



Escola Superior de Saúde

Fernando Pessoa

Licenciatura em Fisioterapia

Projeto de Graduação

**Estratégias de coping em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal**

Pedro Miguel Rodrigues de Carvalho

Estudante de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

36822@ufp.edu.pt

Adérito Seixas

Orientador

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

aderito@ufp.edu.pt

Porto, agosto de 2025

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

## Resumo:

**Objetivo:** analisar a relação entre as estratégias de *coping* e os níveis de ansiedade, depressão e stress em indivíduos com dor crónica cervical e lombar. **Metodologia:** Participaram 44 indivíduos adultos, avaliados através do Pain *coping* Inventory (PCI) e da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Foram realizadas correlações de Spearman e testes de Mann-Whitney U para comparar grupos com e sem sintomas emocionais, recorrendo também à mediana e amplitude interquartil como medidas descritivas. **Resultados:** não revelaram correlações estatisticamente significativas entre estratégias de *coping* e sintomatologia emocional. Contudo, a estratégia de Distração apresentou diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão stress ( $p = 0,031$ ), sendo mais utilizada no grupo sem sintomas. A Transformação da dor, embora sem significância estatística, apresentou padrões consistentes de utilização, com medianas mais elevadas no grupo sem sintomatologia e maior estabilidade no grupo com depressão. **Conclusões:** embora as estratégias de *coping* não se associem diretamente aos níveis de sofrimento emocional, a distração poderá ter um papel protetor específico no contexto do stress. A identificação e compreensão destas estratégias pode contribuir para intervenções mais eficazes no tratamento da dor crónica, integrando dimensões emocionais e comportamentais no plano terapêutico.

**Palavras-chave:** dor crónica, *coping*, estratégias de enfrentamento, ansiedade, depressão, stress, fisioterapia.

## Abstract:

**Objective:** This study aimed to analyse the relationship between *coping* strategies and levels of anxiety, depression, and stress in individuals with chronic cervical and lumbar pain. **Methodology:** A total of 44 adult participants were assessed using the Pain *coping* Inventory (PCI) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Spearman's correlations and Mann-Whitney U tests were conducted to compare participants with and without emotional symptoms, with median and interquartile range used as descriptive measures. **Results:** No statistically significant correlations were found between *coping* strategies and emotional symptoms. However, the Distraction strategy showed a statistically significant difference only in the stress dimension ( $p = 0.031$ ), being more used in the group without symptoms. Transformation of pain, although not statistically significant, showed consistent patterns of use, with higher medians in the group without emotional symptoms and greater stability in the depression group. **Conclusions:** These findings suggest that although *coping* strategies are not directly associated with emotional symptom levels, Distraction may have a specific protective role in stress contexts. Identifying and understanding these strategies may contribute to more effective interventions in chronic pain management, integrating emotional and behavioural components into therapeutic planning.

**Keywords:** chronic pain, *coping* strategies, anxiety, depression, stress, physiotherapy

## 1. Introdução

A dor crónica é um dos principais motivos de procura por serviços de saúde, representando um desafio significativo tanto para os profissionais da área da saúde como para os próprios pacientes. Em particular, a dor cervical e a dor lombar crónica constituem duas das condições musculoesqueléticas mais prevalentes a nível mundial, com impacto substancial na qualidade de vida, funcionalidade e saúde mental dos indivíduos afetados. Estima-se que aproximadamente 80% da população mundial experiencie dor lombar em algum momento da vida, e cerca de 30% a 50% sofra de dor cervical, sendo que uma percentagem significativa desenvolve formas crónicas dessas condições (Hoy et al., 2014; Fejer et al., 2006). A dor crónica é definida como aquela que persiste por mais de 3 meses, ultrapassando o tempo esperado de recuperação tecidual (Treede et al., 2015). A dor cervical e lombar crónica são duas das principais causas de incapacidade funcional em todo o mundo, com impactos significativos em termos socioeconómicos e de saúde pública. (Hoy et al., 2014; GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018)

Segundo dados da *Global Burden of Disease*, a dor lombar é a principal causa de anos vividos com incapacidade (YLDs) a nível mundial (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). A prevalência da dor lombar crónica afeta aproximadamente 20% da população adulta, enquanto a dor cervical crónica afeta entre 15% e 25% dos indivíduos, com maior incidência entre mulheres e adultos em idade ativa (Hoy et al., 2014; Fejer et al., 2006).

Além do impacto físico, a dor crónica está frequentemente associada a alterações emocionais e psicológicas. Evidências apontam para uma forte correlação entre a presença de dor crónica e o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (Aaron et al., 2025; Bair et al., 2003). Estas condições comórbidas podem influenciar negativamente a perceção da dor, a resposta ao tratamento e a adesão terapêutica, criando um círculo vicioso que perpetua o sofrimento do paciente. Estudos demonstram que indivíduos com dor lombar e cervical crónica apresentam uma maior prevalência de transtornos psicológicos, sendo que a taxa de depressão em pacientes com dor crónica pode variar entre 20% a 50% (Arnold et al., 2006). Pacientes com dor persistente apresentam maior risco de desenvolver transtornos como ansiedade generalizada e depressão, que, por sua vez, podem intensificar a experiência dolorosa e dificultar a reabilitação (Aaron et al., 2025). A prevalência de depressão em

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

pacientes com dor lombar pode atingir até 50%, enquanto sintomas de ansiedade podem estar presentes em mais de 60% dos casos (Gureje et al., 2008). Estudos apontam que fatores emocionais modulam não apenas a intensidade da dor, mas também a percepção de incapacidade e a resposta ao tratamento (Arnouk et al., 2006). Esses estados emocionais podem promover um ciclo de hipervigilância e catastrofização, com impacto negativo sobre o bem-estar físico e psicológico do paciente.

Nesse contexto, as estratégias de *coping*, ou seja, os mecanismos cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos para lidar com situações adversas, emergem como fatores cruciais para lidar com a dor crónica. Tais estratégias podem ser adaptativas ou disfuncionais, influenciando diretamente a experiência de dor, o nível de incapacidade e os desfechos clínicos (Jensen et al., 2001). Estratégias de *coping* adaptativas, como o uso de pensamento positivo, aceitação e resolução de problemas, estão associadas a menor intensidade de dor, maior equilíbrio psicológico e maior funcionalidade. Por outro lado, estratégias disfuncionais, como a catastrofização, evitamento ou negação, tendem a intensificar a dor percebida e agravar os sintomas de ansiedade, depressão, e stress e aumentar o recurso a serviços de saúde e pior prognóstico (Jensen et al., 2001; Keefe et al., 2004).

A literatura destaca que o tipo de *coping* utilizado pelos pacientes com dor crónica influencia diretamente os níveis de ansiedade e depressão. A catastrofização, por exemplo, é uma das estratégias mais associadas ao aumento da dor percebida e à intensificação de sintomas depressivos (Severeijns et al., 2001). Por sua vez, estratégias focadas na resolução de problemas e aceitação promovem melhor adaptação à dor e maior autonomia funcional (Thieme et al., 2006).

A elevada prevalência da dor crónica cervical e lombar e os seus impactos multifatoriais, nomeadamente físicos, emocionais e sociais, justificam a importância de investigar não apenas os aspetos biomecânicos, mas também os fatores psicossociais envolvidos. Estratégias de *coping* ineficazes, quando associadas a níveis elevados de ansiedade e depressão, podem contribuir para a cronificação da dor e para uma menor resposta às intervenções terapêuticas convencionais. Embora a literatura reconheça a influência das emoções sobre a percepção da dor, ainda existe uma lacuna significativa no conhecimento sobre como a individualidade na gestão destas situações influenciam o prognóstico em pacientes com dor crónica

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

musculoesquelética. Assim, com este estudo pretende-se analisar a relação entre os níveis de ansiedade, depressão e stress, e as estratégias de *coping* utilizadas por pacientes com dor crónica cervical e lombar.

Compreender essa relação é essencial para que os fisioterapeutas possam adotar abordagens mais integradas e individualizadas, baseadas em modelos biopsicossociais de cuidado. Este estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de promover uma prática clínica mais eficiente, sustentada por evidência científica, e que contribua para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com dor cervical e lombar crónica.

## **2. Metodologia**

Com o objetivo de responder às questões levantadas neste estudo, será conduzida uma investigação de natureza observacional, abrangendo pacientes com dor musculoesquelética crónica cervical e lombar.

### **2.1 Participantes e critérios de elegibilidade**

Foram selecionados para o estudo 44 indivíduos adultos que apresentam queixas de dor musculoesquelética persistente (com duração superior a três meses), em pelo menos uma das regiões articulares mencionadas, e que aceitaram participar de forma voluntária. Estão excluídos os indivíduos que apresentem limitações que os impeçam de preencher os questionários (por exemplo, défices cognitivos, analfabetismo funcional, deficiência visual não corrigida), aqueles que não completarem os instrumentos de avaliação, bem como pessoas com doenças sistémicas ou oncológicas diagnosticadas nos últimos cinco anos, ou que apresentem sintomas que suscitem suspeita clínica de patologias graves (como perda de peso inexplicável, febre, calafrios ou dor noturna intensa). Também foram excluídos pacientes com infeção urinária recente, doenças reumatológicas ou neurológicas (Karjalainen et al., 2019).

A recolha de dados teve lugar na Clínica Pedagógica de Fisioterapia (CPF) da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, após aprovação do projeto pela respetiva Comissão de

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Ética. Os fisioterapeutas da CPF foram responsáveis por recrutar os participantes elegíveis e informá-los.

## **2.2 Procedimentos Éticos**

A recolha de dados teve início após aprovação da comissão de ética da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, e da autorização das instituições envolvidas, tendo o estudo sido aprovado com o número ESS/PI - 445/23. Os participantes receberam todas as informações sobre o estudo, e puderam esclarecer dúvidas, consultar opiniões externas e decidir, sem pressões, se desejariam participar. Foi esclarecido que a participação seria voluntária e que poderiam desistir em qualquer fase da investigação, sem qualquer penalização. Aqueles que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento informado (modelo UFP – anexo 1), garantindo sua adesão livre e consciente ao estudo, em conformidade com a Declaração de Helsínquia.

Garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, cada participante foi identificado apenas por um código numérico, utilizado em todos os instrumentos de avaliação. O termo de consentimento foi guardado separadamente, em local seguro e de acesso restrito. Os dados foram armazenados e tratados de forma codificada, e serão destruídos no prazo máximo de cinco anos após a conclusão da investigação. Os investigadores principais serão os responsáveis pelo cumprimento das normas éticas e legais, incluindo o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Todas as escalas utilizadas foram previamente validadas para a língua portuguesa e acompanhadas de autorização dos autores ou entidades responsáveis (anexos 4 a 9), exceto a escala *Pain coping Inventory* (PCI), cuja autorização ainda não foi obtida, apesar das tentativas de contacto com os autores.

## **2.3 Instrumentos**

Independentemente da área afetada pela dor, os participantes responderam ao questionário de caracterização, à escala numérica de dor, ao *Pain coping Inventory* (PCI), à Escala de Ansiedade e Depressão (EADS 21), e a uma escala de avaliação funcional dirigida à área afetada, Neck Disability Index (NDI), ou Questionário de Incapacidade de Roland Morris.

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

### Questionário de Caracterização

Incluiu variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, IMC, ocupação, situação laboral, lateralidade dominante, duração da dor, intensidade da dor (medida pela Escala Numérica), diagnóstico de psicopatologias, uso de medicamentos e a sua finalidade, prática de exercício físico e realização de tratamentos.

### Escala Numérica da Dor (NRS)

Varia de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima) e permite ao participante quantificar a intensidade da dor sentida (Direção-Geral da Saúde, 2003). A versão portuguesa apresenta elevada fiabilidade teste–reteste (ICC = 0,95) e validade concorrente adequada com outras medidas de dor (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011).

### Neck Disability Index (NDI)

Instrumento de autopreenchimento que mede o impacto da dor cervical na funcionalidade. A pontuação varia entre 0 e 50, com maiores valores correspondendo a maior limitação (Cruz et al., 2015). A versão portuguesa demonstrou boa consistência interna ( $\alpha = 0,88$ ) e elevada fiabilidade teste–reteste (ICC = 0,93) (Lopes et al., 2008).

### Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

Consiste em 24 questões com respostas dicotómicas (“sim”/“não”), usadas para avaliar o impacto funcional da lombalgia. A pontuação final varia de 0 (sem incapacidade) a 24 (incapacidade severa) (Monteiro et al., 2010). A versão portuguesa revelou boa consistência interna ( $\alpha = 0,87$ ) e fiabilidade teste–reteste (ICC = 0,94) (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2010).

### Pain Coping Inventory (PCI)

Desenvolvido por Kraaimaat e Evers (2003), é composto por 33 itens que avaliam estratégias cognitivas e comportamentais de coping em dor crónica. A versão portuguesa foi validada e adaptada culturalmente por Oliveira e Costa (2012), apresentando consistência interna adequada ( $\alpha = 0,70–0,86$  nas subescalas) e estrutura fatorial confirmada. O PCI distingue

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

duas dimensões: coping ativo (esforços para manter o funcionamento apesar da dor) e coping passivo (restrição funcional e pensamentos negativos associados à dor).

### Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 itens (EADS-21)

Originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), avalia sintomas de depressão, ansiedade e stress. É composta por 21 itens distribuídos em três subescalas (7 itens cada), avaliados numa escala de Likert de 4 pontos. A versão portuguesa foi validada por Pais-Ribeiro et al. (2004), apresentando boa consistência interna ( $\alpha = 0,84-0,90$ ) e validade concorrente estabelecida com outros instrumentos de saúde mental.

## **2.4 Procedimentos Metodológicos**

Os participantes elegíveis, recrutados na CPF, receberam os instrumentos mencionados para preenchimento durante os seus dias habituais de tratamento, não sendo necessária qualquer deslocação adicional.

## **2.5 Análise Estatística**

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS v26, adotando-se um nível de significância de 5% em todas as análises. Foram aplicadas análises descritivas para caracterização da amostra e das variáveis em estudo. A normalidade das distribuições foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e, considerando a ausência de normalidade, foram selecionados testes não paramétricos para a análise. As variáveis contínuas foram descritas recorrendo à mediana (amplitude interquartil), enquanto as variáveis nominais foram apresentadas recorrendo às frequências das categorias (%). Os scores da escala EADS-21 foram normalizados como percentagem do valor máximo possível. Para avaliar a associação entre as estratégias de *coping* utilizadas e os sintomas de depressão, ansiedade e stress recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. A força das correlações foi classificada de acordo com os critérios de Schober, Boer & Schwarte (2018): (0,00-0,10: correlação negligenciável; 0,10-0,39: correlação fraca; 0,40-0,69: correlação moderada; 0,70-0,89: correlação forte; 0,90-1,00: correlação muito forte). Para analisar as diferenças entre as estratégias de *coping* entre os grupos de utentes com e sem sintomatologia de depressão, ansiedade e stress (normal vs com sintomas) recorreu-se ao teste de Mann-Whitney.

### 3. Resultados

#### 3.1 Caracterização da amostra

Participaram neste estudo 44 pessoas (88,6% do género feminino e 11,4% do género masculino) com uma mediana de idades de 73,50 anos (AIQ: 18 anos), IMC com mediana de 25,15 (AIQ: 6,19), e mediana da intensidade da dor 8 (AIQ: 3). No que diz respeito ao estado civil dos participantes, 9,1% reportaram ser solteiros, 36,4% reportam ser casados, 11,4% reportam ser divorciados, 38,6% reportam ser viúvos e 4,5% reportam estar numa união de facto. Relativamente à escolaridade, 63,6% representam um nível de escolaridade mais baixo reportado e 36,4% um nível de escolaridade mais alto. Quanto ao apoio social, 52,3% afirmam viver sozinhos, 29,5% referem viver sozinhos, mas com apoio, e 18,2% vivem acompanhados. Sobre a situação laboral, 31,8% reportam estar empregados, 6,8% desempregados e 61,4% reformados. Quanto ao local da queixa, 65,9% reportam dor lombar e 34,1% dor cervical.

Na tabela 1 encontra-se a análise relativa aos resultados indicadores de normalidade ou presença de depressão, ansiedade e stress.

**Tabela 1:** Distribuição dos dados recolhidos de depressão, ansiedade e stress.

Diagnóstico	Normal (% n)	Presente (% n)
Depressão	30 (68,2)	14 (31,8)
Ansiedade	23 (52,3)	21 (47,7)
Stress	28 (63,6)	16 (36,4)

Os resultados demonstram que relativamente a depressão, 68,2% está normal e em 31,8% dos pacientes está presente. Quanto à ansiedade, 52,3% está normal e em 47,7% dos pacientes está presente. Sobre o stress, 63,6% está normal e em 36,4% está presente. Assim, verifica-se que a ansiedade representa o quadro clínico predominante, incidindo em quase metade dos participantes, seguida respetivamente do stress e da depressão.

#### 3.2 Associação entre os sintomas de depressão, ansiedade stress e as estratégias de *coping* adotadas e diferenças entre grupos

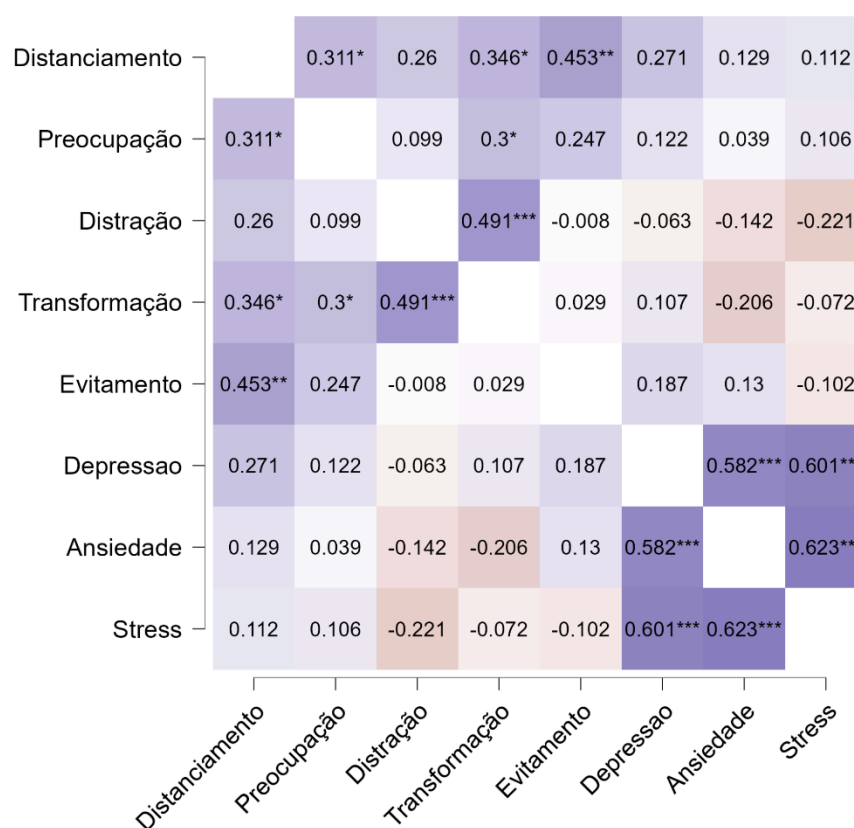
Esta secção apresenta os resultados da análise de correlação e comparação entre estratégias

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

de *coping* e a presença de sintomas emocionais (ansiedade, depressão e stress). São incluídas as correlações de *Spearman* (figura 1), a comparação entre grupos com e sem sintomas.

A figura 1 apresenta os coeficientes de correlação de *Spearman* ( $\rho_s$ ) entre as estratégias de *coping* e os sintomas emocionais. Nenhuma correlação atingiu significância estatística ( $p > 0,05$ ).

**Figura 1:** Matriz de correlação entre os indicadores de depressão, ansiedade e stress e as estratégias de *coping* utilizadas (\*  $p < 0,05$ ).



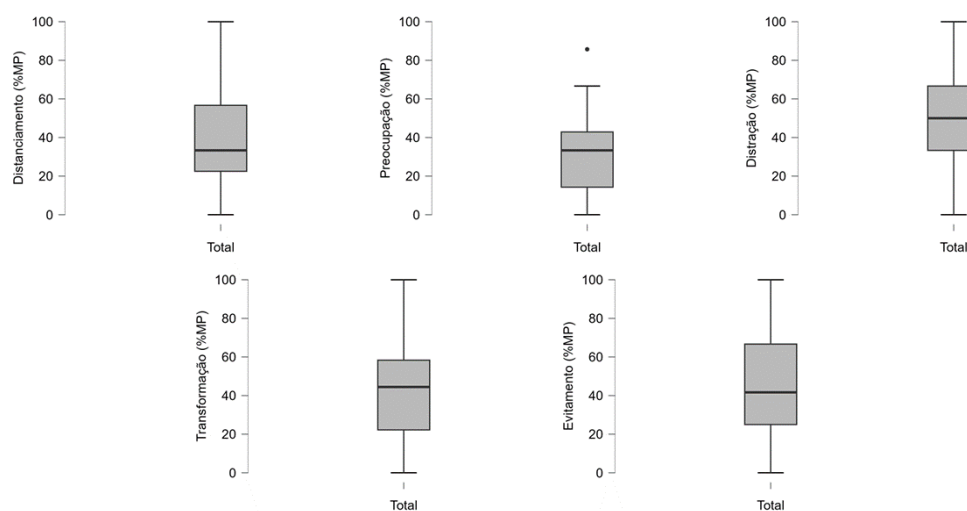
A análise das correlações de Spearman evidenciou associações significativas entre algumas estratégias de coping. Observou-se uma correlação positiva entre Distanciamento e Preocupação ( $\rho_s = 0,311$ ;  $p < 0,05$ ), bem como entre Distanciamento e Transformação ( $\rho_s = 0,346$ ;  $p < 0,05$ ). O Distanciamento apresentou ainda correlação positiva moderada com o Evitamento ( $\rho_s = 0,453$ ;  $p < 0,01$ ). Também se verificou uma associação positiva entre Preocupação e Transformação ( $\rho_s = 0,300$ ;  $p < 0,05$ ), e entre Distração e Transformação ( $\rho_s = 0,491$ ;  $p < 0,001$ ). Estas correlações sugerem que determinadas estratégias tendem a ser

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

utilizadas em conjunto, refletindo a coexistência de padrões de coping relativamente estáveis na amostra. Não se verificam correlações significativas entre estratégias de *coping* e sintomas de depressão, ansiedade e stress, o que sugere que o estilo de *coping* pode não estar diretamente associado ao estado emocional. Em contraste, os sintomas emocionais revelaram uma associação moderada entre si. Depressão, ansiedade e stress apresentaram correlações positivas moderadas ( $\rho_s > 0,58$ ;  $p < 0,001$ ), evidenciando uma clara coocorrência destas dimensões emocionais na amostra.

A análise descritiva das estratégias de coping utilizadas pela amostra encontra-se representada pela figura 2.

**Figura 2:** Representação da utilização das estratégias de *coping* na amostra total, como percentagem do máximo possível.



Na análise global da amostra, observou-se que a Distração se destacou como a estratégia mais utilizada (Med = 58,33; AIQ = 25,0). Em contrapartida, estratégias como Preocupação (Med = 33,33; AIQ = 30,95) e Distanciamento (Med = 33,33; AIQ = 35,0) apresentaram valores intermédios. A Transformação da Dor (Med = 33,33; AIQ = 33,33) surgiu em níveis mais baixos. O Evitamento (Med = 33,33; AIQ = 50,0), embora também com mediana reduzida, destacou-se pela maior dispersão.

Com o objetivo de compreender se as estratégias de *coping* diferem entre indivíduos com e sem sintomatologia emocional, foram realizadas análises comparativas utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney U para as dimensões de ansiedade, depressão e stress. Este

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

teste é apropriado para comparar distribuições de duas amostras independentes quando não se verifica o pressuposto de normalidade, neste caso sustentada pelos resultados do teste de Shapiro–Wilk, ou quando as variáveis são de natureza ordinal/psicométrica. As tabelas seguintes 2, 3 e 4 apresentam a caracterização dos dados, tendo sido utilizadas medidas robustas como a mediana e o intervalo interquartil (AIQ).

**Tabela 2:** Diferenças na utilização das estratégias de *coping* entre os utentes com e sem sintomas de ansiedade (normal vs. presente).

Estratégia	Mediana (Normal)	AIQ (Normal)	Mediana (Presente)	AIQ (Presente)	P
Distanciamento	40.0	36.67	33.33	35.0	0.878
Preocupação	33.33	28.57	33.33	30.95	0.768
Distração	58.33	58.33	50.0	25.0	0.19
Transformação	55.56	55.56	33.33	33.33	0.138
Evitamento	41.67	41.67	33.33	50.0	0.896

Nenhuma estratégia apresentou diferenças estatisticamente significativas na sua utilização entre os grupos. Embora as medianas de 'Transformação' e 'Distração' sejam superiores no grupo normal, estas diferenças não atingiram significância estatística.

**Tabela 3:** Diferenças na utilização das estratégias de *coping* entre os utentes com e sem sintomas de depressão (normal vs. presente).

Estratégia	Mediana (Normal)	AIQ (Normal)	Mediana (Presente)	AIQ (Presente)	p
Distanciamento	33.33	34.17	38.33	43.33	0.456
Preocupação	28.57	34.52	35.71	19.05	0.324
Distração	50.0	35.42	45.83	39.58	0.694
Transformação	38.89	58.33	44.44	16.67	0.98
Evitamento	37.5	33.33	41.67	68.75	0.242

Tal como na ansiedade, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na utilização das estratégias de *coping*. As medianas são próximas, e a dispersão (AIQ) é elevada, sugerindo grande variabilidade intra-grupo.

**Tabela 4:** Diferenças na utilização das estratégias de *coping* entre os utentes com e sem sintomas de stress (normal vs. presente).

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Estratégia	Mediana (Normal)	AIQ (Normal)	Mediana (Presente)	AIQ (Presente)	p
Distanciamento	35.0	38.33	33.33	42.5	0.392
Preocupação	30.95	35.71	38.1	23.81	0.732
Distração	58.33	25.0	41.67	22.92	0.031
Transformação	44.44	50.0	38.89	41.67	0.417
Evitamento	41.67	39.58	37.5	54.17	0.951

A estratégia de 'Distração' apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,031$ ), com mediana mais elevada no grupo sem stress.

#### 4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre as estratégias de *coping* e os níveis de ansiedade, depressão e stress em indivíduos com dor crónica cervical e lombar. Partiu-se da hipótese de que estratégias de *coping* menos adaptativas estariam associadas a níveis mais elevados de sofrimento emocional, conforme descrito na literatura (Jensen et al., 2001; Keefe et al., 2004; Compas et al., 2017). No entanto, os resultados revelaram a ausência de correlações estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* e os níveis de sintomatologia emocional, contrariando parcialmente a expectativa inicial.

Para além da ausência de associações lineares entre coping e sintomatologia emocional, a análise das correlações evidenciou que algumas estratégias de *coping* entre si tendem a ser utilizadas em conjunto, formando agrupamentos característicos. Por exemplo, a associação entre Preocupação e Distanciamento, ambas de natureza passiva, reforça a literatura que descreve os estilos de coping menos adaptativos como frequentemente coexistentes, contribuindo para maior vulnerabilidade psicológica e limitação funcional em pessoas com dor crónica (Roditi & Robinson, 2011; Turk et al., 2016). Por outro lado, a correlação positiva entre Distração e Transformação, duas estratégias de carácter mais ativo, sugere que alguns indivíduos recorrem de forma combinada a mecanismos cognitivos e comportamentais na tentativa de manter o funcionamento apesar da dor, em consonância com o modelo de coping ativo descrito por (Kraaimaat et al., 2003). Estes padrões de associação entre estratégias indicam que o coping deve ser analisado não apenas de forma isolada, mas

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

também no modo como as estratégias se organizam entre si, podendo esta configuração ser clinicamente relevante para orientar intervenções personalizadas na gestão da dor crónica.

As correlações elevadas entre os próprios sintomas emocionais ( $\rho_s > 0,58$ ;  $p < 0,001$ ) validam a sensibilidade da EADS-21 e confirmam a coocorrência entre depressão, ansiedade e stress já bem documentada em pessoas com dor crónica (Bair et al., 2003; Aaron et al., 2025), reforçando a confiança na consistência dos dados obtidos. Este padrão reforça a literatura existente, que documenta a forte sobreposição destes sintomas em indivíduos com dor crónica (Bair et al., 2003; Aaron et al., 2025), e valida a sensibilidade dos instrumentos utilizados, nomeadamente a escala EADS-21, desenvolvida especificamente para avaliar de forma diferenciada, mas interligada, os três domínios emocionais.

A leitura transversal dos resultados revela que a distração é consistentemente uma das estratégias mais utilizadas em todas as dimensões emocionais e em ambos os grupos, sendo a única a apresentar diferenças significativas ao nível da sua utilização quando comparamos o grupo de pessoas com e sem sintomas, e apenas no contexto do stress. A Transformação tende a posicionar-se entre as estratégias mais valorizadas na ausência de sintomatologia emocional, apresentando ainda maior estabilidade no uso quando a depressão está presente. Já a Preocupação e o Distanciamento surgem, de forma consistente, em níveis médios ou baixos de mediana, enquanto o Evitamento se distingue pela heterogeneidade no grupo com sintomatologia emocional, o que poderá refletir diferenças individuais marcadas nos estilos de *coping* adotados.

Embora não tenham sido encontradas associações lineares diretas entre *coping* e sintomas emocionais, a análise comparativa evidenciou que a estratégia de Distração apresentou diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão stress, sendo mais utilizada no grupo sem sintomatologia de stress. Isto sugere que a distração pode funcionar como um recurso de *coping* mais utilizado por indivíduos sem sintomatologia de stress, possivelmente contribuindo para a sua regulação emocional. Embora as estratégias de *coping* não se diferenciem na maioria dos casos, a 'Distração' emerge como um possível marcador de distinção no contexto do stress, reforçando a sua relevância como recurso potencialmente protetor. Este resultado poderá orientar futuras intervenções no sentido de incentivar atividades de distração como parte de programas de gestão de stress. Esta interpretação é suportada pela evidência que descreve a distração positiva, isto é, o envolvimento em

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

atividades prazerosas e significativas que desviam o foco da experiência dolorosa, como uma estratégia associada a maior bem-estar e menor risco de sintomas depressivos em contextos de stress crónico (Waugh et al., 2020).

A Transformação da dor, apesar de não ter alcançado significância estatística em nenhuma dimensão, apresentou padrões de utilização consistentes: medianas mais elevadas no grupo sem sintomatologia emocional e maior estabilidade no grupo com depressão. Estes padrões indicam que, mesmo na ausência de associações estatísticas robustas na maioria das estratégias, certas formas de *coping* podem estar mais enraizadas em perfis específicos, podendo funcionar como mecanismos de regulação adaptativa ou compensatória. (Thieme et al., 2006).

Por outro lado, estratégias como Preocupação, Evitamento e Distanciamento não evidenciaram diferenças significativas entre grupos, o que sugere um uso relativamente transversal, menos condicionado pela presença ou ausência de sintomatologia ansiosa, depressiva ou de stress no momento da avaliação. Este padrão está em consonância com a literatura, que descreve os estilos de *coping* menos adaptativos como persistentes ao longo do tempo e consistentemente associados a maior sofrimento psicológico e incapacidade funcional em contextos de dor crónica (Roditi & Robinson, 2011; Turk et al., 2016). Embora estas estratégias possam ser alvo de intervenção psicológica e multidisciplinar, a sua modificação tende a exigir abordagens estruturadas e prolongadas, refletindo a relativa resistência à mudança que caracteriza padrões de *coping* passivo.

De uma forma geral, estes resultados reforçam a importância de analisar não apenas a presença ou ausência de estratégias de *coping*, mas também a sua frequência e consistência de utilização, bem como o contexto emocional em que ocorrem. No campo clínico, reconhecer que a Distração pode ter um papel protetor no stress e que a Transformação da dor pode ser uma estratégia potencialmente útil em determinados perfis emocionais ao orientar intervenções mais personalizadas na gestão da dor crónica.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa considerar. A dimensão reduzida da amostra limita a generalização dos resultados e o poder estatístico para identificar associações significativas. O desenho transversal impede a definição de relações de causalidade entre *coping* e variáveis emocionais. Além disso, os instrumentos utilizados basearam-se em

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

autorrelato, estando sujeitos a enviesamentos de resposta devido a vários fatores como por exemplo de compreensão e interpretação linguística. Não foram controlados fatores externos, como tratamentos farmacológicos ou acompanhamento psicológico, que podem influenciar os resultados. Por último, o contexto geográfico específico da amostra poderá limitar a comparabilidade com outros estudos internacionais, dada a influência de aspetos socioculturais na escolha das estratégias de *coping*.

## 5. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo compreender a relação entre as estratégias de *coping* e os níveis de ansiedade, depressão e stress em indivíduos com dor crónica cervical e lombar. Embora não tenham sido encontradas correlações estatisticamente significativas entre estilos de *coping* e sintomatologia emocional, a estratégia de Distração destacou-se na dimensão stress, sendo mais utilizada no grupo sem sintomas. Este resultado sugere um possível papel protetor desta estratégia na regulação emocional perante situações de tensão.

A Transformação da dor, apesar de não apresentar significância estatística, revelou padrões consistentes de utilização, com valores mais elevados no grupo sem sintomatologia e maior estabilidade no grupo com depressão. Estes resultados apontam para uma potencial relevância clínica desta estratégia, possivelmente associada a esforços de resignificação da experiência dolorosa. Estratégias como Preocupação, Evitamento e Distanciamento mostraram um uso mais transversal, sem diferenças relevantes entre grupos.

Os resultados reforçam a necessidade de abordagens integradas e multidisciplinares na gestão da dor crónica, contemplando dimensões físicas, emocionais e comportamentais. A identificação de padrões específicos de *coping* pode apoiar o desenvolvimento de intervenções mais personalizadas, centradas na promoção de estratégias adaptativas. Apesar das limitações do estudo, como o tamanho reduzido da amostra e o desenho transversal, os dados obtidos oferecem uma base para futuras investigações e para a integração de componentes psicoeducacionais nos programas de reabilitação.

## 6. Bibliografia

- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Vitalicia, L., Rogers, A. B., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 8(3), e250268. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0268>
- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., ... & Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 262–268. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204851.15499.fc>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Cruz, E. B., Ribeiro, D. C., & Caeiro, C. (2015). Validation of the Portuguese version of the Neck Disability Index in patients with chronic neck pain. *Disability and Rehabilitation*, 37(25), 2397–2401. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1027002>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa n.º 09/DGCG. Lisboa: DGS.
- Fejer, R., Kyvik, K. O., & Hartvigsen, J. (2006). The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *European Spine Journal*, 15(6), 834–848. <https://doi.org/10.1007/s00586-004-0864-4>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2010). [Validation of the Portuguese version of Roland-Morris Disability Questionnaire]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 33–39.

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, *152*(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries, 1990–2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (2008). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA*, *280*(2), 147–151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>

Hoy, D., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Bain, C., ... & Buchbinder, R. (2014). The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *73*(6), 968–974. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (2001). coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, *47*(3), 249–283. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00333-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00333-7)

Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, *5*(4), 195–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>

Kraaimaat, F. W., & Evers, A. W. M. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine*, *10*(4), 343–363. [https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM1004\\_5](https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM1004_5)

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Lopes, A. D., Ciconelli, R. M., & Reis, F. B. (2008). Adaptation and validation of the Neck Disability Index for Brazilian Portuguese. *Spine*, 33(8), E355–E360. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817110b9>

Nijs, J., van Wilgen, C. P., Van Oosterwijck, J., & van Ittersum, M. W. (2013). How to explain central sensitization to patients with ‘unexplained’ chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*, 18(4), 336–340. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.01.005>

Oliveira, S., & Costa, M. E. (2012). Adaptação e validação do Pain Coping Inventory (PCI) para a população portuguesa com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 36–47.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.

Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>

Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41–49. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S15375>

Severeijns, R., Vlaeyen, J. W., van den Hout, M. A., & Weber, W. E. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 165–172. <https://doi.org/10.1097/00002508-200106000-00009>

Thieme, K., Flor, H., & Turk, D. C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: Efficacy of operant behavioral and cognitive behavioral treatments. *Arthritis Research & Therapy*, 8(4), R121. <https://doi.org/10.1186/ar2013>

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9 Suppl), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>

Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2016). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377(9784), 2226–2235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60402-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9)

Waugh, C. E., Shing, E. Z., & Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, stress, and coping*, 33(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1755820>

## Anexos

Anexo 1 : Declaração de consentimento. “declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial.

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo)

**Designação do Estudo (em português):**

.....  
.....

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----  
-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se menciona na designação do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, não receberei nenhuma informação ou explicação que me foi prestada versos os objectivos e os métodos de investigação, os benefícios previstos, os riscos potenciais, a possibilidade de ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais de eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar ou interromper a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso de proposta proposta pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 200\_\_

**Assinatura do doente ou voluntário são:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal

Anexo 2 : Pain coping Inventory, traduzido para a versão portuguesa (*Inventário de enfrentamento da dor*) (PCI).

## **Pain Coping Inventory**

### **INTRODUÇÃO**

As pessoas que sofrem de dor desenvolvem várias maneiras de lidar com essa dor. Nas próximas páginas há uma série de afirmações sobre o que você faz ou pensa quando está com dor. Pedimos que indique com que frequência age ou pensa de acordo com o descrito. Faça isso assinalando uma das possíveis respostas em cada afirmação.

### **EXEMPLO**

Se você às vezes toma banho ou um duche quando está com dor, assinale a opção 2.

Não tenha pressa de passar de uma afirmação para a outra. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua opinião. Nem todas as afirmações se aplicam a si, não preencha as que não se aplicarem. Por favor complete o seguinte inventário.

**1- QUASE NUNCA | 2 - ALGUMAS VEZES | 3- FREQUENTEMENTE | 4 - MUITO FREQUENTEMENTE**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Desisto das minhas atividades				
2. Continuo as minhas atividades com menos esforço				
3. Continuo as minhas atividades num ritmo mais lento				
4. Continuo as minhas atividades com menos exactidão				
5. Limito-me a realizar atividades simples				
6. Tomo cuidado para não me esforçar fisicamente				
7. Sento-me ou deito-me a descansar				
8. Assumo uma posição corporal agradável				
9. Tomo precauções para não ser incomodado(a)				
10. Retiro-me para um ambiente sossegado				
11. Tomo cuidado para não ser incomodado(a) com barulhos que me aborrecem				
12. Tomo cuidado para não ser incomodado(a) pela luz (ex: coloco óculos de sol, corro os cortinados...)				
13. Finjo que a dor não está presente				
14. Finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo				
15. Concentro-me na dor durante todo o tempo				
16. Imagino que a dor é menos violenta do que realmente é				
17. Penso em coisas e acontecimentos agradáveis				
18. Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me com uma atividade				
19. Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me a ver televisão				
20. Faço alguma coisa agradável				
21. Penso nas coisas que ficam por fazer por causa da dor				
22. Começo a ficar preocupado(a)				
23. Pergunto-me a mim mesmo(a) qual será a causa da dor				
24. Penso que a dor irá piorar				
25. Penso que vou enlouquecer por causa da dor				
26. Penso que os outros não compreendem o que é sentir uma dor				
27. Afasto-me de tudo à minha volta				
28. Quando estou fora de casa procuro regressar o mais depressa possível				

Anexo 3 : Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

*EADS-21*

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

Anexo 4 : Ficha de caracterização do Participante



**Caracterização do Participante**

DATA:

Nº PROCESSO:

IDADE:	Data de Nascimento:
Sexo:	Feminino:
	Masculino:
IMC:	Altura:
	PESO:
Membro dominante:	Direito:
	Esquerdo:
Estado Civil:	Solteiro(a):
	Casado (a):
	Divorciado (a):
	Viúvo (a):
	União de Fato:
Profissão:	
Situação Laboral:	Empregado:
	Desempregado:
	Estudante:
	Reformado:
Escolaridade:	Nunca frequentou a escola:
	Ensino Básico:
	Secundário:

Estratégias de *coping* em pacientes com dor crónica cervical e lombar e sua relação com depressão, ansiedade e stress: estudo transversal



Clinica Pedagógica de Fisioterapia

	Bacharel/ Licenciatura:
	Pós graduação:
	Mestrado:
	Doutoramento:
Medicação:	
A dor está presente por mais de 3 meses?	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Apoio Social:	Vive Sozinho: <input type="checkbox"/>
	Vive acompanhado: <input type="checkbox"/>
	Vive sozinho mas recebe apoio: <input type="checkbox"/>
Local da queixa principal:	<input type="text"/>

Intensidade da dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----