISAP, 1979, citado por Bidarra, 2010, p.1). Falar em dor implica a

representação de um fenómeno complexo que não se esgota na consciência de um estímulo, mas que se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a extensão do sofrimento. Para além da sensação, a dor é uma perceção moldada pela personalidade de quem vive e pelos contextos sociais em que ocorre, não se podendo abandonar a subjetividade que encerra, abrangendo esta componentes físicas e emocionais. Não é possível sentir dor sem perturbação, e por mais que a pessoa diga o que está a sentir, é sempre uma experiência completamente subjetiva e holística envolvendo todas as dimensões da pessoa. O aspeto motivacional intrínseco à dor insere-se nas representações cognitivas ou simbólicas de consciência positiva ou negativa antecipadas, assim como afetos conscientes ou inconscientes em conjunto com outros aspetos psicológicos, modelando a experiência de dor e os comportamentos (Silva & Ribeiro-Filho, 2011).

#### 4.2. Objetivos do Presente Estudo e Instrumentos de Medida

Estima-se que em Portugal existam milhares de doentes neuromusculares. Na sua maioria estas doenças não têm cura e afetam gravemente a capacidade motora dos seus portadores, impondo-lhes uma perda de autonomia. As doenças neuromusculares são genéticas, hereditárias e progressivas e todas têm em comum a falta de força muscular. Apesar de toda a fraqueza muscular e deformações articulares, os doentes neuromusculares, mantém na sua maioria um nível intelectual normal, no entanto a parte emocional é muitas vezes afetada devido à progressiva evolução da doença. Esta dor sentida é exteriorizada por sentimentos de culpa, ou de perda, como forma de mascarar “conflitos” existentes. Por vezes compreender a dor de um doente é compreender a sua dinâmica psico-cultural, ou seja, todas as particularidades únicas da sua vida, que modularam a sua experiência de dor (Gomes, 2008; Silva & Ribeiro-Filho, 2011).

No presente trabalho, pretendeu-se dar um contributo para uma melhor compreensão da relação entre a consciência emocional e a dor psicológica em doentes neuromusculares. Para complementar o objetivo geral, os objetivos específicos pretendem aferir se existe relação entre os três níveis de consciência emocional (do próprio, do outro e o total) e a presença de dor psicológica, bem como a relação entre os níveis de consciência emocional e a intensidade dessa dor.

Esta avaliação foi feita através de dois instrumentos: a dor psicológica foi avaliada através da *Psychache Scale* (versão original de Holden, Mehta, Cunninham & McLeod, 2001; versão portuguesa Campos, 2013); a consciência emocional através da escala *LEAS* (versão original de Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, S., 1990; versão portuguesa Torrado, Ouakinin & Lane, 2013). De modo a caracterizar a amostra, também foi aplicado um questionário sociodemográfico.

### 4.3. As Hipóteses

H1: Existe uma relação entre a consciência emocional do próprio e a intensidade de dor psicológica.

H2: Existe uma relação entre a consciência emocional do outro e a intensidade de dor psicológica.

H3: Existe uma relação entre o total de consciência emocional e a intensidade de dor psicológica.

H4: Existe uma relação entre o total de dor psicológica e o total de consciência emocional.

H5: Existe relação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro.

H6: Existe um efeito do género dos participantes em relação ao nível de percepção da dor psicológica.

## 5. Metodologia

### 5.1. Procedimentos

Este é um estudo exploratório, tendo por base uma abordagem quantitativa sendo que, deste modo, as técnicas de recolha, apresentação e análise dos dados recolhidos permitiram uma quantificação dos mesmos e o tratamento através de métodos estatísticos, utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25.0 para Windows.

Numa primeira fase, e após a obtenção do consentimento informado por parte dos sujeitos que foram alvo da investigação, realizou-se a recolha de dados necessários à constituição da amostra. Foram aplicados questionários sociodemográficos, a Escala de Avaliação de Níveis de Consciência Emocional (LEAS) que mede a capacidade de um sujeito discriminar o seu próprio estado emocional e o dos outros. Foi também aplicada a Escala de Dor Psicológica, aferida para a população portuguesa (Campos, 2013). Esta avalia a dor psicológica sentida pelo indivíduo, associada a sentimentos de vergonha, culpa, humilhação, solidão, medo e angústia. Todos estes sentimentos estão associados ao psíquico e a estados depressivos. Esta é uma escala de auto-relato em que o indivíduo se avalia em relação à frequência com que ocorrem determinadas situações, por exemplo: “Sinto dor psicológica”.

## 5.2. Participantes/ Amostra

A amostra para esta investigação foi definida através de método não-probabilístico, tendo sido contactados 40 sujeitos portadores de doença neuromuscular referenciados pela Associação Portuguesa de Doenças Neuromusculares, com diferentes diagnósticos desta patologia, com idades variáveis entre os 18 e os 40 anos e moradores em diversas regiões de Portugal Continental. Foram previamente informados do objetivo da investigação, através de um consentimento informado, bem como do carácter voluntário da participação no estudo.

A confidencialidade e anonimato dos resultados foram assegurados. Como critérios de inclusão, para a participação no estudo foram considerados os seguintes: a) idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos; b) ser portador de doença neuromuscular.

Dos indivíduos contactados, apenas 16 responderam, sendo esta a amostra final, com uma variação de idades entre os 20 e 39 anos,. Desta amostra, 11 participantes (68,8%) são do género masculino e 5 (33,1%) são do género feminino. Relativamente às habilitações literárias dos inquiridos verificamos que 37,5% têm o 12º ano, 31,3% têm mestrado, 25% são licenciados e 6,3% têm o 9º ano de escolaridade. Os dados relativos à situação profissional dos inquiridos mostram que a maioria (68,8%) tem uma vida profissional ativa, 12,5% são estudantes, 12,5% estão desempregados e 6,3% são reformados.

### 5.3. Procedimentos na Recolha de Dados

Primeiramente contactamos a APN (Associação Portuguesa de Doente Neuromusculares), pois aqui encontraria o maior número de doentes neuromusculares. Por questões éticas ligadas à confidencialidade, a associação não forneceu nome nem contactos sendo a própria associação a enviar os instrumentos, bem como um pedido de consentimento informado. A aplicação dos instrumentos foi efetuada via *online*, através da base de dados da APN (Associação Portuguesa de Doente Neuromusculares), que posteriormente nos encaminhou as respostas via e-mail. A recolha de dados para a amostra ocorreu entre novembro de 2017 e março de 2018.

### 5.4. Instrumentos

Foram utilizados, tal como foi referido, os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, a Escala de Avaliação de Níveis de Consciência Emocional (LEAS) e Escala da Dor Psicológica aferida para a população portuguesa por Campos (2013), a partir de estudos de desenvolvimento e validação preliminar da escala de dor psíquica da Universidade de Queen's.

### 5.5. Questionário Sócio- demográfico

O questionário sociodemográfico forneceu a informação caracterizadora dos sujeitos inquiridos. Num total de 12 perguntas era pedida a indicação de género, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação laboral, residência, mas também as seguintes perguntas: “se é doente neuromuscular?”, “qual o tipo de doença?”, “há quanto tempo foi diagnosticado?”, “se tem tido apoio adequado às suas necessidades?”, “quais os tipos de apoio?” e se “considera importante existirem estudos sobre esta problemática?”.

## 5.6. Psychache Scale – Escala de Dor Psicológica

A Psychache Scale é um questionário constituído por 13 itens que foi especificamente desenvolvido para avaliar o construto de dor psicológica proposto por Shneidman (1993). As respostas são dadas numa escala de *likert* de 5 pontos (de 1 a 5), refletindo os valores mais elevados da escala, os níveis mais altos de dor psicológica. O valor total da escala varia entre 13 e 65 pontos.

Os nove primeiros itens são respondidos tendo por base a frequência da dor psicológica, variando entre “nunca” (1) e “sempre” (5). São exemplos de itens: “Parece-me que dói por dentro” ou “A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física”. Os quatro últimos itens refletem a intensidade da dor psicológica e são respondidos numa escala de concordância que varia de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (5). São exemplos de itens: “Não consigo aguentar mais a minha dor” ou “A minha dor está a desfazer-me”.

Esta escala foi aplicada a indivíduos de diferentes populações, incluindo indivíduos com depressão, indivíduos da comunidade, prisioneiros, estudantes universitários em risco de suicídio e, ainda, a sem-abrigo (Mills, Green, Reddon, 2005); Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2012). A escala original que avalia a dor psicológica “*Psychache Scale*”, foi construída a partir de afirmações sobre dor psicológica, tendo sido aplicada a 294 participantes (estudantes voluntários do curso de psicologia), apresentando uma boa consistência interna, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de .95 (Pereira, Kroner, Holden, Flamenbaum, 2010).

Na versão portuguesa (Campos, 2013) encontram-se boas qualidades psicométricas quanto à validade de constructo e à sua consistência interna. A “*Psychache Scale*” tem excelentes propriedades psicométricas em estudantes universitários e reclusos, com coeficientes de confiabilidade alfa, geralmente superiores a 0.90 (DeLisle & Holden, 2009).

## 5.7. LEAS – Escala de Consciência Emocional

A LEAS é uma prova de realização, de natureza projetiva e com um racional predominantemente Piagetiano de entendimento do desenvolvimento afetivo e da

organização estrutural da experiência emocional, defendendo que a consciência emocional aumenta simultaneamente com as funções intelectuais. É constituída por 20 situações que refletem emoções, que vão desde a regulação emocional até à alexitimia e perturbações psiquiátricas.

Permite aceder a um nível global de consciência emocional, mas também a uma caracterização da consciência das emoções, em si e nos outros, oferecendo por isso uma medida da capacidade empática. Estas medidas são obtidas com base na avaliação das competências simbólicas utilizadas pelos indivíduos para expressar emoções, desde estratégias indiferenciadas de expressão de emoções, enquanto sensações corporais ou tendências de ação; até à capacidade de representação explícita de diferentes tonalidades emocionais, inclusivamente diferenciadas entre o próprio e o outro.

Trata-se de um instrumento de avaliação psicológica com características psicométricas bastante adequadas, cuja utilização na medida do constructo ‘consciência emocional’ tem sido largamente observada a nível internacional (Lane *et al.*, 1996; Lane *et al.*, 1998; Subic-Wrana, Bruder, Thomas, Lane & Köhle, 2005; Subic-Wrana, Beutel, Knebel & Lane, 2010; McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli & Gross, 2008).

Lane, Quinlan, Schwartz, Walker e Zeitlin (1990) conceberam a Escala de Níveis de Consciência Emocional (LEAS) que mede a habilidade de um sujeito diferenciar o seu estado emocional e os dos outros. É constituída por 20 situações que refletem emoções, que vão desde a regulação emocional até à alexitimia e perturbações psiquiátricas.

A versão portuguesa (LEAS e LEAS-A) foi traduzida devido à ausência de uma medida para a caracterização emocional da população portuguesa, tendo apresentado níveis mais elevados de precisão e robustez do que em outros países, assim como qualidades psicométricas adequadas a nível científico (Torrado *et al.*, 2013).

Os mesmos autores mencionam que o LEA engloba cinco níveis de consciência emocional que partilham das características estruturais piagetianas para o desenvolvimento cognitivo: sensações físicas/corporais; tendências de ação; emoções simples/discretas; mistura de emoções e mistura de emoções relacionadas à complexidade das experiências emocionais e das dos outros sujeitos.

A diferença entre a Escala de Níveis de Consciência Emocional (LEAS) e os outros instrumentos prende-se com o facto de esta utilizar uma avaliação escrita pelo sujeito, sobre o que ele sente ou sentiria numa determinada situação, não carecendo de assuntos para a resolução de um problema ou maximização do desempenho (Lane *et al.*, 1998).



## 6. Resultados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente de correlação de Spearman e o teste t de Student para amostras independentes. A normalidade de distribuição dos valores das variáveis foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene. A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

### 6.1. Análise descritiva da amostra

A amostra era constituída por 16 doentes com diagnóstico de doença neuromuscular. A maioria era do género masculino (68.8%), solteira (75%), com o 12º ano (37.5%) e empregada (68.8%). De salientar que um pouco mais de metade da amostra (56.3%) tinha habilitações académicas de nível superior. (Tabela 1). Os resultados revelaram, também, que cerca de 25% dos inquiridos residiam em Lisboa.

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo (N = 16)

	N	%
Sexo		
Feminino	5	31,3
Masculino	11	68,8
Estado civil		
Solteiro	12	75,0
Casado	2	12,5
União de Facto	1	6,3
Divorciado	1	6,3
Escolaridade		
Ano	1	6,3
12º Ano	6	37,5
Licenciatura	4	25,0
Mestrado	5	31,3
Situação profissional		
Empregado	11	68,8
Desempregado	2	12,5
Reformado	1	6,3
Estudante	2	12,5

Na tabela 2 podemos observar as doenças neuromusculares dos inquiridos. Predominam as distrofias musculares.

Tabela 2

## Tipo de Doença Neuromuscular

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Distrofia Muscular das Cinturas	1	6,3	6,7
Miopatia Congénita Fibras Tipo 1	1	6,3	6,7
Dermatomíosite	2	12,5	13,3
Atrofia Muscular Espinal	1	6,3	6,7
Distrofia Muscular	2	12,5	13,3
Cardiomiopatia Dilatada Idiopática	1	6,3	6,7
Atrofia Muscular Progressiva Tipo II	1	6,3	6,7
Merosina Negativa	1	6,3	6,7
Distrofia Muscular de Ulrich	1	6,3	6,7
Distrofia Muscular Duchene	1	6,3	6,7
Miopatia das Cinturas	1	6,3	6,7
Distrofia Muscular das Cinturas Tipo 2C	1	6,3	6,7
Miopatia de Duchenne	1	6,3	6,7
Total	15	93,8	100,0
Omissos	1	6,3	
Total	16	100,0	

A maioria dos inquiridos tinha diagnóstico de doença neuromuscular entre 11 a 30 anos.

Tabela 3

## Tempo de Diagnóstico

	Frequência	Percentagem
5 anos - 10 anos	1	6,3
11 - 30 anos	10	62,5
> 30 anos	5	31,3
Total	16	100,0

Relativamente à necessidade de apoio, uma percentagem muito elevada dos inquiridos, (87.5), a quase totalidade em termos absolutos (14 inquiridos) considera necessitar de apoio (Tabela 4).

Tabela 4

Presença ou ausência de Apoio

	Frequência	Percentagem
Necessita	14	87,5
Não necessita	2	12,5
Total	16	100,0

## 6.2. Os instrumentos de medida

### 6.2.1. Psychache scale- Escala de Dor Psicológica

Na tabela 5 podemos apreciar as respostas dos inquiridos às questões relacionadas com a frequência da dor psicológica. Nela indicamos as relativas, as médias e respectivos desvios padrão. Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda). Assim, as questões com as quais os sujeitos mais discordaram foram *A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física* e *Dói-me, porque me sinto vazio* (50%). A questão com a média mais baixa foi *A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física* ( $M = 1.75$ ).

Tabela 5

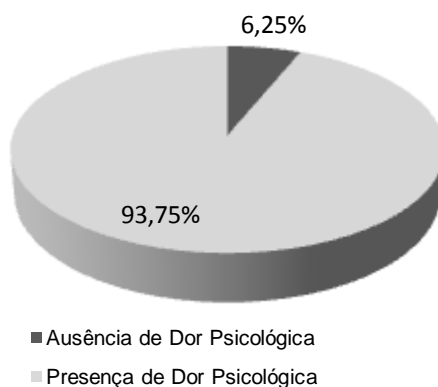
## Frequência da dor psicológica

	1	2	3	4	5	M	DP
1. Sinto dor psicológica	12,5 %	50,0 %	31,3 %	6,3%	0,0%	2,31	0,79
2. Parece-me que dói por dentro	25,0 %	43,8 %	25,0 %	6,3%	0,0%	2,13	0,89
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	50,0 %	37,5 %	0,0%	12,5 %	0,0%	1,75	1,00
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	43,8 %	31,3 %	18,8 %	6,3%	0,0%	1,88	0,96
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	43,8 %	25,0 %	12,5 %	12,5 %	6,3%	2,13	1,31
6. Não consigo compreender porque soffro	31,3 %	31,3 %	12,5 %	25,0 %	0,0%	2,31	1,20
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	31,3 %	50,0 %	18,8 %	0,0%	0,0%	1,88	0,72
8. Dói-me, porque me sinto vazio	50,0 %	18,8 %	12,5 %	18,8 %	0,0%	2,00	1,21
9. A minha alma dói	43,8 %	18,8 %	18,8 %	18,8 %	0,0%	2,13	1,20

Legenda: 1 – Nunca 2 - Algumas Vezes 3 – Frequentemente 4 - Muito Frequentemente 5 – Sempre M – Média DP – Desvio padrão

De acordo com os pontos de corte utilizados pelos autores, e relativamente à presença da dor, podemos afirmar que apenas 6.25% dos inquiridos não apresentam dor psicológica. A quase totalidade dos inquiridos (93.75%) apresenta dor psicológica.

Figura 1. Presença de Dor Psicológica



A questão relativa à intensidade da dor psicológica com a qual os sujeitos mais discordaram foi *A minha dor está a desfazer-me* (50%).

Tabela 6

Intensidade da dor psicológica

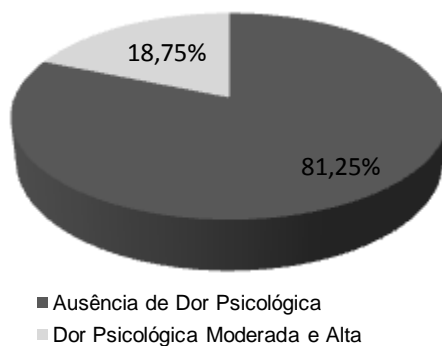
	1	2	3	4	5	M	DP
10. Não consigo aguentar mais a minha dor.	37,5 %	37,5 %	12,5 %	12,5 %	0,0%	2,00	1,03
11. Por causa da minha dor, a minha situação é impossível.	43,8 %	37,5 %	6,3%	12,5 %	0,0%	1,88	1,02
12. A minha dor está a desfazer-me	50,0 %	18,8 %	0,0%	18,8 %	12,5 %	2,25	1,57
13. A minha dor psicológica afecta tudo o que faço	31,3 %	37,5 %	12,5 %	6,3%	12,5 %	2,31	1,35

Legenda: 1 - Discordo Fortemente 2 – Discordo 3 – Indeciso 4 – Concordo 5 - Concordo Fortemente

De acordo com os pontos de corte utilizados pelos autores, e relativamente à intensidade da dor, podemos afirmar que 18.75% dos inquiridos apresentam dor psicológica moderada e alta.

Figura 2

Tipo de Intensidade da Dor Psicológica



A consistência interna da Psychache Scale, analisada com o coeficiente Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .881 (bom) a um máximo de .903 (excelente). A categorização dos valores do Alfa de Cronbach segue o referenciado em Hill (2005).

Tabela 7

Consistência interna: Psychache Scale

	Cronbach's	
	Alpha	Nr de itens
Frequência	.881	9
Intensidade	.903	4

Os sujeitos obtiveram um valor total de 26.94 pontos na Psychache Scale.

Tabela 8

Estatísticas descritivas: Psychache Scale

	Mínim o	Máxim o	Média	Desvio padrão
Total Score Psychache	13	45	26,94	10,31
Total Presença de Dor Psicológica	9,00	32,00	18,50	6,75
Total Intensidade de Dor Psicológica	4,00	18,00	8,43	4,45

### 6.3. LEAS – Escala de Consciência Emocional

A consistência interna da LEAS – Escala de Consciência Emocional variou entre um mínimo de .548 (fraco mas aceitável) a um máximo de .711 (razoável). (Tabela 9)

Tabela 9

Consistência interna: LEAS

	Cronbach's	
	Alpha	Nr de itens
Próprio	,548	10
Outro	.711	10

Os sujeitos obtiveram um valor total de 28.81 pontos na LEAS.

Tabela 10

Estatísticas descritivas: LEAS

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
LEAS Próprio	19,00	35,00	25,37	4,61
LEAS Outro	15,00	29,00	23,68	4,23
LEAS Total	23,00	36,00	28,81	3,65

#### 6.4. Estudo das hipóteses

Depois da análise das características da amostra inquirida, concretizada através da utilização de estatísticas descritivas, é imprescindível a realização de métodos de inferência estatística, com o objetivo de responder às hipóteses do estudo. A escolha dos testes estatísticos mais adequados é influenciada pelas características das variáveis em estudo.

Foi analisada a relação entre os três níveis de consciência emocional (do outro, do próprio e o total) e as duas variáveis relativas à dor psicológica, nomeadamente a presença e a intensidade.

**Hipótese 1: Existe uma relação entre a consciência emocional do próprio e a intensidade de dor psicológica.**



O coeficiente de correlação entre a consciência emocional do próprio e a intensidade de dor psicológica não é estatisticamente significativo. Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 11

Correlação entre a Escala de consciência emocional do próprio e a intensidade da dor psicológica.

	Intensidade dor psicológica
LEAS próprio	-,135

**Hipótese 2: Existe uma relação entre a consciência emocional do outro e a intensidade de dor psicológica.**

O coeficiente de correlação entre a consciência emocional do outro e a intensidade de dor psicológica não é estatisticamente significativo. Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 12

Correlação entre a escala de consciência emocional do outro e a intensidade da dor psicológica.

	Intensidade dor psicológica
LEAS outro	-,053

**Hipótese 3: Existe uma relação entre o total de consciência emocional e a intensidade de dor psicológica.**

O coeficiente de correlação entre o total consciência emocional e a intensidade de dor psicológica não é estatisticamente significativo. Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 13

Correlação entre a Escala de consciência emocional total e a intensidade da dor psicológica.

	Intensidade dor psicológica
LEAS total	-,313

**Hipótese 4: Existe uma relação entre o total de dor psicológica e o total de consciência emocional.**

O coeficiente de correlação entre o total consciência emocional e o total da dor psicológica não é estatisticamente significativo. Não se confirma a hipótese enunciada.

Tabela 14

Correlação entre o total consciência emocional e o total da dor psicológica.

	Intensidade dor psicológica
LEAS total	-,280

**Hipótese 5: Existe uma relação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro.**

O coeficiente de correlação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro é estatisticamente significativo, positivo e moderado ( $r = .637$ ). Como a correlação é positiva isso significa que à medida que aumenta o nível de consciência pessoal aumenta, também, o nível de consciência do outro. Confirma-se, assim, a hipótese enunciada.

Tabela 15

Correlação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro.

	LEAS outro
LEAS próprio	,637**

\*\*  $p \leq .01$

**Hipótese 6: Existe um efeito do género dos participantes em relação ao nível da percepção de dor psicológica.**

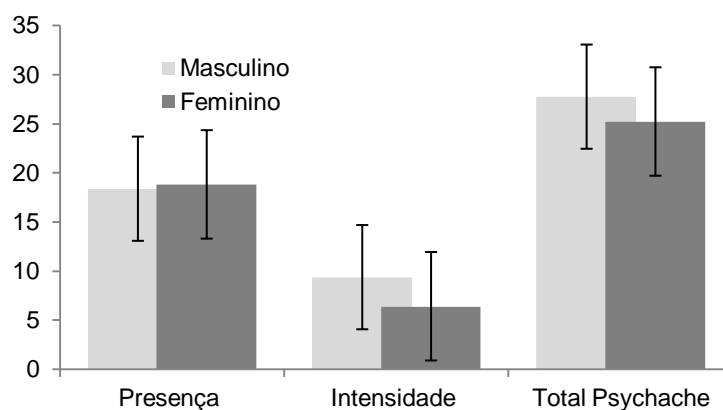
Os homens percecionam mais intensidade de dor psicológica e obtêm valores mais elevados no total da dor psicológica do que as mulheres, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ( $p > .05$ )

Tabela 16

Correlação entre o género dos participantes e a percepção de dor psicológica.

	Masculino		Feminino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Presença de Dor Psicológica	18,36	5,80	18,80	9,31	.609
Intensidade de Dor Psicológica	9,36	4,92	6,40	2,50	.865
Total Psychache	27,73	10,12	25,20	11,73	.230

Figura 3. Médias da dor psicológica  $\pm$  SEM



A Hipótese 6 determina que o género dos participantes influencia os níveis de consciência emocional. Como foi referido, a análise dos resultados do cálculo das correlações entre estas variáveis não confirma esta hipótese, visto que  $p > 0,05$ .

## 7. Discussão

A redação da discussão de uma dissertação é um momento singular para o investigador, na medida em que delimita os últimos passos de uma trajetória percorrida, visando alcançar o objetivo geral proposto para o trabalho que foi o de analisar as possíveis relações entre o nível de consciência emocional dos participantes (do próprio, do outro e total) e a sua dor psicológica (presença e intensidade). Nesse sentido, para que conseguíssemos analisar essas relações foram levantadas um conjunto de hipóteses e confrontadas com os resultados resultantes da análise estatística realizada.

De sublinhar que os resultados obtidos implicaram a eliminação e impossibilidade de testes estatísticos relativos a hipóteses sobre a presença/ausência de dor psicológica, (por exemplo, “existe uma relação entre o nível de consciência emocional do próprio e a presença de dor psicológica”), uma vez que apenas um dos inquiridos respondeu não ter dor psicológica. Não foi por isso possível realizar o teste de hipóteses apenas com um indivíduo.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra é constituída por participantes, com doença neuromuscular, a residir em diferentes pontos do país, sendo maioritariamente composta por homens solteiros que exercem uma profissão e são sobretudo detentores do ensino secundário e superior.

Quanto à primeira hipótese “Existe uma relação entre a consciência emocional do próprio e a intensidade de dor psicológica”, constatamos que não se verificou uma correlação positivamente significativa entre os vários níveis de consciência emocional do próprio e a intensidade de dor psicológica. Estes resultados não estão em consonância com a maioria dos estudos que referem existir uma associação positiva entre a consciência emocional a dor psicológica (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum, Terwogt, & Ly, 2008; Camodeca & Rieffe, 2013). Por sua vez, Silva e Ribeiro-Filho (2011) acrescentam que a consciência emocional pode influenciar o registro da dor.

Além disso, foi igualmente verificado que não existe uma correlação positivamente significativa entre os níveis de consciência emocional do outro e a intensidade de dor psicológica (Hipótese 2). Contrariamente aos nossos resultados Hanson e Gerber (1990) e Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum, Terwogt & Ly (2008) e Silva (2011) demonstram que diferentes níveis de consciencialização dos próprios ou dos outros podem influenciar a qualidade de vida do indivíduo.

Do mesmo modo, constatamos que não existe correlação estatisticamente significativa entre o total de consciência emocional e a intensidade de dor psicológica (Hipótese 3) o que contraria a maioria dos estudos (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum, Terwogt & Ly, 2008; Rieffe, Villanueva, Adrián, & Górriz, 2009; Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart, & Mikolajczak, 2010; Camodeca & Rieffe 2013), pois uma fraca consciência emocional está relacionada com níveis mais elevados de dor.

Já relativamente à relação entre o total de consciência emocional e o total de dor psicológica (Hipótese 4), uma vez mais, não se confirma a hipótese enunciada o que não é congruente com a maioria dos estudos realizados, isto porque alcançar um nível de consciência mais elevado permite arranjar estratégias de confronto, que levam o sujeito a perceber a autoeficácia dos tratamentos e intervenções para o controlo da dor, ou seja, percebe o impacto que a dor exerce no seu dia-a-dia e no dos outros (Gomes, 2008). Também Flamenbaum (2009), num estudo realizado com estudantes da área da saúde, concluiu que a dor psicológica que os estudantes sentiam era influenciada pela consciência emocional dos doentes. Outros estudos demonstram, ainda, que o total da dor psicológica é reduzido se se desenvolver uma consciência emocional forte. Por exemplo, Salovey, Stroud, Woolery e Epel (2002) defendem que a sintomatologia depressiva e somática é mais reduzida, existindo maior empatia, otimismo e qualidade nas relações interpessoais. Outros estudos revelam que os indivíduos desenvolvem menos transtornos de personalidade, com uma consciência emocional forte (Leible & Snell, 2004).

Relativamente à Hipótese 5 (“Existe uma relação entre o nível de consciência pessoal e o nível de consciência do outro”), constatamos que se verifica um efeito estatisticamente significativo, positivo e moderado, confirmando-se a hipótese apresentada. Como a correlação é positiva, isto significa que à medida que aumenta o nível de consciência emocional do próprio, aumenta também o nível de consciência emocional do outro. A confirmação desta hipótese está de acordo com os estudos relativos à própria escala LEAS (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990; Lane *et al.*, 1996; Lane *et al.*, 1998; Subic-Wrana, Bruder, Thomas, Lane & Khole, 2005; Subic-Wrana, Beutel, Knebel & Lane, 2010). A consciência emocional está ligada à complexidade da experiência emocional do próprio, capacidade de reconhecer emoções e de refletir sobre a sua própria experiência, mas também de empatia e mesmo de comportamentos sociais adaptativos e emocionais (Lane & Pollerman). Tal não significa que se esqueça como refere Gomes (2008) que cada indivíduo tem uma forma de perceber a dor, ou seja, a dor que um indivíduo sente não é percebida da mesma forma pelo outro.

Conjugando a variável género dos participantes com o nível da percepção de dor psicológica (Hipótese 6) verificamos que os homens percecionam mais intensidade de dor psicológica e obtêm valores mais elevados no total da dor psicológica do que as mulheres, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Porém, a análise do cálculo das correlações entre estas variáveis não confirma a Hipótese 6, uma vez que os valores apresentados não são estatisticamente significativos. Estes resultados não corroboram a esmagadora maioria dos estudos de diferentes autores, nomeadamente, Abad, Forns, Amador e Martorell (2000), Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart e Mikolajczak, 2010) e, ainda, Lozano e García- Cueto (2000). Segundo estes estudos a dor é influenciada pelo género, sendo que normalmente são as raparigas que apresentam maiores níveis de dor psicológica comparativamente com o sexo oposto.

## 8. Conclusão, limites do estudo e sugestões para investigações futuras

É o momento de considerar algumas das limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, importa observar que a reduzida dimensão da amostra coloca entraves ao nível da representatividade desta população, o mesmo é dizer, da generalização destes resultados que devem, desde já, limitar-se à população estudada.

Outro aspeto que deve ser sublinhado, como limitação relativa à amostra recolhida, é a diferença do número de participantes, de cada género. Neste sentido, a amostra recolhida integra uma prevalência de indivíduos de género masculino (11) sobre o género feminino (5), o que pode ter condicionado substancialmente os resultados. Com uma amostra de maior dimensão e com uma constituição de género mais paritária, poderiam eventualmente ter sido confirmadas hipóteses convergentes com os estudos indicados na revisão da literatura que sugerem que a uma maior consciência emocional corresponde uma maior regulação da dor psicológica.

Em segundo lugar, o fato de ser um estudo com um único momento de avaliação não dá oportunidade para analisar se existem alterações, ao longo do tempo, das relações entre os níveis de consciência emocional e de dor psicológica. No presente estudo, teve-se apenas em conta a visão/perceção do indivíduo naquele momento de preenchimento dos questionários. Como se sabe, as perceções podem ser influenciadas por estados emocionais condicionando as respostas.

Apesar das limitações apresentadas e as complexidades do presente estudo, principalmente, no que se refere às dificuldades relativas ao procedimento na recolha dos dados que resultou, como foi referido, numa amostra pequena, esta investigação decorreu dentro do possível. No entanto, os objetivos propostos não foram alcançados no sentido que não se verificou existir relação significativa entre a consciência emocional e a dor psicológica em sujeitos com doença neuromuscular.

Assim, em estudos futuros deve-se perceber que outros fatores podem influenciar alterações ao nível da consciência emocional e dor psicológica bem como realizar estudos longitudinais, uma vez que este se cingiu a um único momento (o da aplicação dos questionários e escalas).

Estes estudos são de grande importância, considerando-se uma mais-valia no estudo de aspetos psicológicos, visto estes estarem em constante mudança ao longo de toda a vida

do indivíduo. É através destes estudos longitudinais que é possível, não só recolher mais dados, como fazer comparações com os dados que se tenham recolhido anteriormente.

Partindo dos dados que foram adquiridos nesta investigação, poder-se-á então proceder a novas investigações, utilizando outras metodologias, nomeadamente uma investigação com um desenho empírico misto em que cruzem os dados quantitativos já obtidos com novos dados qualitativos.



## Referências Bibliográficas

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A. & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Aguiar, S. (2008). *Reconhecimento emocional de faces em pessoas com esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, M., Molina, R., Vieira, T., Higarashi, I., & Marcon, S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: Realizando cuidados complexos. *Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem*, 10 (1), 36-46.
- Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal de pacientes com dor crônica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 101-112.
- Arándiga A. & Tortosa, C. (2000). *Inteligencia Emocional: Aplicaciones Educativas*. Madrid: EOS.
- Arriaga, P. & Almeida, G. (2010). Fábrica de emoções: A eficácia da exposição a excertos de filmes na indução de emoções. *Laboratório de Psicologia*, 8 (1), 63-80.
- Bargh, J., & Williams, L. (2007). On the Nonconscious of Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
- Barra, T., Baraldi, K. (2013) Uso das escalas funcionais para avaliação clínica da distrofia muscular de Duchenne. *Revista Neurociências*, São Paulo, 3, 420-426.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H. (2000) Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions, *Brain*, 123, (1), 2189–2202.
- Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista da Associação Académica da Universidade da Madeira*, 65, 42-44.
- Bermond, B., Vorst, H., & Moorman, P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11 (3), 332–360.

- Bhatia, V., & Tandon, R. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20, 332-339.
- Black, J., & Matassari-Jacobs, E. (1996). *Enfermagem médico-cirúrgica – Uma abordagem psicológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bradley, M., & Lang, P. (2000). Measuring emotion: Behavior, feeling, and physiology. In R. D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Series in affective science. Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 242-276). New York: Oxford University Press.
- Branco, A. (2004). *Competência emocional*. Coimbra: Quarteto
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a Dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina-Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Camodeca, M., & Rieffe, C. (2013). Validation of the Italian Emotion Awareness Questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 10 (3), 402-409.
- Campo, J., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., et al. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety and depression in primary care. *Pediatrics*, 113, 817-824.
- Campos, R. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 601-620.
- Campos, R., & Holden, R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 994-1003.
- Campos, R., Holden, R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A., Costa, F., Abreu M., & Fresca, N. (2016). Self-Report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death Studies*, 40, 335-349.
- Carter, G., Jensen, M., Galer, B., Kraft, G., Crabtree, L. & Bird, T. (1998). Neuropathic pain in Charcot Marie-Tooth disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1560-1564.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., & Edel, Y. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 599–610.

- Castro, E., & Piccinini, C. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 625-635.
- Chaves, C. (2010). *Promoção de Comportamentos Saudáveis e Prevenção da Sida no Ensino Superior*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Ciarrochi, J., Caputi, P., & Mayer, J. (2003). The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 34, 1477– 1490.
- Ciarrochi, J., Hynes, K., & Crittenden, N. (2005). Can men do better if they try harder? Sex and motivational effects on emotional awareness. *Cognition and Emotion*, 19, 133– 141.
- Coniam, S., & Diamond, A. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência - Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Darabas, K., Comim, C., & Tuon, L. (2009). Análise da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes portadores de doenças neuromusculares. *Fisioterapia Brasil*, 10, 241-247.
- Davidson, R., Scherer, K., & Goldsmith, H. (eds.) (2003) *Handbook of Affective Sciences*. USA: Oxford University Press.
- DeLisle, M., Holden, R. (2009) Differentiating Between Depression, Hopelessness, and Psychache in University Undergraduates, *Journal Measurement and Evaluation in Counseling and Development* , 42, 46-63.
- Donges, U., Kersting, A., Dannlowski, U., LaleeMentzel, J., Aroltz, V., & Suslow, T. (2005). Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 331– 337.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.
- Falvo, D. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Canada: Jones & Barlett Learning.
- Feldman-Barrett, L., Lane, R., Sechrest, L., & Schwartz, G. (2000). Sex differences in emotional awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1027 –1035.

- Fonseca, J., Machado, M., & Ferraz, C. (2007). Distrofia muscular de Duchenne: Complicações respiratórias e seu tratamento. *Revista de Ciências Médicas*, 16 (2), 109-120.
- Flamenbaum, R. (2009). *Testing Shneidman's theory of suicide: Pshychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. Ontario: Queen's University Kingston.
- Gall, V., Arnett, F., & Slonaker, D. (2000). Ankylosing Spondylitis. In Mervin J, Ferrell K, (Eds.) *Rheumatologic rehabilitation series: Adult rheumatic diseases*, 2 (p. 279-97). Bethesda: AOTA.
- Gomes, A. (2008). *Abordagem psicológica no controlo da dor*. Lisboa: Permanyer.
- Góngora, J. (1998). El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. In J. A. Ríos (Org.), *La familia: Realidad y mito*. (pp. 176-201). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348– 362.
- Greenberg, L. & Bolger, E. (2001). An emotion- focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 197-211.
- Hanson, R., & Gerber, K. (1990). *Coping with chronic pain: A guide to patient self-management*. Londres: The Guilford Press.
- Holden R., Mehta, K., Cunningham, E. & McLeod, L. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33: 224–232.
- Jensen, M., Karoly, P. & Harris, P. (1991). Assessing the affective component of chronic pain: development of the Pain Discomfort Scale. *Journal of Psychosomatic Response*, 35 (2-3), 149-154.
- Jensen, M., Turner, J., & Romano, J. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 655-662

- Jensen, M., Abresch, R., Carter, G., & McDonald, C. (2005). Chronic pain in persons with neuromuscular disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1155-1163.
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskien, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 373– 376.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lahaye, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Bodart, E. & Mikolajczak, M. (2010). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children in a French-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, 92, 317-326
- Lane, R. & Pollermann, B. (2002) Complexity of emotion representations. In L. Barrett & P. Salovey (Ed.) *The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence*. New York: Guilford Press.
- Lane, R., Quinlan, D., Schwartz, G., Walker, P. & Zeitlin, S. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive – developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124– 134.
- Lane, R. & Schwartz, G. (1990). The neuropsychophysiology of emotion. *Functional neurology*, 5. 263-6.
- Lane, R., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., Schwartz, G. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58:203–210.
- Lane, R., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377– 385.
- Leible, T., & Snell, W. (2004). Borderline Personality Disorder and Multiple Aspects of Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Loeser, J. (2000) Pain and suffering. *The Clinical Journal of Pain*, 16, 2-6.
- Lozano, L. & García-Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.

- Magalhães, A. (2007). *A psicologia das emoções: O fascínio do rosto humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Magalhães, A. (2013). *O código de Ekman. O cérebro, a face e a emoção*. Porto: Feelab Science Books.
- Melzack, R, Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 150, 971–979.
- Mee, S., Bunney B., Reist, C., Potkin, S., Bunney, W. (2006) Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40(8):680-90.
- Mills, J., Green, K., & Reddon, J. (2005). An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 570-580.
- McRae K., Ochsner, K., Mauss, I., Gabrieli, J., Gross, J (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes and Intergroup Relations*, 11,143–62.
- McCracken, L., Zayfert, C., & Gross, R. (1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50 (1), 67-73.
- McCracken, L., MacKichan, F. & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11, 314-322.
- Meyer, T., & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14 (2), 99-100.
- Meerwijk, E. & Weiss, S. (2011) Toward a Unifying Definition of Psychological Pain, *Journal of Loss and Trauma*, 16 (5), 402-412.
- Mills, J., Green, K. & Reddon, J. (2005) An Evaluation of the Psychache Scale on an Offender Population, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570-580.
- Mohallem, A. & Rodrigues, A. (2007). *Enfermagem oncológica*. Editora Manole.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R., Maeda, M., Mori, T. & Nemoto, K. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An FMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage*, 32, 1472–1482.
- Moulin, D., Hagen, N., Feasby, T., Amireh, R. & Hahn, A. (1997). Pain in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*, 48, 328-331.

- Nandrino, J-L., Baracca, M., Antoine, P., Paget, V., Bydlowski, S. & Carton, S. (2013). Level of emotional awareness in the general French population: Effects of gender, age, and education level. *International Journal of Psychology*, 48 (6), 1072–1079.
- Novick-Kline, P., Turk, C., Mennin, D., Hoyt, E. & Gallagher, C. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 547– 557.
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paivio, S. & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 213–226.
- Patterson, A. & Holden, R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman’s model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 147-156.
- Pereira E., Kroner D., Holden R., Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49, 912–917.
- Pereira, A., Canavarro, M., Cardoso, M., & Mendonça, D. (2002). Cenários familiares da gravidez na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 17-18, 135-144.
- Queiroz, M. (1998). *Reumatologia clínica*. Lisboa: Lidel.
- Reed, U. (2002). Doenças neuromusculares. *Jornal de Pediatria*, 78, S89-S103.
- Rieffe, C., Meerum- Terwogt, M. & Jellesma, F. (2008). Emotional competence and health in children. In A. Vingerhoets, I. Nyclichek, & J. Denollet (Eds.), *Emotional regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 184-201). New York: Springer.
- Rieffe, C. Meerum- Terwogt, M., Petrides, K., Cowan, C, Miers, A., & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95-105.
- Rieffe, C, Oosterveld, P, Miers, A., Meerum-Terwogt, M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents; the Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45, 756-761.

- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. & Górriz, A. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21 (3), 459-464.
- Rothbart, M. & Ahadi, S. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 55-66.
- Rommel, D., Nandrino, J.-L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., & Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59, 21 – 26.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health*, 17 (5), 611-627.
- Sifneos, P. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, J., & Ribeiro-Filho, N. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*. 12 (2), 138-151.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- Solari, A., Acquarone, N., Pucci, E., Martinelli, V., Marrosu, M., ...& Messmer- Uccelli M.(2007). Communicating the diagnosis of multiple sclerosis - A qualitative study. *Multiple Sclerosis*, 13, 763 – 769.
- Strong, J, Ashton, R, & Chant, D. (1991). Pain intensity measurement in chronic low back pain. *Clinical Journal Pain*, 7(3), 209-18.
- Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane, R., Köhle, K. (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of alexithymia, *Psychosomatic Medicin*, 67(3): 483-9.
- Subic-Wrana C., Beutel, M., Knebel, A., Lane, R. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders, *Psychosomatic Medicin*, 72 (4):404-11.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). Disorders of affect regulation, alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.



- Torrado, M., Ouakinin, S. & Bacelar-Nicolau, L. (2013) Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents, 11,703–718.
- Torrado, M., Ouakinin, S., & Lane, R. (2013). Measuring emotional awareness from a cognitive-developmental perspective: Portuguese adaptation studies of the levels of emotional awareness scale. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (2):145-153.
- Torrado, M., Ouakinin, S., Silva, H. & Fred, A. (2013). Emotional recognition deficits and physiological responses in opiate dependents, *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013; 82.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 25-52.
- Tossani, E. (2013). The Concept of Mental Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 67–73.
- Tossani, E. (2014). Definition versus measurement of mental pain: a reply to Meerwijk and Weiss. *Psychother Psychosom*, 83, 64-64.
- Troister, T., & Holden, R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1019–1027.
- Vasconcelos, M. (2006). Tratamento da dor – Incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Verrocchio. M., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. & Bech, P. (2016) Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature, *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-14.
- Vieira, M., & Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: Convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (4), 552-560.
- Wallander, J., & Varni, J. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 39 (1), 29-46.
- Waller, E. & Scheidt, C. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Revue Psychiatry*. 18 (1):13-24.

## **ANEXOS**

## ANEXO I- Consentimento Informado



### Pedido de consentimento informado

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade na investigação da autoria de Maria Inácia Oliveira Campaniço (Aluna do Mestrado em Psicologia Clínica da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora), sob supervisão científica da Professora Doutora Isabel Mesquita (Docente no Departamento de Psicologia da Universidade de Évora), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e cujo tema é: *“Relação entre Consciência Emocional e dor Psicológica na doença neuromuscular”*.

Para além, das escalas utilizadas e de um questionário sociodemográfico que irá ser utilizado para recolha de dados pessoais, declaro que entendi e aceito responder ao que me é proposto. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me transmitido que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com esta investigação, a menos que eu conceda a sua autorização por escrito.

Évora, 20 Outubro de 2017

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

## ANEXO II- Questionário Sociodemográfico



### Questionário de Dados Sociodemográficos

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_

Profissão/Situação Laboral: \_\_\_\_\_

Onde reside? \_\_\_\_\_

É portador ou doente neuromuscular? \_\_\_\_\_

Qual o tipo? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi  
diagnosticado? \_\_\_\_\_

Tem tido apoio adequado as suas  
necessidades? \_\_\_\_\_

Quais? (Psicológico, Enfermagem, Fisioterapia, outros) \_\_\_\_\_

Considera importante existirem estudos sobre esta problemática? \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração

## ANEXO III- Escala de níveis de consciência emocional, versão reduzida (LEAS)

### ESCALA DE NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA EMOCIONAL VERSÃO REDUZIDA (10 ITENS)

(Torrado, Ouakinin & Lane, 2012)

#### INSTRUÇÕES

Pedimos-lhe que descreva o que sentiria nas situações que lhe apresentamos de seguida. Deverá usar o verbo **sentir** nas suas respostas. Poderá tornar as suas respostas tão breves ou tão longas quanto necessitar, de forma a expressar o modo como se sentiria nessas situações. Em cada situação é também mencionada outra pessoa. Por favor indique também a forma como pensa que essa outra pessoa se sentiria.

1. Um vizinho pede-lhe para reparar uma peça de mobília. Enquanto o vizinho o observa, você começa a martelar um prego mas falha-o e atinge o seu dedo. Como é que você se sentiria? Como se sentiria o vizinho?

3. O(a) seu(sua) companheiro(a) dá-lhe uma massagem nas costas após você ter regressado de um dia difícil de trabalho. Como é que você se sentiria? Como é que o(a) seu(sua) companheiro(a) se sentiria?

6. À medida que está a conduzir e a atravessar uma ponte vê uma pessoa parada, do outro lado do gradeamento, a olhar para a água. Como é que você se sentiria? Como se sentiria essa pessoa?

8. O seu patrão diz-lhe que o seu trabalho tem sido inaceitável e que precisa de ser melhorado. Como é que você se sentiria? Como é que o seu patrão se sentiria?

9. Você está na fila de espera do banco. A pessoa à sua frente avança para o balcão e inicia uma transação muito complicada. Como é que você se sentiria? Como se sentiria essa pessoa?

11. Você tem vindo a trabalhar intensamente num projeto há vários meses. Vários dias após o ter entregue, o seu patrão interpela-o para lhe dizer que o trabalho estava excelente. Como é que você se sentiria? Como é que o seu patrão se sentiria?

14. O seu dentista disse-lhe que você tem várias cáries e marca-lhe uma nova consulta. Como é que você se sentiria? Como é que o seu dentista se sentiria?

16. O seu médico disse-lhe para evitar gorduras. Um(a) novo(a) colega de trabalho contacta-o para lhe dizer que vai sair para comer uma pizza e convida-o para ir com ele(a). Como é que você se sentiria? Como é que esse(a) seu(sua) colega se sentiria?

17. Você e um(a) amigo(a) seu(sua) combinam investir financeiramente em conjunto num novo negócio empresarial. Vários dias depois você devolve-lhe uma chamada e percebe que ele(a) mudou de ideias. Como é que você se sentiria? Como é que o(a) seu(sua) amigo(a) se sentiria?

19. Você apaixona-se por uma pessoa que é simultaneamente atraente e inteligente. Apesar dessa pessoa não estar bem financeiramente, esse aspeto não é importante para si – o seu ordenado é suficiente. Quando você começa a falar de casamento, percebe que ele(a) vem de uma família extremamente rica. Ele(a) não queria que se soubesse, tinha receio que só se interessassem pelo seu dinheiro. Como é que você se sentiria? Como é que ele(a) se sentiria?

## ANEXO IV- Escala de Dor Psicológica - Psychache Scale

### Psychache Scale

(Holden e colaboradores, 2000)

(versão portuguesa, Campos, 2013)

**INSTRUÇÕES:** As frases seguintes referem-se à sua dor psicológica NÃO à sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências

**1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre**

1. Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2. Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3. A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4. A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5. A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6. Não consigo compreender porque sofro	1	2	3	4	5
7. Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8. Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9. A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

**1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = Indeciso(a); 4 = concordo; 5 = concordo fortemente**

10. Não consigo aguentar mais a minha dor.	1	2	3	4	5
11. Por causa da minha dor, a minha situação é impossível.	1	2	3	4	5
12. A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13. A minha dor psicológica afecta tudo o que faço	1	2	3	4	5