



ESTUDO CLÍNICO

Catastrofização da dor em filhas de mulheres com fibromialgia: estudo caso-controlado

Régis Junior Muniz¹, Mariane Schäffer Castro¹, Jairo Alberto Dussan-Sarria^{2,4}, Wolnei Caumo^{2,3,4}, Andressa de Souza^{1,4*}

¹ Universidade La Salle, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, RS, Brazil

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Porto Alegre, RS, Brazil

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviço de Tratamento de Dor e Medicina Paliativa, Porto Alegre, RS, Brazil

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Laboratório de Dor e Neuromodulação, Porto Alegre, RS, Brazil

*Autor correspondente: Andressa de Souza (andressasz@gmail.com)

Resumo

A síndrome de fibromialgia caracteriza-se por dor crônica relacionada ao sistema musculoesquelético. Pacientes sentem-se incapazes e apresentam pensamentos catastróficos (exagero das sensações) correlacionados a eventos dolorosos. O objetivo do estudo foi comparar os pensamentos catastróficos associados a dor entre filhas de mulheres com fibromialgia e filhas de mulheres sem fibromialgia. Em ambos os grupos as filhas não apresentavam síndrome de fibromialgia. O estudo, com desenho caso-controlado, incluiu 76 participantes: 38 filhas de mulheres com diagnóstico de fibromialgia (grupo caso) e 38 filhas de mulheres sem fibromialgia (grupo controle). No estudo usamos as versões brasileiras do *Profile of Chronic Pain: Screen*, do *Pittsburgh Sleep Quality Index*, da *Pain Catastrophizing Scale*, da *Resilience Scale*, do *Beck Depression Inventory-II* e do *State-Trait Anxiety Inventory*. Os dados foram registrados e analisados no SPSS 20.0. As variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos usando o teste U de Mann-Whitney ou o teste *t* de Student para amostras independentes. Uma diferença foi considerada significativa quando $p < 0,05$. Quanto ao catastrofismo, o grupo caso apresentou maior catastrofismo total quando comparado ao grupo controle ($p = 0,025$). As filhas das pacientes com fibromialgia apresentaram grau mais elevado de ruminação e ampliação relacionadas a dor ($p = 0,028$ e $p = 0,007$, respectivamente), mas não mostraram desesperança. Concluímos que as filhas de mulheres com fibromialgia têm maior probabilidade de apresentar sintomas de fibromialgia devido a exposição à síndrome. Isso indica que os aspectos emocionais podem induzir alterações, e que são necessárias pesquisas complementares levando-se em conta características individuais.

Descritores: Fibromialgia; Catastrofização; Ansiedade; Depressão.

Introdução

Dor generalizada é um sinal de sensibilização do sistema nervoso em pacientes que apresentam dor crônica¹. A intensidade da dor varia de pessoa para pessoa, em função da causa e de distúrbios psicológicos². A *International Association for the Study of Pain* (IASP) definiu dor crônica como a presença de dor contínua por mais de três meses consecutivos³.

A fibromialgia exibe hiperalgesia e alodinia⁴. É caracterizada por processamento anômalo da dor, causado por alterações neurobiológicas que desregulam o mecanismo nociceptivo que comanda as respostas biofísicas à dor⁵. O *American College of Rheumatology* (ACR) definiu fibromialgia como a ocorrência de dor generalizada por pelo menos três meses consecutivos, com presença de dor à palpação em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos⁶. O tratamento com ou sem medicamentos⁵ pode controlar a dor crônica. A dor crônica compromete a qualidade do sono, causa fadiga e baixo desempenho nas atividades cotidianas^{7,8}. Pacientes com exposição a fatores físicos, emocionais, ambientais ou genéticos apresentam aumento da percepção da dor não apenas na fibromialgia, mas também na presença de doenças autoimunes, infecções e inflamações⁹.

Catastrofização é um processo cognitivo definido por “pensamento negativo exagerado que se inicia durante experiência dolorosa real ou antecipada”^{10,11}. A catastrofização associada à dor pode alterar a percepção da dor. O temor causado pela catastrofização influencia a percepção dos estímulos e a intensidade da dor^{12,13}. Estudos sugerem que um nível mais alto de pensamento catastrofizante correlaciona-se a maior incapacidade funcional¹⁴. As emoções podem influenciar o limiar da dor por meio de transtornos psiquiátricos ou somatoformes, além do catastrofismo¹⁵. Vários estudos registram a presença de catastrofização da dor em pacientes com fibromialgia. Um domínio da catastrofização é a ampliação, que pode aumentar a atenção do paciente aos sintomas dolorosos^{16,17}.

Deste modo, o objetivo do presente estudo foi comparar os níveis de catastrofização da dor entre filhas de mulheres com fibromialgia e filhas de mulheres saudáveis. A hipótese do estudo foi de que a catastrofização seria mais frequente em filhas de mulheres com fibromialgia do que em filhas de mulheres saudáveis.

Métodos

Este artigo obedeceu à lista de verificação dos itens da iniciativa *STROBE* para estudos observacionais caso-controle. O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (número do registro: 140635). O uso dos protocolos obedeceu às condições estabelecidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo caso-controle foi realizado no Laboratório de Dor e Neuromodulação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

População e desenho do estudo

O desenho do estudo foi observacional caso-controle que incluiu participantes com idade acima de 18 anos, filhas de mulheres diagnosticadas com fibromialgia e filhas de mulheres sem fibromialgia. Mulheres com fibromialgia atendidas no Ambulatório de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa do HCPA foram contatadas para recrutamento de suas filhas, enquanto filhas de mulheres sem fibromialgia foram recrutadas pela técnica de bola de neve, ou seja, cada filha de mulher com fibromialgia indicava outra participante que fosse filha de mulher sem fibromialgia. O consentimento informado por escrito para participação no estudo foi obtido de todas as participantes.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram idade maior do que 18 anos, ausência de diagnóstico de fibromialgia e mãe com (grupo caso) ou sem (grupo controle) fibromialgia. As participantes receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, compreenderam o objetivo e o protocolo do estudo e assinaram o termo de consentimento. Os critérios de exclusão foram diagnóstico de fibromialgia, ou de distúrbio psiquiátrico ou cognitivo grave que pudesse interferir na compreensão das escalas utilizadas no estudo, tais como distúrbio neurológico, doença sistêmica descompensada ou doença inflamatória associada, incluindo lúpus e artrite reumatoide.

Instrumentos e avaliações

As participantes foram avaliadas em uma única consulta no Ambulatório de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa do HCPA pela equipe de pesquisa que empregou as seguintes ferramentas de avaliação: Questionário Sociodemográfico para análise epidemiológica; a versão brasileira do *Profile of Chronic Pain: Screen* (B-PCP: S)¹⁸ para as características da dor crônica; a versão brasileira do *Pittsburgh Sleep Quality Index*¹⁹ para qualidade do sono; a versão brasileira da *Pain Catastrophizing Scale* (B-PCS)²⁰ para catastrofização; a *Resilience Scale* (RS)²¹ para a capacidade de lidar com as adversidades; o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II)²² para depressão; *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)²³ para ansiedade.

Solicitou-se que as voluntárias relembressem uma experiência dolorosa nociceptiva para o emprego da B-PCP: S e B-PCS. Não foram coletados dados sobre outras condições médicas e diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade.

Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo da amostra baseou-se no estudo realizado em 2005 por Montoya et al.²⁴. O tamanho do efeito estimado foi 0,68 (*d* de Cohen). Empregando-se o teste *t* para amostras independentes para uma diferença entre valores médios de até 0,68, um erro alfa bicaudal de 0,05, poder de 80% e amostras do mesmo tamanho, calculou-se que seriam necessárias 70 mulheres, 35 para o grupo controle e 35 para o grupo caso. Considerando que aproximadamente 10% das participantes não conseguiriam completar todos os testes, recrutamos 76 pacientes para compensar possíveis perdas. Calculamos o tamanho da amostra empregando o programa G*Power.

Análise estatística

As variáveis contínuas e categóricas foram sintetizadas empregando-se estatística descritiva convencional. A normalidade foi examinada com o teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos usando o teste *U* de Mann-Whitney ou o teste *t* de Student para amostras independentes. A diferença foi considerada significativa se $p < 0,05$ (taxa de erro do tipo I). Os dados foram analisados empregando-se SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, EUA). Não relatamos a ocorrência de dados incompletos.

Resultados

Este estudo apresenta os resultados das análises de 76 mulheres, que incluiu 38 filhas de mulheres com fibromialgia (grupo caso) e 38 filhas de mulheres sem fibromialgia (grupo controle). Idade, escolaridade em anos de estudo e IMC foram considerados como variáveis não paramétricas (Teste de Shapiro Wilk; $p = 0,002$, $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente). Os dois grupos apresentaram o mesmo perfil na linha de base (Tabela I), não

havendo diferenças significantes entre os grupos ($p > 0,05$) nas características descritas.

Os valores da escala de pensamento catastrofizante da dor e seus domínios (desamparo, ampliação e ruminação) foram considerados como variáveis não paramétricas (teste de Shapiro Wilk; $p = 0,009$, $p = 0,005$, $p < 0,001$ e $p = 0,003$, respectivamente). Da mesma forma os valores da *Resilience Scale*, *BDI* e *STAI-Trait* também foram considerados não paramétricos (teste de Shapiro Wilk; $p = 0,012$, $p < 0,001$ e $p = 0,025$, respectivamente). Apenas o valor da *STAI-State* foi considerado como variável paramétrica (teste de Shapiro Wilk; $p = 0,149$). O grupo caso apresentou maior nível de catastrofização da dor total em comparação ao grupo controle (Tabela II; $p = 0,025$). Com relação aos domínios da catastrofização, a ampliação e a ruminação foram significativamente maiores no grupo caso em relação ao grupo controle ($p = 0,028$ e $p = 0,007$, respectivamente). Entretanto, a desesperança não mostrou diferença significativa entre os grupos ($p = 0,135$). Igualmente, o escore da RS não diferiu significativamente entre os dois grupos ($p = 0,137$). A pontuação do *BDI-II* foi significativamente maior ($p = 0,005$) no grupo caso em comparação ao grupo controle. O escore *STAI-Trait* não diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0,628$), enquanto o *STAI-State* teve uma diferença significativa entre os grupos ($p = 0,011$).

Empregamos o B-PCP: S para descrever a dor nos dois grupos. A frequência da dor foi considerada variável paramétrica (teste de Shapiro Wilk; $p = 0,311$), enquanto a interferência nas atividades e emoções foram consideradas variáveis não paramétricas (teste de Shapiro Wilk; $p = 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente). Os escores totais do B-PCP nos seus domínios foram significativamente maiores nas filhas de mulheres com fibromialgia, ou seja, frequência da dor ($p < 0,001$), interferência da dor nas atividades ($p < 0,001$) e interferência da dor nas emoções ($p < 0,001$).

Discussão

As participantes dos dois grupos não tinham diagnóstico clínico de fibromialgia, mas, os grupos mostraram níveis de catastrofização da dor significativamente diferentes quanto a ruminação e ampliação de pensamentos relacionados a dor. Isso permite sugerir a hipótese de que as pacientes expostas à condição das mães possam ser mais suscetíveis a níveis mais elevados de catastrofização. Todavia, este estudo não avaliou a relação entre mães e filhas e, portanto, não pode concluir que a relação entre elas é a causa de resultados com níveis mais altos.

Fatores ambientais e psicossociais podem desencadear mudanças fisiológicas e atuar diretamente na saúde mental de mulheres com fibromialgia²⁵. Fitzcharles et al (2014)²⁶ estudaram 120 indivíduos com fibromialgia e verificaram diferenças significantes de catastrofização, e revelaram que fatores ambientais, como o ambiente familiar ou de trabalho, a exposição a estressores físicos ou emocionais e fatores psicossociais decorrentes de níveis socioeconômicos e educacionais podem agir na saúde mental. No presente estudo, concluímos que filhas de mulheres com fibromialgia apresentam níveis de catastrofização mais elevados. De acordo com estudo anterior^{REF}, fatores ambientais, como a exposição à condição clínica das mães, afetam as características psicossociais e podem influenciar a saúde mental.

Os grupos não mostraram diferença significativa quanto ao escore RS, o que pode ser explicado pelo fato de nenhuma filha apresentar fibromialgia nos dois grupos. Quanto à possibilidade de a resiliência estar associada à fibromialgia, já que as participantes deste estudo não apresentavam resiliência, McAllister et al (2015)²⁷ relataram poucos efeitos negativos com menos sintomas. Fatores emocionais relacionados às atividades cotidianas e relações interpessoais podem influenciar o bem-estar emocional e mediar sua relação com a dor²⁸.

As respostas obtidas no grupo caso revelaram que a preocupação com a possibilidade de desenvolver fibromialgia pode provocar alterações no estado emocional, gerando pensamentos e sentimentos depressivos e ansiosos, como consequência de as filhas observarem nas mães o desconforto emocional e físico provocado pela dor. Isso gera uma ideia negativa em relação à fibromialgia, podendo ocasionar um efeito psicossomático em sua homeostase²⁸. Em relação aos fatores ambientais e psicossociais que podem causar níveis mais elevados de estresse²⁵, Fitzcharles et al (2014)²⁸ mostraram correlação significativa entre ansiedade e depressão. De acordo com estudo anterior, o fator ambiental, como a constatação da doença materna afetando características psicossociais, influencia na saúde mental, como no caso de catastrofização da dor²⁵.

Diferentemente da depressão, não se observou diferença da ansiedade-traço entre os grupos. A fibromialgia parece estar relacionada a uma angústia que poderia desenvolver-se a partir de sintomas dolorosos: intensidade da dor, sonolência diurna, fadiga, disfunções cognitivas, ansiedade e depressão^{29,30}. A ansiedade tem sido descrita como sintoma da fibromialgia. Como as participantes avaliadas não apresentavam fibromialgia, também não exibiam ansiedade.

Filhas de mulheres com fibromialgia apresentaram alterações emocionais e de comportamento, o que merece atenção médica, pois algumas características apresentadas pelas mulheres com fibromialgia são observadas nas filhas, embora em menor grau. A possibilidade da presença de catastrofização da dor, depressão e ansiedade pode estar associada à condição materna e à somatização das filhas, ou pode ter um traço genético, e as filhas das mães com fibromialgia deste estudo poderiam desenvolver sintomas de fibromialgia.

O presente estudo teve a força de não registrar perda de participante ou ocorrência de dados incompletos. As limitações do estudo incluem a falta de investigação de outras condições médicas, pois poderiam ser um possível fator de confusão para os resultados do estudo. Além disso, a técnica da bola de neve é uma das principais limitações do estudo, por apresentar alto risco de viés, porque esse método de amostragem poderia afetar os resultados dos questionários. O método de amostragem utilizado no grupo caso (amostragem por conveniência), em que as participantes eram recrutadas de um ambulatório hospitalar, é um método que não permite assegurar se a amostra é representativa de toda a população, o que reduz a validade externa do estudo.

Assim, estudos com escopo preventivo deveriam avaliar catastrofização, ansiedade e depressão para a adequada orientação, com o objetivo de uma melhor qualidade de vida, mesmo para filhas de mulheres com fibromialgia e que não possuem a condição. Recomendamos a realização de estudos complementares que avaliem possíveis fatores genéticos em filhas de mulheres com fibromialgia e comparem filhas com mães que apresentam a mesma síndrome. Devem ser realizados estudos que avaliem o tempo para desenvolver o evento (fibromialgia) e os possíveis tratamentos que evitem o desenvolvimento da síndrome.

Conflitos de interesse

Ausente.

Apoio Financeiro

Nenhum.

Referências

1. Barbero M, Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña M, Cescon C, Falla D. Pain extent is associated with pain intensity but not with widespread pressure or thermal pain sensitivity in women with fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol*. 2017;
2. Bushnell MC, Čeko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*. 2013;
3. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2017;
4. Choy EHS. The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*. 2015;
5. Boomershine C. Fibromyalgia: The Prototypical Central Sensitivity Syndrome. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;
6. Arnold LM, Fan J, Russell IJ, Yunus MB, Khan MA, Kushner I, et al. The fibromyalgia family study: A genome-wide linkage scan study. *Arthritis Rheum*. 2013;
7. Góes SM, Stefanello JMF, Homann D, Lodovico A, Hubley-Kozey CL, Rodacki ALF. Torque and Muscle Activation Impairment Along with Insulin Resistance Are Associated with Falls in Women with Fibromyalgia. *J Strength Cond Res*. 2016;
8. Soriano-Maldonado A, Amris K, Ortega FB, Segura-Jiménez V, Estévez-López F, Álvarez-Gallardo IC, et al. Association of different levels of depressive symptoms with symptomatology, overall disease severity, and quality of life in women with fibromyalgia. *Qual Life Res*. 2015;
9. Efrati S, Golan H, Bechor Y, Faran Y, Daphna-Tekoah S, Sekler G, et al. Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome - Prospective clinical trial. *PLoS One*. 2015;
10. Block PR, Thorn BE, Kapoor S, White J. Pain Catastrophizing, rather than Vital Signs, Associated with Pain Intensity in Patients Presenting to the Emergency Department for Pain. *Pain Manag Nurs*. 2017;
11. Reiter S, Eli I, Mahameed M, Emodi-Perlman A, Friedman-Rubin P, Reiter M, et al. Pain Catastrophizing and Pain Persistence in Temporomandibular Disorder Patients. *J Oral Facial Pain Headache*. 2018;
12. Henderson LA, Akhter R, Youssef AM, Reeves JM, Peck CC, Murray GM, et al. The effects of catastrophizing on central motor activity. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2016;
13. Dunn LK, Durieux ME, Fernández LG, Tsang S, Smith-Straesser EE, Jhaveri HF, et al. Influence of catastrophizing, anxiety, and depression on in-hospital opioid consumption, pain, and quality of recovery after adult spine surgery. *J Neurosurg Spine*. 2018;
14. Craner JR, Sperry JA, Koball AM, Morrison EJ, Gilliam WP. Unique Contributions of Acceptance and Catastrophizing on Chronic Pain Adaptation. *Int J Behav Med*. 2017;
15. Lee JE, Kim SH, Shin SK, Wachholtz A, Lee JH. Attentional Engagement for Pain-Related Information among Individuals with Chronic Pain: The Role of Pain Catastrophizing. *Pain Res Manag*. 2018;
16. Loggia ML, Berna C, Kim J, Cahalan CM, Martel MO, Gollub RL, et al. The Lateral Prefrontal Cortex Mediates the Hypoalgesic Effects of Negative Cognitions in Chronic Pain Patients. *J Pain*. 2015;
17. Burns JW, Gerhart JI, Post KM, Smith DA, Porter LS, Schuster E, et al. The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study. *J Pain*. 2015;
18. Caumo W, Ruhlman LS, Karoly P, Sehn F, Vidor LP, Dall-Ágnol L, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Profile of Chronic Pain: Screen for a Brazilian Population. *Pain Med (United States)*. 2013;
19. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, da Silva Miozzo IC, de Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;
20. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza ICC, Torres ILS, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Catastrophizing Scale. *Pain Med (United States)*. 2012;
21. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;
22. Warmenhoven F, Van Rijswijk E, Engels Y, Kan C, Prins J, Van Weel C, et al. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a single screening question as screening tools for depressive disorder in Dutch advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2012;
23. Kaipper MB, Chachamovich E, Hidalgo MPL, da Silva Torres IL, Caumo W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. *J Psychosom Res*. 2010;
24. Montoya P, Pauli P, Batra A, Wiedemann G. Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*. 2005;
25. Andreoli L, Tincani A. Undifferentiated connective tissue disease, fibromyalgia and the environmental factors. *Current Opinion in Rheumatology*. 2017;
26. Fitzcharles MA, Rampakakis E, Ste-Marie PA, Sampalis JS, Shir Y. The association of socioeconomic status and symptom severity in persons with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2014;
27. McAllister SJ, Vincent A, Hassett AL, Whipple MO, Oh TH, Benzo RP, et al. Psychological resilience, affective mechanisms and symptom burden in a tertiary-care sample of patients with fibromyalgia. *Stress Heal*. 2015;
28. Sturgeon JA, Zautra AJ, Arewasikporn A. A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaptation to chronic pain. *Pain*. 2014;
29. Gerdle B, Ghafouri B, Ernberg M, Larsson B. Chronic musculoskeletal pain: Review of mechanisms and biochemical biomarkers as assessed by the microdialysis technique. *Journal of Pain Research*. 2014;
30. Nugraha B, Karst M, Engeli S, Gutenbrunner C. Brain-derived neurotrophic factor and exercise in fibromyalgia syndrome patients: A mini review. *Rheumatology International*. 2012.

Tabela 1. Características dos pacientes na linha de base e tipos de cirurgia realizada segundo os grupos de intervenção.

Variável	Controle (n=38) Mediana (Q ₁ ; Q ₃)	Caso (n=38) Mediana (Q ₁ ; Q ₃)	p*
Idade	27,50 (19,0; 34,0)	30,00 (23,75; 35,0)	0,160
Índice de Massa Corpórea	23,00 (20,99; 24,85)	24,1 (22,26; 27,97)	0,132
Escolaridade (anos de estudo)	14,00 (13,00; 16,00)	13,00 (12,00; 16,00)	0,139

Valores apresentados como mediana e intervalos interquartis (Q1; Q3) (n = 76).

* Teste de Mann Whitney.

Tabela 2. Perfil da amostra quanto a catastrofização, resiliência, depressão e ansiedade.

Variável	Controle (n=38) Mediana(Q ₁ ;Q ₃)	Caso (n=38) Mediana(Q ₁ ;Q ₃)	p	Efeito do tamanho
B-PCS Total	12,50 (2,00; 24,50)	21,50 (11,00; 31,75)	*0,025 §	0,50
B-PCS-Desesperança	5,00 (2,00; 10,00)	7,00 (3,75; 12,0)	0,135 §	-
B-PCS-Ampliação	3,00 (0,00; 5,25)	5,00 (2,00; 7,25)	*0,028 §	0,48
B-PCS-Ruminação	6,00 (0,00; 9,25)	9,00 (5,00; 11,00)	*0,007 §	0,68
<i>Resilience Scale</i>	136,50 (132,00; 145,25)	134,50 (126,75; 140,25)	0,137 §	-
<i>BDI-II</i>	6,00 (3,75; 9,00)	10,00(5,00; 15,25)	*0,005 §	0,78
<i>STAI-State</i>	29,00 (27,75; 32,25)	28,00 (25,00; 31,00)	*0,011 Ψ	0,60
<i>STAI-Trait</i>	24,00 (22,00; 27,00)	24,00 (22,75; 27,25)	0,628 §	-

Valores apresentados como mediana e intervalos interquartis (Q1;Q3) (n=76).

§ Teste de Mann Whitney; Ψ teste t para amostras independentes.

* Diferença significativa em relação ao grupo controle.

Tabela 3. Perfil das características da dor segundo os grupos.

Variável	Controle (n=38) Média ± DP	Caso (n=38) Média ± DP	p*	Tamanho do Efeito
B-PCP:S	22,18 ± 15,75	40,05 ± 7,46	<0,001	0,71
Frequência da dor	12,05 ± 7,50	18,52 ± 6,32	<0,001	0,93
Interferência da dor nas atividades	5,36 ± 4,98	12,60 ± 9,32	<0,001	0,97
Interferência da dor nas emoções	4,76 ± 4,64	8,92 ± 4,78	<0,001	0,88

Versão para o Português do Brasil do *Profile of Chronic Pain: Screen* (B-PCP:S). Os valores são apresentados como média ± desvio padrão (n = 76).

* testes *t* para amostras independentes, diferença significativa no grupo de controle.