

LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA DOR

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL, LEGAL E DEONTOLÓGICO.....	3
2.1. Dores Crónicas e Seus Impactos: Um Desafio de Saúde Pública.....	3
2.2. O Papel Central da Psicologia da Dor.....	5
3. ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	7
3.1. Conhecimento Especializado e Formação Contínua sobre Dor.....	8
3.2. Avaliação Psicossocial dos Determinantes e Impactos das Dores Crónicas.....	10
3.3. Intervenções Psicossociais para Prevenção e Reabilitação das Dores Crónicas.....	17
3.4. Especificidades Clínicas, Éticas e Sociais na Prática em Psicologia da Dor.....	24
4. NOTAS FINAIS.....	28
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

Grupo de Trabalho (por ordem alfabética):

Bernardes, Sónia (OPP nº 2806)

Ramalho, Maria José (OPP nº 85)

Resina, Ana Carina (OPP nº 109)

Sampaio, Rute (OPP nº 1358)

LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA DOR

1. INTRODUÇÃO

No sentido de complementar o quadro normativo que regula a profissão, nomeadamente através da Lei 57/2008, de 4 de setembro (com a redação dada pela Lei nº 138/2015, de 7 de setembro) e do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Regulamento nº 898/2024, de 14 de agosto), a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) considera imperativo aprofundar a análise das especificidades da atuação dos/as profissionais da Psicologia junto de pessoas com dores agudas e crónicas, com o objetivo de promover a adoção de práticas baseadas em evidência que contribuam para a prevenção da persistência e cronificação da dor e a redução da incapacidade e melhoria da qualidade de vida daqueles que vivem com dores crónicas.

É neste contexto que surgem as Linhas de Orientação para a Prática Profissional (LOPP) em Psicologia da Dor, tendo por base a dimensão aspiracional do Código Deontológico, bem como os preceitos da nossa Lei fundadora, servindo não como um documento regulador, mas sim como uma linha de orientação geral das/os Psicólogas/os nesta área de atuação. Estas LOPP inscrevem-se, em geral, nas prioridades estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (Direção-Geral da Saúde, 2021) e, em particular, nas do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (Direção-Geral da Saúde, 2017a) e do Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2017b), que reconhecem as dores crónicas e os seus impactos funcionais, psicológicos e sociais, como um problema prioritário de saúde pública, que exige abordagens multiprofissionais, baseadas na evidência. Com este enquadramento, estas LOPP pretendem, assim, proporcionar um quadro de referência abrangente e recomendações gerais sobre boas práticas de prevenção, avaliação e intervenção psicossocial junto de pessoas com dor, seus familiares e respetivos contextos sociais.

Espera-se que este documento possa constituir um recurso informativo e de apoio à prática em Psicologia da Dor, parcialmente colmatando a escassez de informação sobre esta temática na formação graduada e pós-graduada de muitos das/dos Psicólogas/os, funcionando como um facilitador do seu desenvolvimento profissional contínuo. Pretende-se, ainda, que este documento promova a adoção generalizada e consistente de práticas profissionais e de supervisão rigorosas e de qualidade em contextos de prática clínica privada, comunitários e de cuidados primários, continuados, de reabilitação e paliativos. No domínio das políticas públicas, estas LOPP visam também promover o maior reconhecimento institucional e social do papel vital da Psicologia da Dor, facilitando o diálogo com as pessoas com dor, outros/as profissionais de saúde, decisores/as políticos e entidades reguladoras, promovendo a inclusão das/os

psicólogas/os em equipas interdisciplinares e a sua participação ativa na definição de políticas e serviços de saúde orientados para a gestão integrada da dor.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL, LEGAL E DEONTOLÓGICO.

2.1. Dores Crónicas e Seus Impactos: Um Desafio de Saúde Pública

A dor é uma experiência (quase) universal e inerentemente pessoal e subjetiva. É um dos motivos mais frequentes para a procura de cuidados de saúde (Finley et al., 2018). Nalguns sistemas de saúde, incluindo o português, a dor é considerada o quinto sinal vital, ou seja, deverá ser parte integrante da monitorização regular do estado de saúde dos indivíduos, a par dos sinais vitais tradicionais como a temperatura corporal, frequência respiratória e cardíaca e pressão arterial (Direção-Geral da Saúde, 2023; Scher, Meador, Van Cleave, & Reid, 2018).

A compreensão contemporânea da dor assenta numa visão multidimensional, que reconhece os seus componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais. A primeira definição formal da dor pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1979) descrevia-a como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*”. Em resposta a críticas e debates acumulados ao longo de décadas, a IASP publicou, em 2020, a sua primeira revisão oficial da definição, atualizando-a para “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada, danos reais ou potenciais nos tecidos*” (Raja et al., 2020).

As experiências de dor fazem parte de um complexo **sistema de alarme** face ao perigo que, de um ponto de vista evolutivo, tem como função a proteção da nossa integridade (Moseley & Butler, 2015). O equilíbrio deste sistema de alarme é fundamental para a nossa sobrevivência. Este sistema, ao produzir **dor aguda**, i.e., dor associada a lesões ou danos nos tecidos e que desaparece com a regeneração dos mesmos (Raja et al., 2020), aciona diversos sistemas de proteção que visam o afastamento de estímulos nocivos e a promoção da recuperação (Moseley & Butler, 2015). Os grandes desafios surgem quando este sistema de alarme descalibra e se torna hipersensível (Moseley & Butler, 2015), produzindo dor que perdura de forma constante ou intermitente para além do período convencional de regeneração tecidual (3 meses), i.e., **dor crónica** (Raja et al., 2020).

A inclusão formal das dores crónicas na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada recentemente pela Organização Mundial da Saúde (Treede et al., 2019), resultou de um processo colaborativo com a IASP e constituiu um marco histórico no **reconhecimento da dor crónica como condição de saúde por si mesma, e não apenas como um mero sintoma de lesão ou doença**. A CID-11 distingue dois grandes tipos de dores crónicas: as **dores crónicas primárias** e as **dores crónicas secundárias** (Treede et al., 2019). As **dores crónicas primárias** são

persistentes, incapacitantes e não podem ser plenamente explicadas por outras condições crônicas, sendo elas mesmas a doença central. As **dores crônicas secundárias** são aquelas que decorrem de outras condições médicas identificáveis, tendo sido inicialmente sintomas dessas mesmas doenças. As dores crônicas secundárias podem ser oncológicas, pós-cirúrgicas ou pós-traumáticas, musculoesqueléticas, neuropáticas, viscerais, de cabeça ou orofaciais. A Tabela 1 apresenta as sete categorias etiológicas principais (e nem sempre mutuamente exclusivas) de dores crônicas e o seu respetivo código na CID-11.

Tabela 1 – Principais categorias de dores crônicas e sua breve descrição (CID-11).

Código CID-11	Categoria de Dor Crónica	Descrição
MG30.0	Dor crónica primária	Dor numa ou mais regiões anatómicas que persiste ou recorre por mais de 3 meses, associada a níveis significativos de <i>distress</i> ou incapacidade funcional e que não pode ser explicada por outras doenças crônicas (ex., fibromialgia, lombalgias crônicas inespecíficas, síndrome do cólon irritável).
MG30.1	Dor crónica oncológica	Dores persistentes ou recorrentes causadas pela doença oncológica (tumor ou metástases) e/ou o seu tratamento (ex., quimioterapia ou radioterapia).
MG30.2	Dor crónica pós-cirúrgica ou pós-traumática	Dores que persistem ou recorrem após lesão de cirurgia ou trauma, para além do tempo esperado de recuperação.
MG30.3	Dor crónica musculoesquelética secundária	Dores persistentes ou recorrentes associadas a doenças que afetam os ossos, articulações, músculos ou tecidos moles. Estas dores podem estar associadas à persistência de processos inflamatórios ou infecciosos (ex., artrite reumatoide), a alterações estruturais no sistema musculoesquelético (ex., osteoartrose), ou a doenças do sistema nervoso motor (ex., doença de Parkinson).
MG30.4	Dor crónica visceral secundária	Dores persistentes ou recorrentes que têm origem nos órgãos internos das regiões da cabeça e pescoço e nas cavidades torácica, abdominal e pélvica.
MG30.5	Dor crónica neuropática	Dor devida a lesão ou disfunção do sistema somatossensorial periférico ou central (ex., decorrente de acidentes vasculares cerebrais, neuropatia diabética).

MG30.6	Dor crónica de cabeça ou orofacial secundária	Dores de cabeça ou orofaciais que ocorrem mais de 2 horas por dia em pelos menos 50% dos dias nos últimos 3 meses e que incluem as cefaleias primárias e secundárias, dores crónicas dentárias e temporomandibulares.
--------	---	---

Tendo em conta a grande diversidade de dores crónicas, não é surpreendente que estas representem um grave problema de saúde pública. As dores crónica são das principais causas de incapacidade, redução de qualidade de vida e carga global de doença a nível mundial (Cohen, Vase, & Hooten, 2021; Vos et al., 2020). **Um em cada cinco europeus (19%) sofre de dor moderada a intensa**, com duração superior a 6 meses, com impacto negativo significativo no humor, capacidade de dormir, trabalhar, realizar atividades diárias e em relacionamentos pessoais satisfatórios (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Reid et al., 2011).

Um aspeto particularmente preocupante é a elevada **comorbilidade entre dores crónicas e problemas de Saúde Psicológica** (ex., depressão, ansiedade), que se influenciam mutuamente e contribuem para o agravamento cíclico do sofrimento e da incapacidade (Bondesson et al., 2018; de Heer et al., 2018). Por estes motivos, a dor crónica representa um fardo social e económico alarmante, já que os seus **custos diretos e indiretos com saúde variam entre 2% e 10% do Produto Interno Bruto (PIB)** dos países europeus (Breivik, Eisenberg, & O'Brien, 2013).

Em Portugal, a prevalência de dor crónica é elevada, atingindo 36,7% da população adulta (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonca, Dias, & Castro-Lopes, 2012). A dor apresenta-se sobretudo em intensidade moderada a severa (68%) e traduz-se em incapacidade significativa para cerca de um terço das pessoas. Os **grupos mais vulneráveis** incluem mulheres, pessoas mais velhas, desempregadas, reformadas e pessoas com menor nível de escolaridade. Os impactos são extensos, incluindo maior absentismo e presenteísmo laboral, reformas antecipadas e custos acrescidos para o sistema de saúde. Por exemplo, **a dor crónica custou 2,71% do PIB em 2010** (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonca, Dias, & Castro-Lopes, 2016).

Um estudo mais recente conduzido em 58 unidades de cuidados primários do continente português observou que um terço dos/as pacientes sofria de dor crónica, e destes, aproximadamente **um terço sentia que o seu tratamento da dor era insuficiente** (Antunes, Pereira, Afonso, & Tinoco, 2021). Estes dados confirmam que a dor crónica é um problema de saúde pública de grande magnitude em Portugal, com sérias consequências individuais, familiares e socioeconómicas. As/os psicólogas/os desempenham um papel vital na prevenção e tratamento das dores crónicas e dos seus impactos psicossociais.

2.2. O Papel Central da Psicologia da Dor

A compreensão da dor evoluiu de uma visão linear e mecanicista para um entendimento mais complexo e multidimensional. Três marcos teóricos mais recentes foram decisivos nesta transformação. A **Teoria do Controle do Portão** (Melzack & Wall, 1965) demonstrou que a percepção da dor é modulada por fatores neurofisiológicos e psicológicos, introduzindo o papel das emoções, atenção e experiência prévia na forma como sentimos dor. Nos anos 90, a **Teoria da Neuromatriz** (Melzack, 1990) destacou que a dor é o resultado de uma rede neuronal dinâmica – a neuromatriz – distribuída por várias áreas do sistema nervoso central e moldada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta teoria forneceu uma explicação para fenômenos como a dor persistente não associada a lesão tecidual, como por exemplo, a dor fantasma.

Mais recentemente, o **Modelo Biopsicossocial da Dor** (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007) consolidou a ideia de que a dor resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, abrindo caminho a intervenções multidisciplinares e centradas na pessoa. Estes modelos, amplamente suportados por evidências científicas, convergem numa mensagem clara: a dor não é apenas um fenômeno biológico, mas também psicológico e social, o que reforça a importância do papel da Psicologia para a sua compreensão, prevenção e tratamento (Gatchel et al., 2007; Nicholas, Linton, Watson, & Main, 2011).

A investigação mais recente confirma esta centralidade dos fatores psicológicos e psicossociais na etiologia das dores crônicas. Processos como a catastrofização da dor, o medo e evitamento de atividades e a hipervigilância são preditores robustos de maior incapacidade e persistência da dor pós-cirúrgica ou musculoesquelética (Theunissen, Peters, Bruce, Gramke, & Marcus, 2012; Turk & Okifuji, 2002). Também a perturbação do sono tem uma relação bidirecional com a dor: noites de sono deficiente amplificam a intensidade dolorosa no dia seguinte e, por sua vez, a dor interfere com a qualidade do sono, criando um ciclo de manutenção da dor crônica (Finan, Goodin, & Smith, 2013; Haack, Simpson, Sethna, Kaur, & Mullington, 2020).

Outro domínio de crescente evidência é o dos **efeitos nocebo** - a manifestação fisiológica ou subjetiva desfavorável induzida por expectativas negativas - frequentemente associada a aumento da dor e pior resposta aos tratamentos (Thomaidou et al., 2023). A forma como o profissional de saúde comunica, bem como as crenças da pessoa com dor, condicionam diretamente a resposta clínica (Colloca & Barsky, 2020). Do mesmo modo, fatores de vida precoce como experiências adversas na infância estão associados, de forma consistente, a maior vulnerabilidade à dor crônica na idade adulta (Bussières et al., 2023). Finalmente, isolamento e solidão aumentam o risco de cronificação e intensidade da dor, enquanto uma boa percepção de suporte social favorece o ajustamento à dor e melhor qualidade de vida (Loeffler & Steptoe, 2021; Rinaudo, Van de Velde, Steyaert, & Mouraux, 2025).

Neste seguimento, o trabalho das/os psicólogas/os na dor não se limita à compreensão destes processos, traduz-se antes em contributos específicos e indispensáveis na prática clínica. Na **avaliação psicossocial**, a/o psicóloga/o identifica fatores de risco e proteção psicossociais que

influenciam a persistência da dor, a incapacidade a ela associada, bem como a resposta ao tratamento, com metodologias e instrumentos específicos utilizados em contextos clínicos e de investigação. Na intervenção, a evidência demonstra a eficácia das **abordagens multimodais na gestão da dor**, que idealmente incluem intervenções psicológicas baseadas em evidência, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), bem como programas de promoção da literacia e autogestão da dor (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016; Williams, Fisher, Hearn, & Eccleston, 2020). O **envolvimento de familiares e cuidadores/as**, por sua vez, potencia os ganhos clínicos e sociais (Rinaudo et al., 2025). Assim, a/o psicóloga/o é um elemento central na prevenção e gestão eficaz das dores crónicas, não apenas porque ajuda a minimizar os seus impactos ou intervém em comorbilidades associadas a problemas de Saúde Psicológica, mas porque atua diretamente sobre as causas da transição da dor aguda para crónica e a manutenção da dor e incapacidade.

Consequentemente, reforçar a presença estruturada de psicólogas/os em **equipas multidisciplinares**, promover a sua formação contínua e assegurar recursos adequados são passos essenciais para uma resposta integrada, humanizada e eficaz às pessoas que vivem com dores. A centralidade da Psicologia da Dor tem vindo a ser reconhecida em várias instituições internacionais de referência. Nos Estados Unidos da América, a importância da Psicologia foi reconhecida pelo *Institute of Medicine* (2011) e formalizada na *National Pain Strategy* de 2016, que preconiza a integração de psicólogas/os em equipas de dor como requisito ético e clínico (Gatchel, McGeary, McGeary, & Lippe, 2014). Na Europa, a *European Pain Federation* (EFIC, 2019) tem emitido diretrizes que sublinham o papel indispensável da psicologia na prevenção e tratamento das dores crónicas.

Em Portugal, o papel central da Psicologia da Dor articula-se com as orientações do **Programa Nacional para a Saúde Mental** (Direção-Geral da Saúde, 2017b), que preconiza a integração da Saúde Psicológica nos vários níveis de cuidados e a disponibilização de intervenções psicológicas baseadas na evidência para pessoas com condições crónicas. Contudo, a integração de psicólogos/as nas equipas clínicas e noutros contextos relevantes ainda é insuficiente. O **Plano Nacional de Luta Contra a Dor** promovido pela Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2001) marcou um passo relevante na defesa da abordagem multidisciplinar e da integração de psicólogo/as nas equipas clínicas, mas a sua implementação permanece desigual nas unidades de saúde do território nacional. As Unidades Locais de Saúde (ULS) têm demonstrado um compromisso significativo na implementação de políticas de saúde para a dor crónica, através de iniciativas inovadoras e alinhamento com estratégias nacionais como o **Plano Nacional de Saúde 2030**, que enfatiza a importância da integração de cuidados e da gestão da doença crónica. A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS) destaca que este modelo favorece a integração de cuidados, a simplificação de processos e a otimização de recursos.

Torna-se, assim, evidente a necessidade de reforçar a presença estruturada de psicólogas/os nos diferentes contextos do Sistema Nacional de Saúde Português, promover formação contínua nesta área e garantir o financiamento adequado para intervenções baseadas na evidência. A criação de linhas de orientação para a prática profissional em Psicologia da Dor, como as que este documento propõe, é um passo fundamental para garantir práticas de avaliação e intervenção eficazes, humanizadas e integradas, centradas nas necessidades das pessoas com dor.

3. ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

No âmbito das presentes Linhas de Orientação para a Prática Profissional em Psicologia da Dor, serão salientados **21 princípios orientadores (PO)** fundamentais, organizados em quatro domínios essenciais da atuação psicológica e psicossocial nesta área. Estes domínios incluem: a) o *conhecimento especializado e a formação contínua* em Psicologia da Dor (PO 1-2), reconhecendo a necessidade de formação especializada e a atualização permanente face aos avanços científicos e às boas práticas; b) a *avaliação psicossocial dos determinantes e impactos da dor*, enfatizando abordagens compreensivas, multinível e integradas que considerem as múltiplas dimensões da experiência dolorosa (PO 3-9); c) as *intervenções psicossociais para a prevenção e reabilitação das dores crónicas*, promovendo estratégias de intervenção multinível, e baseadas em evidência, ajustadas às necessidades individuais e contextos sociais (PO 10-17); e d) as *especificidades clínicas, sociais e éticas* nos contextos da dor, tendo em conta a diversidade das pessoas com dor, a complexidade das situações clínicas e os imperativos de uma prática ética, social e culturalmente sensível (PO 18-21). Estes princípios estão alinhados com as atuais diretrizes internacionais, nomeadamente o *Core Curriculum for the Psychology of Pain da European Pain Federation* (EFIC, 2019) e/ou o *IASP Curriculum Outline on Pain for Psychologists* (IASP, 2018), assegurando a coerência com os padrões globais de formação e atuação profissional nesta área especializada.

3.1. Conhecimento Especializado e Formação Contínua sobre Dor

PO1 - As/os psicólogas/os com atuação em contextos de saúde física e/ou psicológica devem ter conhecimento básico e atualizado sobre a natureza biopsicossocial da dor, nomeadamente, sabendo explicar os mecanismos biológicos, psicológicos e sociais que a produzem.

Idealmente, todas/os as/os psicólogas/os com atuação em contextos de saúde física e/ou psicológica devem possuir conhecimento básico e atualizado sobre a **natureza biopsicossocial da dor**. Isso inclui a compreensão dos **mecanismos biológicos** que sustentam a experiência dolorosa - como a transmissão e modulação da dor no sistema nervoso, os processos neuro inflamatórios

e neuro plásticos - bem como dos fatores psicológicos — incluindo cognições, emoções e comportamentos — que podem amplificar ou atenuar a percepção da dor. Além disso, a/o psicóloga/o deve reconhecer o papel dos **fatores sociais**, como o contexto familiar, escolar, profissional, socioeconómico e cultural, nas experiências e consequências da dor crónica. Este conhecimento é fundamental para especialistas em Psicologia da Dor (EFIC, 2019; Wandner, Prasad, Ramezani, Malcore, & Kerns, 2019), mas também para aquelas/es psicólogas/os que, não sendo especialistas, podem apoiar pessoas e familiares na compreensão da complexidade da dor, do papel fundamental da psicologia na avaliação e tratamento da dor e na identificação de situações que requerem referenciação para profissionais especializados nesta área.

É de notar que este PO está alinhado com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (Direção-Geral da Saúde, 2017a), que assume como meta melhorar a formação dos profissionais de saúde na avaliação e controlo da dor, bem como com a próxima edição deste documento (Direção-Geral da Saúde, no prelo), que prevê recomendações específicas para a formação pré e pós-graduada, incluindo conteúdos de Psicologia da Dor e de comunicação clínica, em coerência com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030.

PO2 - As/os psicólogas/os com atuação em contextos de dor crónica devem basear a sua prática em evidência científica atualizada procurando formação especializada contínua.

Existe um crescente reconhecimento da importância da atuação das/os psicólogas/os em contextos de dor, refletido no recente destaque da **Psicologia da Dor como um campo de especialização emergente** (Wandner et al., 2019). Contudo, existem lacunas sérias na formação em dor a nível europeu, sendo que esta temática raramente é integrada na formação de base da maioria dos profissionais de saúde, incluindo as/os Psicólogas/os (Skidmore et al., 2025). Este défice formativo tem levado alguns autores a sugerir que a formação em dor deva ocorrer como formação especializada após a formação de base (Skidmore et al., 2025). Para que as/os psicólogas/os possam avaliar e intervir de forma competente em contextos de dor, é essencial que recebam formação especializada que siga orientações reconhecidas internacionalmente, como o *Core Curriculum for the Psychology of Pain da European Pain Federation* (EFIC, 2019) e/ou o *IASP Curriculum Outline on Pain for Psychologists* (IASP, 2018), garantindo que a prática clínica seja fundamentada em evidência científica e em padrões profissionais atualizados.

A formação especializada em dor para psicólogas/os (EFIC, 2019; IASP, 2018) deve fornecer uma **compreensão multidimensional da experiência dolorosa**, integrando modelos biopsicossociais, neurobiologia da dor e os aspectos motivacionais, cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais que influenciam a percepção e o impacto da dor. Além disso, é essencial que a formação inclua **avaliação psicológica e psicossocial rigorosa**, utilizando instrumentos validados,

entrevistas clínicas estruturadas e avaliação funcional para compreender o impacto da dor na vida da pessoa. A capacitação em intervenções psicológicas e psicossociais baseadas em evidência, permite às/aos psicólogas/os atuar de forma eficaz na redução do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida.

Igualmente importante é o desenvolvimento de competências para a **colaboração interprofissional**, envolvendo comunicação eficaz, trabalho em equipas multi ou interdisciplinares e planeamento conjunto de intervenções centradas na pessoa com dor. A formação deve também enfatizar a **atualização científica contínua, além de supervisão clínica regular**, garantindo reflexão crítica e aprimoramento constante das competências profissionais. Seguindo as diretrizes do *Curriculum in Pain Psychology* da EFIC (EFIC, 2019) e/ou o *IASP Curriculum Outline on Pain for Psychologists* (IASP, 2018), esta abordagem estruturada assegura que as/os psicólogas/os estejam preparadas/os para atuar de forma ética, eficaz e baseada em evidência na prevenção e tratamento da dor.

3.2. Avaliação Psicossocial dos Determinantes e Impactos das Dores Crônicas

PO3 – As/os psicólogas/os devem considerar que a avaliação do ajustamento à dor é multidimensional, incluindo componentes de natureza psicológica, funcional e social.

O **ajustamento à dor** pode ser entendido como o resultado de um processo contínuo através do qual a pessoa conserva o seu funcionamento, permanece envolvida nos papéis sociais e contextos valorizados e preserva o significado da sua vida, mesmo perante dor persistente (Fillingham, Loeser, Baron, & Edwards, 2016; Turk, Fillingham, Ohrbach, & Patel, 2016). A sua avaliação ganha coerência quando capta, de forma integrada, a totalidade desta experiência, numa leitura biopsicossocial que articula, sem hierarquizar, planos biológico, psicológico e social: **a dor não se esgota no dano orgânico, emerge na intersecção entre processos corporais, significados pessoais e condições relacionais**, pelo que fatores psicológicos, funcionais, sociais e culturais codeterminam a cronificação da dor e o grau de ajustamento à mesma (Engel, 1977; Gatchel et al., 2007).

Assumindo estes pressupostos, quando as/os psicólogas/os realizam **um processo de avaliação** neste âmbito, este deve incidir nas **características da dor e seus impactos na vida da pessoa**, contemplando as suas **características sensoriais** (intensidade/qualidade) e, sobretudo, **a sua interferência** (entendida como o grau em que a dor perturba a atividade geral, o sono, a capacidade de concentração, a produtividade, o humor, as relações interpessoais e o prazer de viver, entre outros), **por melhor traduzir incapacidade do que a intensidade de per se** (Dworkin et al., 2005; National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Turk et al., 2016). Acresce o **distress**, definido como o estado emocional negativo global (ansiedade, depressão,

tensão/irritabilidade) que potencia a intensidade e a interferência da dor e se relaciona com piores desfechos funcionais.

Além disso, importa integrar a **avaliação do funcionamento físico e da participação social**, distinguindo atividade (execução de tarefas de vida diária) de participação social (envolvimento efetivo e estável em papéis familiares, laborais e comunitários), caracterizando os seus padrões ao longo do tempo (Fillingim et al., 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Neste seguimento, é crucial considerar os **impactos sociais da experiência de dor**, nomeadamente, na integração social, nas redes de apoio, na qualidade das relações, nas exigências ocupacionais e nas experiências de estigma/invalidação, reconhecendo a chamada internacional para expandir sistematicamente a avaliação das dimensões sociais do ajustamento à dor, dada a sua pertinência para a qualidade de vida das pessoas (Ashton-James, Anderson, Mackey, & Darnall, 2022; De Ruddere & Craig, 2016).

PO4 - Para delinear um plano de intervenção precoce ou de reabilitação, as/os psicólogas/os deverão avaliar fatores psicossociais de risco e proteção relacionados especificamente com a experiência de dor.

Em conformidade com a avaliação multidimensional previamente estabelecida, a formulação e o **planeamento em reabilitação** exigem o mapeamento explícito de processos psicossociais que determinam o ajustamento à dor, distinguindo fatores de risco — que mantêm o sofrimento e a incapacidade — e fatores protetores — que favorecem a recuperação e a participação social —, privilegiando-se aqueles modificáveis ao longo do cuidado (Edwards, Dworkin, Sullivan, Turk, & Wasan, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

De entre os **fatores de risco** com evidência consistente salientam-se:

- 1) a **catastrofização da dor** - ruminação, amplificação de ameaça, desespero face à dor - que prediz maior intensidade, interferência e incapacidade associada à dor (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009);
- 2) o **medo-evitamento/cinesiofobia** - evicção de atividade por antecipação de dano - que sustenta a inatividade e o descondicionamento (Vlaeyen & Linton, 2012);
- 3) a **hipervigilância da dor** – dificuldade em desviar o foco atencional da dor - que intensifica a dor e suas limitações (Edwards et al., 2016);
- 4) os **determinantes sociais adversos** - incluindo perceções de injustiça, estigma/invalidação e formas de suporte social recebido que promovem a dependência funcional (por exemplo,

solicitude) - que aumentam o sofrimento e dificultam a recuperação (Ashton-James et al., 2022; De Ruddere & Craig, 2016; Goubert & Bernardes, 2025);

5) as **experiências passadas de trauma** - em particular as experiências adversas na infância (tipicamente maus-tratos físicos, sexuais e emocionais, negligência física e/ou emocional e disfunções familiares, como, por exemplo, violência doméstica, consumo de substâncias, problemas de Saúde Psicológica graves em cuidadores/as, encarceramento de familiar, separação/divórcio conflituoso);

6) **eventos traumáticos com sintomatologia de perturbação de stresse pós-traumático ou de perturbação de trauma complexo** - que se associam a maior risco de dor crónica na idade adulta, bem como a maior intensidade e interferência da dor (Bussières et al., 2023; Edwards et al., 2016; Karimov-Zwienenberg, Symphor, Peraud, & Décamps, 2024; Marin et al., 2021).

Como **fatores de proteção**, evidenciam-se:

1) a **autoeficácia para lidar com a dor** - crença na capacidade de organizar e executar as ações necessárias para gerir a dor e as suas exigências no quotidiano - associada a uma melhor adesão terapêutica e melhores desfechos funcionais (Edwards et al., 2016; Nicholas, 2007);

2) a **flexibilidade psicológica e aceitação da dor** - entendidas como a disposição para contactar a experiência dolorosa sem evitamento contraproducente, mantendo o envolvimento em ações orientadas por valores e ajustando o esforço e as estratégias ao contexto - ligadas a uma melhor qualidade de vida apesar da dor (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004);

3) o **coping ativo/engajamento em metas funcionais** - que reduz a interferência da dor (Edwards et al., 2016);

4) o **suporte social recebido** - que promove a autonomia funcional e valida a experiência de dor, mitigando o seu impacto funcional e emocional (Goubert & Bernardes, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

PO5 - As/os psicólogas/os, para avaliarem os impactos da dor e os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento das dores crónicas, devem realizar uma entrevista clínica aprofundada e centrada na experiência de dor. Esta entrevista pode ser complementada pela aplicação de instrumentos de avaliação adaptados e validados para a população portuguesa.

A **entrevista clínica centrada na dor** constitui o eixo estruturante da avaliação psicológica e psicossocial, na medida em que, numa moldura verdadeiramente biopsicossocial, permite apreender a complexidade fenomenológica da experiência algica e sustentar uma formulação

clínica integrada. Para além da descrição sensorial, a recolha sistemática da narrativa clínica torna acessíveis as representações cognitivas, as respostas emocionais e os padrões comportamentais, relacionais e sociais que moldam o sofrimento e o funcionamento global quotidiano, clarificando o significado atribuído à dor e as suas implicações para a participação nos papéis e contextos de vida (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021)

Conduzida num enquadramento empático, seguro e colaborativo, a entrevista clínica centrada na dor contrabalança a invalidação/estigmatização frequentemente vivida por pessoas com dor persistente, promovendo a aliança e a adesão terapêutica, bem como melhores resultados clínicos (De Ruddere & Craig, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Por isso, a entrevista não é uma "etapa preliminar", mas sim uma componente integrante do processo terapêutico, com valor clínico e ético próprios, ancorando hipóteses e decisões que exigem coordenação interprofissional e influenciando a eficácia subsequente das intervenções e a perceção de utilidade da psicologia da dor pela pessoa e pela equipa (Dworkin et al., 2005; International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Quanto ao conteúdo e método, **a entrevista deve articular uma exploração sistemática de certos domínios nucleares**, com um formato semiestruturado e flexível alinhado com diretrizes internacionais (ver por exemplo, *McCaffery Initial Pain Assessment Tool* (McCaffery & Pasero, 1999). Nesta entrevista, a linguagem deverá ser ajustada à literacia em saúde da pessoa com dor, abrindo espaço para conteúdos emergentes clinicamente relevantes (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). De entre os domínios nucleares que devem ser integrados na entrevista destacam-se:

- 1) **a história da dor e a trajetória terapêutica** (início e evolução do quadro algíco, diagnósticos, intervenções prévias e respetivas respostas, expectativas e adesão terapêutica);
- 2) **todas as dimensões de ajustamento à dor referidas acima no PO 3;**
- 3) **os fatores de risco e proteção mencionados acima no PO4.**

Esta arquitetura, coerente com uma avaliação verdadeiramente biopsicossocial, reforça a validade clínica da entrevista enquanto instrumento para recolha de dados qualitativos essenciais e para a formulação de hipóteses e planeamento de intervenção ao longo do percurso de cuidados (Fillingim et al., 2016; International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

A aplicação de medidas padronizadas com boas qualidades psicométricas na população portuguesa deve complementar, e não substituir, esta exploração clínica. Em Portugal, estão disponíveis adaptações linguísticas úteis e psicometricamente validadas para a prática, devendo a sua utilização e interpretação ancorar-se na melhor evidência e no enquadramento biopsicossocial do caso (e.g., Azevedo, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

PO6 – As/os psicólogas/os que trabalham em Cuidados de Saúde Primários têm um papel fundamental na identificação precoce de fatores de risco e de proteção face à possibilidade de cronificação da dor, devendo, por isso, avaliá-los e monitorizá-los.

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a prevenção secundária requer triagem e avaliação biopsicossocial precoces em dor aguda/subaguda (i.e., dor com duração entre 4 e 12 semanas), com **identificação de *yellow flags*** (ou seja, fatores de risco psicossociais do indivíduo e do seu contexto que aumentam a probabilidade de cronificação da dor e de piores desfechos funcionais), como são os mencionados em PO4. A identificação atempada destes “sinais de risco psicossocial” é decisiva para prevenir a escalada de incapacidade e o envolvimento numa trajetória de cuidados exclusivamente centrada na abordagem biomédica (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

A prática recomendada nos CSP assenta numa avaliação biopsicossocial rigorosa com entrevista clínica, como proposto em PO5, observação comportamental, medidas de autorrelato e marcadores funcionais, utilizando instrumentos validados e sensíveis à mudança e estabelecendo indicadores mensuráveis e planos de reavaliação em intervalos clinicamente pertinentes (Amtmann et al., 2010; Askew et al., 2016; Cleeland et al., 1994; HealthMeasures, 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Roelofs, Goubert, Peters, Vlaeyen, & Crombez, 2004; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995).

Perante pessoas com dor crónica seguidas nos CSP, esta avaliação deve favorecer uma abordagem centrada na minimização do impacto e na otimização da participação em papéis sociais valorizados, com metas funcionais co-construídas, decisões partilhadas e monitorização sistemática (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). **A referência para Unidades/Equipas de Dor deve ocorrer quando**, após abordagem biopsicossocial otimizada (promoção da literacia, ativação/reabilitação, intervenções psicológicas baseadas na evidência e ajuste farmacológico):

- 1) **persiste dor intensa e com grau de interferência e níveis de limitação funcional elevados;**
- 2) **quando há diagnóstico incerto ou se antevê a necessidade de procedimentos/intervenções médicas especializadas** (por exemplo, bloqueios, neuromodulação);

3) **perante comorbilidades complexas** (por exemplo, multimorbilidade, dor neuropática refratária, dor pós-cirúrgica complexa);

4) **risco ou uso problemático de fármacos** (por exemplo, opióides/benzodiazepinas) ou necessidade de descontinuação complexa;

5) **existência de comorbilidade psicológica grave e/ou risco de segurança** (por exemplo, ideação suicida persistente e risco suicidário elevado, perturbação de stresse pós-traumático ou de perturbação de trauma complexo com desorganização marcada) que exigem a intervenção por parte de equipa multiprofissional;

6) **sempre que falhem as metas co-construídas**, apesar de seguimento estruturado nos CSP (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

PO7 – As/os psicólogas/os deverão ajustar o processo de avaliação às especificidades da pessoa com dor, considerando o seu estadio de desenvolvimento (infância, adolescência, e as diversas etapas da idade adulta), a presença de défices cognitivos e/ou doenças neurodegenerativas e eventuais dificuldades de comunicação verbal.

A personalização da avaliação psicológica e psicossocial implica que o processo seja proporcional às capacidades e condições de cada pessoa e evite práticas estigmatizantes (International Association for the Study of Pain, 2020, 2025; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2024).

Assim, em **idade pediátrica**, as **dificuldades de linguagem e abstração** justificam o recurso combinado a autorrelato adaptado, materiais lúdicos e observação comportamental, com envolvimento estruturado dos cuidadores/as e atenção ao contexto familiar/escolar (McGrath et al., 2008). Na **adolescência**, privilegia-se o **autorrelato estruturado em torno de papéis e da participação social** (escola, pares, atividade física) (International Association for the Study of Pain, 2025; McGrath et al., 2008; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Na **idade adulta**, a **entrevista biopsicossocial deve seguir o formato sugerido em PO5 e devem considerar-se os fatores de risco e proteção apontados em PO4** (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Nas pessoas adultas mais velhas, **deve dar-se particular atenção à comorbilidade, polimedicação e possíveis alterações sensoriais e/ou cognitivas**, ajustando ritmo e suportes comunicacionais e, **quando há declínio cognitivo**, complementando com **medidas observacionais validadas e informação de cuidadores/as** (Thomas Hadjistavropoulos, 2015; T. Hadjistavropoulos et al., 2014; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Independentemente da etapa de desenvolvimento da pessoa com dor, **na presença de défices cognitivos ou doenças neurodegenerativas, a avaliação deve assumir carácter multimodal** — valorizando indicadores comportamentais de dor (expressão, vocalizações, postura), flutuações de atividade, relato de cuidadores/as — com escalas observacionais específicas ao contexto e proteção da capacidade e do consentimento (T. Hadjistavropoulos et al., 2014; Herr et al., 2011). **Quando existem dificuldades de comunicação verbal** (afasia, deficiência intelectual, perturbações do neurodesenvolvimento ou barreiras linguísticas), **deve recorrer-se a comunicação aumentativa e alternativa** (pictogramas, escalas visuais, quadros de dor), **instruções simplificadas e perguntas de escolha limitada, triangulando fontes para reforçar validade** (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Quando o autorrelato se encontra limitado, a integração de observação, informação de cuidadores/as e instrumentos adaptados preserva a qualidade diagnóstica (T. Hadjistavropoulos et al., 2014; Herr et al., 2011).

Independentemente da fase de desenvolvimento, a avaliação detalhada e rigorosa de cada caso, a coordenação interprofissional adequada e a monitorização/reavaliação periódica são condições necessárias para decisões válidas, proporcionais e não estigmatizantes ao longo do processo de cuidados (International Association for the Study of Pain, 2025; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2024).

PO8 – Tendo em conta a elevada comorbilidade entre dor crónica e problemas de Saúde Psicológica, as/os psicólogas/os a trabalhar na área da saúde mental deverão perguntar se a pessoa tem dor subaguda ou crónica, e se sim, proceder à sua avaliação (ver PO1 a PO3).

A dor crónica apresenta, frequentemente, comorbilidades psiquiátricas, que impactam negativamente o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com dor. **Estudos recentes indicam que cerca de 39,3 % das pessoas adultas com dor crónica apresentam sintomas depressivos e 40,2 % apresentam sintomas de ansiedade**, com maior prevalência em mulheres, pessoas mais jovens e em condições de dor nociplástica (i.e., tipo de dor que resulta de alteração no processamento da dor pelo sistema nervoso, sem dano evidente dos tecidos nem lesão neurológica detetável; Aaron et al., 2025). Revisões sistemáticas sugerem que disfunções nos sistemas serotoninérgico e noradrenérgico, que modulam dor e regulam o humor, constituem uma base neurobiológica para esta sobreposição (Liu, Zhao, Fan, & Guo, 2019).

Em termos de **perturbações de personalidade (PP)**, estas **podem complicar de forma significativa o tratamento da dor crónica** ao influenciar a relação terapêutica, a adesão ao plano de cuidados, a percepção e comunicação da dor, a regulação emocional e o risco de uso

inadequado de medicamentos (American Psychiatric Association, 2013; Gatchel et al., 2007). Entre as PP mais associadas à dor crónica encontram-se a Perturbação de Personalidade Borderline, caracterizada por instabilidade emocional, impulsividade e maior intensidade percebida da dor (Sansone & Sansone, 2012), bem como maior risco de depressão e comportamentos auto-lesivos; a Perturbação de Personalidade Antissocial, que aumenta o risco de uso indevido de opióides e dificulta a implementação de planos terapêuticos estruturados (Dworkin, Hetzel, & Banks, 1999); a Perturbação de Personalidade Histriónica, marcado por expressividade emocional intensa que pode amplificar a descrição dos sintomas; e a Perturbação de Personalidade Dependente, que favorece uma dependência excessiva dos/as profissionais de saúde e dificulta a autogestão (Van Houdenhove, Kempke, & Luyten, 2010). A Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, por sua vez, associa-se frequentemente a perfeccionismo, hipervigilância e rigidez cognitiva, fatores que podem intensificar o sofrimento e reduzir a flexibilidade terapêutica (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen, & Karoly, 2012). Para além das PP formais, traços como catastrofismo, neuroticismo elevado, baixa resiliência, rigidez cognitiva e evitação experiencial podem influenciar de forma relevante a experiência e o controlo da dor crónica, mesmo na ausência de um diagnóstico completo (McWilliams, Cox, & Enns, 2003).

A elevada comorbilidade e a relação bidirecional entre dores crónicas e problemas de Saúde Psicológica justificam, portanto, a **inclusão sistemática de perguntas sobre dor e a clarificação do seu estadio temporal em primeiras consultas e reavaliações clínicas** (Aaron et al., 2025). Perante uma **resposta positiva**, a **caracterização sucinta da localização, intensidade e interferência**, associada à identificação de processos psicossociais com implicação prognóstica — por exemplo, catastrofização, medo-evitamento, autoeficácia reduzida, perturbações do sono, inatividade e conflitos laborais (ver ainda PO3) — informa a decisão clínica e a articulação entre saúde mental, cuidados de saúde primários, medicina física e reabilitação e unidades de dor (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

PO9 - As/os psicólogas/os devem integrar, em todas as fases da avaliação e da intervenção em dor crónica, a identificação e gestão do uso problemático de substâncias, reconhecendo a elevada comorbilidade entre dor e perturbações por uso de substâncias.

A relação entre dor persistente, a exposição prolongada a analgésicos — incluindo opióides — e o risco de perturbações por uso de substâncias, exige uma avaliação sistemática e a articulação interprofissional com vista à tomada de decisões partilhadas (International Association for the Study of Pain, 2025; Volkow & McLellan, 2016); A **história de consumo, os motivos (incluindo automedicação), o impacto funcional e os marcadores de risco** devem ser apreciados em conjunto com fatores de vulnerabilidade, podendo recorrer-se a instrumentos de triagem como,

por exemplo, a versão portuguesa do instrumento *Current Opioid Misuse Measure* (COMM) (Mendes-Morais, Jantarada, & Guimarães-Pereira, 2020), sempre complementados por uma avaliação clínica e o recurso a fontes complementares fiáveis (Butler et al., 2007; Webster & Webster, 2005). Em **situações de risco acrescido**, a **comunicação célere com prescritores e equipas especializadas** (ex., equipas do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências - ICAD), **a par com a definição de planos de segurança e de estratégias de redução de danos**, pode equilibrar e aliviar o sofrimento causado pela experiência de dor com a prevenção de eventos adversos e continuidade de cuidados (International Association for the Study of Pain, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

3.3 Intervenções Psicossociais para Prevenção e Reabilitação das Dores Crónicas

PO10 - As/os psicólogas/os podem ter um papel central na promoção da literacia na dor das populações.

De acordo com as iniciativas globais da IASP, a **Educação em Dor** constitui um eixo central de promoção da literacia em dor e de capacitação das pessoas para uma gestão ativa e informada da sua condição (International Association for the Study of Pain, 2021). A evidência científica acumulada no âmbito do **modelo *Explain Pain*** (Moseley & Butler, 2015), promovido e reconhecido pela IASP no contexto da Educação em Dor, demonstra que compreender a neurofisiologia da dor pode reduzir o medo e o evitamento, melhorar a funcionalidade e potenciar comportamentos adaptativos. Estudos recentes confirmam que a educação em dor é eficaz em diferentes populações e idades, devendo constituir uma componente transversal das estratégias de prevenção e reabilitação em saúde (Lepri, Romani, Storari, & Barbari, 2023; Ma, Chen, Li, & Huang, 2024; Pico, Matey-Rodríguez, Domínguez-García, Yubero, & Santos-Lozano, 2025).

As/os psicólogas/os, pela sua formação em comportamento humano e comunicação terapêutica, estão particularmente bem posicionadas/os para liderar este processo, quer em contextos clínicos — através de intervenções de promoção da literacia, cognitivo-comportamentais e de aceitação — quer em contextos comunitários, através de campanhas e programas de sensibilização que desmistifiquem a dor e reforcem a compreensão da sua natureza multidimensional. Assim, a educação em dor deve ser reconhecida como uma prioridade de saúde pública e uma componente essencial da prática psicológica na dor, promovendo a autonomia e participação ativa da pessoa com dor no processo terapêutico, bem como a melhoria dos resultados clínicos e sociais (Gordon, Watt-Watson, & Hogans, 2018; Kerns et al., 2022).

PO11 - A intervenção psicológica na dor deve ser informada pela avaliação psicossocial e basear-se em modelos de intervenção com evidência científica da sua eficácia.

A intervenção psicológica desempenha um papel fundamental numa abordagem biopsicossocial integrada na dor, desde que orientada por uma avaliação psicossocial rigorosa e ancorada em modelos teóricos sustentados por evidência científica (ver PO1 a PO9) (Turk & Okifuji, 2002). O impacto das intervenções psicossociais baseadas em evidência promovem mudanças sustentadas nos estilos de vida (como atividade física, alimentação e sono), aumentam a adesão aos tratamentos e contribuem para o bem-estar físico e psicológico (Herrero et al., 2024).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) continua a ser a intervenção psicológica mais estudada e recomendada no tratamento da dor crónica, demonstrando eficácia consistente na redução da intensidade da dor, do sofrimento psicológico e da disfunção associada, bem como na melhoria do humor, da autoeficácia para lidar com a dor e da qualidade de vida (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014; Williams et al., 2020). De forma complementar, a **Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)**, pertencente à terceira geração das TCC, **tem evidenciado resultados promissores ao promover a flexibilidade psicológica** — fator protetor essencial em condições crónicas — através da aceitação das experiências internas e do compromisso com ações orientadas por valores (McCracken & Vowles, 2014; McCracken et al., 2004).

A literatura recente sustenta estas abordagens baseadas em evidência (Anderson, McCracken, & Scott, 2024; McCracken, 2024). Ao mesmo tempo, salientam-se novas perspectivas teóricas e terapêuticas — como as intervenções baseadas na compaixão — que se apresentam como alternativas promissoras, embora ainda careçam de resultados igualmente robustos e consistentes no que respeita à sua eficácia e validade empírica (Karst, 2024; Kühn, Reiter, Wengemuth, & Choi, 2024).

PO12 – As/os psicólogas/os deverão ajustar a intervenção (em grupo ou individual) tendo em conta as especificidades da pessoa com dor, nomeadamente, em termos da sua fase de desenvolvimento, presença de défices cognitivos e/ou doenças neurodegenerativas e dificuldades de comunicação verbal.

Tal como na avaliação psicossocial (ver PO7), a adaptação da intervenção psicológica à pessoa com dor é um imperativo ético e científico. Esta adaptação é especialmente crítica quando se refere a crianças, pessoas adultas mais velhas, pessoas com demência ou défices cognitivos, e pessoas com dificuldades de comunicação verbal (Eccleston, Yorke, Morley, Williams, & Mastroiannopoulou, 2003; Kroenke et al., 2011).

A **dor em idade pediátrica** requer uma abordagem centrada no desenvolvimento neurocognitivo e emocional. **As estratégias devem ser lúdicas, concretas e mediadas pelo cuidador/a**, integrando nomeadamente promoção de literacia adaptada, técnicas de distração, relaxamento

ou modelagem comportamental. No caso da TCC em pediatria, estudos revelam a sua eficácia na redução da dor funcional, em promover o *coping* ativo e prevenir a cronificação da dor na adolescência (Palermo, Eccleston, Lewandowski, de, & Morley, 2010). As crianças e adolescentes com dor crônica têm risco aumentado de dificuldades emocionais, absentismo escolar e isolamento social, pelo que **a intervenção precoce é essencial** (Palermo et al., 2010).

Nas pessoas adultas mais velhas, a dor coexiste frequentemente com outras condições crônicas, limitações funcionais e alterações neurológicas. Ao delinear a intervenção junto da pessoa com dor é importante ter em conta a possível presença de declínio cognitivo normal ou patológico, de barreiras sensoriais (ex., dificuldades de visão, audição) e de uma maior probabilidade de isolamento social e depressão (Morone et al., 2016). As **adaptações eficazes na intervenção podem compreender o uso de linguagem clara e pausada, a realização de sessões mais curtas ou com pausas, dar ênfase à função e à qualidade de vida mais do que à eliminação da dor e facilitar o envolvimento de cuidadores/as formais ou informais**. Em termos de modelos, a TCC e ACT, ainda que de forma adaptada, já mostraram ser bem toleradas e eficazes em populações geriátricas (Morone et al., 2016).

As **pessoas com presença de défices cognitivos e doenças neurodegenerativas** como Alzheimer, Parkinson, Esclerose Múltipla **ou lesões cerebrais** adquirem alterações que impactam diretamente a percepção, expressão e compreensão da dor. Nestes casos, a intervenção na dor apresenta como principais desafios a dificuldade em descrever/caracterizar a dor com precisão, a possibilidade de percepções distorcidas ou agravadas da dor, bem como uma menor capacidade para aprender e aplicar estratégias cognitivas complexas (Achterberg, Lautenbacher, Husebo, Erdal, & Herr, 2020). Deverão ser utilizadas adaptações à intervenção, tais como, **priorizar intervenções baseadas no corpo** (ex., treino de relaxamento muscular, respiração diafragmática); **utilizar materiais visuais e sensoriais; trabalhar em contexto de rotinas estruturadas e com o apoio de cuidadores/as; e realizar monitorização contínua do perfil cognitivo com escalas adaptadas** (ex., Escala Doloplus-2 – Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa; Pickering et al., 2010). Apesar de limitações associadas, existem evidências de que intervenções sensoriais e comportamentais podem reduzir a dor e o sofrimento psicológico nestes grupos (Achterberg et al., 2020).

A dor é uma experiência subjetiva que depende significativamente da capacidade de a expressar verbalmente. **Pessoas com limitações na comunicação verbal colocam desafios específicos à prática clínica** (Weiner, Rudy, Morrow, Slaboda, & Lieber, 2006), pelo que deverão ser abordadas estratégias psicossociais centradas na adaptação do processo de comunicação como a **utilização de sistemas aumentativos** (quadros de pictogramas, tablets com símbolos); **a leitura do comportamento não verbal e sinais fisiológicos** (expressões faciais, vocalizações, postura); e o **envolvimento de familiares/cuidadores como tradutores da experiência da dor**. Estudos

realizados revelam que as terapias de mediação corporal e sensorial, como arte terapia ou musicoterapia, podem ser vias úteis de expressão, regulação emocional e alívio do sofrimento nestas pessoas com dor (Cravello et al., 2019; Kajiwarra et al., 2024; Raudenská et al., 2023; Saragih, Suarilah, Son, & Lee, 2023).

PO13 – As/os psicólogas/os deverão ajustar a intervenção tendo em conta a presença de comorbilidades na esfera da Saúde Psicológica.

A complexidade das comorbilidades dos problemas de Saúde Psicológica em dor crónica exige às TCC ou ACT ajustes específicos. Na **TCC**, recomenda-se um foco inicial em regulação emocional, maior ênfase na ativação comportamental em casos de depressão, moderação do confronto cognitivo precoce em trauma, integração de técnicas de *grounding* e relaxamento para ansiedade, e flexibilidade na definição de metas terapêuticas (McCracken & Vowles, 2014; Williams et al., 2020). Na **ACT**, as adaptações incluem metáforas simplificadas para défices cognitivos, abordagem gradual de motivação e valores em depressão, condução cuidadosa da exposição experiencial em ansiedade, maior estrutura e previsibilidade em perturbações de personalidade, e foco inicial na regulação emocional antes da desfusão (i.e., ajudar a pessoa a ganhar distância dos seus pensamentos, vendo-os como eventos mentais e não como factos ou ordens) (McCracken & Vowles, 2014; Veehof et al., 2016).

A **intervenção psicossocial deve ser integrada com psicofarmacologia** (antidepressivos tricíclicos, Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina - ISRS/ Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina- IRSN), **fisioterapia, terapia ocupacional e apoio social quando necessário**, promovendo melhores resultados clínicos, adesão terapêutica e qualidade de vida, destacando o papel das/os psicólogas/os na equipa multidisciplinar (Birkinshaw et al., 2023; Leão Nunes Filho et al., 2024; Ma, Yan, & Jiang, 2023).

A utilização frequente de psicotrópicos exige atenção aos efeitos sobre o comportamento, cognição e experiência dolorosa: antidepressivos tricíclicos e ISRS/IRSN podem causar sedação, agitação ou défices cognitivos; benzodiazepinas podem gerar sedação excessiva, dependência e prejuízo da memória; antipsicóticos e estabilizadores de humor podem provocar fadiga, efeitos extrapiramidais e comprometimento cognitivo (Birkinshaw et al., 2023; Finnerup et al., 2015; Jimenez, Sundararajan, & Covington, 2018; Leão Nunes Filho et al., 2024; Ma et al., 2023).

A prática clínica deve **ajustar o timing da intervenção psicológica a períodos de maior estabilidade farmacológica, flexibilizar planos terapêuticos** (sessões mais curtas ou espaçadas), **monitorizar efeitos secundários e reforçar a literacia em saúde**, promovendo a autonomia do/a paciente. A colaboração interdisciplinar e avaliação contínua são essenciais para otimizar

resultados, minimizar efeitos adversos e garantir cuidados centrados na pessoa (Gatchel et al., 2014).

PO14 – As/os psicólogas/os devem integrar, tanto quanto possível, os outros significativos das pessoas com dor na intervenção psicossocial.

A intervenção psicológica na dor crônica deve reconhecer que esta é uma experiência intrinsecamente relacional (Kapos et al., 2024; Vervoort, Karos, Trost, & Prkachin, 2018). A evidência científica demonstra que os processos interpessoais influenciam de forma decisiva a persistência e o ajustamento à dor (Bernardes, Forgeron, Fournier, & Reszel, 2017; Goubert & Bernardes, 2025). Assim, **a avaliação e a intervenção psicológica devem considerar o contexto interpessoal e relacional em que a dor é vivida.**

Os **outros significativos** (ex., parceiros/as românticos, amigos/as) podem constituir um recurso fundamental para a promoção do ajustamento à dor ou, inversamente, um fator de manutenção do sofrimento e da incapacidade (Bernardes, Almeida, & Forgeron, 2023; Goubert & Bernardes, 2025). As suas respostas aos comportamentos de dor e de bem-estar da pessoa com dor — como comportamentos de solicitude excessiva, invalidação ou estigmatização — podem, ainda que involuntariamente, reforçar padrões de medo e evitamento da dor e atividades, dependência funcional e sofrimento emocional. Estas respostas encontram-se associadas a piores indicadores de ajustamento físico e psicológico (Goubert & Bernardes, 2025). Em contrapartida, as respostas que validam a experiência de dor — reconhecendo e comunicando a sua legitimidade — e as que promovem a autonomia funcional — encorajando o envolvimento em atividades valorizadas e compatíveis com a condição de saúde — associam-se a melhores resultados em termos de bem-estar, funcionamento e qualidade de vida (Goubert & Bernardes, 2025).

Neste enquadramento, recomenda-se que as/os psicólogas/os integrem, tanto na avaliação como na intervenção, os outros significativos. Evidências recentes sugerem que a integração de parceiros/as ou outras pessoas significativas nas intervenções na dor crônica, embora menos frequente, pode ser mais eficaz do que abordar apenas a pessoa com dor (Smith et al., 2019). A maioria das intervenções atuais que integram outras pessoas significativas focam-se essencialmente na promoção da literacia e atribuem ao outro significativo o papel de *coach* na implementação de estratégias de *coping* da pessoa com dor. Algumas intervenções, embora mais raras, abordam competências de comunicação, de resolução de conflitos ou as necessidades e experiências do outro significativo (Smith et al., 2019).

PO15 – As/os psicólogas/os podem recorrer, quando apropriado, à teleconsulta e a intervenções eHealth na avaliação e intervenção psicológica em pessoas com dor.

Para a prestação de cuidados de Saúde à distância, recomenda-se (Eccleston et al., 2020):

- 1) **A escolha informada e adequada da tecnologia** (ex.: telefone, videoconferência, plataformas institucionais), considerando a situação clínica, as preferências da pessoa e as condições de acesso/literacia digital. Em qualquer modalidade, otimizar áudio/vídeo, iluminação e minimizar distrações e interrupções;
- 2) **Planear potenciais dificuldades técnicas**, acordando antecipadamente alternativas e procedimentos (ex.: transitar de videoconferência para telefonema) e normalizando que problemas técnicos podem ocorrer;
- 3) **Estabelecer a privacidade e enquadramento das sessões**, apoiando a pessoa na escolha de uma hora e local com privacidade. Quando participam outras pessoas significativas, deve clarificar-se quem está presente, o papel de cada um/a e os objetivos e regras da sessão.;
- 4) **Manter a avaliação e intervenção psicossocial estruturada**, garantindo que a avaliação e intervenção continua a ser rigorosa e tem objetivos claros. Alguns instrumentos de avaliação podem ser administrados à distância, ao passo que outros apenas poderão ser preenchidos presencialmente. Podem integrar-se componentes experienciais (ex.: relaxamento, *grounding*, treino atencional, planeamento de rotinas/atividades significativas) e consolidar aprendizagens no final.
- 5) **A integração de recursos complementares**, combinando sessões remotas com materiais de autoajuda, recursos de literacia em dor e intervenções de autogestão (ex.: exercícios, práticas guiadas), com indicação clara do que fazer, quando e como. Esta combinação pode aumentar a continuidade dos cuidados, facilitar a generalização de competências de autogestão e promover a autonomia. Deve, contudo, notar-se que muitos modelos eHealth ainda se encontram em desenvolvimento/validação, podendo ser necessárias adaptações; recomenda-se também prudência na utilização de soluções comerciais (ex.: aplicações) devido à variabilidade na qualidade, segurança e alegações de eficácia.
- 6) **O reforço e monitorização da autogestão**, explorando o uso das estratégias (quais, quando, onde, com que resultados e barreiras), validando dificuldades e retrocessos e reforçando progressos e consistência, com ajuste colaborativo do plano para a sessão seguinte.

PO16 – As/os psicólogas/os têm um papel fundamental no desenvolvimento de intervenções que promovam a saúde ocupacional, a reintegração no trabalho e/ou o reajustamento de carreiras das pessoas com dores crónicas.

A relação entre dor crónica e incapacidade para o trabalho é complexa, envolvendo fatores biopsicossociais que influenciam a capacidade funcional e a participação no mercado de trabalho

(Main, Shaw, Nicholas, & Linton, 2022). A ausência prolongada do trabalho pode agravar sintomas depressivos, isolamento social e deterioração das competências profissionais (Waddell & Burton, 2006).

Assim, a intervenção psicossocial dirigida à saúde ocupacional da pessoa com dor é essencial para promover a reintegração profissional sustentável e o reajustamento do conteúdo do trabalho e de carreiras, quando necessário (Main et al., 2022; Waddell & Burton, 2001). A evidência destaca a necessidade de intervenções personalizadas, que considerem as particularidades do contexto de trabalho e as características individuais para uma (re)integração profissional bem-sucedida.

A **avaliação da capacidade para o trabalho** deve contemplar a análise do impacto da dor no desempenho da atividade, a identificação de barreiras psicológicas (medo de dor, catastrofização) e sociais (falta de apoio no local de trabalho), a análise das limitações associadas à dor, a avaliação dos fatores psicológicos, contextuais e relacionais relacionados com o regresso ao trabalho (Luites et al., 2022).

A **intervenção**, por sua vez, **deve ser delineada com base na definição de metas realistas de retorno ao trabalho e no envolvimento da pessoa com dor e da entidade patronal na negociação de adaptações necessárias no trabalho** (Luites et al., 2022). Este processo de negociação deveria envolver os Departamentos de Recursos Humanos, da Medicina do Trabalho, o Departamento do trabalhador e, se pertinente, outros atores-chave de acordo com a estrutura organizacional interna do local de trabalho (Main et al., 2022). Processos de **reintegração gradual** podem ser facilitados pela implementação de programas que combinam, por exemplo, trabalho parcial com adaptações, minimizando o afastamento prolongado (Luites et al., 2022). Para casos onde a reintegração no trabalho anterior não seja viável, a/o psicóloga/o pode auxiliar na avaliação de competências transferíveis, orientação profissional ou reajustamento de carreiras (Schultz, Chlebak, & Stewart, 2013). Nestes contextos, as/os psicólogas/os têm um papel central de suporte para enfrentar estigmas, ansiedade de desempenho e manutenção do bem-estar durante este processo. As/os psicólogas/os têm, portanto, um papel ampliado, não só na reabilitação emocional e funcional, mas também como mediadores entre os sistemas de saúde, ocupacional e social/comunitário.

PO17 – As/os psicólogas/os devem ser parceiras/os fundamentais na definição de políticas públicas na área da dor.

A complexidade da dor crónica exige respostas intersectoriais, que integrem saúde, educação, trabalho e proteção social, e que sejam sustentadas por políticas públicas informadas pela evidência científica. Os Programas Nacionais para a Prevenção e Controlo da Dor (Direção-Geral da Saúde, 2001, 2017a, no prelo) procuram reforçar uma abordagem multidisciplinar e centrada

na pessoa, reconhecendo que os fatores biológicos, psicológicos e sociais convergem no fenómeno da dor crónica.

A Psicologia assume-se como aliada estratégica na formulação de políticas públicas, oferecendo contributos técnicos e científicos fundamentais: desde a aplicação de modelos teóricos baseados em evidência, até ao conhecimento aprofundado dos fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais que modulam a experiência dolorosa. A literatura mostra que as intervenções psicossociais, dentro de programas integrados de dor, podem melhorar não só a dor e o funcionamento, mas também reduzir os custos de saúde e o absentismo laboral (Kovačević et al., 2024; Nicklas et al., 2022). A formulação de políticas eficazes na área da dor exige a participação ativa de profissionais de Psicologia, cuja competência técnica, ética e científica é essencial para decisões baseadas em evidência e para garantir que as respostas públicas sejam integradas, equitativas, centradas na pessoa e sustentáveis no tempo.

A presença das/os psicólogas/os é, por isso, fundamental em diversos domínios: integração em comissões técnicas e grupos de trabalho sobre dor crónica, desenho de programas de literacia em dor dirigidos à população, planeamento de serviços de cuidados primários e hospitalares que incluam avaliação e intervenção psicológica, bem como avaliação de impacto e custo-benefício das intervenções psicossociais. A exclusão da Psicologia destas estruturas de política pode provocar a adoção de abordagens excessivamente biomédicas menos eficazes, com menor adesão da população, ausência de personalização dos cuidados e risco acrescido de inequidades no acesso (Kovačević et al., 2024).

Uma boa prática internacional reforça esta direção: no Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) inclui sistematicamente recomendações psicossociais para o tratamento da dor crónica e integra modelos de intervenção baseados em TCC e ACT (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). No Canadá (Canadian Pain Task Force - CPTF) e na Austrália (Australian Pain Society-APS), psicólogas/os fazem parte de estruturas nacionais de coordenação da dor (Australian Pain Society, 2024; Force, 2021) e a International Association for the Study of Pain (2020) defende a inclusão plena da Psicologia nas respostas públicas à dor. Em Portugal, apesar de se reconhecerem avanços com o PNPCDor, ainda carecemos de estruturação formal e continuada da presença da Psicologia nas equipas de política e planeamento.

3.4. Especificidades Clínicas, Éticas e Sociais na Prática em Psicologia da Dor

PO18 - As/os psicólogas/os devem ter um papel central na promoção da equidade e justiça social na avaliação e intervenção em dor, adotando uma prática sensível às desigualdades sociais, culturais e estruturais que influenciam o acesso, a avaliação e o tratamento da dor. Este

compromisso implica o reconhecimento ativo dos efeitos do estigma e da discriminação – por exemplo, associados ao sexo/género, idade, etnia ou condição socioeconómica – e a promoção de estratégias que previnam e corrijam essas injustiças nos contextos de saúde.

O **gradiente social das dores crónicas** evidencia que estas não se distribuem de forma equitativa entre os diferentes grupos sociais: pessoas com menores recursos económicos, mulheres, idosos, minorias étnicas e indivíduos com problemas de Saúde Psicológica apresentam maior probabilidade de sofrer de dores crónicas incapacitantes e de desenvolver comorbilidades físicas e psicológicas associadas (Azevedo et al., 2012; Breivik et al., 2006).

Estas disparidades refletem o impacto cumulativo de fatores sociais, culturais e estruturais que moldam tanto a experiência da dor como as oportunidades de tratamento e recuperação. As iniquidades observadas na avaliação e tratamento da dor são, portanto, parte integrante deste gradiente social: **estudos demonstram que a dor de determinados grupos** – ex., mulheres (Bernardes, Samulovitz, Karos & Mogil, 2024; Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018), pessoas negras e/ou de grupos étnicos minoritários (Hoffman, Trawalter, Axt, & Oliver, 2016; Meghani, Byun, & Gallagher, 2012) e de classes sociais mais baixas (Diniz, Castro, Bousfield, & Figueira Bernardes, 2020; Khalatbari-Soltani & Blyth, 2022) - **tende a ser subvalorizada, mal interpretada ou inadequadamente tratada**, devido a vieses implícitos e explícitos presentes nos sistemas de saúde e nas práticas dos/as profissionais.

Neste contexto, **a/o psicóloga/o assume um papel central na promoção da equidade e justiça social**, assegurando que a avaliação e a intervenção em dor sejam sensíveis às desigualdades que condicionam o acesso, o reconhecimento e a resposta terapêutica. Este papel exige uma **consciência crítica** sobre os processos de estigma, estereótipos, preconceito e discriminação – tanto nos próprios/as profissionais como nas dinâmicas das equipas multidisciplinares e instituições de saúde – e o compromisso ético de prevenir que esses processos informem decisões clínicas ou perpetuem injustiças. Assim, a/o psicóloga/o deve integrar na sua prática uma **perspetiva interseccional**, reconhecendo como género, idade, etnia, condição socioeconómica e outras posições sociais interagem para produzir vulnerabilidades específicas face à dor e aos cuidados (Macgregor, Walumbe, Tulle, Seenan, & Blane, 2023). Além disso, pode contribuir ativamente para o desenvolvimento de *diretrizes* de avaliação e tratamento da dor que incorporem princípios de equidade e diversidade cultural, garantindo que instrumentos e intervenções sejam adequados e validados para diferentes populações. Ao adotar esta postura reflexiva e transformadora, a/o psicóloga/o não apenas promove práticas clínicas mais justas e eficazes, mas também atua como agente de mudança institucional, ajudando a construir sistemas de saúde mais sensíveis às desigualdades sociais que moldam a experiência e o cuidado da dor.

PO19 - A prática em Psicologia da Dor deve, idealmente, integrar-se em equipas inter e multidisciplinares, promovendo a colaboração com outros profissionais de saúde (como médicos/as, enfermeiros/as, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros), através de processos articulados de referência, partilha de informação clínica e corresponsabilização no cuidado à pessoa com dor.

A prática da Psicologia da Dor deve, idealmente, estar integrada em equipas inter e multidisciplinares, assegurando a partilha de informação clínica, referência bidirecional e corresponsabilização no cuidado à pessoa com dor. De acordo com a *framework* da IASP (International Association for the Study of Pain, 2021), o **trabalho em dor pode ser classificado em quatro níveis de integração interprofissional:**

- 1) **multidisciplinar**, quando profissionais de diferentes áreas disciplinares atuam em paralelo, com objetivos complementares, mas intervenções autónomas;
- 2) **interdisciplinar**, quando há planeamento e decisão conjunta;
- 3) **transdisciplinar**, quando as fronteiras entre papéis profissionais são parcialmente partilhadas e a equipa atua com um objetivo terapêutico comum;
- 4) o **trabalho integrado**, que surge quando o cuidado é totalmente centrado na pessoa e coorganizado pela equipa.

Este modelo da IASP reforça que **os níveis mais elevados de integração** - interdisciplinar e integrado - **estão associados a melhores resultados clínicos**, maior satisfação das pessoas com dor e redução dos custos de saúde. Assim, uma prática verdadeiramente integrada implica: processos formais de referência bidirecional entre a psicologia e outras áreas da saúde; utilização de registos clínicos partilhados, com consentimento informado da pessoa com dor; e participação regular em reuniões clínicas interdisciplinares, que assegurem planeamento conjunto, monitorização e reavaliação colaborativa dos casos.

A inclusão de psicólogas/os em equipas interdisciplinares tem sido repetidamente associada a redução da dor, sofrimento emocional e uso exclusivo de fármacos, reforçando a adesão terapêutica e a perceção de controlo da pessoa com dor (Buono et al., 2020; Gatchel et al., 2014; Joypaul, Kelly, McMillan, & King, 2019; Schumann, Lapid, Cunningham, Schluenz, & Gilliam, 2020). Para além dos benefícios clínicos, essa integração promove a humanização dos cuidados, o respeito pela complexidade da experiência da dor e a corresponsabilização entre profissionais (Connell et al., 2022). Os sistemas de saúde devem, por isso, criar condições institucionais e operacionais para garantir a presença ativa da Psicologia da Dor em todos os níveis de cuidados.

PO20 - A prática em Psicologia da Dor deve orientar-se pelo Código Deontológico da OPP e pela legislação aplicável, exigindo das/os psicólogas/os uma reflexão crítica e uma atuação ética face aos desafios específicos deste contexto, assegurando sempre o respeito pela autonomia, dignidade e bem-estar da pessoa.

A atuação do/a psicólogo/a deve pautar-se pelos **princípios do Código Deontológico da OPP** e pela **legislação portuguesa aplicável** — em particular a **Lei n.º 21/2014** (autodeterminação em cuidados de saúde) e o **Regulamento Geral de Proteção de Dados** (confidencialidade de dados) — assegurando competência, integridade, responsabilidade e proteção da dignidade, autonomia e bem-estar da pessoa com dor. A prática em Psicologia da Dor confronta o profissional com desafios éticos singulares, resultantes da complexidade da dor crónica. Situações de sofrimento persistente, comorbilidade psicopatológica, limitações funcionais e relações de poder nos cuidados de saúde exigem uma atuação psicológica informada, com reflexão crítica e compromisso deontológico. A/o psicóloga/o deve atuar em conformidade com a proteção da dignidade e do bem-estar da pessoa com dor, promovendo uma prática ética, crítica e comprometida com o cuidado humanizado (Schatman, 2007; Tollison & Hinnant, 2007).

Entre os dilemas éticos centrais estão a validação da dor e a invisibilidade clínica, pois **muitas pessoas com dor crónica experienciam descrédito, estigma ou desvalorização do seu sofrimento**. A/o psicóloga/o deve garantir que a sua intervenção contribui para a **validação empática da dor**. Outro dilema comum diz respeito ao facto de **dor intensa, fadiga ou medicação psicotrópica poderem comprometer a capacidade de decisão informada**. Contudo, **os esforços para proteção da pessoa com dor não devem anular ou comprometer a sua autonomia**, quer psicológica quer funcional. Além do mais, o consentimento informado e a comunicação clara são essenciais. Muitas intervenções psicológicas (como a TCC ou a ACT) exigem participação ativa e expressão emocional, sendo essencial garantir um consentimento informado, com linguagem acessível e esclarecimento de objetivos, limites e alternativas.

Acresce que, em equipas interprofissionais, **a/o psicóloga/o pode sentir pressão para validar decisões médicas ou reduzir a dor a aspetos emocionais**. A/o psicóloga/o deve preservar a autonomia técnico-científica da Psicologia, mantendo um posicionamento ético crítico face a abordagens reducionistas, comunicando com entidades externas salvaguardando confidencialidade, e promovendo trajetórias ocupacionais inclusivas ajustadas ao quadro clínico. Avaliações psicológicas sensíveis devem delimitar objetivos, fundamentar-se em evidência científica, respeitar confidencialidade e consentimento, e não substituir decisões médicas.

Certos casos de dor crónica — onde o sofrimento é persistente, a esperança de alívio pode ser escassa e as soluções biomédicas mostram limitações — podem favorecer o recurso a estratégias sem eficácia comprovada (ex., “reprogramações mentais” não validadas, “psicoterapias

energéticas” sem base empírica), ou mesmo à utilização de intervenções cuja eficácia não reside em mecanismos terapêuticos ativos, mas sim nas expectativas de benefício criadas na pessoa com dor (Benedetti, 2014). **O recurso a intervenções sem evidência ou placebos é eticamente inaceitável, pois viola a autonomia, pode induzir danos e comprometer a credibilidade da Psicologia.**

Finalmente, a dor crónica, por natureza, é resistente à resolução completa. Nestes casos, a comunicação dos limites terapêuticos é crucial. A intervenção psicológica não visa eliminar a dor, mas aumentar capacidade funcional, regular emoções e melhorar qualidade de vida. A/o psicóloga/o deve definir objetivos realistas, manter confiança, esperança e assertividade, e atuar eticamente nas interações com a equipa inter ou multidisciplinar, respeitando a interdependência, mas não a subordinação entre disciplinas.

PO21 – As/os psicólogas/os devem integrar na sua prática profissional processos de supervisão e/ou intervisão, promovendo, sempre que possível, o contacto com outros profissionais e a consulta de documentos normativos no domínio da Psicologia da Dor, assegurando simultaneamente uma autogestão emocional adequada e o compromisso contínuo com o autocuidado.

Para garantir a qualidade do cuidado prestado, a prática das/os psicólogas/os deve ser sustentada por processos contínuos de supervisão e intervisão, que promovam a reflexão crítica, o desenvolvimento profissional, a atualização científica — mediante consulta normativa e de documentos específicos da área — e a coerência ética, conforme preconizado pela OPP no seu *Código Deontológico* (Regulamento n.º 898/2024).

Sublinha-se ainda que o autocuidado constitui também um compromisso ético previsto no *Código Deontológico da OPP*, particularmente relevante na prática da psicologia da dor. Efetivamente, profissionais que trabalham com pessoas que apresentam dor crónica enfrentam desafios emocionais significativos devido à exposição constante ao sofrimento prolongado, limitações funcionais e frustrações terapêuticas (Turk & Okifuji, 2002). Esse contexto aumenta o risco de fadiga por compaixão e *burnout*, caracterizados por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Figley, 2002; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Nestes contextos é, portanto, fundamental que as/os **psicólogas/os limitem conscientemente a exposição profissional, organizando o tempo clínico de modo a evitar sobrecarga e a garantir períodos adequados de recuperação.**

Estas estratégias protegem a/o profissional e potenciam a qualidade da intervenção, promovendo uma atitude empática e presente (Coelho, Pereira & Alarcão, 2023). A gestão emocional adequada permite que as/os psicólogas/os mantenham clareza e objetividade no processo

terapêutico, facilitando a construção e preservação de uma aliança terapêutica segura e eficaz — baseada em empatia genuína e em limites profissionais claros — bem como assegure respostas éticas e competentes às situações complexas e desafiantes próprias da dor crónica.

4. Notas Finais

O processo de elaboração destas LOPP em Psicologia da Dor seguiu um formato colaborativo e baseado em evidência científica e normativas internacionais. O Grupo de Trabalho foi constituído por quatro psicólogas, no seu conjunto, com formação em Psicologia Clínica e/ou Social da Saúde, com muitos anos de prática profissional em Psicologia da Dor, com experiência em investigação e prática clínica em contextos comunitários e de reabilitação.

Na fase inicial de elaboração das LOPP, procedeu-se à consulta de documentos normativos internacionais (*IASP* e *EFIC*) e nacionais (*DGS*) e à análise de revisões de literatura sobre a evidência científica mais atual. Ao longo de três meses, realizaram-se reuniões regulares que permitiram alcançar consensos relativamente aos vinte PO e respetivo conteúdo.

Após a aprovação da primeira versão das LOPP, foi conduzida uma fase de consulta pública, aberta à comunidade profissional, permitindo a recolha alargada de comentários e sugestões. Posteriormente, o Grupo de Trabalho reuniu para proceder à análise dos contributos recebidos, decidindo sobre a sua integração em função da sua relevância, suporte em evidência científica, e do consenso alcançado. A versão final das LOPP foi, finalmente, submetida à aprovação da Direção da OPP.

Estas LOPP serão objeto de revisão e atualização periódicas, tendo em conta os avanços científicos e as necessidades decorrentes da prática profissional. Importa salientar que o presente documento tem um carácter orientador, não sendo normativo ou exaustivo, devendo a sua aplicação ser adaptada às especificidades de cada contexto profissional.

Espera-se que a implementação destas LOPP contribua para a consolidação de práticas consistentes, éticas e baseadas na evidência científica neste domínio. Ao oferecerem um referencial comum de atuação, estas orientações apoiam as/os psicólogas/os na avaliação e intervenção psicológica e psicossocial junto de pessoas com dor aguda/subaguda ou crónica, reforçando a qualidade técnica e relacional dos cuidados prestados. Espera-se que promovam uma compreensão integrada dos processos biopsicossociais inerentes à etiologia da dor, sustentando decisões informadas e a personalização da avaliação e intervenção psicossocial, com vista quer à prevenção da persistência e cronificação das dores quer à promoção da qualidade de vida das pessoas com dores crónicas.

Para além dos benefícios para a prática individual, estas LOPP poderão também contribuir para a visibilidade e credibilidade das práticas psicológicas na avaliação e intervenção na área da dor,

reforçando o reconhecimento do papel das/os psicólogas/os nos contextos de promoção e prevenção da cronificação da dor, reabilitação e políticas públicas. A sua implementação poderá favorecer o trabalho multi e interdisciplinar e a articulação entre serviços de saúde, promovendo respostas integradas e centradas na pessoa. Estas orientações poderão constituir, ainda, um instrumento de apoio à formação, supervisão e investigação, orientando o desenvolvimento de boas práticas formativas e de programas educativos baseados em evidência. Finalmente, espera-se que estas orientações contribuam para o fortalecimento do papel da Psicologia da Dor nas políticas de saúde nacionais, reconhecendo o seu contributo essencial para a prevenção, gestão e reabilitação das dores crónicas e para a humanização dos cuidados em saúde.

5. Referências Bibliográficas

- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., . . . Dudeney, J. (2025). Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*, *8*(3), e250268. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.0268
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Rep*, *5*(1), e803. doi:10.1097/pr9.0000000000000803
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. ed.): American Psychiatric Publishing.
- Amtmann, D., Cook, K. F., Jensen, M. P., Chen, W. H., Choi, S., Revicki, D., . . . Lai, J. S. (2010). Development of a PROMIS item bank to measure pain interference. *Pain*, *150*(1), 173-182. doi:10.1016/j.pain.2010.04.025
- Anderson, M., McCracken, L. M., & Scott, W. (2024). An investigation of the associations between stigma, self-compassion, and pain outcomes during treatment based on Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *Front Psychol*, *15*, 1322723. doi:10.3389/fpsyg.2024.1322723
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther*, *10*(2), 1427-1437. doi:10.1007/s40122-021-00308-2
- Ashton-James, C. E., Anderson, S. R., Mackey, S. C., & Darnall, B. D. (2022). Beyond pain, distress, and disability: the importance of social outcomes in pain management research and practice. *Pain*, *163*(3), e426-e431. doi:10.1097/j.pain.0000000000002404
- Askew, R. L., Cook, K. F., Keefe, F. J., Nowinski, C. J., Cella, D., Revicki, D. A., . . . Amtmann, D. (2016). A PROMIS Measure of Neuropathic Pain Quality. *Value Health*, *19*(5), 623-630. doi:10.1016/j.jval.2016.02.009
- Australian Pain Society. (2024). *The role of the psychologist in the management of pain* (4th ed.). Sydney: Australian Pain Society.

- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonca, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*, *13*(8), 773-783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonca, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *Eur J Health Econ*, *17*(1), 87-98. doi:10.1007/s10198-014-0659-4
- Azevedo LF, P. A., Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J. . (2007). Translation, cultural adaptation and multicentric validation study of chronic pain screening and impact assessment instruments [Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica]. . *Dor*, *15*(4), 6-56.
- Bernardes, S. F., Almeida, I., & Forgeron, P. (2023). Friend or Foe? A Thematic Analysis of Adult Friendships and Chronic Pain Adjustment. *Pain Manag Nurs*, *24*(4), 375-383. doi:10.1016/j.pmn.2023.03.003
- Bernardes, S. F., Forgeron, P., Fournier, K., & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness: a comprehensive review on informal pain-related social support. *Pain*, *158*(11), 2066-2076. doi:10.1097/j.pain.0000000000001033
- Bernardes, S. F., Samulowitz, A., Karos, K., & Mogil, J. S. (2024). *Sex/gender biases in pain research and clinical practice* [Fact sheet]. International Association for the Study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2024/04/sex-gender-biases-in-pain-research-2024-fact-sheet.pdf>
- Birkinshaw, H., Friedrich, C. M., Cole, P., Eccleston, C., Serfaty, M., Stewart, G., . . . Pincus, T. (2023). Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, *5*(5), Cd014682. doi:10.1002/14651858.CD014682.pub2
- Bondesson, E., Larrosa Pardo, F., Stigmar, K., Ringqvist, Å., Petersson, I. F., Jöud, A., & Schelin, M. E. C. (2018). Comorbidity between pain and mental illness - Evidence of a bidirectional relationship. *Eur J Pain*, *22*(7), 1304-1311. doi:10.1002/ejp.1218
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, *10*(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*, *13*, 1229. doi:10.1186/1471-2458-13-1229
- Buono, F. D., Savage, S. R., Cerrito, B., O'Connell, J., Garakani, A., Ackerman, S., & Cutter, C. J. (2020). Chronic Pain, Mood Disorders and Substance Use: Outcomes of Interdisciplinary Care in a Residential Psychiatric Hospital. *J Pain Res*, *13*, 1515-1523. doi:10.2147/jpr.S250568
- Bussières, A., Hancock, M. J., Elklit, A., Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., Stone, L. S., . . . Hartvigsen, J. (2023). Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, *14*(2), 2284025. doi:10.1080/20008066.2023.2284025

- Butler, S. F., Budman, S. H., Fernandez, K. C., Houle, B., Benoit, C., Katz, N., & Jamison, R. N. (2007). Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain, 130*(1-2), 144-156. doi:10.1016/j.pain.2007.01.014
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., & Pandya, K. J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med, 330*(9), 592-596. doi:10.1056/nejm199403033300902
- Colloca, L., & Barsky, A. J. (2020). Placebo and Nocebo Effects. *N Engl J Med, 382*(6), 554-561. doi:10.1056/NEJMra1907805
- Connell, N. B., Prathivadi, P., Lorenz, K. A., Zupanc, S. N., Singer, S. J., Krebs, E. E., . . . Giannitrapani, K. F. (2022). Teaming in Interdisciplinary Chronic Pain Management Interventions in Primary Care: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Gen Intern Med, 37*(6), 1501-1512. doi:10.1007/s11606-021-07255-w
- Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., de Tommaso, M., . . . Caltagirone, C. (2019). Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain Ther, 8*(1), 53-65. doi:10.1007/s40122-019-0111-7
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain, 28*(6), 475-483. doi:10.1097/AJP.0b013e3182385392
- de Heer, E. W., Ten Have, M., van Marwijk, H. W. J., Dekker, J., de Graaf, R., Beekman, A. T. F., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain, 159*(4), 712-718. doi:10.1097/j.pain.0000000000001133
- De Ruddere, L., & Craig, K. D. (2016). Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain, 157*(8), 1607-1610. doi:10.1097/j.pain.0000000000000512
- Diniz, E., Castro, P., Bousfield, A., & Figueira Bernardes, S. (2020). Classism and dehumanization in chronic pain: A qualitative study of nurses' inferences about women of different socio-economic status. *Br J Health Psychol, 25*(1), 152-170. doi:10.1111/bjhp.12399
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Retrieved from https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações pragmáticas. Retrieved from https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde sustentável – De tod@s para tod@s. Retrieved from https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade (Circular Normativa n.º 09/DGCG). Retrieved from <https://www.dgs.pt>

- Direção-Geral da Saúde. (no prelo). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor: 2026-2030*.
- Dworkin, R. H., Hetzel, R. D., & Banks, S. M. (1999). Toward a model of the pathogenesis of chronic pain. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 4(3), 176-185. doi:10.153/scnp00400176
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., . . . Witter, J. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113(1-2), 9-19. doi:10.1016/j.pain.2004.09.012
- Eccleston, C., Yorke, L., Morley, S., Williams, A. C., & Mastroiannopoulou, K. (2003). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd003968. doi:10.1002/14651858.Cd003968
- Eccleston, C., Blyth, F., Dear, B., ... & Williams, A. C. C. (2020). Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *PAIN*, 880-893.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *J Pain*, 17(9 Suppl), T70-92. doi:10.1016/j.jpain.2016.01.001
- EFIC, E. P. F. (2019). Core curriculum for the European Diploma in Pain Psychology (Version 3). Retrieved from https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2019/10/EFIC-CORE-EDPPsy-WEB-V3_final-website.pdf
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol*, 69(2), 153-166. doi:10.1037/a0035747
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*, 17(9 Suppl), T10-20. doi:10.1016/j.jpain.2015.08.010
- Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: an update and a path forward. *J Pain*, 14(12), 1539-1552. doi:10.1016/j.jpain.2013.08.007
- Finley, C. R., Chan, D. S., Garrison, S., Korownyk, C., Kolber, M. R., Campbell, S., . . . Allan, G. M. (2018). What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Can Fam Physician*, 64(11), 832-840.
- Finnerup, N. B., Attal, N., Haroutounian, S., McNicol, E., Baron, R., Dworkin, R. H., . . . Wallace, M. (2015). Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*, 14(2), 162-173. doi:10.1016/s1474-4422(14)70251-0
- Force, C. P. T. (2021). *An action plan for pain in Canada*. Retrieved from Ottawa:
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*, 69(2), 119-130. doi:10.1037/a0035514
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*, 133(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

- Gordon, D. B., Watt-Watson, J., & Hogans, B. B. (2018). Interprofessional pain education-with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. *Pain Rep*, 3(3), e663. doi:10.1097/pr9.0000000000000663
- Goubert, L., & Bernardes, S. F. (2025). Interpersonal dynamics in chronic pain: The role of partner behaviors and interactions in chronic pain adjustment. *Curr Opin Psychol*, 62, 101997. doi:10.1016/j.copsyc.2025.101997
- Haack, M., Simpson, N., Sethna, N., Kaur, S., & Mullington, J. (2020). Sleep deficiency and chronic pain: potential underlying mechanisms and clinical implications. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 205-216. doi:10.1038/s41386-019-0439-z
- Hadjistavropoulos, T. (2015). Pain assessment and management in older adults. In *APA handbook of clinical geropsychology, Vol. 2: Assessment, treatment, and issues of later life*. (pp. 413-439). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A., & Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*, 13(12), 1216-1227. doi:10.1016/s1474-4422(14)70103-6
- HealthMeasures. (2024). PROMIS® (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System). Retrieved from <https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*, 12(4), 230-250. doi:10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Herrero, P., Val, P., Lapuente-Hernández, D., Cuenca-Zaldívar, J. N., Calvo, S., & Gómez-Trullén, E. M. (2024). Effects of Lifestyle Interventions on the Improvement of Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)*, 12(5). doi:10.3390/healthcare12050505
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 113(16), 4296-4301. doi:10.1073/pnas.1516047113
- Institute of Medicine. 2011. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- International Association for the Study of Pain. (2018). *IASP curriculum outline on pain for psychologists*. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-psychology/>
- International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Terminology. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- International Association for the Study of Pain. (2021). International Association for the Study of Pain. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-psychology/>
- International Association for the Study of Pain. (2025). Pain management, research and education in low- and middle-income settings (2025 IASP Global Year). Retrieved from

- <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/pain-management-research-and-education-in-low-and-middle-income-settings/>
- Jimenez, X. F., Sundararajan, T., & Covington, E. C. (2018). A Systematic Review of Atypical Antipsychotics in Chronic Pain Management: Olanzapine Demonstrates Potential in Central Sensitization, Fibromyalgia, and Headache/Migraine. *Clin J Pain, 34*(6), 585-591. doi:10.1097/ajp.0000000000000567
- JoyPaul, S., Kelly, F., McMillan, S. S., & King, M. A. (2019). Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review. *PLoS One, 14*(10), e0223306. doi:10.1371/journal.pone.0223306
- Kajiwaru, K., Kako, J., Ito, Y., Tsubaki, M., Kobayashi, M., & Kakeda, T. (2024). The effect of music-based caregiving intervention on pain intensity in nursing home patients with dementia. *Pain, 165*(8), 1890. doi:10.1097/j.pain.0000000000003235
- Kapos, F. P., Craig, K. D., Anderson, S. R., Bernardes, S. F., Hirsh, A. T., Karos, K., . . . Ashton-James, C. E. (2024). Social Determinants and Consequences of Pain: Toward Multilevel, Intersectional, and Life Course Perspectives. *J Pain, 25*(10), 104608. doi:10.1016/j.jpain.2024.104608
- Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review. *PLoS One, 19*(8), e0309332. doi:10.1371/journal.pone.0309332
- Karst, M. (2024). Addressing the Emotional Body in Patients With Chronic Pain. *JAMA Netw Open, 7*(6), e2417340. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.17340
- Kerns, R. D., Burgess, D. J., Coleman, B. C., Cook, C. E., Farrokhi, S., Fritz, J. M., . . . Vining, R. (2022). Self-Management of Chronic Pain: Psychologically Guided Core Competencies for Providers. *Pain Med, 23*(11), 1815-1819. doi:10.1093/pm/pnac083
- Khalatbari-Soltani, S., & Blyth, F. M. (2022). Socioeconomic position and pain: a topical review. *Pain, 163*(10), 1855-1861. doi:10.1097/j.pain.0000000000002634
- Kovačević, I., Pavić, J., Filipović, B., Ozimec Vulinec, Š., Ilić, B., & Petek, D. (2024). Integrated Approach to Chronic Pain-The Role of Psychosocial Factors and Multidisciplinary Treatment: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health, 21*(9). doi:10.3390/ijerph21091135
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain, 12*(9), 964-973. doi:10.1016/j.jpain.2011.03.003
- Kühn, L., Reiter, N. L., Wengemuth, E., & Choi, K.-E. (2024). Patient and Provider Perspectives on Barriers and Facilitators to the Acceptance of Pain Neuroscience Education in Chronic Musculoskeletal Pain Conditions: A Qualitative Systematic Review Protocol. *Applied Sciences, 14*(2), 571. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2076-3417/14/2/571>
- Leão Nunes Filho, M. J., Barreto, E. S. R., Antunes Júnior, C. R., Alencar, V. B., Falcão Lins-Kusterer, L. E., Azi, L., & Kraychete, D. C. (2024). Efficacy of antidepressants in the treatment of chronic nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Manag, 14*(8), 437-451. doi:10.1080/17581869.2024.2408215
- Lepri, B., Romani, D., Storari, L., & Barbari, V. (2023). Effectiveness of Pain Neuroscience Education in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Central Sensitization: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health, 20*(5). doi:10.3390/ijerph20054098

- Liu, Y., Zhao, J., Fan, X., & Guo, W. (2019). Dysfunction in Serotonergic and Noradrenergic Systems and Somatic Symptoms in Psychiatric Disorders. *Front Psychiatry, 10*, 286. doi:10.3389/fpsy.2019.00286
- Loeffler, A., & Steptoe, A. (2021). Bidirectional longitudinal associations between loneliness and pain, and the role of inflammation. *Pain, 162*(3), 930-937. doi:10.1097/j.pain.0000000000002082
- Luites, J. W. H., Kuijjer, P., Hulshof, C. T. J., Kok, R., Langendam, M. W., Oosterhuis, T., . . . Hoving, J. L. (2022). The Dutch Multidisciplinary Occupational Health Guideline to Enhance Work Participation Among Low Back Pain and Lumbosacral Radicular Syndrome Patients. *J Occup Rehabil, 32*(3), 337-352. doi:10.1007/s10926-021-09993-4
- Ma, X., Chen, R., Li, W., & Huang, P. (2024). A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: short-term outcomes of pain and disability. *Physiother Theory Pract, 40*(9), 2130-2149. doi:10.1080/09593985.2023.2232003
- Ma, X., Yan, J., & Jiang, H. (2023). Application of Ketamine in Pain Management and the Underlying Mechanism. *Pain Res Manag, 2023*, 1928969. doi:10.1155/2023/1928969
- Macgregor, C., Walumbe, J., Tulle, E., Seenan, C., & Blane, D. N. (2023). Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J Pain, 17*(5), 479-490. doi:10.1177/20494637231188583
- Main, C. J., Shaw, W. S., Nicholas, M. K., & Linton, S. J. (2022). System-level efforts to address pain-related workplace challenges. *Pain, 163*(8), 1425-1431. doi:10.1097/j.pain.0000000000002548
- Marin, T. J., Lewinson, R. E., Hayden, J. A., Mahood, Q., Rossi, M. A., Rosenbloom, B., & Katz, J. (2021). A Systematic Review of the Prospective Relationship between Child Maltreatment and Chronic Pain. *Children (Basel), 8*(9). doi:10.3390/children8090806
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed. ed.): Mosby.
- McCracken, L. M. (2024). Psychological Flexibility, Chronic Pain, and Health. *Annu Rev Psychol, 75*, 601-624. doi:10.1146/annurev-psych-020223-124335
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *Am Psychol, 69*(2), 178-187. doi:10.1037/a0035623
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1-2), 159-166. doi:10.1016/j.pain.2003.10.012
- McGrath, P. J., Walco, G. A., Turk, D. C., Dworkin, R. H., Brown, M. T., Davidson, K., . . . Zeltzer, L. (2008). Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. *J Pain, 9*(9), 771-783. doi:10.1016/j.jpain.2008.04.007
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain, 106*(1-2), 127-133. doi:10.1016/s0304-3959(03)00301-4
- Meghani, S. H., Byun, E., & Gallagher, R. M. (2012). Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Med, 13*(2), 150-174. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01310.x

- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci*, 13(3), 88-92. doi:10.1016/0166-2236(90)90179-e
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Mendes-Morais, D., Jantarada, C., & Guimarães-Pereira, L. (2020). Translation, Cultural Adaptation and Validation of the Current Opioid Misuse Measure for European Portuguese. *Acta Med Port*, 33(4), 261-268. doi:10.20344/amp.12015
- Morone, N. E., Greco, C. M., Moore, C. G., Rollman, B. L., Lane, B., Morrow, L. A., . . . Weiner, D. K. (2016). A Mind-Body Program for Older Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 176(3), 329-337. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8033
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain*, 16(9), 807-813. doi:10.1016/j.jpain.2015.05.005
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. In *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2021.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain*, 11(2), 153-163. doi:10.1016/j.ejpain.2005.12.008
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*, 91(5), 737-753. doi:10.2522/ptj.20100224
- Nicklas, L., Albiston, M., Dunbar, M., Gillies, A., Hislop, J., Moffat, H., & Thomson, J. (2022). A systematic review of economic analyses of psychological interventions and therapies in health-related settings. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 1131. doi:10.1186/s12913-022-08158-0
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Retrieved from https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_ao_898_2024.pdf
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., de, C. W. A. C., & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain*, 148(3), 387-397. doi:10.1016/j.pain.2009.10.004
- Pickering, G., Gibson, S. J., Serbouti, S., Odetti, P., Ferraz Gonçalves, J., Gambassi, G., . . . Wary, B. (2010). Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus. *Eur J Pain*, 14(5), 545.e541-510. doi:10.1016/j.ejpain.2009.08.004
- Pico, M., Matey-Rodríguez, C., Domínguez-García, A., Yubero, N., & Santos-Lozano, A. (2025). Pain Neuroscience Education in Children and Adolescents with Chronic Pain: A Systematic Review. *Children (Basel)*, 12(10). doi:10.3390/children12101317
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*, 9(5), 745-758. doi:10.1586/ern.09.34
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts,

- challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.
doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Raudenská, J., Šteinerová, V., Vodičková, Š., Raudenský, M., Fulková, M., Urits, I., . . . Javůrková, A. (2023). Arts Therapy and Its Implications in Chronic Pain Management: A Narrative Review. *Pain Ther*, 12(6), 1309-1337. doi:10.1007/s40122-023-00542-w
- Rinaudo, C. M., Van de Velde, M., Steyaert, A., & Mouraux, A. (2025). Navigating the biopsychosocial landscape: A systematic review on the association between social support and chronic pain. *PLoS One*, 20(4), e0321750.
doi:10.1371/journal.pone.0321750
- Roelofs, J., Goubert, L., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., & Crombez, G. (2004). The Tampa Scale for Kinesiophobia: further examination of psychometric properties in patients with chronic low back pain and fibromyalgia. *Eur J Pain*, 8(5), 495-502.
doi:10.1016/j.ejpain.2003.11.016
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*, 2018, 6358624.
doi:10.1155/2018/6358624
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innov Clin Neurosci*, 9(1), 10-14.
- Saragih, I. D., Suarilah, I., Son, N. T., & Lee, B. O. (2023). Efficacy of non-pharmacological interventions to reduce pain in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*, 32(15-16), 5286-5299. doi:10.1111/jocn.16444
- Schatman, M. E. (Ed.) (2007). *Ethical issues in chronic pain management*: CRC Press.
- Scher, C., Meador, L., Van Cleave, J. H., & Reid, M. C. (2018). Moving Beyond Pain as the Fifth Vital Sign and Patient Satisfaction Scores to Improve Pain Care in the 21st Century. *Pain Manag Nurs*, 19(2), 125-129. doi:10.1016/j.pmn.2017.10.010
- Schultz, I. Z., Chlebak, C. M., & Stewart, A. M. (2013). Impairment, disability, and return to work. In M. T. Knauf & I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of Return to Work: From research to practice* (pp. 3-25). New York: Springer.
- Schumann, M. E., Lapid, M. I., Cunningham, J. L., Schluenz, L., & Gilliam, W. P. (2020). Treatment Effectiveness and Medication Use Reduction for Older Adults in Interdisciplinary Pain Rehabilitation. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 4(3), 276-286.
doi:10.1016/j.mayocpiqo.2020.01.004
- Skidmore, N., Nagy, Z., Cox, F. J., Huygen, F., Keogh, E., Kopf, A., . . . Fullen, B. M. (2025). Status and Opportunities for Improvement in Pain Education in Europe: A European Pain Federation EFIC Multiple-Methods Study. *Eur J Pain*, 29(6), e70025.
doi:10.1002/ejp.70025
- Smith, S. M., Li, R., Wolfe, H., Swanger-Gagne, M. S., Bonham, A. D., Kreher, D. A., & Poleshuck, E. L. (2019). Couple Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review. *Clin J Pain*, 35(11), 916-922. doi:10.1097/ajp.0000000000000752
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Theunissen, M., Peters, M. L., Bruce, J., Gramke, H. F., & Marcus, M. A. (2012). Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association

- with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain*, 28(9), 819-841.
doi:10.1097/AJP.0b013e31824549d6
- Thomaidou, M. A., Blythe, J. S., Peerdeman, K. J., van Laarhoven, A. I. M., Van Schothorst, M. M. E., Veldhuijzen, D. S., & Evers, A. W. M. (2023). Learned Nocebo Effects on Cutaneous Sensations of Pain and Itch: A Systematic Review and Meta-analysis of Experimental Behavioral Studies on Healthy Humans. *Psychosom Med*, 85(4), 308-321.
doi:10.1097/psy.0000000000001194
- Tollison, C. D., & Hinnant, D. W. (2007). Ethical issues in the psychological assessment of chronic pain patients. In C. D. Tollison, J. R. Satterthwaite, & J. W. Tollison (Eds.), *Handbook of pain management: A clinical companion to the textbook of pain* (pp. 1-18): Churchill Livingstone.
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., . . . Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27.
doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *J Pain*, 17(9 Suppl), T21-49.
doi:10.1016/j.jpain.2016.02.006
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*, 70(3), 678-690. doi:10.1037//0022-006x.70.3.678
- Van Houdenhove, B., Kempke, S., & Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep*, 12(3), 208-214. doi:10.1007/s11920-010-0105-y
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*, 45(1), 5-31. doi:10.1080/16506073.2015.1098724
- Vervoort, T., Karos, K., Trost, Z., & Prkachin, K. M. (Eds.). (2018). *Social and interpersonal dynamics in pain: We don't suffer alone*: Springer International Publishing.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147. doi:10.1016/j.pain.2011.12.009
- Volkow, N. D., & McLellan, A. T. (2016). Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*, 374(13), 1253-1263. doi:10.1056/NEJMra1507771
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)*, 51(2), 124-135.
doi:10.1093/occmed/51.2.124
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well being?* London: The Stationery Office.
- Wandner, L. D., Prasad, R., Ramezani, A., Malcore, S. A., & Kerns, R. D. (2019). Core competencies for the emerging specialty of pain psychology. *Am Psychol*, 74(4), 432-444.
doi:10.1037/amp0000330
- Webster, L. R., & Webster, R. M. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med*, 6(6), 432-442.
doi:10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x

- Weiner, D. K., Rudy, T. E., Morrow, L., Slaboda, J., & Lieber, S. (2006). The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med*, 7(1), 60-70. doi:10.1111/j.1526-4637.2006.00091.x
- Williams, A. C. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), Cd007407. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub4