



Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa
Licenciatura em Fisioterapia

Projeto de Graduação

Associação entre a idade e as estratégias de coping adoptadas pelos utentes com dor crónica na Clínica Pedagógica de Fisioterapia da ESS-FP: estudo transversal

Marie Vouland

Estudante de fisioterapia

42252@ufp.edu.pt

Escola superior de Saúde Fernando Pessoa

Adérito Seixas

Docente

aderito@ufp.edu.pt

Escola superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, abril 2025

Resumo:

Objetivo: O objetivo deste estudo é verificar a associação entre as estratégias de coping adotadas por pacientes com dor crónica da CPF e a idade dos participantes e analisar as diferenças entre as faixas etárias. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional analítico transversal. Participaram no estudo 93 pessoas com dor crónica. Para a recolha de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico e o Pain Coping Inventory (PCI). **Resultados:** Foram encontradas associações significativas entre as estratégias Evitamento e, Distanciamento ($\rho=0.350$; $p<0.001$) e Preocupação ($\rho=0.271$; $p=0.009$). Foi encontrada uma associação significativa entre Distanciamento e Preocupação ($\rho=0.413$; $p<0.001$), assim como entre a Transformação e a Distração ($\rho=0.364$; $p<0.001$). Foram encontradas associações significativas entre a idade e Evitamento ($\rho=0.346$; $p<0.001$) e entre a idade e Distanciamento ($\rho=0.263$; $p=0.011$). Foram encontradas diferenças significativas nas pontuações de Distanciamento ($p=0.012$) e de Evitamento ($p=0.015$) entre os participantes com ≤ 67 e $77+$ anos. **Conclusões:** Verificaram-se associações positivas e significativas entre as estratégias de coping mal-adaptativas e entre as estratégias de coping adaptativas. A idade foi positivamente associada a estratégias de coping desadaptativas e foram encontradas pontuações mais elevadas de distanciamento e evitamento nos participantes mais velhos. **Palavras-chave:** Dor crónica; estratégias de coping mal-adaptativas; estratégias de coping adaptativas; idade.

Abstract:

Objective: The aim of this study is to verify the association between the coping strategies adopted by CPF chronic pain patients and the age of the participants and to analyse the differences between the age groups. **Methodology:** A cross-sectional analytical observational study, assessing the coping strategies of patients with chronic musculoskeletal pain was conducted. Ninety-three persons with chronic pain participated in the study. A sociodemographic questionnaire and the Pain Coping Inventory (PCI) were used to collect data. **Results:** Significant associations were found between the strategies Reducing Demands and Retreating ($\rho=0.350$; $p=0.001$) and Worrying ($\rho=0.271$; $p=0.001$). A significant association was found between Retreating and Worrying ($\rho=0.413$; $p<0.001$), and between Transformation and Distraction ($\rho=0.364$; $p<0.001$). Significant associations were found between age and Reducing Demands ($\rho=0.346$; $p=0.001$), and between age and Retreating ($\rho=0.263$; $p=0.011$). Significant differences in Retreating scores ($p=0.012$) and Reducing Demands scores ($p=0.015$) were found between participants with ≤ 67 and $77+$ years. **Conclusions:** Positive and significant associations between maladaptive coping strategies and between adaptive coping strategies. Moreover, age was positively associated with maladaptive coping strategies and higher scores of retreating and reducing demands were found in older participants. **Keywords:** Chronic pain; maladaptive coping strategies; adaptive coping strategies; age.

1. Introdução

De acordo com Watson (2022), a dor crónica, definida como dor que persiste durante pelo menos 3 meses, é um problema de saúde pública que afeta 37% da população portuguesa adulta (Antunes et al., 2021).

Como a dor crónica é multifatorial, é necessária uma abordagem biopsicossocial para compreender como os fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para o desenvolvimento e manutenção da dor. Em média, as pessoas que sofrem de dor crónica relatam níveis mais elevados de sofrimento emocional do que as pessoas sem dor. (Franqueiro et al., 2023; Dysvik et al., 2005).

As estratégias de coping, ou estratégias de adaptação, referem-se aos mecanismos psicológicos e comportamentais que os indivíduos utilizam para lidar com situações estressantes, como a dor crónica. Estes mecanismos ajudam a gerir a ansiedade, as emoções negativas e os desafios diários. Segundo os psicólogos Richard Lazarus e Susan Folkman, o coping pode ser definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais empregados para controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas consideradas além dos recursos de um indivíduo (Folkman, 2013; Peres & Lucchetti, 2010).

Segundo Lazarus, a adaptação tem duas funções principais. A adaptação centrada na emoção (EFC) é considerada uma tentativa de controlar ou minimizar o sofrimento emocional causado pela dor quando a situação é percebida como sem solução. A adaptação centrada no problema (PFC), por sua vez, refere-se a situações que são vistas como passíveis de modificação. Os esforços são direcionados para a definição do problema e a escolha de soluções alternativas. Segundo Lazarus, ambas as formas de adaptação estão presentes em quase todas as situações estressantes (Lazarus, 2006; Peres & Lucchetti, 2010).

Outras classificações de coping foram propostas, tais como "adaptação ativa" (estratégias utilizadas para controlar a dor ou para funcionar apesar da dor, é mais centrada no problema) e "adaptação passiva" (retirada e abandono do controle sobre a dor, é mais centrada na emoção). Existe uma dicotomia similar entre "adaptação por aproximação" e "adaptação por evitamento". A adaptação por aproximação descreve as estratégias de enfrentamento da dor

ou de suas causas, enquanto a evitação descreve as estratégias que buscam afastar-se da dor (Van Damme, Crombez & Eccleston, 2008; Peres & Lucchetti, 2010).

Estudos mostraram que as estratégias de adaptação passiva são menos adequadas para a gestão da dor crónica, indicam níveis mais elevados de depressão, e de sensação de dor. Exemplos dessas estratégias são a Catastrofização, que consiste em aumentar ou exagerar o valor da ameaça ou a gravidade das sensações de dor (Meyer, 2009; Nijs, 2008); Rezar/esperar, que designa o ato de recorrer à oração, frequentemente em um contexto espiritual ou religioso, na esperança de reduzir ou gerenciar o sofrimento físico (Cano et al., 2006); o evitação/distanciamento consiste na utilização de estratégias em que há evitamento e anulação de estímulos associados à vivência da dor (Samwel, 2007; Ottenbreit & Dobson, 2004); a preocupação é a tendência a apresentar pensamentos desadaptativos quanto a interpretação da dor e permanecer vigilante face a potenciais estímulos dolorosos (Haythornthwaite et al., 2003; Cano et al., 2006).

Nesse sentido, uma estratégia passiva que pode ter efeitos positivos na diminuição da dor e do estresse é o pensamento reconfortante, que designa um tipo de pensamento ou estratégia mental utilizada para acalmar e reconfortar a mente diante do sofrimento físico. Isso implica concentrar-se em ideias tranquilizadoras ou reconfortantes que podem ajudar a reduzir a percepção da dor. Esse tipo de pensamento visa substituir os pensamentos negativos, ansiosos ou catastróficos relacionados à dor por pensamentos mais serenos e encorajadores (Khoo et al., 2019).

A literatura mostra que há uma relação positiva entre adaptação ativa e níveis mais baixos de depressão e incapacidade física, e níveis mais altos de funcionamento psicológico e físico. As estratégias de adaptação à dor que foram consideradas adaptativas incluem a adaptação centrada no problema, em que a pessoa se concentra na resolução direta dos fatores que causam ou amplificam a dor. Isso implica identificar as causas subjacentes da dor e agir ativamente para tratá-las ou modificá-las (Lazarus, 2006; Franqueiro et al., 2023; Peres & Lucchetti, 2010). Exemplo de essa estratégia são o exercício regular definido como uma atividade física regular (Borisovskaya, Chmelik & Karnik, 2020); a declaração positiva, que consiste em usar afirmações ou pensamentos positivos para mudar a percepção da dor, reduzir seu impacto emocional e fortalecer a capacidade de lidar com o sofrimento, por exemplo, 'Sou capaz de suportar esta dor', 'Eu gerencio esta situação com calma e força', 'Eu

posso aliviar a minha tensão e encontrar a paz' (Finan & Garland, 2015; Khoo et al., 2019); a distração/desvio da atenção, que foi associada a uma menor percepção de dor e existe uma correlação entre a tarefa e a dor, sendo que quanto mais distrativa for a tarefa, maior a redução da dor. Além disso, uma tarefa 'bem-sucedida' resulta em uma diminuição ainda maior da dor (Rischer et al., 2020). Também, a estratégia de reinterpretação da dor que envolve mecanismos cognitivos que transformam a sensação de dor em sensação de calor. Essa estratégia está associada a uma melhor percepção de controle sobre a dor (Khoo et al., 2019; Jensen et al., 1991). A estratégia de buscar apoio social que designa o uso do apoio proveniente do círculo social de um indivíduo (família, amigos, colegas, grupos de apoio, etc.) para ajudar a gerenciar e atenuar a dor, seja ela física, emocional ou psicológica. O apoio social pode ser direto (escuta, conforto) ou indireto (ajuda prática, informações), podendo fortalecer as capacidades de informação sobre a condição, de adaptação, e proporcionar uma sensação de apoio e validação (Franqueiro, et al., 2023).

A adoção de estratégias de coping por parte dos doentes com dor crónica é um tópico biopsicossocial complexo, onde os fatores culturais têm uma influência significativa no tipo de estratégia de coping utilizada por uma população (Franqueiro, et al., 2023; Cano, et al., 2006). Também a idade e o género influenciam o tipo de estratégia de coping escolhida. Os participantes mais velhos, em comparação com os mais jovens, apresentaram uma diminuição no uso de estratégias de ação (estratégia de coping ativa) e reavaliação positiva em relação à dor crónica, enquanto houve um aumento nas estratégias de negação/desengajamento; a idade não teve efeito sobre o foco ou o desabafo emocional (Kurth et al., 2024).

Um estudo prévio investigou os diferentes tipos de estressores e identificou três tipos de estratégias de coping, focado no problema, coping focado na emoção positiva e coping focado na emoção negativa. Os adultos mais velhos eram menos propensos a usar o coping centrado no problema em comparação com os adultos mais jovens e relataram níveis mais baixos de estratégias de coping focado na emoção positiva (Chen, 2018). No entanto, este estudo não se centra na análise das estratégias de coping em pessoas com dor crónica, existindo ainda pouca informação sobre este tema e tornando-se este uma das motivações para este estudo.

Em relação à intensidade e ao comportamento da dor, foi demonstrado que o tempo decorrido desde a "lesão", desde a primeira dor e a intensidade da dor, teriam influência no aumento da

adaptação passiva diária, no aumento dos sintomas depressivos, catastrofização da dor (Yetwin, 2018). Além disso, o emprego de estratégias para ignorar a dor tende a aumentar conforme a intensidade da dor e a diminuir à medida que a duração da dor se prolonga (Bello-Villanueva, Benitez-Lara, & Oviedo-Trespalacios, 2017).

O objetivo deste estudo é verificar a associação entre as estratégias de coping adotadas pelos utentes com dor crónica da Clínica Pedagógica de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa (CPF) e a idade dos participantes e analisar as diferenças entre os grupos etários.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo observacional transversal incluindo pacientes portadores de dor musculoesquelética em diversas articulações (coluna cervical, membro superior, coluna lombar, membro inferior).

2.1 Participantes

A amostra do estudo foi composta por adultos com queixa de dor crónica musculoesquelética em diversas articulações. A coleta de dados foi realizada na CPF.

Critérios de inclusão: Adultos com dor crónica neuromusculoesquelética (presente há 3 meses ou mais), que realizam seu tratamento com CPF.

Critérios de exclusão: Participantes com dor devido a uma doença oncológica diagnosticada nos últimos 5 anos, neoplasia, fibromialgia, ou com doença sistêmica, ou que reportem sintomas de red flags para suspeita de doença oncológica, mesmo que não diagnosticados (perda de peso inexplicável, febre, calafrios, dor noturna com intensidade que não varia com atividade), com infecção urinária recente, patologias de foro reumatológico e neurológico foram excluídos. A existência de perturbações cognitivas ou psiquiátricas constituiu também um critério de exclusão, pois as mesmas poderiam interferir com a compreensão do instrumento aplicado, assim como a incapacidade de responder aos questionários de autorrelato (por exemplo, analfabetismo funcional ou deficiência visual grave ou não compensada, que impeça o preenchimento dos instrumentos).

2.2 Procedimentos Éticos

A recolha de dados foi realizada apenas após a aprovação deste projeto de investigação pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, bem como a autorização das instituições envolvidas e o consentimento dos participantes.

Os participantes elegíveis foram informados sobre os objetivos e os métodos da pesquisa. Após esta apresentação, tiveram a oportunidade de fazer perguntas, solicitar a opinião de terceiros sobre a sua participação e decidir se aceitam ou não participar. Também foi explicado que podem desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência ou penalização. Após estas informações, foi solicitado aos participantes que leiam e assinem o consentimento informado (modelo da UFP), caso concordem em participar. Foi enfatizado que eles podem desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal, conforme estabelecido pela Declaração de Helsínquia.

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes. As informações recolhidas foram utilizadas exclusivamente para esta pesquisa. A cada participante foi atribuído um código numérico, de forma a que não fosse identificado nos questionários. O formulário de consentimento informado foi separado dos restantes documentos e arquivado num local seguro e com acesso restrito. Além disso, todos os dados foram armazenados apenas com o código numérico, garantindo-se assim novamente o anonimato.

O acesso à documentação foi restrito aos investigadores principais. Os dados recolhidos foram destruídos no prazo máximo de cinco anos após a conclusão da pesquisa. Os investigadores principais foram responsáveis por garantir o cumprimento de todas as obrigações legais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

2.3 Instrumentos

Independentemente da área afetada pela dor, os participantes responderam ao questionário de caracterização, à escala numérica de dor (Direção-Geral da Saúde, 2003), e ao Pain Coping Inventory (PCI).

O Pain Coping Inventory, traduzido para a versão portuguesa (*Inventário de enfrentamento da dor*) (PCI) por Oliveira e Costa (2012), tem um total de 28 itens, que avaliam técnicas comportamentais e cognitivas, ativos e passivos de enfrentamento da dor em pessoas que

sofrem de condições de dor. Os itens foram designados por o Distanciamento (10 itens), a Preocupação (7 itens), a Distração (4 itens), a Transformação da dor (3 itens), e a Redução do nível de atividade (4 itens).

Os itens são pontuados numa escala de Likert de 4 pontos, correspondendo 1 à utilização menos frequente de medidas de gestão da dor e 4 à utilização mais frequente, 1 (quase nunca), 2 (algumas vezes), 3 (frequentemente) e 4 (muito frequentemente). Quanto mais elevada for a pontuação, maior é o número de estratégias de coping que a pessoa adota para lidar com a dor. (Oliveira & Costa,2012).

A versão portuguesa do PCI apresenta evidências de validade e fiabilidade que suportam a relevância da sua utilização tanto em investigação como em contexto clínico (Oliveira & Costa,2012).

Na ficha de caracterização da amostra foram consideradas as seguintes variáveis que são a idade, o sexo, o índice de massa corporal, o membro dominante, o estado civil, a profissão, a situação laboral, o nível de escolaridade, o apoio social, o uso de medicação, a duração da dor, o local da queixa, a intensidade da dor máxima percebida medida pela escala numérica da dor.

A Escala Numérica da dor avalia a intensidade da dor numa escala de 0 a 10. O paciente deve então associar a intensidade de sua dor com o número correspondente na escala (Direção-Geral da Saúde, 2003).

2.4 Procedimentos metodológicos

Os participantes recrutados pelos fisioterapeutas da CPF, que cumpriram os critérios de elegibilidade e aceitaram participar no estudo, receberam os instrumentos de avaliação mencionados anteriormente. De forma a evitar deslocações adicionais, a recolha de dados foi realizada durante as sessões de tratamento na CPF.

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software IBM SPSS v26 para Mac, com um nível de significância fixado em 5%. Inicialmente, foi efetuada uma análise descritiva para caracterizar a amostra e as variáveis estudadas. A normalidade das distribuições das

variáveis foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Dependendo dos resultados, foram utilizados testes não paramétricos. As variáveis contínuas foram descritas pela mediana (amplitude interquartil), enquanto as variáveis nominais foram apresentadas pelas frequências das categorias (%). Para avaliar a associação entre a idade e as estratégias de coping utilizadas, foi calculado o 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). Foram definidas categorias etárias com base nos percentis 33 e 66 (≤ 67 , 68-76 e 77+ anos). Finalmente, para analisar as diferenças entre as estratégias de coping e as categorias etárias, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni para as comparações par a par.

3. Resultados

3.1 Caracterização da amostra:

Participaram neste estudo 93 pessoas (16.1% do género masculino e 83.9% do género feminino) com uma mediana de idades de 73 anos (AIQ: 13 anos), IMC de 26.9 (AIQ: 6), e mediana de intensidade da dor 8 (AIQ: 3). Relativamente à escolaridade, 67.3% reportou ter ensino básico, 20.7% reportou ter o ensino secundário e 12% reportou ter formação superior. No que diz respeito ao apoio social, 50.5% afirmam viver sozinhos, 23.7% referem viver sozinhos, mas com apoio, e 23.7% vivem acompanhados.

3.2 Associação entre idade e as estratégias de coping adotadas e diferenças entre grupos etários

Na tabela 1 encontra-se a análise de correlação entre a idade e as estratégias de coping adotadas pelos participantes.

Tabela 1: Matriz de correlação entre a idade dos participantes e as estratégias de coping utilizadas (* $p < 0.05$).

Variável	Idade	Distanciament o	Preocupaçã o	Distração	Transformaçã o	Evitament o
1. Idade	—					

Variável	Idade	Distanciament o	Preocupaçã o	Distração	Transformaçã o	Evitament o
2. Distanciamento	0.263* 0.011	— —				
3. Preocupação	-0.085 0.420	0.413* < .001	— —			
4. Distração	0.094 0.372	0.138 0.186	-0.069 0.510	— —		
5. Transformação	-0.019 0.859	0.355* < .001	0.283* 0.006	0.364* < .001	— —	
6. Evitamento	0.346* < .001	0.350* < .001	0.271* 0.009	0.007 0.949	0.089 0.400	— —

A análise das correlações de Spearman revela várias relações estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e determinadas estratégias de coping. Verificou-se uma correlação positiva significativa entre a idade e a estratégia de distanciamento ($p = 0,011$), o que sugere que os indivíduos mais velhos tendem a recorrer mais frequentemente a esta estratégia de coping. De igual modo, observou-se uma correlação positiva entre a idade e a estratégia de evitamento ($p = 0,001$), indicando que os pacientes mais idosos têm maior tendência para evitar ou afastar-se de situações relacionadas com a dor. Em contraste, não se identificaram correlações significativas entre a idade e outras estratégias de coping, como a distração ($p = 0,372$) ou a transformação ($p = 0,859$). Estas estratégias são predominantemente passivas, baseada nas emoções, refletindo um padrão menos adaptativo de enfrentamento da condição dolorosa crónica.

Na tabela 2 encontra-se a análise descritiva com a mediana e o intervalo interquartil, entre os diferentes grupos etários e a análise das diferenças nos scores de cada estratégia de coping entre os grupos etários.

Tabela 2: Comparação dos scores de cada estratégia de coping entre grupos etários (* $p < 0.05$).

	≤67	68-76	77+	p
Intensidade da dor	8 (2)	8 (3)	7 (3)	0.107
Distanciamento	17 (9)	22 (10)	21,5 (10)	0,021*
Preocupação	14 (8)	15 (6)	13 (8)	0,984
Distração	10 (5)	10 (5)	10 (5)	0,871
Transformação	6 (3)	6 (5)	6 (4)	0,891
Evitamento	8 (3)	9 (5)	11 (6)	0,018*

Não se verificam diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à intensidade da dor, o que sugere homogeneidade neste parâmetro, sugerindo que as diferenças nas

estratégias de coping entre os grupos não se devem a esta variável. Verificam-se apenas diferenças significativas nas estratégias distanciamento ($p=0.021$) e evitamento ($p=0.018$), sendo que as diferenças em ambas as estratégias se encontram entre dos grupos ≤ 67 e $77+$ ($p=0.036$ e $p=0.015$, respetivamente), com o grupo de participantes mais velhos a evidenciar uma maior utilização destas estratégias.

4. Discussão

O objetivo do trabalho era verificar a associação entre as estratégias de coping adotadas por pacientes com dor crónica da CPF e a idade dos participantes e analisar as diferenças entre as faixas etárias. Os resultados deste estudo sublinham a predominância de estratégias de coping passivas em pessoas idosas que sofrem de dor crónica neuromusculoesquelética. As correlações positivas observadas entre a idade e as estratégias de distanciamento, bem como de evitamento, indicam uma tendência crescente por parte dos pacientes mais velhos para adotarem mecanismos de gestão passivas, baseada na emoção em vez de ações ativas centradas na resolução de problemas. Estas formas de adaptação, apesar de poderem reduzir temporariamente o sofrimento percebido, são geralmente consideradas ineficazes a longo prazo na gestão da dor crónica.

Esta constatação está em conformidade com a literatura existente, que demonstra que o envelhecimento está frequentemente associado a um declínio das estratégias de coping ativas centradas no problema, e a um aumento das estratégias de negação, desengajamento e evitamento (Kurth et al., 2024; Chen, 2018).

Na seguinte análise, foi feita divisão da amostra em três grupos etários homogêneos. O primeiro grupo inclui os pacientes com 67 anos ou menos, o segundo agrupa aqueles com idades entre 68 e 76 anos, e o terceiro reúne os pacientes com 77 anos ou mais, verificamos diferenças nos scores das estratégias de coping de distanciamento e de evitamento que apresenta um aumento progressivo com a idade. A mediana da estratégia de distanciamento é mais elevada no grupo 68-76 anos com 22, é mais baixo no grupo 67 anos e menos com 17. A mediana da estratégia de evitamento é mais elevada no grupo de 77 anos e mais com 11, e menos elevada no grupo de 67 anos e menos com 9.

Por outro lado, não foram encontradas relações significativas entre a idade e outras estratégias como a distração ou a transformação da dor. É interessante notar que estas estratégias, (distração, transformação da dor) frequentemente consideradas mais adaptativas ou ativas, são menos espontaneamente utilizadas pelas pessoas idosas da nossa amostra, o que poderá refletir uma falta de educação terapêutica sobre abordagens de gestão da dor crónica.

Os resultados do presente estudo evidenciam várias associações significativas entre as estratégias de coping. A estratégia de distanciamento apresenta uma correlação positiva e significativa com a preocupação, o que indica que, à medida que os indivíduos procuram afastar-se emocionalmente da dor, tendem também a manifestar uma forma de inquietação ou ruminação. Além disso, o distanciamento está também correlacionado com a transformação, revelando que aqueles que adotam um distanciamento emocional estão igualmente predispostos a procurar um significado ou uma reinterpretação cognitiva da sua dor. Por fim, foi observada uma correlação significativa entre a transformação e a distração, o que sugere que os pacientes capazes de atribuir um significado à dor recorrem igualmente a ações ativas de distração, como concentrar-se noutras atividades, para atenuar o impacto imediato da dor. Estas associações evidenciam a inter-relação complexa e complementar entre diferentes estratégias de coping, frequentemente mobilizadas de forma simultânea ou alternada pelos pacientes que experienciam dor. No entanto, a escassez de literatura disponível sobre a correlação entre essas estratégias em contextos de dor crónica não nos permitiu comparar ou sustentar os nossos resultados com base em dados previamente estabelecidos.

O perfil sociodemográfico da amostra também evidencia uma população vulnerável, com uma maioria de mulheres, uma mediana de idades elevada (73 anos), uma predominância de baixo nível de escolaridade e uma elevada proporção de participantes que vivem sozinhos. Estes fatores podem reforçar a adoção de estratégias de coping passivas, nomeadamente devido a um maior isolamento social e a recursos limitados para implementar estratégias ativas. A literatura apoia a ideia de que o apoio social é um fator crucial na eficácia das estratégias de coping, e a sua ausência pode agravar a percepção da dor (Franqueiro et al., 2023). Além disso, em relação ao género, a literatura mostra que as mulheres com dor têm maior probabilidade de utilizar estratégias de coping consideradas não adaptativas, utilizar estratégia de coping baseada mais na emoção (Minciu & Genoud, 2023; El-Shormilisy & Meredith, 2015).

Por fim, a intensidade mediana da dor relatada (8/10) confirma a gravidade da condição dos pacientes observados. Este nível elevado pode ser tanto uma consequência como um fator agravante do uso de estratégias pouco eficazes, como a catastrofização ou o evitamento (Bello-Villanueva, Benitez-Lara & Oviedo-Trespacios, 2017).

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a restrição da amostra unicamente à CPF, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras amostras. A natureza transversal do estudo também impede a inferência de relações causais entre variáveis, sendo necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais para melhor compreender a evolução do uso das estratégias de coping ao longo do tempo e em diferentes fases do tratamento e face a determinados eventos que podem influenciar as mesmas.

Além disso, o *Pain Coping Inventory* não apresenta valores normativos de referência, o que torna a interpretação dos resultados mais complexa e impede qualquer comparação padronizada.

5. Conclusão

Foram encontradas associações positivas e significativas entre as estratégias de coping mal-adaptativas e entre as estratégias de coping adaptativas. Além disso, a idade foi positivamente associada a estratégias de coping desadaptativas e foram encontradas pontuações mais elevadas de distanciamento e evitamento nos participantes mais velhos. Isto realça a necessidade de incorporar a educação para estratégias de coping positivas para lidar com a dor crónica, definindo abordagens de intervenção mais alinhadas com o modelo biopsicossocial. Este facto sublinha a necessidade de intervenções direcionadas que promovam e eduquem os pacientes, sobretudo os mais velhos, sobre os benefícios das estratégias ativas, centradas na resolução de problemas para a gestão da dor crónica.

As correlações observadas entre a idade e as estratégias de evitamento e distanciamento, aliadas a fatores sociodemográficos de vulnerabilidade, como o isolamento social, evidenciam a importância de considerar o contexto biopsicossocial dos pacientes no tratamento da dor. A implementação de programas terapêuticos que integrem componentes educativas e práticas, incluindo o movimento, poderá constituir uma via promissora para

melhorar a qualidade de vida desta população, promovendo o controlo pessoal, a autonomia e uma melhor adaptação na gestão da dor.

Apesar das limitações do presente estudo, os dados obtidos oferecem uma base sólida para futuras investigações, bem como para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais ajustadas às necessidades específicas das pessoas idosas com dor crónica, como por exemplo estabelecer um programa de educação para os pacientes com dor crónica. O seu objetivo seria reduzir o uso das estratégias de coping de evitamento ou distanciamento relacionadas com a dor e reforçar as estratégias de coping ativas, combinando conteúdos expositivos e práticas corporais. Os conteúdos expositivos seriam focados na compreensão dos mecanismos da dor crónica, a desconstrução de crenças associadas à dor, a regulação de pensamentos negativos, bem como a promoção de estratégias de coping ativas, e as práticas corporais seriam focadas em estratégias de exposição progressiva ao movimento, com técnicas de relaxamento, respiração e consciência corporal associadas. O programa teria como objetivo melhorar de forma duradoura a qualidade de vida dos participantes, oferecendo-lhes ferramentas concretas para melhor compreender, sentir e agir face à dor.

6. Bibliografia

Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and characteristics of chronic pain among patients in Portuguese primary care units. *Pain and therapy*, 10(2), 1427-1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>

Barry, L. C., Kerns, R. D., Guo, Z., Duong, B. D., Iannone, L. P., & Carrington Reid, M. (2004). Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a Veterans Affairs Medical Center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(6), 950-956. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52263.x>

Bello-Villanueva, A. M., Benitez-Lara, M., & Oviedo-Trespacios, O. (2017). Characteristics of pain, psychological aspects, quality of life and coping strategies in patients with chronic back pain in a city of Colombia. *Colombian journal of anesthesiology*, 45(4), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.rcae.2017.08.001>

Borisovskaya, A., Chmelik, E., Karnik, A. (2020). Exercise and Chronic Pain. In: Xiao, J. (eds) *Physical Exercise for Human Health. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1228. Springer, Singapore. http://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_16

Cano, A., Mayo, A., & Ventimiglia, M. (2006). Coping, pain severity, interference, and disability: the potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*, 7(7), 459-468. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.01.445>

Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363. <https://doi.org/10.1177/0091415017720890>

Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi journal of anaesthesia*, 13(Suppl 1), S31-S34. http://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18

Direcção-Geral da Saúde (2023). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9-dgcm-de-14062003-pdf.aspx>

Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O. J., & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International journal of nursing studies*, 42(3), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009>

El-Shormilisy, N., Strong, J., & Meredith, P. J. (2015). Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: a systematic review. *Pain Research and Management*, 20(1), 48-55. <https://doi.org/10.1155/2015/490610>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) coordenado pelo médico e investigador do Instituto de Histologia da FMUP José Castro-Lopes. (2022). FMUP conclui

Associação entre a idade e as estratégias de coping adoptadas pelos utentes com dor crónica na Clínica Pedagógica de Fisioterapia da ESS-FP: estudo transversal

que 31% dos portugueses sofrem de dor crónica: Estudo epidemiológico. https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=982

Ferreira-Valente, M. A., Pais Ribeiro, J. L., Jensen, M. P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: a cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12(10), 1470-1480. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01208.x>

Finan, P. H., & Garland, E. L. (2015). The role of positive affect in pain and its treatment. *The Clinical journal of pain*, 31(2), 177-187. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000092>

Franqueiro, A. R., Yoon, J., Crago, M. A., Curiel, M., & Wilson, J. M. (2023). The interconnection between social support and emotional distress among individuals with chronic pain: a narrative review. *Psychology research and behavior management*, 4389-4399. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S410606>

Haythornthwaite, J. A., Clark, M. R., Pappagallo, M., & Raja, S. N. (2003). Pain coping strategies play a role in the persistence of pain in post-herpetic neuralgia. *Pain*, 106(3), 453-460. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.009>

James C. Watson, (2022), douleur chronique. *MD, Mayo Clinic College of Medicine and Science, Le manuel MSD.* <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/douleur/douleur-chronique>.

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131(1-2), 38-47. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.007>

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283. [http://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-K](http://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-K)

Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(10), 839-846. <https://doi.org/10.1002/da.20341>

Khoo, E. L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Skidmore, B., Kenny, S., Hutton, B., & Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *BMJ Mental Health*, 22(1), 26-35. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>

Kraaimaat, F. W., & Evers, A. W. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *International journal of behavioral medicine*, 10, 343-363. https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM1004_5

Kurth, M., Witzel, D., Cerino, E., & Almeida, D. (2024). Age differences and change in coping strategies across 10 years: findings from the midus study. *Innovation in Aging*, 8(Supplement_1), 643-643. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.2104>

Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. (1st ed). Springer publishing company.

Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Minciu, M. R., & Genoud, D. P. P. (2023). Stress, coping et procrastination: une étude genre auprès d'élèves du secondaire I [Synthèse du Mémoire de Master, Université de fribourg]. Dépôt institutionnel de l'université de Fribourg. https://www.unifr.ch/cerf/fr/assets/public/memoires/2023_08_Minciu_MarianRazvan.pdf

Meyer, K., Tschopp, A., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2009). Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(8), 620-625. <https://doi.org/10.2340/16501977-0395>

Mundial, Associação Médica (1964). Declaração de Helsinque. *Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. Helsinque.*

<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/12/Declarac%CC%A7a%CC%83o-de-Helsi%CC%81nque-.pdf>

Nijs, J., Van de Putte, K., Louckx, F., Truijen, S., & De Meirleir, K. (2008). Exercise performance and chronic pain in chronic fatigue syndrome: the role of pain catastrophizing. *Pain Medicine*, 9(8), 1164-1172. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00368.x>

Oliveira, P., & Costa, M. E. (2012). Validity and reliability of the Portuguese version of the Pain Coping Inventory. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 37(2), 126-133. PMID: 23149634 <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66330/2/87559.pdf>

Peres, M. F., & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current pain and headache reports*, 14, 331-338. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0137-3>

Rischer, K. M., González-Roldán, A. M., Montoya, P., Gigl, S., Anton, F., & van der Meulen, M. (2020). Distraction from pain: The role of selective attention and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 24(10), 1880-1891. <https://doi.org/10.1002/ejp.1634>

Samwel, H. J., Kraaimaat, F. W., Evers, A. W., & Crul, B. J. (2007). The role of fear-avoidance and helplessness in explaining functional disability in chronic pain: a prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 237-241. <https://doi.org/10.1007/BF03002998>

Snow-Turek, L. A., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455-462. [http://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00190-5](http://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00190-5)

Terol Cantero, M. C., Bernabé, M., Martín-Aragón, M., Vázquez, C., & Buunk, A. P. (2021). Social comparison and stress appraisal in women with chronic illness. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5483. <http://doi.org/10.3390/ijerph18105483>

Associação entre a idade e as estratégias de coping adoptadas pelos utentes com dor crónica na Clínica Pedagógica de Fisioterapia da ESS-FP: estudo transversal

Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1-4. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.022>

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & Strobe Initiative. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *International journal of surgery*, 12(12), 1495-1499. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.07.013>

Yetwin, A. K., Mahrer, N. E., John, C., & Gold, J. I. (2018). Does pain intensity matter? The relation between coping and quality of life in pediatric patients with chronic pain. *Journal of pediatric nursing*, 40, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.003>

Anexos

Anexo 1 : 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

	1	2	3	4
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 aborrecam				
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				

Associação entre a idade e as estratégias de coping adoptadas pelos utentes com dor crónica na Clínica Pedagógica de Fisioterapia da ESS-FP: estudo transversal

Anexo 2 : 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 2000)*

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 tenciona realizar, bem como 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, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo 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 disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo 2 : 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:

Associação entre a idade e as estratégias de coping adoptadas pelos utentes com dor crónica na Clínica Pedagógica de Fisioterapia da ESS-FP: estudo transversal



Clínica Pedagógica de Fisioterapia

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

Intensidade da dor

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