

Ana Sofia da Silva Matos

**Ansiedade, Depressão e *Coping* na Dor Crónica**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012



Ana Sofia da Silva Matos

# **Ansiidade, Depressão e *Coping* na Dor Crónica**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Ana Sofia da Silva Matos

## **Ansiedade, Depressão e *Coping* na Dor Crónica**

---

(Ana Sofia da Silva Matos)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

Porto, 2012

## Resumo

A investigação e a prática clínica têm demonstrado a importância de considerar as características psicossociais dos indivíduos com dor crónica. Assim, os objetivos da presente investigação são caracterizar o nível de ansiedade, o nível de depressão e as estratégias de *coping*, bem como analisar a relação entre as estratégias de *coping* e o nível de ansiedade, o nível de depressão, características sociodemográficas e clínicas, cognições de doença e qualidade de vida em indivíduos com dor crónica.

Uma amostra de conveniência de 70 adultos com dor crónica (50 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 77 anos de idade ( $M=50,5$ ;  $DP=13,0$ )), utentes da Unidade da Dor do Hospital de S. João – EPE do Porto, respondeu a um Questionário Sociodemográfico e Clínico, ao Inventário Resumido da Dor, à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, ao Inventário de Resolução de Problemas e ao *Illness Cognition Questionnaire*.

Verificou-se ausência de ansiedade em 48,6% dos participantes, ausência de depressão em 65,8% e que o confronto e resolução ativa dos problemas eram, das estratégias de *coping* avaliadas, as únicas cuja média não se encontrava abaixo dos valores médios de referência.

Os resultados permitiram ainda concluir que as estratégias de *coping* da amostra estavam, em geral, estatisticamente relacionadas com os níveis de interferência da dor, sexo, idade, nível socioeconómico, perceção de saúde, satisfação com a saúde, alívio da dor com a medicação, com a sintomatologia depressiva e ansiosa, cognições de doença e qualidade de vida dos doentes.

Os resultados sugerem, assim, a relevância do treino de eficácia do *coping* nestes doentes.

**Palavras – chave:** Dor Crónica, Ansiedade, Depressão, Estratégias de *Coping*, Cognições de doença, Qualidade de vida.

## **Abstract**

Research and clinical practice have shown the importance of considering the psychosocial characteristics of individuals with chronic pain. In this context, the aims of this research are to characterize the level of anxiety, the level of depression levels, and the coping strategies of individuals with chronic pain, and to analyze the relationship between their coping strategies and their level of anxiety, depression, sociodemographic and clinical characteristics, illness cognitions and quality of life in individuals with chronic pain.

A convenience sample of 70 adults with chronic pain (50 female and 20 male, aged between 20 and 77 years old ( $M=50,5$ ;  $SD=13,0$ )), patients of the Pain Unit of Hospital S. João - EPE Porto, answered to a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Brief Pain Inventory, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the “Inventário de Resolução de Problemas” and the Illness Cognition Questionnaire.

Forty-nine percent of the participants had no anxiety and 65,8% had no depression. Among the coping strategies assessed, confrontation and active problem solving were the only ones whose mean values were not below the reference mean values. The results also showed that, in general, the coping strategies of the sample were generally statistically related to pain interference pain, sex, age, socioeconomic status, health perception, satisfaction with health, pain relief with medication, symptoms depression and anxiety, cognitions of disease and quality of life.

The results, thus, suggest the importance of training effective coping in these patients.

**KeyWords:** Chronic pain, Anxiety, Depression, Coping strategies, Illness cognitions, Quality of life.

## **Agradecimentos**

Um agradecimento muito especial para todas as pessoas que contribuíram, com palavras ou ações, de modo a apoiar-me na realização deste projeto de investigação e durante o meu percurso académico, mas com especial atenção para...

À Professora Doutora Rute Meneses pela sua preciosa disponibilidade, orientação, pelas reflexões, incentivos, partilha de conhecimentos e experiências ao longo da realização desta investigação e durante o meu percurso académico.

À Dra. Virgínia Rebelo pelo seu especial apoio e pelos seus preciosos conselhos, a sua disponibilidade e compreensão, sendo um modelo para a minha prática profissional baseada nos conhecimentos e experiências que me transmitiu, e, principalmente, pela pessoa extraordinária que se mostrou ser.

Aos meus pais, por todo o empenho dedicado ao meu percurso académico, em que juntos debatemos dificuldades, abdicaram da minha companhia em prol desta investigação, das palavras de incentivo nos momentos mais difíceis e desesperantes, pela compreensão e apoio dado sobre a qual não há descrição, mas que estão presentes para sempre.

Ao meu namorado pela compreensão de alguma indisponibilidade da minha parte, da paciência prestada para os momentos menos bons, das palavras de incentivo e apoio durante o meu percurso académico, da sua presença e apoio em todos os meus projetos e de todas as palavras e gestos que me dão força nas fases mais difíceis.

À minha amiga e companheira de trabalho Marina Bernardo, que ambas (apesar de longe a maior parte do tempo) trabalhamos em conjunto, por todas as reflexões, pelo apoio nos momentos de lapsos, do reforço nas horas de desespero, do material fornecido e outros

momentos que contribuíram para a minha felicidade durante o meu percurso académico, para sempre amigas.

Para toda a minha família que teve um contributo especial para que este percurso académico tenha corrido com sucesso, em especial aos meus padrinhos, à minha prima Carla, à tia Laurinda e à Beatriz.

Por fim, agradeço toda a receção e envolvimento pelos profissionais da Unidade de Dor do Hospital de S. João – EPE do Porto.

Um obrigado muito especial para todos os participantes neste projeto, pois sem eles não seria possível a sua concretização.

Obrigada a todos!

## Índice

Resumo .....	i
<i>Abstract</i> .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Índice .....	v
Índice de quadros .....	vii
Introdução .....	1

### Enquadramento teórico

<i>Capítulo I</i> - Delimitação do conceito de dor .....	5
1.1. Neuropsicofisiologia da dor .....	8
1.2. Perceção, Experiência e Comportamento de dor .....	12
1.3. Caraterização da dor crónica.....	15
1.4. Interferência da dor crónica .....	18
<i>Capítulo II</i> - Aspetos emocionais e dor crónica .....	21
2.1. Sintomatologia ansiosa e dor crónica .....	22
2.2. Sintomatologia depressiva e dor crónica .....	24
<i>Capítulo III</i> – <i>Coping</i> .....	28
3.1. Delimitação do conceito de <i>stress</i> .....	28
3.2. Delimitação do conceito de <i>coping</i> .....	32
3.3. Estilos de <i>coping</i> e Estratégias de <i>coping</i> .....	35
3.4. Correlatos de <i>coping</i> na dor crónica .....	37

### Estudo Empírico

<i>Capítulo IV</i> – Método .....	44
4.1. Objetivos da investigação .....	44
4.2. Participantes .....	45

4.3. Material .....	48
4.4. Procedimento .....	57
<i>Capítulo V - Apresentação e discussão dos resultados</i> .....	58
5.1. Caraterização do nível de ansiedade de indivíduos com dor crónica.....	60
5.2. Caraterização do nível de depressão da amostra .....	61
5.3. Caraterização das estratégias de <i>coping</i> da amostra .....	62
5.4. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e o nível de ansiedade da amostra.....	64
5.5. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e o nível de depressão da amostra.....	66
5.6. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e características sociodemográficas.....	68
5.7. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e características clínicas da amostra.....	75
5.8. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e as cognições de doença da amostra .....	84
5.9. Relação entre estratégias de <i>coping</i> e a qualidade de vida da amostra .....	88
Conclusão .....	90
Referências Bibliográficas .....	92

#### Anexos

Anexo A - Critérios de diagnóstico para Perturbação de Dor de acordo com o DSM-IV-TR

Anexo B - Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade Generalizada de acordo com o DSM-IV-TR

Anexo C – Critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major de acordo com o DSM-IV-TR

Anexo D – As profissões mais frequentes na amostra

Anexo E - Diagnósticos apresentados pela amostra

Anexo F - Medicação para a dor utilizada pela amostra

Anexo G - Distribuição dos resultados da sintomatologia ansiosa dos indivíduos da amostra

Anexo H - Distribuição dos resultados da sintomatologia depressiva dos indivíduos da amostra

Anexo I - Estratégias de *Coping* em função do estado civil (N=70)

## Índice de quadros

Quadro 1: Caraterização sociodemográfica da Amostra (N=70).....	46
Quadro 2: Caraterização clínica da Amostra (N=70) .....	47
Quadro 3: Intensidade e Interferência da dor na Amostra (N= 70) .....	48
Quadro 4: Caraterização das cognições de doença da Amostra (N=70) .....	48
Quadro 5: Valores obtidos no IRP (N=70) .....	63
Quadro 6: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e o Nível de Ansiedade da Amostra (N=70) .....	65
Quadro 7: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e o Nível de Depressão da Amostra (N=70) .....	67
Quadro 8: Teste U de <i>Mann-Whitney</i> relativo às variações das Estratégias de <i>Coping</i> em função do Sexo .....	69
Quadro 9: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a idade da Amostra.....	70
Quadro 10: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e os anos de escolaridade da amostra .....	72
Quadro 11: Teste t de <i>Student</i> para Diferenças das Estratégias de <i>Coping</i> em função da Situação Profissional (N= 70).....	73
Quadro 12: Teste t de <i>Student</i> para Diferenças das Estratégias de <i>Coping</i> em função do Nível Socioeconómico (N=70) .....	74
Quadro 13: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Perceção de saúde da amostra.....	76
Quadro 14: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Satisfação com a saúde (N=70) .....	78
Quadro 15: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Intensidade da dor da Amostra (N=70).....	79

Quadro 16: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Interferência da dor da Amostra (N=70).....	80
Quadro 17: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e o Alívio da dor pela medicação (N= 49).....	82
Quadro 18: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e as Cognitiones de doença na amostra (N=70).....	87
Quadro 19: Correlação de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Qualidade de vida da Amostra (N= 70).....	89

## **Introdução**

A dor é um motivo clássico de consulta, apresentando-se como o sintoma mais comum nos cuidados de saúde, com impacto no doente, na família e sociedade (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Butchart, Kerr, Heisler, Piette, & Krein, 2009; Henry, 2008; Lumley et al., 2011; Turk & Wilson, 2010). Como doença constitui-se uma ameaça à integridade da pessoa, conduzindo ao sofrimento, por ser caracterizada como uma experiência pessoal de carácter multifatorial, com a contribuição de fatores de ordem física, psicológica e social (Breton, 2007).

No entanto, a existência humana fica ameaçada sem a presença de dor (Fonseca, 1997; Habib, 2003; Scholz et al., 2009), como os indivíduos que sofrem de insensibilidade congénita à dor sendo expostos a ferimentos graves (Habib, 2003). Desta forma, a dor tem uma função vital no indivíduo (Angelotti, 2008; Habib, 2003).

A presença constante de dor é uma forte ameaça ao sentido de identidade, pois afecta o doente em diversas dimensões, tais como física, psicológica, social, laboral, relacional, entre outras (Butchart et al., 2009; Hwang et al., 2011; Molton et al., 2009; Vowles & McCracken, 2010). A intensidade e a interferência da dor crónica condicionam a vida do indivíduo, com impacto significativo na sua qualidade de vida (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Barbosa & Ribeiro, 2000; Butchart et al., 2009; Durán, Ruis, & Wulff, 2003; Hwang et al., 2011; Molton et al., 2009; Ribeiro, 2009; Sullivan, 2012; Vowles & McCracken, 2010).

A dor crónica transformou-se num problema da vida moderna, sendo uma experiência complexa que inclui uma sensação de dor, respostas automáticas a essa dor, reações psicológicas e consequências sociais (Scholz et al., 2009). Neste sentido a literatura aponta a necessidade de uma equipa multidisciplinar na avaliação e intervenção na dor crónica (Araújo-Soares & Soares, 2000; Capela & Loura, 2008; Durán et al., 2003; Forgeron et al., 2010; Frießem, Willweber-Strumpf, & Zenz, 2009; Hjerstad, Fainsinger, & Kaasa, 2009; Korff & Dunn, 2008; Pareja, 2008; Turk & Melzack, 2011).

A presente investigação derivou da realização do estágio curricular na Unidade de Dor do Hospital de S. João – EPE do Porto, em que se pretende contribuir para o conhecimento científico sobre esta problemática.

Os doentes com dor crónica desencadeiam facilmente sintomas psicopatológicos reativos, principalmente de ansiedade e depressão, pela intensidade e interferência da dor na vida diária (Bair et al., 2008; Capela & Loura, 2008; Sullivan, 2012; Tan, Jensen, Thornby, & Sloan, 2008; Wang, Ahrens, Rief, & Schiltenwolf, 2010). Por este motivo esta investigação incidiu no estudo da sintomatologia ansiosa e depressiva na dor crónica.

Segundo o modelo biopsicossocial existem, entre outras, variáveis psicossociais que são consideradas importantes na dor crónica, são elas: as cognições e estratégias de *coping* (Lee, Watson, & Law, 2010; Molton et al., 2009; Sjörs, Larsson, Persson, & Gerdle, 2011; Turk & Wilson, 2010).

De facto, o doente, consciente ou inconscientemente, procura um significado para a dor com influência da sua perceção individual, e ambas determinam o comportamento de dor (Breton, 2007; Lee et al., 2010; Leo, Qinton, & Ebert, 2011), sendo que a dor, por vezes, revela no indivíduo resistências ou fraquezas inesperadas (Breton, 2007). É importante salientar a influência das cognições na experiência dolorosa do doente, pois são elas que determinam as reações emocionais e comportamentais de dor (Bennett, 2002; Pereira & Roios, 2011; Staud, 2009; Teixeira, 2001). Deste modo, tornou-se pertinente que a investigação focasse as cognições de doença na dor crónica.

As estratégias de *coping* são também abordadas na presente investigação na medida em que a dor crónica é uma fonte de *distress* e as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes influenciam a intensidade, interferência da dor e o aparecimento de psicopatologia (Angelotti, 2008; Borges, Luiz, & Domingos, 2009; Butchart et al, 2009; Molton et al., 2009).

A presente dissertação de mestrado está dividida em seis capítulos.

No capítulo I (Dor crónica), delimita-se o conceito de dor; classifica-se a dor; apresenta-se uma breve descrição da perturbação de dor; neurofisiologia da dor; percepção, experiência e comportamentos de dor; caracteriza-se a dor crónica.

No capítulo II (Aspectos emocionais da dor crónica), descreve-se a sintomatologia ansiosa e a depressiva, com a caracterização de ambas na dor crónica.

No capítulo III (*Coping*), delimitam-se os conceitos de *stress* e de *coping*, apresentando-se os estilos de *coping* e as estratégias de *coping*, e, por fim, apresentam-se os correlatos das estratégias de *coping* na dor crónica.

No capítulo IV (Método), indicam-se os objectivos desta investigação, caracterizam-se os participantes na amostra, descrevem-se os instrumentos utilizados na recolha de dados e o procedimento seguido.

No capítulo V (Apresentação e Discussão dos Resultados), apresentam-se os resultados obtidos e a sua confrontação com a literatura consultada.

Finalmente, na Conclusão, revê-se de forma resumida a problemática da dor crónica, com resisção dos resultados obtidos e uma breve reflexão sobre a importância, implicações dos mesmos e limitações desta investigação.

---

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

## **Capítulo I - Delimitação do conceito de dor**

A compreensão do fenómeno doloroso sempre suscitou interesse; ao longo dos anos, o conceito de dor sofreu múltiplas alterações, mas o mistério da dor começou a ser conhecido, pormenorizadamente, nos últimos anos (Lobato, 1992).

No homem primitivo as doenças dolorosas eram atribuídas à magia, demónios ou espíritos, o seu tratamento resumia-se ao uso de amuletos e feitiçarias para apaziguar ou eliminar os demónios que causavam a dor (Lobato, 1992).

Posteriormente, e durante muitos anos, perante a tradição de Aristóteles, a dor era concebida como uma forma particular de emoção (dor como uma paixão da alma), sendo tal aceite durante milhares de anos, contribuindo para o atraso das pesquisas neurofisiológicas e psicológicas sobre a dor (Breton, 2007; Lobato, 1992).

Anos mais tarde, numa visão da filosofia mecanicista, nomeadamente com Descartes, a dor era vista como uma sensação produzida pela “maquinaria corporal” (Breton, 2007).

A visão defendida pelos filósofos começou a ser afastada quando as investigações dos fisiologistas incidiram na dor, contribuindo para o aumento das pesquisas e para o predomínio da teoria da dor como sensação (Lobato, 1992). O modelo biomédico predominou na descrição da dor durante vários anos, focalizado-se nas causas biológicas, ignorando a hipótese da dimensão afetiva (sentimento subjetivo do homem), afastando o facto de muitas doenças resultarem da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Breton, 2007; Lobato, 1992).

Com as diversas investigações a componente psicológica da sensação dolorosa começou a ser considerada, e começou-se a reconhecer a emoção como fator determinante na dor (Lobato, 1992).

Portanto, nos últimos anos, a definição de dor mais reconhecida é a descrita pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em 1979, que reconhece a natureza

complexa da dor (Angelotti, 2008; Apkarian et al., 2009; Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Frutuoso & Cruz, 2004; King, 2000; Korff & Dunn, 2009; Lumley et al., 2011; Mateus et al., 2008; Neubern, 2010; Schestatsky, 2008), que a define como “uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (Capela & Loura, 2008, p.31). Assim, esta definição destaca a componente sensorial (lesão visceral, somática visceral, somática músculo-esquelética e neuropatias), componente emocional (tristeza, medo, raiva, frustração, ansiedade, depressão, entre outras) e uma componente cognitiva e avaliativa (pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão, entre outras), contribuindo para a experiência subjetiva da dor (Frutuoso & Cruz, 2004; Tan et al., 2008). Desta forma, estão presentes os aspetos emocionais desvinculando a dor de uma lesão obrigatória de tecidos do organismo (Lobato, 1992; Lumley et al., 2011).

Mais recentemente ressalta o modelo biopsicossocial na dor, que relaciona os fatores biológicos, psicológicos e sociais nas diferenças individuais na dor (Gatchel & Dersh, 2002; Lee et al., 2010; Molton et al., 2009; Sjörs et al., 2011; Turk & Monarch, 2002; Turk & Wilson, 2010; Verra et al., 2011).

Uma possível classificação da dor pode ser aguda ou crónica, tendo em conta a sua duração temporal (American Psychiatric Association, 2002; Bennett, 2002; Korff & Dunn, 2009; Lumley et al., 2011; Lobato, 1992; Otermin, 2003; Scholz et al., 2009). A dor aguda está relacionada com uma possível lesão orgânica, de curta duração (Durán et al., 2003; Korff & Dunn, 2009; Lumley et al., 2011; Lobato, 1992; Scholz et al., 2009). Enquanto na dor crónica a sua duração é persistente, ultrapassando os seis meses, em que o significado atribuído à dor pelo doente pode ser positivo (obtenção de um ganho secundário) ou negativo (sem um propósito útil) (APA, 2002; Bennett, 2002; Lobato, 1992; Lumley et al., 2011; Scholz et al., 2009).

Uma outra classificação possível de alguns tipos de dor deriva de características fisiopatológicas e clínicas, dependendo da origem do estímulo nociceptivo (Baliki et al., 2011; Lobato, 1992; Teixeira, 2001),

Portanto, a dor pode transformar-se de um sinal ou sintoma numa patologia, em que as lesões podem ser de origem orgânica ou psicossomática (Català & Aliaga, 2003; Henry, 2008; Lumley et al., 2011; Neubern, 2010; Verhaak et al., 1998), nesta última, não se verifica nenhuma etiologia orgânica, ou seja, não pode ser explicada por lesões físicas ou disfunção fisiológicas (Angelotti, 2008; Lobato, 1992; Scholz et al., 2009), indicando a presença da dimensão psicológica da dor, componente emocional, estabelecendo-se uma mistura de causas e consequências somáticas e emocionais (Lobato, 1992; Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbhi, & Bensing, 1998).

Para a Perturbação de Dor pode ser diagnosticada quando a dor é a principal queixa do doente e necessita de cuidados médicos, pois causa sofrimento ou deterioração significativa em diferentes áreas do funcionamento dos indivíduos (APA, 2002; Capela & Loura, 2008; Lumley et al., 2011). De acordo com o DSM-IV-TR são apresentados vários critérios de diagnóstico para a Perturbação de Dor (Anexo A) e os seguintes subtipos: Associada a Factores Psicológicos (em que os fatores psicológicos desempenham um papel importante para o início, intensidade, exacerbação e manutenção da dor; mesmo que esteja presente um estado físico geral este não assume um papel importante para o processo de dor); pode estar Associada a Um Estado Físico Geral (em que o estado físico geral desempenha um papel importante para o início, intensidade, exacerbação e manutenção da dor; mesmo que estejam presentes fatores psicológicos estes não assumem um papel importante para o processo de dor); ou Associada a Factores Psicológicos e a Um Estado Físico Geral (em que os fatores psicológicos e um estado físico geral desempenham um papel determinante para o início, intensidade, exacerbação e manutenção da dor) (APA, 2002; Lumley et al., 2011).

Do mesmo modo que a dor se apresenta num dos critérios de diagnóstico da Perturbação de Somatização (APA, 2002), tendo como consequência manifestações de problemas psíquicos e emocionais através de doenças ou sintomas orgânicos (Lumley et al., 2011; Verhaak et al., 1998). Segundo o DSM-IV-TR o diagnóstico da Perturbação de Somatização requer a presença de queixas frequentes e múltiplas (APA, 2002; Fabião, Silva, Fleming, & Barbosa, 2010), principalmente a presença de pelo menos oito sintomas físicos inexplicáveis, distribuídos por quatro grupos: quatro sintomas de dor, dois gastrointestinais, um pseudo-neurológico e um sexual (APA, 2002; Fabião et al., 2010).

De acordo com o descrito anteriormente, que a dor acarreta uma experiência sensorial e emocional desagradável, estando na sua origem uma possível lesão (potencial ou efetiva) dos tecidos, os mecanismos neurofisiológicos tem a competência de descodificar a intensidade, duração e localização das mensagens nociceptivas (fator sensorio-discriminativo) (Atlas, Bolger, Lindquist, & Wager, 2010; Castro, 2003; Eggermont, Bean, Guralnik, & Leveille, 2009; Lumley et al., 2011; Mateus et al., 2008; Turk & Monarch, 2002).

### **1.1. Neuropsicofisiologia da dor**

A dor possui uma qualidade sensorial fundamental, pois alerta os indivíduos da ocorrência de lesões teciduais, o que permite que mecanismos sejam ativados para a proteção do organismo lesado (Angelotti, 2008; Atlas et al., 2010; Habib, 2003; Teixeira, 2001).

Desta forma, uma sequência de acontecimentos pode promover uma sensação dolorosa, caracterizada por um processo ativo e complexo que descodifica a informação dos estímulos em potenciais de ação, nas fibras nervosas periféricas, transferindo-os para o sistema nervoso central (SNC) (Angelotti, 2008; Atlas et al., 2010; Baliki, Schnitzer, Bauer, & Apkarian, 2011; Otermin, 2003; Rocha et al., 2007; Teixeira, 2001; Turk & Monarch, 2002).

Em termos de mecanismos fisiopatológicos, a dor pode diferenciar-se em nociceptiva (lesão somática ou visceral) ou neuropática (lesão ou alteração da transmissão de informação nociceptiva ao nível do SNC ou periférico) (Castro, 2003; Lobato, 1992; Otermin, 2003; Teixeira, 2001).

Os nociceptores (recetores da dor) são um grupo de recetores sensoriais capazes de diferenciar estímulos inofensivos e estímulos nocivos (Angelotti, 2008; Habib, 2003; Otermin, 2003; Rocha et al., 2007; Scholz et al., 2009; Turk & Monarch, 2002), quando estão perante uma experiência dolorosa, cada um com as suas características distintas, conduzem a informação sensorial para vias específicas, da periferia até ao cérebro (Habib, 2003). As suas diferentes características permitem distinguir dois tipos de dor: uma dor “rápida” (sensação aguda e repentina, transportada por fibras abundantemente mielinizadas) e uma dor “lenta” (sensação mais prolongada, transmitida por fibras de condução mais lenta) (Habib, 2003).

Um estímulo doloroso mais intenso, prolongado e repetido pode originar um desequilíbrio entre lesão e dor, levando a variações de intensidade e duração das respostas nociceptivas (Otermin, 2003; Scholz et al., 2009; Teixeira, 2001; Turk & Monarch, 2002).

A experiência dolorosa é mediada pelo limiar fisiológico (ponto ou momento em que um determinado estímulo é reconhecido como doloroso), limiar de tolerância (ponto em que o estímulo alcança uma intensidade que não é tolerado, variando perante as situações e sob a influência de fatores culturais e psicológicos) e, por fim, pela resistência à dor (diferença entre os dois limiares, expressando a amplitude da estimulação dolorosa à qual o indivíduo pode resistir de forma aceitável) (Angelotti, 2008; Lobato, 1992; MacDonald, 2008).

O modelo neuropsicofisiológico da dor envolve a perceção, circuitos centrais e periféricos, moderados por influências límbicas e corticais sobre o afeto e o comportamento (Angelotti, 2008; Atlas et al., 2010; Lumley et al., 2011; Teixeira, 2001). Nos últimos 20 anos têm surgido grandes avanços na compreensão dos processos periféricos e centrais envolvidos nas condições de dor crónica (Apkarian et al., 2009).

Das diferentes investigações que incidiam no estudo da dor foram diversas as teorias que procuraram explicar a organização neurofisiológica da dor, mas foi a teoria de portão de controlo da dor, proposta por Melzack e Wall, em 1965, que evidenciou a complexidade da dor propondo a integração de fatores neurofisiológicos e psicossociais, com o objetivo de melhorar a sua compreensão (Apkarian et al., 2009; Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Forgeron et al., 2010; Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965; Turk & Monarch, 2002; Villar, 2006).

De acordo com a teoria do portão de controlo da dor fatores neurofisiológicos e psicológicos são os potenciadores ou moderadores na perceção da dor, salientando a importância do modelo biopsicossocial (Apkarian et al., 2009; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Bennett, 2002; Capela & Loura, 2008; Forgeron et al., 2010; Frutuoso & Cruz, 2004; Habib, 2003; Leo et al., 2011; Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965; Turk & Monarch, 2002; Villar, 2006).

O carácter complexo e multidimensional da dor é determinado por diferentes fatores, sendo eles de natureza fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural (Apkarian et al., 2009; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Bennett, 2002; Capela & Laura, 2008; Català & Aliaga, 2003; Forgeron et al., 2010; Frutuoso & Cruz, 2004; Lumley et al., 2011; Mateus et al., 2008; Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965; Neubern, 2010; Valente, Ribeiro, & Jensen, 2009; Villar, 2006). Essas diferentes características multidimensionais relacionadas com a dor podem ter um papel determinante no início, gravidade, exacerbação e manutenção da dor (Forgeron et al., 2010; Frießem et al., 2009; Frutuoso & Cruz, 2004; Turk & Wilson, 2010; Valente et al., 2009). Por isso, a dor é descrita como uma experiência subjetiva, individual, multidimensional, única e dinâmica (Durán et al., 2003; Forgeron et al., 2010; Frießem et al., 2009; Korff & Dunn, 2008; Melzack & Wall, 1965; Molton et al., 2009; Valente et al., 2009).

A presente teoria descreve que num primeiro momento há transmissão de impulsos nervosos das fibras aferentes para as células da espinal medula (*input* sensorial) (Bennett, 2002; Habib, 2003; Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965; Turk & Monarch, 2002), essas, por sua vez, transmitem ao cérebro a mensagem nociceptiva, mas são quantificadas por um sistema de portão espinal nos cornos dorsais, designada por “porta funcional” (Habib, 2003; Turk & Monarch, 2002). Este sistema é influenciado pela atividade e quantidade de fibras de largo diâmetro (não nociceptivas – inibem a transmissão), pequeno diâmetro (nociceptivas - facilitam a transmissão) e impulsos nervosos descendentes do cérebro pela ação dinâmica dos processos cerebrais (*input* psicológico) (Bennett, 2002; Habib, 2003; Melzack, 1993; Turk & Monarch, 2002).

A oscilação da atividade entre fibras nociceptivas e não nociceptivas ao nível das aferências medulares auxilia na modelação da intensidade da dor (Habib, 2003; Turk & Monarch, 2002). Por outro lado, um sistema especializado de fibras largas (gatilho de controlo central), por meio das fibras descendentes, promove a ativação do processo de seleção cognitiva que acaba por influenciar o mecanismo do portão espinal (Bennett, 2002; Melzack, 1999; Melzack & Wall, 1965; Turk & Monarch, 2002; Villar, 2006).

Quando o *output* das células transmissoras da espinal medula é excessivo o sistema de ação é ativado, facilitando a estimulação das áreas neuronais subjacentes às experiências somáticas e dos comportamentos de dor (Bennett, 2002; Pareja, 2008; Turk & Monarch, 2002).

Esta teoria reforçou a importância do cérebro como um sistema ativo, com a existência de uma rede neuronal que integra múltiplas entradas para reproduzir a dor (Melzack, 1999), contudo não foi capaz de explicar alguns problemas na dor crônica que requerem maior compreensão de mecanismos cerebrais (Melzack, 1993). Melzack encontrou limitações neste modelo ligadas à adaptação da experiência dolorosa em pacientes paraplégicos e pacientes com dor do membro fantasma em áreas do corpo abaixo do nível da lesão na espinal medula,

o que promoveu o desenvolvimento de um modelo da dor mais complexo, Neuromatrix (Bennett, 2002; Melzack, 1999; Turk & Monarch, 2002).

A estrutura sináptica da neuromatrix é determinada por influências genéticas e sensoriais, que acarretam as qualidades particulares e as propriedades da experiência e comportamento de dor (Gatchel & Dersh, 2002; Leo et al., 2011; Melzack, 1999; Turk & Monarch, 2002), logo, cada indivíduo possui uma rede neuronal amplamente distribuída nas componentes somatossensoriais, no sistema límbico e talâmico com interferência nas dimensões sensório-discriminativas, afetivo-emocionais, cognitivos e comportamentais da experiência de dor (Gatchel & Dersh, 2002; Melzack, 1999; Turk & Monarch, 2002).

De acordo com o modelo biopsicossocial na dor para além dos fatores neurofisiológicos outros fatores são determinantes, tais como: a percepção, a experiência individual e os comportamentos adoptados pelos indivíduos perante a sua dor.

## **1.2. Percepção, Experiência e Comportamento de dor**

A sensibilidade somática ou somestesia (soma, corpo e sensação), assim como os sistemas sensoriais, é o meio utilizado pelo sistema nervoso para obter informação sobre o mundo circundante (Habib, 2003). Sobretudo da percepção que o indivíduo tem do seu próprio corpo, da posição espacial de cada parte do corpo e dos objetos do meio ambiente (Habib, 2003), assim a sensação é o fenómeno primário e a percepção o fenómeno secundário, e a relação entre ambas não é direta nem linear (Angelotti, 2008).

Dessa forma a percepção da dor pode ser mediada por processos neuronais, amplificando-a ou inibindo-a (Angelotti, 2008; Atlas et al., 2010), o que contribui para a subjetividade da percepção dolorosa (Atlas et al., 2010; Dias & Brito, 2002; Frutuoso & Cruz, 2004; Habib, 2003).

Os processos mentais inerentes à percepção individual da experiência dolorosa são determinados pelos acontecimentos de vida (traumas), personalidade e experiências anteriores

de dor, contribuindo para os significados atribuído à dor (fator cognitivo) (Lee et al., 2010; Leo et al., 2011; Mateus et al., 2008).

Como já referido anteriormente, a dor pode ser considerada uma experiência subjetiva e individual, como resultado de interrelações entre a interpretação das reações fisiológicas com componentes afetivas, cognitivas, comportamentais (Angelotti, 2008; Day & Thorn, 2010; Fillingim et al., 2009; George & Hirsh, 2009; Leo et al., 2011; Lumley et al., 2011; Oliveira et al., 2009; Rocha et al. 2007).

Foram descritos três níveis de simbolização da dor: no primeiro, a dor é um sinal fornecido pelo ego de uma ameaça à integridade estrutural ou funcional do organismo; em segundo, a dor é um meio básico de pedir ajuda; e por fim, no terceiro, a dor surge como uma queixa, aviso de uma perda iminente do objeto, manipulação, ganhos secundários e forma de alívio de sentimentos de culpa (reais ou imaginários) (Lobato, 1992).

Quando um indivíduo se depara com uma experiência de sintomas físicos é iniciada uma avaliação cognitiva que lhe atribui um significado, comparando-os com sintomas já experienciados ou conhecidos (Pereira & Roios, 2011). A relação que se estabelece com a dor depende do significado que é atribuído no momento da experiência dolorosa, da forma como é sentida e avaliada (Breton, 2007). Essa avaliação depende dos seguintes fatores que se relacionam de forma complexa: intra-pessoais (processos psicodinâmicos dos primeiros anos de vida interferem na qualidade e/ou gravidade da dor, assim como promovem a manifestação tardia de uma doença ou outro tipo de sofrimentos); inter-pessoais (os comportamentos podem ser reforçados ou inibidos pelo meio social); biológicos (aspectos do foro biológico que estão envolvidos na sensação de dor) (Capela & Loura, 2008; Català & Aliaga, 2003; Durán et al., 2003; George & Hirsh, 2009; Lobato, 1992; Lumley et al., 2011).

O significado atribuído a um determinado estímulo determina o comportamento de dor, envolvendo alterações orgânicas e respostas emocionais (negação, ansiedade, depressão, impotência, dependência, necessidade de proteção, entre outras) (Teixeira, 2001). A forma

como cada indivíduo expressa dor é resultado de um processo complexo, que pode variar em função do tempo e oscila por diferentes motivos, como por exemplo, estado de humor e acontecimentos de vida (Ferrándiz & Catalá, 2003),

O conhecimento de que alguém sente dor pode ser adquirido pela demonstração de sofrimento pelo comportamento, utilizando a queixa, gemido, lamentação, gestos e/ou posições com vista a expor e/ou diminuir a dor (Lobato, 1992). A atitude do indivíduo em relação à dor é variável, potencial e provável (Breton, 2007), ou seja, é determinante analisar minuciosamente a expressão de dor de cada doente, a comunicação verbal e/ou não-verbal da sua dor (Frutuoso & Cruz, 2004; Gatchel & Dersh, 2002; Lobato, 1992; Mateus et al., 2008; Turk & Monarch, 2002).

Podem estar presentes dois tipos de comportamento: o comportamento como resposta (automático e instantâneo) e o comportamento operante (aprendido e que se reforça ou extingue de acordo com a estimulação do meio circundante) (Breton, 2007; Lobato, 1992; Lumley et al., 2011). Os reforços podem ser diretos (cuidados de familiares, atenção médica) ou indiretos (evitamento de situações desagradáveis ou obrigações penosas) (Lumley et al., 2011). Existe ainda o reforço constituído pela “punição por comportamento sadio”, em que o doente assume algumas atitudes de dor que lhe podem causar melhoras mas de forma desajustada (Lobato, 1992; Lumley et al., 2011), podendo, de certa forma, ser semelhante às experiências clássicas de Pavlov relativamente às respostas condicionadas, em que o comportamento de dor expressa uma resposta condicionada ou aprendida, em que não é necessário a presença de um estímulo nociceptivo para surgir uma resposta às circunstâncias sociais e ambientais com as quais o estímulo esteve frequentemente associado (Lobato, 1992).

Por vezes, a dor assume um valor de identidade, dando um estatuto, um reconhecimento, uma legitimidade para anular as responsabilidades do indivíduo (Breton, 2007). Nestes casos a diferença é grande entre as descrições dos indivíduos da perceção da sua dor e a aparência

saudável que apresentam, estando demonstradas as defesas psicológicas, sociais, culturais e relacionais (Breton, 2007).

De fato, qualquer indivíduo constata com uma experiência de dor, apresentando uma percepção individual da sua dor e a manifesta por determinados comportamentos, mas quando a dor progride para crónica as características são mais acentuadas porque as diferentes dimensões interagem de forma complexa e dinâmica.

### **1.3. Caraterização da dor crónica**

Como referido anteriormente, a dor quando cumpre o seu valor biológico de alerta e passa a uma patologia crónica é uma das manifestações mais invalidantes de inúmeros doentes e uma preocupação constante dos profissionais de saúde, que tentam reduzir o seu sofrimento (Angelotti, 2008; Ferrándiz & Catalá, 2003; Habib, 2003; Henry, 2008; Lumley et al., 2011; Otermin, 2003).

Quando a dor se prolonga ao longo do tempo, posteriormente a uma lesão ou na ausência dela, não evidencia de imediato a sua indeterminada duração (Breton, 2007; Lumley et al., 2011; Mateus et al., 2008). Ou seja, num primeiro momento a dor leva o indivíduo a procurar os profissionais de saúde e a descrever a percepção que tem da sua dor, como consequência da insistência dos indivíduos pertencentes ao grupo de suporte sociofamiliar, com a mesma base de valores (Apkarian et al., 2009; Breton, 2007; Ferrándiz & Catalá, 2003; Frießem et al., 2009; Hwang et al., 2011). A perspectiva de um alívio próximo faz com que a situação seja, em parte, suportável, e contribui para a impotência dos tratamentos e aumentar a sua cronicidade (Breton, 2007).

A dor crónica pode ser classificada, dependendo da patologia, como oncológica ou não oncológica e, dependendo da fisiopatologia, dores orgânicas ou dores emocionais (Ferrándiz & Catalá, 2003; Lobato, 1992).

Há fatores que promovem o aparecimento da dor crónica, como, por exemplo, o luto patológico, abuso de drogas, ganhos secundários (recompensas pessoais, recompensas financeiras), distúrbio da personalidade, situações existenciais difíceis, desajuste profissional, dificuldade em lidar com responsabilidades sociais, problemas conjugais, entre outros, incluindo a história da lesão ou doença, que também contribuem para a apresentação da dor crónica (Breton, 2007; Lobato, 1992).

A dor crónica é resultado de uma interação complexa e dinâmica de sensações, cognições, emoções e comportamentos (Durán et al., 2003; Gatchel & Dersh, 2002; Lee et al., 2010; Turk & Wilson, 2010), em que o seu aparecimento varia de acordo com a sua intensidade, o contexto, hora do dia, na forma como se lida com a dor e com a medicação (Breton, 2007; Scholz et al., 2009).

Além de ter um forte impacto no indivíduo é uma doença eminentemente social, afetando (direta ou indiretamente) os familiares próximos, amigos e vizinhos (Bair et al., 2008; Breton, 2007; Butchart et al., 2009; Henry, 2008; Lumley et al., 2011; Turk & Wilson, 2010).

As síndromes dolorosas crónicas apresentadas como as mais frequentes são: Lombalgias, Lombociatalgias, Fibromialgia, Nevralgias, Dor do Membro Fantasma, dor oncológica, artrite reumatóide, osteoartrose, dor de cabeça, dor por HIV, entre outras (Ferrándiz & Catalá, 2003; Henry, 2008).

A dor crónica é prevalente na população em geral (Hwang et al., 2011), sendo o sintoma mais presente nos doentes oncológicos e, provavelmente, o mais temido por toda a população (Hjermstad et al., 2009). O aumento da longevidade favorece o aumento da dor crónica, em que a experiência de dor é reconhecida como patologia ligada às sequelas do envelhecimento (Breton, 2007; Eggermont et al., 2009). Adicionalmente, a tolerância à dor parece diminuir com a idade (Breton, 2007; Eggermont et al., 2009).

Alguns estudos apontam para uma maior prevalência da dor nas mulheres, com pico de incidência entre os 40 e os 50 anos, em profissões consideradas menos qualificadas (Breton,

2007; Capela & Loura, 2008; Day & Thorn, 2010), estas diferenças podem estar de acordo com as variações culturais (pressões culturais, apoio social, recursos) relativamente à descrição da dor (Capela & Loura, 2008).

Além disso o contexto sócio-cultural também influencia a formação do conceito de dor, assim como diferenças de culturas regionais e locais, urbanas e rurais, de geração e condição económica podem determinar a forma de experienciar a dor crónica (Breton, 2007; Day & Thorn, 2010).

Vários autores indicam que a intensidade da dor crónica, normalmente, apresenta uma oscilação entre dor moderada a ligeira, provocando efeitos dolorosos, com grande interferência na qualidade de vida dos indivíduos (Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Eggermont et al., 2009; Farmer, Zaslavsky, Reynolds, & Cleary, 2010; Henry, 2008; Kurita & Pimenta, 2003; Sullivan, 2012).

De acordo com a revisão da literatura realizada por Fillingim et al. (2009), sobre as diferenças da dor em função do sexo, concluiu que as diferenças parecem estar associadas aos papéis de género face à dor, em que os homens evidenciam maior tolerância à dor, enquanto que as mulheres aceitam a dor como uma condição de vida e apresenta mais facilidade em expressá-la.

Do mesmo modo que um estudo realizado por Day e Thorn (2010) com o objetivo de analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e a dor crónica em indivíduos que viviam no meio rural, numa amostra constituída por 115 participantes, com idade média de 52 anos, 79% do sexo feminino, 61% estavam desempregadas e apresentavam anos médios de escolaridade, concluiu que a dor crónica está associada à idade, ao baixo nível de escolaridade e ao baixo nível socioeconómico.

Paralelamente, a dor crónica pode ainda estar associada a psicopatologia, como, por exemplo, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, perturbações somatoformes, perturbações da personalidade, perturbações do sono, perturbações sexuais, uso de

substâncias, entre outras (Angelotti, 2008; Apkarian et al., 2009; Bair et al., 2008; Braden et al., 2008; Cardoso, 2004; Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002; Henry, 2008; Lumley et al., 2011; Shi, Wang, & Luo, 2010; Wang et al., 2010).

Efetivamente, a dor crónica incide de forma complexa e multidimensional, podendo acarretar diferentes níveis de interferência e com implicações diversificadas nas diferentes dimensões.

#### **1.4. Interferência da dor crónica**

A dor crónica converte-se num próprio problema, condicionando a vida do doente, sendo integrada como experiência e elemento na organização diária, com impacto significativo na sua qualidade de vida (APA, 2002; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Butchart et al, 2009; Cardoso, 2004; Durán et al., 2003; Hwang et al., 2011; Molton et al., 2009; Ribeiro, 2009; Vowles & McCracken, 2010).

Na dor crónica o sentimento de perda é acompanhado por modificações das funções orgânicas que limita as capacidades físicas do indivíduo e impede um funcionamento adequado (Kroff & Dunn, 2008; Lobato, 1992).

Segundo vários autores, a dor crónica é considerada uma perturbação psicofisiológica, em que promove uma desadaptação do indivíduo ao seu meio, acarretando múltiplas incapacidades ao nível físico e funcional (APA, 2002; Apkarian et al., 2009; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Breton, 2007; Cardoso, 2004; Dellarozza et al., 2007; Durán et al., 2003; Fillingim et al., 2009; Forgeron et al., 2010; Huber, Kunz, Artelt, & Lautenbacher, 2010; Lumley et al., 2011; Neubern, 2010; Sayar, Arıkan, & Yontem, 2002): fisiológicas (perdas de apetite, alterações sexuais; ciclo do sono); cognitivas (memória, atenção, concentração, processo de pensamento); funcionais (dependência, fadiga, inatividade, desmotivação); emocionais (apatia, tristeza, desesperança, ansiedade, preocupação); comportamentais

(comportamentos de risco, ideação suicida, consumo de substâncias); sociais (isolamento social, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, habilidades pessoais); laborais (situações de desemprego, dificuldades relacionais no local de trabalho); económicas (dificuldades económicas, dependência económica); familiares (problemas conjugais, diminuição de atividades familiares, incompreensão dos familiares, conflitos familiares, falta de adaptação ou tolerância dos membros da família).

A avaliação deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar para permitir uma avaliação eficaz para o controlo da dor crónica e, conseqüentemente, obter diagnósticos e terapêuticas mais adequadas (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Durán, Ruis, & Wulff, 2003; Forgeron et al., 2010; Frießem et al., 2009; Hjermstad et al., 2009; Turk & Melzack, 2011). Desta forma, os protocolos utilizados para a avaliação da dor incluem medidas psicológicas e do funcionamento físico (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Capela & Loura, 2008).

A abordagem psicológica na dor crónica requer uma avaliação detalhada de todos os componentes que podem determinar a manutenção ou exacerbação da dor no indivíduo (Durán et al., 2003; Turk & Melzack, 2011). Portanto, na consulta de psicologia é determinante a entrevista clínica semi-estruturada de modo a fazer a exploração clínica do problema; avaliação do perigo imediato (suicídio, homicídio); condições de vida (agregado familiar, emprego, entre outros); história pessoal e desenvolvimental do paciente; história psicológica e psiquiátrica do paciente e da família nuclear; expectativas do paciente em relação à consulta e/ou intervenções futuras a nível médico e/ou psicológico; entre outros problemas (área laboral, escolar, social, relacional) (Grilo & Pedro, 2005; Lumley et al., 2011; McIntyre, 1998; Ribeiro & Leal, 1997).

Na entrevista clínica centrada na dor crónica, ao abordar a história do problema clínico, deve ser alvo de compreensão: as características principais da dor (localização, intensidade, duração e frequência); fatores de alívio e agravamento; abordar a forma como o doente comunica/exprime a sua dor; implicações da dor nas atividades; estratégias de *coping* com a

dor; personalidade do indivíduo; impacto emocional; impacto socioeconómico; interferência no sono, apetite, sexualidade; quais os sintomas associados; entre outros aspetos (Mateus et al., 2008; Quartana, Campbell, & Edwards, 2009; Vowles & McCracken, 2010). Deste modo é determinante um papel ativo do doente (caso estejam preservadas as capacidades de comunicação e as funções cognitivas) e dos seus familiares ou, caso se verifique, do cuidador informal (pode ser ou não familiar) (Català & Aliaga, 2003; Forgeron et al., 2010; Frießem et al., 2009).

O trabalho de uma equipa multidisciplinar tem um papel determinante no tratamento/intervenção na dor crónica (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Mateus et al., 2008). Por isso, é determinante estudar o doente crónico numa perspetiva biopsicossocial, que permite uma análise pormenorizada das características individuais, tendo em conta os fatores físicos e psicossociais, para uma intervenção adequada na dor crónica (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Durán et al., 2003).

O tratamento da dor crónica, geralmente, requer intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Capela & Loura, 2008; Mateus et al., 2008; Polatin & Gajraj, 2002; Turk & Melzack, 2011). De facto, a impossibilidade de tratar alguns doentes com dor crónica só com o modelo biomédico levou à inserção da intervenção psicológica, que possibilita a utilização de modelos e estratégias psicológicas para modificar a dor (orgânica ou não) (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Neubern, 2010). Além disso, a investigação tem indicado que as intervenções psicológicas mostraram eficácia em diferentes dimensões, com benefícios até pelo menos um ano após a intervenção (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Morley, 2010; Polatin & Gajraj, 2002; Turk, 2002; Vowles & McCracken, 2010).

Acrescenta-se, também, as investigações que apontam para um sucesso significativo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na dor crónica pela sua visão integrativa de considerações cognitivo-comportamentais, biológicas, interpessoais e sociais (Bair et al., 2008; Beissner, Henderson, Papaleontiou, Olkhovskaya, Wigglesworth, & Reid; Capela &

Laura, 2008; Frank, 1999; Leahy, 2006; Morley, 2010; Polatin & Gajraj, 2002; Simpson et al., 2011; Turk & Gatchel, 2002; Wright, Basco, Thase, & Clark, 2008; Young, 2003).

## **Capítulo II - Aspetos emocionais e dor crónica**

A dor crónica conduz a um sofrimento significativo, contribuindo para um problema psicossocial (Durán et al., 2003), como problema de saúde pode interferir no funcionamento adequado, facilitando a emergência de sintomatologia afetiva, cognitiva ou emocional (Ribeiro & Leal, 1997). A dor é um sintoma frequente em doentes com perturbações mentais e psicológicas, presente especialmente em quadros de perturbação depressão e ansiosa (Capela & Loura, 2008).

A ligação entre dor crónica e as componentes afetivas (como a ansiedade e depressão) foi sendo estabelecida ao longo dos anos (Bair et al., 2008; Tan et al., 2008; Wang et al., 2010). Estudos relatam a presença de dor na depressão, dor na ansiedade, e a co-existência de ambas na dor crónica (Bair et al., 2008; Fabião et al., 2010; Marques-Teixeira, 2001; Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira, & Reis, 2010; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Wang et al., 2010).

Na clínica, a associação entre sintomatologia depressiva e ansiosa parece indicar a existência de uma patologia severa, uma disfunção psicossocial mais grave, em que os indivíduos experienciam maior severidade da dor, um maior risco de suicídio, uma evolução crónica e uma menor resposta às terapêuticas farmacológicas, pelo que se torna determinante a consideração da comorbilidade em relação ao prognóstico (Marque-Teixeira, 2001; Wang et al., 2010).

As investigações indicam que doentes com dor crónica preenchem os critérios para um diagnóstico de perturbação depressiva tão facilmente como para um diagnóstico de perturbação ansiosa (Bair et al., 2008; Fabião et al., 2010; Marques-Teixeira, 2001; Trancas et al., 2010; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Wang et al., 2010).

## 2.1. Sintomatologia ansiosa e dor crônica

A ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou afetiva do indivíduo em que predominam sentimentos desagradáveis como: o mal-estar, apreensão, a preocupação excessiva, a expectativa e a inquietude (Gatchel & Dersh, 2002; Fonseca, 1997; Hisada, 2003; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Turk & Monarch, 2002).

A ansiedade surge como expressão de medo patológico e representa um sinal de alarme ou defesa (Fonseca, 1997; Lumley et al., 2011). O medo pode expressar-se sob formas reais, imaginárias e simbólicas (fobias), por diferentes potenciadores de *stress* (objetos, acontecimentos, condições e situações), que ponham em causa a segurança individual ou coletiva (Fonseca, 1997; Harrison, Geddes, & Sharpe, 2006; Lumley et al., 2011; Turk & Monarch, 2002). Inclui sintomas: emocionais (humor depressivo, irritabilidade), cognitivos (preocupações e medos excessivos ou inapropriados), comportamentais (evitamento das situações temidas, verificação, procura de tranquilização) e sintomas físicos de ativação simpática que não são totalmente explicados por uma doença física (aperto no peito, falta de ar, palpitações, tremor, pontadas e dores, problemas de sono) (Gatchel & Dersh, 2002, Harrison et al., 2006; Hisada, 2003; Turk & Monarch, 2002).

A ansiedade é uma emoção normal e um sintoma frequente na psicossomática, tornando-se patológica quando ocorre em simultâneo com outra perturbação (por exemplo, depressão) ou quando os sintomas e comportamentos ansiosos são frequentes e incapacitantes (Cordeiro, 2002; Turk & Monarch, 2002).

Os modelos da ansiedade têm como ponto de partida uma dicotomia: ansiedade orientada para o estímulo (uma resposta a um estímulo específico, como situações, pensamentos e emoções) e ansiedade como resposta (resposta emocional, independentemente do estímulo) (Cordeiro, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009). São referidos, essencialmente, três

modelos de ansiedade: o Modelo da ansiedade de Goldstein, o Modelo de ansiedade traço/estado e o Modelo transacional de *stress* de Lazarus (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

De acordo com o Modelo de ansiedade de Goldstein, desenvolvido pelo investigador Kurt Goldstein na I Guerra Mundial, a ansiedade é orientada para o estímulo, ou seja, a ansiedade corresponderia à percepção subjetiva e individual de uma determinada situação que represente uma ameaça à existência (Cordeiro, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Já o modelo da ansiedade traço/estado, desenvolvido por Cattell e Scheir (1961), refere que a ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características individuais e estímulo atual, distinguindo dois aspetos fundamentais da ansiedade: ansiedade como estado emocional transitório e ansiedade como um estado mais permanente (correspondendo a um traço de personalidade) (Cordeiro, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Por fim, o Modelo transacional de *stress* de Lazarus aceita a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, em que a ansiedade surge após avaliação da ameaça (fonte de *stress*) e avaliação dos recursos disponíveis (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A experiência de medo repetida pode provocar ansiedade antecipatória contribuindo para o desenvolvimento da dor crónica, em que a ansiedade pode ser representada por uma resposta emocional negativa acompanhada por reações fisiológicas, em que níveis mais elevados de ansiedade têm estado associados ao aumento da intensidade da dor crónica, da percepção da dor, das queixas relacionadas com a dor e da experiência dolorosa (Angelotti, 2008; Bair et al., 2008; Fillingim et al., 2009; Huber et al., 2010; Kurita & Pimenta, 2003; Lobato, 1992; Lumley et al., 2011; Sullivan, 2012). Ou, pelo contrário, a ansiedade que advém da dor crónica faz com que a capacidade de resistência ao sofrimento seja menor, aumente o medo da perda de autonomia e a resposta médica seja insuficiente para o alívio da dor, com interferência significativa na qualidade de vida (Breton, 2007; Castro et al., 2011; Ferreira-Valente, Ribeiro, & Jensen, 2012; Gatchel & Dersh, 2002; Turk & Monarch, 2002).

Na presença de ansiedade na dor crónica o mais frequente é: pensamentos recorrentes de medo da dor e suas consequências; distorções cognitivas (principalmente, maximização da probabilidade de ocorrência de um acontecimento negativo e catastrofização – tendência de ruminar sensações dolorosas e se sentir impotência sobre a dor), sintomas somáticos, evitamento da experiência dolorosa e amplificação do estímulo doloroso (Dias & Brito, 2002; Harrison et al., 2006; Lee et al., 2010; Lumley et al., 2011).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada está fortemente associada à dor crónica, em que existe uma apreensão ansiosa excessiva e incontrolável caracterizada por um afeto negativo elevado, uma hiperexcitabilidade crónica e com foco da atenção sobre os esquemas de ameaça ou perigo e vulnerabilidade pessoal (atribuição de falta de controlo pessoal para confrontar as situações) (Gatchel & Dersh, 2002; Harrison et al., 2006; Turk & Monarch, 2002; Valente et al., 2009). Ora, segundo o DSM-IV-TR são diversos os critérios de diagnóstico para a perturbação de ansiedade generalizada, sendo caracterizada por pelo menos seis meses de ansiedade e de preocupação persistente e excessiva (Anexo B) (APA, 2002).

De acordo com o estudo apresentado por Castro et al. (2011), numa amostra de 400 doentes com dor crónica, 45,6% do sexo feminino, com uma média de idades de 45,6 anos, avaliados com o HADS, indicaram que 70% dos doentes com dor crónica apresentaram perturbação ansiosa.

Segundo Fillingim et al. (2009) existem diferenças entre os sexos relativamente à ansiedade, em que as mulheres tendem a relatar níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa que os homens.

## **2.2. Sintomatologia depressiva e dor crónica**

O termo depressão, classicamente conhecido como melancolia, usado por Hipócrates, significa a inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, perda (ou

diminuição) da iniciativa e da capacidade vital, em que permanecem sentimentos de culpabilidade e diminuição do prazer de viver (Fonseca, 1997; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Na depressão o sintoma de tristeza é o mais predominante, que pode variar na intensidade (leve a grave), sendo frequentes sintomas psíquicos (desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio) e sintomas somáticos (dores, agitação, insónia, cefaleias, fadiga, alteração do apetite, manifestações dermatológicas) (Gatchel & Dersh, 2002; Turk & Monarch, 2002). Sendo considerada uma síndrome com múltiplas etiologias, podendo ser puramente psicológica (de origem conflitual – neuróticas; de natureza reativa – reação desadaptada ao *stress* ambiental) ou biológica (perturbação do humor secundária a patologia somática ou induzida por fármacos) (Cordeiro, 2002; Fonseca, 1997; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Na perturbação depressiva existe uma alteração persistente do humor deprimido suficientemente grave que provoca um défice nas atividades diárias (APA, 2002; Harrison et al., 2006; Turk & Monarch, 2002).

De entre diferentes modelos teóricos da depressão, o mais referenciado é o Modelo cognitivo da depressão de Aaron Beck, organizando-se em três conceitos básicos: tríade cognitiva (visão negativa de si mesmo, do meio ambiente e do futuro), esquemas/crenças centrais (padrões cognitivos estáveis) e pensamentos automáticos (correspondem a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida e que em conjunto caracterizam os esquemas cognitivos – interferência arbitrária, abstração seletiva, hipergeneralização, personalização, pensamento dicotómico) (Claudio, 2009; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O termo depressão, no sentido clínico, tanto pode designar um episódio depressivo (o estado atual de humor) como uma Perturbação Depressiva (diagnóstico subjacente) (Harrison et al., 2006).

A Perturbação depressiva major é caracterizada por um ou mais episódios depressivos (APA, 2002), em que são apresentados vários critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV-TR, tendo em conta a presença de pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, sendo acompanhada pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão (Anexo C) (APA, 2002). Podem ser utilizados os termos de ligeira, moderada ou grave, para descrever as características do episódio atual perante a sua gravidade (APA, 2002; Gatchel & Dersh, 2002; Harrison et al., 2006; Turk & Monarch, 2002) A depressão ligeira, geralmente, tem como queixa principal a sensação de *stress* ou cansaço, coexistindo sintomas ansiosos, pode ocorrer ideação suicida, podendo haver diminuição da capacidade de concentração, mas a capacidade de realização das atividades está intata (Harrison et al., 2006). Na depressão moderada as características mais presentes são: humor deprimido, sintomas somáticos, anedonia, ausência de motivação, anergia, cognições negativas (recordações desagradáveis e de insucessos, visão negativa do futuro), lentificação psicomotora, sentimentos de desespero e solidão, ideação e intenção suicida (Gatchel & Dersh, 2002; Harrison et al., 2006; Turk & Monarch, 2002). Na depressão grave os sintomas presentes na anterior amplificam-se, evidenciando uma sensação profunda e global de melancolia (Harrison et al., 2006).

Segundo Cordeiro (2002) os fatores de risco para a depressão são: sexo feminino, ser casada, em homens que vivem sozinhos, idades compreendidas entre os 20 e 40 anos, perdas parentais antes da adolescência, história familiar de depressão, fraco suporte social, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana.

A depressão em conjunto com um quadro de dor crónica acaba por anular a estrutura existencial dos indivíduos, diminuindo a qualidade de vida (Bair et al., 2008; Breton, 2007; Gatchel & Dersh, 2002; Turk & Monarch, 2002), sendo possível verificar queixas de dor em indivíduos com sintomatologia depressiva, ou pela presença permanente da dor crónica os indivíduos apresentarem sintomatologia depressiva, as implicações de ter ambas as perturbações são significativas (Angelotti, 2008; Farmer et al., 2010). Quando a depressão e a

dor crónica subsistem mutuamente facilitam a probabilidade do indivíduo ter desinteresse pelo mundo exterior, mais sensibilidade, isolar-se socialmente, ter dificuldade em aceitar as alterações corporais, dificuldade na realização de atividades, pensamentos pessimistas e autodestrutivos, auto-comceito negativo, diminuição da autoconfiança elementar no corpo, ou seja, gera pensamentos depressivos e negativos direcionados a si, ao meio circundante e ao futuro (Angelotti, 2008; Breton, 2007; Dias & Brito, 2002; Gatchel & Dersh, 2002; Lee et al., 2010; Sjörs et al., 2011; Turk & Monarch, 2002; Turk & Wilson, 2010).

A relação entre depressão e dor crónica é muito complexa, mas vários estudos e revisões indicam uma prevalência de 18 a 56% de pessoas com dor crónica que sofrem de uma perturbação depressiva (Bair et al., 2008; Farmer et al., 2010; Valente et al., 2009).

Indivíduos que apresentem sintomatologia depressiva experienciam níveis mais intensos de dor, com duração da dor mais prolongada, com mais interferência da dor e o tratamento farmacológico da dor apresenta baixos níveis de alívio (Bair et al., 2008; Capela & Loura, 2008; Farmer et al., 2010; Ferreira-Valente et al., 2012; MacDonald, 2008).

Segundo Fillingim et al. (2009), a depressão é mais prevalente nas mulheres com dor crónica que nos homens, em que apresentam mais queixas de dor, e, também, influência a percepção da dor de forma diferente entre homens e mulheres.

De acordo com o estudo apresentado por Castro et al. (2011), anteriormente descrito, 60% dos participantes indicou a presença de depressão.

Tendo em consideração os aspetos relacionados com a dor enunciados, torna-se clara a pertinência de considerar o *coping* dos indivíduos com dor crónica.

## Capítulo III - Coping

O *stress* e o *coping* estão relacionados e têm um papel determinante na vida das pessoas, principalmente no contexto de saúde e doença (Lazarus & DeLongis, 1983; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988; Soucase, Monsalve, & Soriano, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a saúde é definida como um estado em que o indivíduo apresenta um bem-estar físico, mental e social. Nesta definição, segundo Ribeiro (2005), é evidente que a saúde é o estado frequente dos indivíduos, em que está presente o bem-estar e a funcionalidade (não sendo apenas ausência de doenças), sendo necessárias respostas adaptativas às exigências do meio, com uma avaliação dos recursos disponíveis e das situações, englobando-se aspetos físicos, mentais e sociais.

### 3.1. Delimitação do conceito de *stress*

O significado atribuído ao termo *stress* sofreu alterações ao longo dos tempos com as diferentes investigações (Ribeiro, 2005b; Serra, 1988). Utilizado pela primeira vez no século XIV, em que o seu significado era de dificuldade ou adversidade (Ribeiro, 2005b). Já no século XVII a sua utilização tornou-se mais evidente na física, para designar dificuldade, exigências, adversidade e aflição (Ribeiro, 2005b; Serra, 1988). E no século XVIII e XIX o termo designava força, pressão, grande esforço exercido sobre um material, objeto ou pessoa (Ribeiro, 2005b; Serra, 1988). Na Psicologia foi utilizado no século XX, baseando-se nos significados anteriormente descritos, em que o *stress* derivava de uma carga ou exigência externa no sistema biológico, psicológico e social e os efeitos do *stress* no organismo podem desencadear alterações de diversas naturezas (Fonseca, 1997; Ribeiro, 2005b).

Os trabalhos desenvolvidos por Hans Selye aprofundaram o conhecimento do conceito de *stress*, tendo este em 1936 publicado uma explicação do fenómeno biológico do *stress*, amplificando-o a um sistema fisiológico com integração de um conjunto de funções córtico-

viscerais, contudo exclui o envolvimento dos processos psicológicos e não apresenta explicação dos aspetos emocionais no *stress* (Bennett, 2002; Fonseca, 1997; Ribeiro, 2005b; Pereira, 2006; Serra, 1988).

Paralelamente, este autor defendeu que o *stress* é um processo essencial à vida, sendo necessário o *stress* positivo nos organismos (*eustress*), pois suscita uma resposta adaptativa do organismo aos acontecimentos: sem estimulação os organismos não sobreviviam (Ribeiro, 2005b).

A perspectiva psicológica do *stress* foi desenvolvida nos estudos de Lazarus e outros cientistas, no séc. XX, que desenvolveram modelos de *stress* mais coerentes baseados nas emoções negativas associadas ao *stress* e nas estratégias utilizadas para as reduzir, propondo, então, que a explicação das variações individuais deriva de uma mediação motivacional e cognitiva (Bennett, 2002; Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993a, 1993b; Pereira, 2006; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988; Sousa et al., 2005).

O *stress* é um processo complexo dos acontecimentos que ameaçam o organismo, obrigando-o a responder (Costa & Leal, 2006; Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus, 1993a, 1993b; Pereira, 2006; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988), em que possui um carácter construtivo, em que mobiliza determinadas capacidades individuais que proporcionam o bem-estar do indivíduo, baseado em dois fatores psicológicos importantes: a previsibilidade e a controlabilidade dos acontecimentos (Fonseca, 1997). Nos acontecimentos em que não está presente a controlabilidade e a previsibilidade (por exemplo, ficar desempregado) podem potenciar o *stress* patológico (Costa & Leal, 2006; Fonseca, 1997).

Durante a II Guerra Mundial as investigações incidiram no estudo do *stress* e os acontecimentos de vida que podem promover o aparecimento de doença física e/ou mental (Bennett, 2002; Ribeiro, 2005b), mas evidenciou-se como mais importante o número de stressores diários que por efeitos cumulativos contribuem para o processo de *stress* (Bennett, 2002; Ribeiro, 2005b).

O termo *stress* é uma degeneração do termo *distress* tratando-se de um estímulo forte que pode provocar lesões no organismo e, conseqüentemente, originar respostas desadaptadas (Fonseca, 1997; Ribeiro, 2005b).

No que concerne ao processo de *stress* estão presentes quatro conceitos importantes: o agente stressor (interno ou externo); a avaliação do estímulo pelo sistema fisiológico e psicológico; os processos de *coping* utilizados para lidar com o/os agente/s stressor/es; e a reação ao *stress* (Lazarus, 1993a, 1993b; Ribeiro, 2005b).

Referente aos agentes stressores, estes desencadeiam um processo complexo e podem ter diferentes etiologias, desde situações de insatisfação na atividade profissional até aos estados de grande tensão provocada por problemas de saúde físicos ou psicológicos (Fonseca, 1997; Ribeiro, 2005b). Vários autores fazem a distinção de diferentes tipos de stressores, mas uma possível caracterização é: acontecimentos diários (de curta duração, como, por exemplo, uma doença, morte de alguém próximo), problemas da vida diária (resolução de problemas no local de trabalho) e *stressores* diários persistentes (de longa duração, associado à realização de papéis) (Lazarus & DeLongis, 1983; Ribeiro, 2005b).

Relativamente às avaliações dos acontecimentos, tanto Smith como Lazarus sugeriram que as avaliações dos acontecimentos diários podem ser muito diferentes de indivíduo para indivíduo (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005b Telles-Correia & Barbosa, 2009). Logo, a avaliação do estímulo é individual e determina quando um agente é ou não stressor, partindo de uma apreciação dos acontecimentos para desencadear uma resposta, sendo que um acontecimento irrelevante não afeta o indivíduo; um acontecimento positivo e um acontecimento ameaçador ou perigoso são os que propiciam o *stress* (Costa & Ribeiro, 2006; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Um acontecimento apreciado como ameaça ou perigo pode ser categorizado como: uma perda ou destruição (lesões que já aconteceram), uma ameaça (antecipação de uma perda) ou um desafio (elevadas exigências para os recursos pessoais) (Costa & Leal, 2006; Ribeiro, 2005b;

Serra, 1988). Pode considerar-se existir dois tipos de avaliações: primárias e secundárias (Bennett, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Na avaliação primária existe envolvimento de processos cognitivos para interpretar a situação e apreciar qual o risco dos acontecimentos para a pessoa, procurando consistência com os desejos ou metas individuais (Bennett, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009). E, na avaliação secundária verifica-se os recursos necessários e as alternativas de resposta disponíveis, opções e limitações existentes, custos e benefícios das alternativas de resposta, seleção das estratégias de *coping* e expectativas para o futuro (Bennett, 2002; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Nestes sentido, a intensidade e a percepção do agente *stressor* são influenciados, pelos: estilo de *coping*, mecanismos de avaliação individual da capacidade de ultrapassar o acontecimento, recursos pessoais disponíveis e traços ou estados psicológicos (Ribeiro, 2005b).

No que se refere às respostas ao *stress*, estas podem ser: de manipulação, em que o indivíduo tenta alterar a sua relação perante o acontecimento stressante (como, por exemplo, alterar o contexto, afastar-se da situação); pode tentar obter o máximo de informação sobre a situação stressante para prever acontecimentos; pode inibirce totalmente perante o acontecimento stressante; ou, pode acomodar-se à situação stressante através da reavaliação da situação e recorrer à alteração intrapsíquica (Borges et al., 2009; Ribeiro, 2005b). Segundo Cordeiro (2002), um acontecimento propiciador de *stress* (sobrecarga psicológica) pode desencadear uma resposta somática, uma resposta emocional e uma resposta psicológica global. Geralmente, as situações de perigo ou ameaça e as situações de separação e perda são as mais frequentes fontes de *stress* e em cada uma delas existe uma resposta somática, emocional e psicológica geral (Cordeiro, 2002; Fonseca, 1997). Nas situações de perigo ou ameaça a resposta somática pode consistir na ativação do sistema nervoso autónomo, aumento da tensão muscular, taquicardia, boca seca; a resposta emocional é de medo ou ansiedade; e a resposta psicológica geral é baseada nos mecanismos de defesa e nas estratégias de *coping* (Cordeiro, 2002; Fonseca, 1997). No que concerne à situação de separação ou perda existe

uma atividade física, sensação de fadiga; a resposta emocional é depressão; e a resposta psicológica é fundamentada nos mecanismos de defesa e nas estratégias de *coping* (Cordeiro, 2002). Sendo as respostas psicológicas globais constituídas pelos mecanismos de defesa (de origem psicanalítica e que contêm um conjunto de defesas do Eu inconsciente) e as estratégias de *coping* (derivam da investigação da Psicologia Social tendo como base as atividades conscientes dos indivíduos), ambas têm como objetivo diminuir o impacto da experiência stressante mantendo o funcionamento normal do indivíduo (Cordeiro, 2002).

### **3.2. Delimitação do conceito do *coping***

O termo *coping* emerge das investigações no processo de *stress* que salientam a importância dos fatores mediadores, em que o *coping* surge com uma variável intermédia entre o acontecimento e as suas consequências e/ou resultados (Lazarus & DeLongis, 1983; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988;).

Uma possível definição de *coping* foi desenvolvida por Lazarus e Folkman, em 1984, que refere a presença de esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, e têm como principal objetivo gerir exigências internas ou externas, que de certa forma excedam os recursos pessoais disponíveis (Ribeiro, 2005b; Serra, 1988; Soucase et al., 2005). Ou seja, o *coping* é um conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos que facilitam a adaptação a nível individual ou a circunstâncias adversas do meio (Antoniazzi et al., 1998; Costa & Leal, 2006; Lazarus & DeLongis, 1983; Ribeiro, 2005b; Serra, 1988).

No século XX a perspetiva psicanalítica de *coping* defendia a existência de mecanismos de defesa (mecanismos mentais que alteram a perceção da realidade) como forma de lidar com a adversidade (para proteção dos indivíduos das consequências emocionais), estando presentes processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com a presença de um estado interno perturbador (situações internas de natureza sexual e agressiva) ou acontecimento

externo perturbador (conflitos externos) (Antoniazzi et al., 1998; Ribeiro, 2005b). Relativamente aos mecanismos de defesa, estes são processos que ocorrem inconscientemente, visam modificar um estado psicológico interno mas podem não ter o efeito desejado na realidade externa, são rígidos, distorcem a realidade e a lógica intersubjetiva, permitem a expressão de impulsos cobertos, incorporam a expectativa de que a ansiedade pode ser aliviada sem abordar diretamente o problema, estão predominantemente associados à psicopatologia e são conceptualizados como traços (Antoniazzi et al., 1998; Ribeiro, 2005b).

Por volta de 1960, surge a perspetiva transaccional em que o *coping* é conceptualizado como um processo transaccional entre o indivíduo e o meio, salientando os comportamentos de *coping*, uma componente cognitiva e uma componente situacional (Ribeiro, 2005b). Deste modo, o *coping* na perspetiva transaccional salienta a descrição de pensamentos e comportamentos que ocorrem perante uma situação stressante, em que a avaliação de *coping* tem em conta o contexto, avaliação dos indivíduos em diferentes contextos e o momento para identificar a estabilidade e a mudança dos pensamentos e comportamentos relacionados com o *coping* (Ribeiro, 2005b; Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Consequentemente, um *coping* adequado perante uma determinada situação é o que proporciona um ajustamento adequado ou uma adaptação que favoreça o bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática do indivíduo (Molton et al., 2008; Ribeiro, 2005b). Porque o *coping* envolve mecanismos que o indivíduo utiliza para lidar com situações stressantes, e que dependem dos recursos pessoais (fatores psicológicos e sociais relativamente estáveis) e dos comportamentos de *coping* (esforços cognitivos e atitude do indivíduo) (Serra, s/d).

Relativamente à avaliação do processo de *coping* deve ser baseada nos objetivos estabelecidos, nos resultados esperados e nas preocupações (Costa & Leal, 2006; Lazarus, 1993a, 1993b; Ribeiro, 2005b).

Deste modo, o *coping* é parte importante da resposta ao *stress* como processo dinâmico entre acontecimentos stressantes, estilos de *coping* e respostas de *coping* (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus, 1993a, 1993b; Ribeiro, 2005b; Soucase et al., 2005; Young et al., 2008). Considerando as respostas de *coping* uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um agente stressor (Antoniazzi et al., 1998). Efetivamente o *coping* envolve um esforço consciente, tendo como objetivo a gestão ou resolução das situações problemáticas, permite uma mudança flexível, salienta uma expressão afetiva equilibrada, as estratégias são adequadas se o efeito for diminuir o *stress*, são processos a que todas as pessoas recorrem diariamente sem conexões com a psicopatologia e são situacionais (Antoniazzi et al., 1998; Molton et al., 2008; Morley & Williams, 2002; Ribeiro, 2005b)

Diferentes autores defendem que o *coping* tem múltiplas funções, é influenciado pela avaliação das características do contexto de *stress*, influenciado pelas características de personalidade, recursos pessoais, fatores sociodemográficos, educacionais, nível socio-demográfico e fatores contextuais (Antoniazzi et al., 1998; Molton et al., 2008; Ribeiro, 2005b).

Nos últimos anos as investigações incidiram na personalidade para melhor explicarem as variações no *coping*, demonstrando que os comportamentos de *coping* são fortemente influenciados pelas características individuais, especialmente pelos traços de personalidade (Antoniazzi et al., 1998; Molton et al., 2008; Ribeiro, 2005b), defendendo-se a existência de modos de *coping* em função da personalidade (Ribeiro, 2005b). Segundo esta perspectiva integrativa, as pessoas possuem um conjunto de estratégias de *coping* que se mantêm relativamente fixas através do tempo e das situações (Ribeiro, 2005b).

### **3.3. Estilos de *coping* e Estratégias de *coping***

Os estilos de *coping* são modos estáveis de *coping* que são utilizados em situações geradoras de *stress* (Antoniuzzi et al., 1998; Lazarus & DeLongis, 1983; Lazarus, 1993a, 1993b; Ribeiro, 2005b; Soucase et al., 2005; Young et al., 2008).

Os estilos de *coping* estão relacionados com características da personalidade (Antoniuzzi et al., 1998; Bennet, 2002; Ribeiro, 2005b), podem ser: focados nas emoções (esforços para lidar com as repostas emocionais que surgem dos acontecimentos stressantes) e os focados no problema (estratégias para lidar com os acontecimentos stressantes) (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005b). Deste modo, os estilos de *coping* podem influenciar a dimensão das estratégias de *coping* (Antoniuzzi et al., 1998), visto que os estilos de *coping* estão relacionados com fatores disposicionais do indivíduo as estratégias de *coping* são vinculadas aos fatores situacionais (Antoniuzzi et al., 1998).

Enquanto as estratégias de *coping* refletem ações cognitivas ou comportamentais para lidarem com um episódio particular de *stress* (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005b), que podem sofrer alterações com o tempo (Young et al., 2008). As estratégias de *coping* podem classificar-se como: focadas na emoção vs focadas no problema; confronto vs evitamento; ou ativas vs passivas (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Borges et al., 2009; Cordeiro, 2002; Valente et al., 2009).

Relativamente às estratégias de *coping* focadas na emoção são definidas como um esforço dirigido para regular um estado emocional do indivíduo, a nível somático e/ou a um nível de sentimentos, ou seja, a função desta estratégia é reduzir a sensação física desagradável associada a uma situação de *stress* (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Borges et al., 2009; Cordeiro, 2002). Estas estratégias estão focalizadas nas ações das emoções (Lumley et al., 2011). Atualmente, a emoção orienta e motiva o comportamento adaptativo, logo, os

processos emocionais influenciam o estado emocional, saúde mental e saúde física em geral (Lumley et al., 2011).

Enquanto as estratégias de *coping* focadas no problema remetem os esforços para atuar a situação de *stress* (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Borges et al., 2009; Cordeiro, 2002), tendo como função alterar o problema existente entre a pessoa e uma determinada situação (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Cordeiro, 2002). Nesta estratégia a ação pode ser direcionada para uma fonte externa de *stress* (inclui estratégias como negociar para resolver um conflito inter-pessoal ou solicitar ajuda de outras pessoas) ou para uma fonte interna de *stress* (inclui, por exemplo, reestruturação cognitiva) (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Cordeiro, 2002).

A escolha entre o uso das estratégias de *coping* focadas no problema ou das estratégias de *coping* focalizadas na emoção depende da avaliação da situação geradora de *stress* (Antoniuzzi et al., 1998; Bennett, 2002; Cordeiro, 2002). E, conseqüentemente, se o processo de *coping* (as estratégias de *coping* utilizadas) funcionar do modo desejado, os resultados a longo prazo serão positivos com efeitos adaptativos (Cordeiro, 2002; Ribeiro, 2005b; Molton et al., 2008; Young et al., 2008). Contrariamente as estratégias de *coping* que reduzem uma resposta emocional dos acontecimentos stressantes no imediato (curto prazo) mas não têm efeito a longo prazo, podem ter repercussões significativas no futuro, como, por exemplo, estratégias desenvolvidas na infância para evitar emoções intensas e constrangedoras proporcionadas por esquemas (Cordeiro, 2002, Day & Thorn, 2010; Molton et al., 2008; Young et al., 2008).

### 3.4. Correlatos de *coping* na dor crónica

A dor crónica pode ser considerada um agente stressor (Angelotti, 2008; Molton et al., 2008), sendo determinante ter em conta a avaliação que o doente faz da sua dor, assim como da intensidade e interferência da dor na sua rotina diária (Angelotti, 2008; Molton et al., 2008). Desta forma, a dor crónica está relacionada com o *stress* emocional, expressão e processamento emocional (Lumley et al., 2011). Logo, o *stress* provocado pela experiência de dor crónica pode aumentar as reações orgânicas, com componentes físicas e psicológicas, em que pode favorecer um possível ciclo vicioso entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional do indivíduo, e, conseqüentemente, aumentar a tensão experienciada face à dor (Angelotti, 2008).

A forma como o indivíduo lida com a dor crónica, ou seja, as estratégias de *coping* utilizadas, são determinantes para todo o processo, desde a perceção de dor, avaliação da sua experiência dolorosa, expectativas quanto ao tratamento e adesão à terapêutica (Oliveira et al., 2009). Há evidências recentes de que o *stress* psicológico e os traumas estão associados à dor crónica (Lumley et al., 2011), como, por exemplo, na presença de adversidades na infância (como, por exemplo, divórcio dos pais, conflitos familiares, abuso sexual e maus tratos), conflitos na idade adulta e vitimização estão presentes em pessoas com dor crónica (Lumley et al., 2011).

Contudo, a exposição a acontecimentos stressantes (como, por exemplo, estar desempregado, ter uma profissão menos qualificada, pouco suporte sociofamiliar, entre outros) podem manter ou aumentar a presença da dor crónica (Lumley et al., 2011).

As estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes com dor crónica dependem das suas características individuais, da origem e cronicidade da dor, da avaliação das experiências dolorosas anteriores, entre outros fatores (Oliveira et al., 2009). Geralmente são apresentadas diferentes maneiras para lidar com a dor e de regular as emoções associadas à dor crónica

(Büssing et al., 2010). Salientando a importância das estratégias de *coping* utilizadas por estes doentes para reduzir o impacto do *stress* (Angelotti, 2008; Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Molton et al., 2008). Geralmente apresentam estratégias de *coping* desadequadas para os seus problemas de saúde, sentem dificuldade em melhorar o seu estado de saúde e têm mais dificuldades na autogestão das atividades (Butchart et al., 2009). Em suma, as emoções modulam a dor, influenciando cognições e comportamentos (Huber et al., 2010; Lumley et al., 2011).

De acordo com Büssing, Ostermann, Neugebauer e Heusser (2010), as estratégias de *coping* mais frequentes na dor crónica são o confronto e resolução ativas dos problemas, estratégias de controlo das emoções e o abandono passivo da situação.

No entanto, estratégias cognitivas e estratégias comportamentais são associadas às estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes com dor crónica, sendo verificada a interferência das estratégias escolhidas com a tolerância e na minimização da dor, assim como a redução da sintomatologia depressiva e ansiosa (Borges et al., 2009; Prasertsri, Holden, Keefe, & Wilkie, 2011).

Respostas frequentes, intensas ou duradouras à fonte de *stress* podem propiciar um esgotamento dos recursos do indivíduo facilitando o aparecimento da perturbação depressiva e perturbação ansiosa (Borges et al., 2009). A experiência de medo repetida pode provocar ansiedade antecipatória contribuindo para o desenvolvimento da dor crónica, em que a ansiedade pode ser representada por uma resposta emocional negativa acompanhada por reações fisiológicas, em que níveis mais elevados de ansiedade têm estado associados ao aumento da intensidade da dor crónica, da perceção da dor, das queixas relacionadas com a dor e da experiência dolorosa (Angelotti, 2008; Bair et al., 2008; Fillingim et al., 2009; Huber et al., 2010; Kurita & Pimenta, 2003; Lobato, 1992; Lumley et al., 2011; Sullivan, 2012).

De acordo com o estudo apresentado por Castro et al. (2011), numa amostra de 400 doentes com dor crónica, 45,6% do sexo feminino, com uma média de idades de 45,6 anos, avaliados

com o HADS, indicaram que 70% dos doentes com dor crónica apresentaram perturbação ansiosa.

Segundo Verra et al. (2011), quanto mais intensa for a experiência de dor: mais elevado é o nível de ansiedade; assim como, o nível de depressão; as estratégias de *coping* são mais desadaptadas; a função física, social e a saúde mental dos indivíduos ficarão comprometidas. Concluindo, então, que boas respostas de *coping* indicam melhores resultados funcionais e menor intensidade da dor, com impacto positivo na qualidade de vida (Kurita & Pimenta, 2003; Molton et al., 2009).

Torre et al. (2008) realizaram um estudo numa amostra constituída por 119 doentes com dor crónica, 74% do sexo feminino, com uma média de idades nos 55,12 anos (entre os 26 e os 88 anos), 52,10% apresentavam um nível de escolaridade primário e 53,78 encontravam-se ativos profissionalmente, os resultados indicaram que a amostra utilizava estratégias de *coping* ativas, como procurar informação sobre o problema e a autoafirmação, verificando que quanto mais ativas são as estratégias de *coping* menor a intensidade de dor e, conseqüentemente, menor nível de ansiedade, depressão e melhor qualidade de vida.

Relativamente às estratégias de *coping* passivas na dor crónica, estas englobam a tendência para restringir o funcionamento físico, psicológico e social do doente, em que os doentes que utilizam estas estratégias apresentam mais cognições negativas associadas à dor (Oliveira et al., 2009). No caso das estratégias de *coping* ativas, estas estão associadas a menor intensidade de dor, menor nível de depressão, menos isolamento social e maior autoeficácia (Büssing et al., 2010; Garnet et al., 2011; Moreli et al., 2009; Prasertsri et al., 2011).

Fillingim et al. (2009), referem que vários estudos indicam que as influências biológicas e psicossociais estão na base das diferenças entre homens e mulheres na utilização de estratégias de *coping*.

Segundo Valente et al. (2009), os doentes com dor crónica usam diferentes estratégias de *coping*, sendo as suas respostas de *coping* influenciadas por diferentes variáveis, tais como:

cultura, personalidade, idade, avaliação cognitiva, crenças individuais, motivação, autocontrolo, hábitos individuais, habilidades, experiências passadas de dor, causas da dor e efeito de dor.

Quanto à relação entre estratégias de *coping* e idade, num estudo realizado por Molton et al. (2008) com o objetivo de comparar as estratégias de *coping* entre adultos (desde os senescentes, aos adultos de meia-idade e os adultos jovens) com dor crónica, para verificar se as estratégias de *coping* eram influenciadas pela idade. Utilizou uma amostra composta por 464 doentes com dor crónica (secundária à esclerose múltipla, lesões na espinal medula ou doença neuromuscular), 250 mulheres e 214 homens, com uma média de idades de 48,9 anos (DP= 12,14), entre os 18 e os 83 anos, 98% apresentavam uma escolaridade média, 61,2% eram casados, 52,8% estavam desempregados, em que os resultados obtidos foram que os idosos (acima dos 60 anos) apresentavam estratégias de *coping* mais adequadas, no entanto, os jovens apresentavam mais esforços para adequar as suas estratégias de *coping* quanto mais intensa se apresentasse a sua dor.

As estratégias de *coping* frequentemente utilizadas pelos adultos mais velhos com dor crónica, são: persistência de tarefa, evitamento de atividades e pensamentos positivos (Büssing et al., 2010; Molton et al., 2009). E a estratégia menos utilizada é pedir ajuda (Büssing et al., 2010; Molton et al., 2009). Os adultos com mais idade tendem a utilizar as mesmas estratégias de *coping* para os diferentes acontecimentos, no entanto, utilizam menos estratégias de *coping*, mas utilizam-nas mais eficazmente do que os adultos jovens (Molton et al., 2008).

Molton et al. (2009), procuraram associações entre crenças, estratégias de *coping* e saúde mental em doentes crónicos, numa amostra constituída por 130 indivíduos com lesão na espinal medula, com uma média de 10, 1 anos de lesão (DP=10 anos), com uma média de idades de 45 anos (entre 18 e 82 anos), em que 95,4% relatou ter completado o ensino médio e 43,8% estavam desempregados, devido à sua doença. Os resultados indicaram que

atribuições negativas à doença são indicadores de estratégias de *coping* desadaptadas e elevados níveis de dor.

Na dor crónica as cognições de doença proporcionam ao doente a implementação de estratégias de *coping* para com a doença (Pereira & Roios, 2011), em que vários conceitos cognitivos têm sido propostos, ao longo dos anos, para explicar o desenvolvimento e persistência da dor crónica, como por exemplo, autoeficácia, expectativas, estilos de *coping* e crenças de doença (Reme, Hagen, & Eriksen, 2009; Rooij et al., 2011). Visto que as crenças tendem a atribuir um sentido às doenças e aos sintomas, permitindo desenvolver e considerar estratégias de *coping* adequadas (Pereira & Roios, 2011; Rooij et al., 2011). As avaliações negativas e desadaptadas sobre a doença e da eficácia pessoal podem reforçar a desmoralização, a inatividade e promover a uma sobreexposição à estimulação dolorosa (Bennett, 2002; Pareja, 2008; Teixeira, 2001). Em suma, as crenças desadaptadas sobre a natureza e as causas da dor influenciam a experiência dolorosa e determinam o comportamento de dor (Bennett, 2002; Day & Thorn, 2010).

No estudo realizado por González-Rendón e Moreno-Monsivais (2007), com uma amostra de 151 doentes com dor crónica maiores de idade, verificou-se que 90,7% referiram dor no momento das entrevistas, 60,9% apresentava uma intensidade da dor de moderada a severa, 70% dos participantes apresentavam estratégias de *coping* desadaptadas, indicando moderadas a severas limitação nas atividades de vida diárias (67,6% actividades laborais, 62,92% caminhar, 54,3% a utilizar diferentes tipos de transportes e 51% no sono), concluindo assim que os doentes com dor crónica sem as limitações das atividades diárias são mais acentuadas apresentavam estratégias de *coping* desadequadas, desta forma, a sua QDV estava comprometida.

Vários estudos indicam que a presença da dor crónica está associada a um prejuízo significativo na qualidade de vida dos indivíduos (Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Moreli, Stacciarini, Cardoso, & Carvalho, 2009).

De acordo com Richardson, Ong e Sim (2008) referem a importância da utilização de estratégias de *coping* adequadas nos doentes com dor crónica, pois são importantes para a diminuição do impacto da dor na qualidade de vida.

---

## ESTUDO EMPÍRICO

---

## Capítulo IV - Método

A presente investigação adotou um desenho observacional, analítico e transversal. É um desenho observacional visto que a investigadora não intervém, apenas descreve os acontecimentos que ocorrem e os efeitos nos participantes do estudo (Ribeiro, 1999). Analíticos porque se analisaram as relações estatísticas entre variáveis (Ribeiro, 1999). E os dados foram recolhidos num único momento, por este motivo o estudo é transversal (Ribeiro, 1999).

### 4.1. Objetivos da investigação

Os objetivos da presente investigação são:

1. Caracterizar o nível de ansiedade de indivíduos com dor crónica;
2. Caracterizar o nível de depressão dos mesmos indivíduos;
3. Caracterizar as suas estratégias de *coping*;
4. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e o nível de ansiedade da amostra;
5. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e o nível de depressão da amostra;
6. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e características sócio-demográficas da amostra (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e nível socioeconómico);
7. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e características clínicas da amostra (perceção de saúde, satisfação com a saúde, intensidade e interferência da dor, alívio com medicação);
8. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e as cognições de doença da amostra;
9. Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida da amostra.

## 4.2. Participantes

Uma população (finita ou infinita), também designada por universo, é constituída por um conjunto de indivíduos que apresentam uma ou mais características em comum (Reis, 2005).

Uma amostra é um subconjunto retirado de uma população (Gomes, 2007; Reis, 2005).

Para seleção da amostra utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística, também designada por não aleatória, o que significa que nem todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Reis, 2005). As amostras não aleatórias são subdivididas por: conveniência, julgamento ou quotas (Gomes, 2007; Ribeiro, 1999).

A amostragem da presente investigação é por conveniência, o que significa que os elementos da amostra foram selecionados de acordo com o interesse do investigador e/ou sujeitos, recorrendo à escolha dos elementos que estão mais acessíveis para a obtenção da informação pretendida (Gomes, 2007; Ribeiro, 1999).

Os critérios de inclusão na amostra foram: idade superior a 18 anos, ter dor crónica e ser seguido na consulta da dor na Unidade da Dor do Hospital de S. João – EPE Porto.

A amostra é, assim, constituída por 70 doentes da Unidade da Dor do Hospital de S. João – EPE do Porto. Através da análise do Quadro 1 pode verificar-se que a maior parte dos doentes é do sexo feminino, casado (a)/coabitante, com instrução primária, doméstica (cf. Anexo D), empregado (a) (quanto a 4,3% refere ter outra situação profissional, o referido são baixas médicas) e de nível socioeconómico médio. Os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 77 anos, com uma média de 50,47 ( $DP=13,0$ ).

Quanto às características clínicas, verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram Fibromialgia (21,4%), Dor Neuropática (18,6%), Lombalgia (10%) e Lombociatalgia (8,6%) (cf. Anexo E).

Quadro 1. *Caraterização sociodemográfica da Amostra (N=70)*

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	50	71,4
Masculino	20	28,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	11	15,7
Casado (a)/Coabitando	49	70,0
Separado (a)/ Divorciado (a)	8	11,4
Viúvo (a)	2	2,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto (a)	2	2,9
Instrução Primária	26	37,1
1º Ciclo	7	10,0
2º Ciclo	10	14,3
Secundário/ Curso Técnico profissional	15	21,4
Situação Licenciatura	10	14,3
<b>Situação Profissional</b>		
Empregado (a)	28	40,0
Desempregado (a)	14	20,0
Reformado (a)	25	35,7
Outro (a)	3	4,3
<b>Nível Sócio-Económico</b>		
Baixo	15	21,4
Médio Baixo	18	25,7
Médio	25	35,7
Médio Alto	12	17,1

O mínimo de tempo em que a amostra sentiu dor foi de 1 ano e o máximo 41 anos ( $M=8,5$ ;  $DP=7,281$ ). A maior parte dos sujeitos da amostra referiu perceber a sua saúde como razoável, não estar satisfeita nem insatisfeita com a sua saúde e ter uma qualidade de vida nem boa nem má (cf. Quadro 2).

A média de quanto a dor limita as atividades da amostra é de 6,40, numa escala de 0 a 10.

Quadro 2. *Caraterização clínica da Amostra (N=70)*

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Preceção de Saúde</b>		
Ótima	2	2,9
Muito Boa	4	5,7
Boa	14	20,0
Razoável	31	44,3
Fraca	19	27,1
<b>Satisfação com a Saúde</b>		
Muito Insatisfeito	10	14,3
Insatisfeito	12	17,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	26	37,1
Satisfeito	22	31,4
<b>Qualidade de Vida</b>		
Muito má	2	2,9
Má	11	15,7
Nem boa nem má	31	44,3
Boa	26	37,1

De acordo com o Inventário Resumido da Dor (BPI), pode verificar-se no Quadro 3 que, em média, a intensidade e a interferência da dor na amostra apresenta valores moderados na maior parte dos itens.

Dos participantes inquiridos apenas 49 descreveram a medicação ou tratamento que tomavam para o alívio da dor, com uma percentagem média de alívio de 44,9% ( $DP=22,7$ ), numa escala de 0 a 100%, existindo 21 omissões devido a doentes que não indicavam qual a medicação/tratamento que tomavam ou referiam não fazer qualquer medicação/tratamento para a dor (cf. Anexo F).

Quadro 3. *Intensidade e Interferência da dor na Amostra (N= 70)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b>Intensidade</b>				
Máximo de dor	7,0	2,1	0	10
Mínimo de dor	3,1	2,2	0	9
Dor em média	5,2	1,9	0	9
Dor no preciso momento	5,1	2,4	0	10
Intensidade da dor	5,3	1,9	0	9
<b>Inteferência</b>				
Atividade em geral	6,2	2,7	0	10
Disposição	5,4	2,8	0	10
Capacidade para andar a pé	4,9	3,5	0	10
Trabalho normal	6,1	2,9	0	10
Relações com outras pessoas	4,0	3,1	0	10
Sono	4,1	3,4	0	10
Prazer de viver	2,9	3,2	0	10
Interferência da dor	4,9	2,2	0	10

Da análise do *Illness Cognition Questionnaire*, verificou-se que a amostra quando às cognições de doença apresenta valores moderados nas três subescalas (desânimo aprendido, aceitação e benefícios percebidos) (cf. Quadro 4).

Quadro 4. *Caraterização das cognições de doença da Amostra (N=70)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Desânimo aprendido	14,1	4,4	6	24
Aceitação	14,7	4,3	7	24
Benefícios percebidos	14,2	4,9	6	24

### 4.3. Material<sup>1</sup>

Os instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação foram: o Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Inventário Resumido da Dor (BPI), a Escala Hospitalar de

<sup>1</sup> Por questões éticas, e por indicação da orientadora, é facultado um exemplar dos instrumentos e respetivas autorizações, em *dossier* separado apenas aos membros do júri da presente Dissertação de Mestrado.

Ansiedade e Depressão (HADS), o Inventário de Resolução de Problemas (IRP) e o *Illness Cognition Questionnaire* (ICQ).

**Questionário Sociodemográfico e Clínico.** O Questionário Sociodemográfico e Clínico, construído para o presente estudo, inclui treze itens que tinham como objetivo a caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos. Os itens percepção de saúde, satisfação com a saúde e qualidade de vida baseados no SF-36 e WHOQOL-Bref (Ribeiro, 2005a; Serra, 2006).

**Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory – short form).** Pelas diferentes intensidades que a dor pode atingir, em diferentes momentos do dia e ao longo do tempo, com interferência em diferentes dimensões da vida do indivíduo, foi escolhido o Inventário Resumido da Dor para avaliar a intensidade e a interferência da dor da amostra deste projeto de investigação.

O BPI, criado em 1991 por *Charles Cleeland*, é um questionário que tem como objetivo avaliar a intensidade da dor e a incapacidade associada à dor no funcionamento diário dos indivíduos (interferência da dor) (Cleeland, 2009; Ferreira-Valente et al., 2012; Sousa & Silva, 2005). Este instrumento é amplamente utilizado para avaliação da dor em contextos clínicos e de investigação, em diferentes patologias, incluindo a dor crónica (Cleeland, 2009; Ferreira-Valente et al., 2012; Seixas, Gallardo, Sá, Guimarães, & Lima, 2009; Sousa & Silva, 2005), pois foi desenvolvido para avaliar a dor oncológica mas evidenciou ser uma medida adequada para dor não oncológica (Cleeland, 2009).

A sua construção teve em conta a teoria do portão de controlo da dor de Melzack, incluindo as dimensões fisiológicas, sensoriais, afetivas e cognitivas (Cleeland, 2009). Ao longo das investigações vários autores discriminaram as dimensões determinantes para o instrumento, predominando a dimensão sensorial e a dimensão reativa (Beecher, 1959, citado por Cleeland,

2009). Desta forma, o BPI foi desenvolvido com itens que abordam a dimensão sensorial da dor (intensidade ou gravidade) e a dimensão reativa da dor (interferência com as atividades diárias) (Cleeland, 2009).

O BPI é constituído: por uma questão opcional (se sentiu alguma dor diferente das dores comuns); possui um diagrama com uma figura humana (frente, trás, esquerda e direita) para registo da localização da dor; quatro itens sobre a variabilidade da dor ao longo do tempo (máximo, mínimo, em média e no preciso momento) classificada segundo uma escala numérica que varia entre 0 (nenhuma dor) e 10 (a pior dor possível); uma questão sobre o tipo de medicação ou tratamentos para a dor e a percentagem de alívio que sentiu com essa medicação ou tratamentos; e sete itens sobre a interferência da dor em várias atividades de vida diárias (atividade em geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal – trabalho doméstico e trabalho fora de casa, relações com outras pessoas, sono e prazer de viver) classificados numa escala numérica entre 0 (nenhuma interferência) a 10 (interfere completamente) (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009; Ferreira-Valente et al., 2012; Pinto, McIntyre, Almeida, & Araújo-Soares, 2011; Seixas et al., 2009).

A sua administração demora, aproximadamente, 5 a 15 minutos (Azevedo et al., 2007; Sousa & Silva, 2005). A cotação do BPI é realizada através da média aritmética dos quatro itens da intensidade, assim como da média aritmética para os sete itens da interferência da dor, logo uma pontuação mais elevada indica maior intensidade e/ou interferência da dor (Cleeland, 2009).

O preenchimento do BPI é rápido e simples (auto-administração ou hetero-administração), sendo o BPI, de fácil compreensão, com boas qualidades psicométricas e com subescalas (intensidade e interferência) muito úteis para a prática clínica e investigação (Azevedo et al., 2007; Ferreira-Valente et al., 2012).

O instrumento foi traduzido, adaptado culturalmente e validado para português pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), recorrendo a uma amostra de 331

doentes seguidos em 13 Unidades de Dor nacionais, tendo-se verificado elevados níveis de intensidade e interferência da dor e uma boa consistência interna (*Alfa de Cronbach*): 0,99 para a subescala da intensidade da dor e 0,84 para a subescala da interferência da dor (Azevedo et al., 2007).

Os estudos realizados em Portugal têm demonstrado boas qualidades psicométricas, indicando fidelidade e validade (Azevedo et al., 2007; Ferreira-Valente et al., 2012), o que vai ao encontro das investigações em diferentes culturas e línguas com este instrumento (Ferreira-Valente et al., 2012; Sousa & Silva, 2005). Nos EUA, por exemplo, o Eastern Cooperative Oncology Group realizou um estudo nacional com uma amostra de 1261 doentes oncológicos (recorrentes ou metastáticos) de 80 centros, constatando uma boa consistência interna (*Alfa de Cronbach*): os quatro itens da intensidade da dor variaram entre 0,80 e 0,87 e os sete itens da interferência da dor variaram entre 0,89 e 0,92 (Cleeland, 2009). Os intervalos de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) do instrumento variam entre 0,77 e 0,91 (Cleeland, 2009).

A análise da consistência interna, realizada no presente estudo, através do *Alfa de Cronbach*, revelou: para a intensidade da dor (4 itens)  $\alpha=0,90$ , para a interferência da dor (7 itens)  $\alpha=0,82$  e para o total do instrumento  $\alpha=0,65$ , indicando desta forma que os valores apresentados pelo instrumento superiores a  $\alpha \geq 0,80$  apontam para boa consistência interna e o valor  $\alpha \geq 0,60$  é aceitável pelo reduzido número de itens do instrumento (Hora, Monteiro, & Arica, 2010).

**Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).** A HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, como o objetivo de avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia e sob tratamento em ambulatório (Pereira & Figueiredo, 2008; Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2006; Sousa & Pereira, 2008). Foi desenvolvido para a população em geral, principalmente para indivíduos que não sejam seguidos em serviços hospitalares psiquiátricos (Pereira & Figueiredo, 2008;

Pinto et al., 2011; Sousa & Pereira, 2008). É uma escala muito utilizada na prática clínica e na investigação (Pereira & Figueiredo, 2008).

A HADS é constituída por 14 itens, agrupados em duas subescalas para avaliação: da ansiedade (HADS-A com 7 itens ímpares) e da depressão (HADS-D com 7 itens-pares) (Fernandes & McIntyre, 2006; Lledó-Boyer et al., 2010; Pereira & Figueiredo, 2008; Pinto et al., 2011; Ribeiro et al., 2006). Segundo os autores da escala (Zigmond & Snaith, 1983, *cit in* Pereira & Figueiredo, 2008) os itens de avaliação da ansiedade refletem estados de ansiedade generalizada e os itens da avaliação da depressão encontram-se associados a um estado de anedonia.

As opções de resposta estruturam-se numa escala tipo *Likert* com quatro possibilidades de resposta que variam entre 0 e 3, sendo que a resposta selecionada deve ser correspondente à forma como o indivíduo se sentiu durante a última semana (Fernandes & McIntyre, 2006; Lledó-Boyer et al., 2010; Pinto et al., 2011; Sousa & Pereira, 2008). O resultado pode variar entre 0 e 21 pontos (Fernandes & McIntyre, 2006; Pereira & Figueiredo, 2008; Sousa & Pereira, 2008): valores mais altos indicam níveis mais elevados em ambas as subescalas (Lledó-Boyer et al., 2010; Pereira & Figueiredo, 2008). O seu preenchimento demora, aproximadamente, 10 minutos, podendo ser auto-aplicada ou hetero-aplicada (Pereira & Figueiredo, 2008). A pontuação pode ser interpretada da seguinte forma: entre 0 e 7 pontos - sem ansiedade/ sem depressão; entre 8 e 10 pontos - presença de ansiedade borderline/ presença de depressão borderline; entre 11 e 14 pontos - presença de ansiedade moderada/ presença de depressão moderada; e entre 15 e 21 pontos - presença de ansiedade grave/ presença de depressão grave (Pereira & Figueiredo, 2008; Ribeiro et al., 2006; Sousa & Pereira, 2008).

O que é sugerido pelos autores da versão original é que o 8 seja o ponto de corte, em que valores abaixo indicam ausência de perturbação clínica e valores acima indicam a presença de perturbação (Pereira & Figueiredo, 2008; Sousa & Pereira, 2008).

A HADS é um instrumento simples, de rápida administração, de fácil compreensão, sendo possível a auto-administração ou a hetero-administração e que não inclui sintomas somáticos da ansiedade nem da depressão (Pereira & Figueiredo, 2008; Trancas et al., 2010).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por vários investigadores (Pereira & Figueiredo, 2008). Nos estudos realizados em Portugal o instrumento apresenta boas qualidades psicométricas (Lledó-Boyer et al., 2010; Pereira & Figueiredo, 2008; Ribeiro et al., 2006; Trancas et al., 2010).

Num estudo com uma amostra de 100 doentes com esclerose múltipla foi encontrado o coeficiente de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) na subescala de ansiedade de 0,81 e na subescala de depressão de 0,78 (Pereira & Figueiredo, 2008).

Segundo Pereira e Figueiredo (2008), no estudo que realizaram numa amostra de 114 doentes com diagnóstico de cancro colo-retal, do Instituto Português de Oncologia do Porto, com o objetivo de verificar as qualidades psicométricas (fidelidade e validade) da versão portuguesa da HADS, foi encontrado o coeficiente de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) na subescala de ansiedade de 0,91, na subescala de depressão de 0,80 e na HADS-total de 0,94.

A análise da consistência interna realizada no presente estudo, através do *Alfa de Cronbach*, revelou para a HADS-A (7 itens)  $\alpha=0,86$ , para a HADS-D (7 itens)  $\alpha=0,84$  e para o total do instrumento  $\alpha=0,88$ , indicando desta forma que o instrumento apresenta boa consistência interna (Hora et al., 2010).

**Inventário de Resolução de Problemas.** O IRP foi construído por Adriano Vaz Serra, em 1987 (Serra, s/d, 2000; Serra & Pocinho, 2001). O seu objetivo é avaliar as competências na resolução de problemas, ou seja, as estratégias de *coping* utilizadas pelo ser humano para lidar com as situações geradoras de *stress*, baseadas nos seus recursos e nos comportamentos de *coping* (Fernandes et al., 2005; Serra, S/D, 2000; Serra & Pocinho, 2001). Este instrumento

baseia-se, principalmente, na avaliação dos comportamentos de *coping* (Serra, s/d). A sua administração é rápida, aproximadamente, 15 entre 40 minutos (Serra, s/d). É uma escala de autoavaliação (Fernandes et al., 2005; Serra, s/d).

O IRP apresenta três situações de *stress*: ameaça, dano e desafio, que podem surgir a qualquer indivíduo, com consequências duradouras e com interferência nas interações pessoais (Serra, s/d, 1988, 2000). As questões do instrumento procuram conhecer: o confronto ativo dos problemas, o controlo preceptivo da situação ou consequências, o pedido de ajuda a família ou amigos, os mecanismos redutores do estado de tensão emocional e as características da personalidade que podem ser determinantes na resolução das situações geradoras de *stress* (Serra, s/d, 1988, 2000; Serra & Pocinho, 2001).

É constituído por 40 questões que permitem obter uma nota global (soma de todos os itens) e valores informativos relativos a 9 fatores (soma dos itens correspondentes a cada subescala) (Fernandes et al., 2005; Serra, s/d, 2000): F<sub>1</sub> - Pedido de ajuda (5 itens); F<sub>2</sub> – Confronto e resolução ativa dos problemas (7 itens); F<sub>3</sub> – Abandono passivo perante a situação (3 itens); F<sub>4</sub> – Controlo interno/externo dos problemas (8 itens); F<sub>5</sub> – Estratégias de controlo das emoções (4 itens); F<sub>6</sub> – Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (4 itens); F<sub>7</sub> – Agressividade internalizada/externalizada (2 itens); F<sub>8</sub> – Auto-responsabilização e medo das consequências (4 itens); F<sub>9</sub> – Confronto com os problemas e planificação de estratégias (3 itens).

Para responder ao inventário o indivíduo deve supor que se encontra situações descritas e as suas respostas devem corresponder à maneira usual de reagir perante tais circunstâncias (Serra, s/d). As opções de resposta da escala são de tipo *Likert*, com 5 categorias (Serra, 2000).

A cotação depende dos itens: alguns são cotados na ordem direta e outros na ordem inversa, numa pontuação de 0 a 5 (Serra, 2000). Quando mais elevada é a pontuação obtida nas subescalas e na nota global mais adequadas são as estratégias de *coping* (Fernandes et al.,

2005; Serra, s/d, 2000). O valor da nota global pode oscilar entre 40 a 200 pontos (Serra, s/d). Este instrumento é uma ferramenta útil na prática clínica e mede de forma satisfatória as estratégias de *coping* dos indivíduos (Serra, s/d).

Segundo Serra e Pocinho (2001), em diversos estudos realizados com este instrumento, os indivíduos que apresentam estratégias de *coping* adequadas tendem a: controlar as situações, não pedir ajuda à família ou amigos, confrontam e procuram uma resolução ativa dos problemas, utilizam mecanismos que reduzem o seu estado de tensão (sem lesões para a pessoa nem para a sua saúde), não permitem a interferência das situações geradoras de *stress* na sua vida diária e não se sentem responsabilizados pelas consequências negativas.

Num estudo realizado, em 1987, por Vaz Serra (1988), com uma amostra de 692 indivíduos, verificou-se que: os itens do instrumento tendem a ser bons discriminadores de grupos extremos, sem influências das diferenças sexuais e os fatores apresentam uma correlação positiva e significativa com a nota global. A consistência interna, medida pelo coeficiente de *Spearman-Brown*, é de 0,86, indicando uma boa consistência interna (Serra, s/d, 1988).

A análise da consistência interna, através do *Alfa* de *Cronbach*, obteve-se boa consistência interna no no  $F_2$  ( $\alpha=0,87$ ), no  $F_4$  ( $\alpha=0,83$ ) e no  $F_7$  ( $\alpha=0,84$ ) (Hora et al., 2010). Quanto no  $F_1$  ( $\alpha=0,72$ ) e no  $F_5$  ( $\alpha=0,60$ ) apresenta uma consistência aceitável pois  $\alpha \geq 0,60$  (Hora et al., 2010). No que concerne no  $F_3$  ( $\alpha=0,57$ ), no  $F_6$  ( $\alpha=0,45$ ), no  $F_8$  ( $\alpha=0,44$ ) e no  $F_9$  obteve  $\alpha$  baixo, ou seja, não apresentam uma consistência interna aceitável (Hora et al., 2010). O  $\alpha$  total do instrumento (40 itens) foi de 0,631, indicando desta forma que o instrumento apresenta uma consistência interna satisfatória (Hora et al., 2010).

***Illness Cognition Questionnaire.*** O ICQ foi construído por A. W. M. Evers e F. W. Kraaimaat em 1998 para avaliar cognições em diferentes doenças crónicas (Evers et al., 2001).

É composto por 18 itens, em que as opções de respostas são do tipo *Likert* com quatro possibilidades de resposta (Payán, Vinaccia, & Quiceno, 2011; Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno, & López, 2006; Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández, & Tobón, 2006).

O instrumento possui três subescalas: desânimo aprendido, que corresponde ao significado aversivo da doença (6 itens), aceitação, que corresponde à forma como se tenta diminuir o significado aversivo da doença (6 itens) e benefícios percebidos, que significa a atribuição de um sentido positivo à doença (6 itens) (Evers et al., 2001; Payán et al., 2011; Vinaccia et al., 2006).

Para a cotação deste instrumento realiza-se a soma dos itens de cada subescala, sendo que a pontuação varia entre 6 e 24 pontos (Vinaccia et al., 2006). Quanto mais elevada for a pontuação de cada subescala maior será o desânimo aprendido/a aceitação/benefícios percebidos (Vinaccia et al., 2006).

O instrumento na versão original apresenta boa fidelidade (Payán et al., 2011). Relativamente à consistência interna (*Alfa de Cronbach*), na versão original, o desânimo aprendido apresentou  $\alpha=0,88$ , a aceitação  $\alpha=0,90$  e os benefícios percebidos  $\alpha=0,84$ , o que indica que o instrumento tem boa consistência interna (Payán et al., 2011). A tradução e adaptação para língua portuguesa deste questionário foram realizados por R. F. Meneses, em 2003: versão Portuguesa de Meneses, em estudo. Este instrumento é de rápida administração e fácil compreensão.

A análise da consistência interna (*Alfa de Cronbach*), na subescala de desânimo aprendido (6 itens) obteve  $\alpha=0,49$ , na subescala de aceitação (6 itens) obteve  $\alpha=0,90$  e na subescala de benefícios percebidos obteve  $\alpha=0,91$ . Relativamente ao  $\alpha$  da escala total foi de 0,68. Logo, as subescalas aceitação e benefícios percebidos apresentam uma boa consistência interna, enquanto a subescala desânimo aprendido não apresentou uma consistência interna aceitável ( $\alpha \leq 0,60$ ) (Hora et al., 2010).

#### 4.4. Procedimento<sup>2</sup>

Inicialmente, solicitou-se a autorização dos autores dos instrumentos (das versões portuguesas) para a sua utilização nesta investigação (cf. *Dossier*).

Após a obtenção da autorização dos autores para a administração dos instrumentos, solicitou-se a análise do projeto de investigação pela Prof. Doutora Inês Gomes, Diretora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando, que o encaminhou para a Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Após a obtenção dos pareceres positivos na Universidade Fernando Pessoa, solicitou-se a análise do mesmo projeto à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João – EPE do Porto, ao Conselho de Administração, ao Diretor do Serviço de Psiquiatria e à Coordenadora da Unidade da Dor do Hospital de S. João – EPE do Porto (cf. *Dossier*).

Após a obtenção dos pareceres positivos do Hospital de S. João, a seleção dos doentes e uma apresentação inicial do estudo foi realizada pela Dra. Virgínia Rebelo (Psicóloga da Unidade da Dor e supervisora de estágio curricular), aquando das consultas previamente agendadas destes. Deste modo, evitou-se a deslocação do doente ao hospital só devido à investigação.

Assim, após a manifestação de interesse e disponibilidade por parte dos doentes para a participação no estudo, a autora identificou-se e apresentou com mais pormenor o estudo que se pretendia realizar. Realçou-se, verbalmente, que a participação era voluntária e a ausência de consequências no caso de desistência da participação na investigação. Seguiu-se a obtenção do consentimento informado (por escrito), segundo o modelo da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João - EPE.

---

<sup>2</sup> Para a utilização do BPI e da HADS não se solicitou a autorização dos autores, pois são instrumentos utilizados nos protocolos de avaliação na Unidade da Dor. Em alguns casos, excepcionais, a ordem de administração do protocolo na recolha de dados não foi respeitada, isto quando os doentes eram sujeitos a ensaios clínicos e, assim, evitou-se que os participantes nesta investigação responde-se ao mesmo instrumento mais que uma vez.

Sublinhou-se a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, que seriam utilizados apenas para fins de investigação.

Os dados foram recolhidos pela investigadora junto dos participantes (hetero-aplicação), de modo a garantir que não houvesse respostas omissas por lapso do doente e tendo em consideração a baixa escolaridade esperada da amostra. O primeiro questionário administrado foi o Questionário Sócio-demográfico e Clínico, seguindo-se o Inventário Resumido da Dor, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o Inventário de Resolução de Problemas e, por fim, o *Illness Cognition Questionnaire* (cf. *Dossier*).

Os dados foram introduzidos numa base de dados criada no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18, usado para o tratamento estatístico dos dados.

## **Capítulo V - Apresentação e Discussão dos Resultados**

Antes da apresentação propriamente dita, serão tecidas algumas considerações relativamente à amostra do presente estudo.

A análise das características sociodemográficas revela uma amostra heterogénea, em que, nos 70 participantes, predominava o sexo feminino, com uma média de idades de 50,47 anos (entre 20 e os 77 anos), casados/coabitando, com baixos níveis de escolaridade, cujas profissões mais frequentes eram pouco qualificadas, a maioria apresentava-se inativa profissionalmente e inserida nos níveis socioeconómicos mais baixos. Estas características coincidem com as verificadas na literatura revista que indicam que as mulheres apresentam maior risco de apresentarem diferentes tipos de dor crónica, entre os 40 e os 50 anos, em níveis baixos de escolaridade e ao baixo nível socioeconómico (Breton, 2007; Butchart et al., 2009; Capela & Loura, 2008; Day & Thorn, 2010; Fillingim et al., 2009; Llorca et al., 2007; Lumley et al., 2011; Molton et al., 2008; Molton et al., 2009; Torre et al., 2008).

No que concerne à análise das características clínicas da amostra, os diagnósticos foram muito diversificados, mas enquadram-se nos referenciados na literatura, dependendo de fatores orgânicos e emocionais (Breton, 2007; Ferrándiz & Catalá, 2003; Henry, 2008; Lobato, 1992). A média de anos com dor (8,5 anos) que a amostra apresenta sugere, como descrito na literatura, que a dor pode prolongar-se no tempo (Bair et al., 2008; Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Farmer et al., 2010; Ferreira-Valente et al., 2012; Lumley et al., 2011; MacDonald, 2008; Mateus et al., 2008; Otermin, 2003). A amostra referiu ter uma percepção de saúde, satisfação com a saúde e qualidade de vida razoáveis, verificando-se uma tendência central das respostas. No entanto, relativamente à qualidade de vida, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura, visto que, vários autores referem o impacto que a dor crónica tem na qualidade de vida dos indivíduos (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Barbosa & Ribeiro, 2000; Breton, 2007; Butchart et al., 2009; Capela & Loura, 2008; Cardoso, 2004; Castro et al., 2011; Durán et al., 2003; Eggermont et al., 2009; Farmer et al., 2010; Gatchel & Dersh, 2002; Henry, 2008; Hwang et al., 2011; Molton et al., 2009; Moreli et al., 2009; Ribeiro, 2009; Sullivan, 2012; Turk & Monarch, 2002; Vowles & McCracken, 2010). No que diz respeito à satisfação com a saúde avaliada nesta investigação, vai ao encontro do estudo realizado por Butchart et al. (2009) em que os doentes com dor crónica indicaram razoável ou fraca satisfação com a saúde e 70% dos participantes tomavam medicação para o alívio da dor.

Relativamente à intensidade da dor, verificaram-se níveis moderados, em que a média de dor na última semana, a dor no preciso momento da administração do questionário e a intensidade da dor se encontravam no nível de dor intermédio; e a dor apresentada pela amostra oscilava entre a dor mínima com uma média de 3,10 e uma dor máxima com uma média de 7,00, o que vai ao encontro do descrito na literatura, em que a dor apresenta uma diversificada gama de intensidades, apresentando-se normalmente entre leve e moderada

(Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Eggermont et al., 2009; Farmer et al., 2010; Henry, 2008; Kurita & Pimenta, 2003; Llorca et al., 2007; Scholz et al., 2009; Sullivan, 2012).

Verificou-se que a amostra indicou uma média moderada de interferência da dor, mostrando maior interferência nas atividades em geral, seguindo-se o trabalho normal (inclui o trabalho doméstico e o trabalho fora de casa), na disposição, na capacidade para andar a pé, no sono e, com menor interferência, no prazer de viver. Estes resultados estão de acordo com a literatura na medida em que a dor crónica interfere nas diferentes dimensões da vida dos doentes (Angelotti, 2008; Apkarian et al., 2009; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Ferreira-Valente et al., 2012; Forgeron et al., 2010; Lumley et al., 2011; Mateus et al., 2008; Molton et al., 2008; Quartana et al., 2009; Sayar et al., 2002; Vowles & McCracken, 2010).

Relativamente às cognições de doença a amostra atribui, de forma moderada, um significado aversivo à dor crónica, no entanto tentam diminuir esse significado aversivo atribuindo um sentido positivo à sua dor. Estes resultados não são corroborados com literatura devido à dificuldade de encontrar resultados sobre quais são as cognições de doença na dor crónica, no entanto a literatura aponta para a importância das cognições de doença para atribuir significado à dor, baseando-se, geralmente, na avaliação da gravidade da dor, nas experiências passadas de dor, nos esquemas cognitivos sobre a dor e nas respostas à dor (Bennett, 2002; Day & Thorn, 2010; Fillingim et al., 2009; Pareja, 2008; Pereira & Roios, 2011; Reme et al., 2009; Rooij et al., 2011; Staud, 2009; Teixeira, 2001).

De seguida apresentam-se os resultados obtidos e a sua discussão na sequência dos objetivos deliniados para o presente estudo.

### **5.1. Caracterização do nível de ansiedade de indivíduos com dor crónica**

Na amostra inquirida, no que diz respeito à sintomatologia ansiosa, a pontuação obtida na HADS, variou entre 0 e 19, verificando-se uma heterogeneidade considerável na amostra. A

média da amostra é de 8,87 ( $DP=5,16$ ) valor indicador de uma perturbação clínica (presença de ansiedade *borderline*).

Aproximadamente, quarenta e nove por cento da amostra não tinham ansiedade e 51,4% da amostra evidenciara presença provável de ansiedade: 12,8% com ansiedade *borderline*, 27,1% com ansiedade moderada e 11,5% com ansiedade grave (cf. Anexo G).

Estes resultados indicam a presença de uma perturbação clínica ansiosa (presença de ansiedade *borderline*), pelo que a revisão da literatura apontava eram esperados níveis mais elevados de ansiedade. De facto, a literatura aponta para níveis elevados de ansiedade associados à dor crónica (Angelotti, 2008; Bair et al., 2008; Breton, 2007; Castro et al., 2011; Gatchel & Dersh, 2002; Fillingim et al., 2009; Huber et al., 2010; Lobato, 1992; Turk & Monarch, 2002; Verra et al., 2011).

Os resultados obtidos na HADS-A são idênticos aos obtidos ao estudo realizado por Ferreira-Valente et al. (2012) numa amostra de 214 participantes com dor crónica musculoesquelética, apresentando uma média de 7,69.

## **5.2. Caraterização do nível de depressão da amostra**

Relativamente à sintomatologia depressiva, a pontuação obtida na HADS variou entre 0 e 19. A amostra obteve uma média de 6,23 ( $DP= 4,70$ ), valor indicador de ausência de perturbação clínica (ausência de depressão).

Aproximadamente, sessenta e seis por cento da amostra não relata depressão e 34,3% dos sujeitos evidenciava a provável presença de depressão: 15,8% com depressão *borderline*, 11,4% com depressão moderada e 7,1% com depressão grave) (cf. Anexo H).

Estes resultados estão parcialmente de acordo com a literatura, sendo esperado um nível elevado de sintomatologia depressiva (Angelotti, 2008; Bair et al., 2008; Breton, 2007; Castro et al., 2011; Gatchel & Dersh, 2002; MacDonald, 2008; Turk & Monarch, 2002; Verra et al., 2011). Contudo, de acordo com Farmer et al. (2010), alguns estudos revelam que 18 a 56%

dos indivíduos com dor crónica têm uma perturbação depressiva. Paralelamente um estudo realizado por Valente et al. (2009), numa amostra de 324 participantes com dor músculo-esqueléticas, com idades compreendidas entre os 23 e os 90 anos ( $M=59,18$ ;  $DP=16,11$ ), maioritariamente casados, apresentaram uma HADS-D com uma média de 6,35 ( $DP= 3,72$ ), apenas ligeiramente superior à da amostra do presente estudo. Assim como, os resultados obtidos na HADS-D do estudo realizado por Ferreira-Valente et al. (2012) a amostra apresenta uma média de 6,37.

Num estudo realizado por Bair et al. (2008), numa amostra constituída por 500 doentes com dor crónica ( $\geq 3$  meses de duração), 55% do sexo feminino e com uma média de 59 anos, verificou que: 54% relatavam apenas dor; 20% mostravam dor e depressão; 3% apresentavam dor e ansiedade; e, 23% indicavam dor, depressão e ansiedade, concluindo ainda que a comorbilidade de depressão e ansiedade na dor crónica está fortemente associada a uma dor mais intensa, com mais interferência na vida do doente e com menor qualidade de vida.

### **5.3. Caraterização das estratégias de *coping* da amostra**

No que concerne às estratégias de *coping* da amostra, a pontuação global média obtida no IRP (cf. Quadro 5) encontra-se abaixo da média referenciada por Serra (1988). Deste modo, as estratégias de *coping* da amostra eram desadequadas.

No que concerne aos seguintes fatores: pedido de ajuda ( $F_1$ ); abandono passivo da situação ( $F_3$ ); controlo interno/externo dos problemas ( $F_4$ ); estratégias de controlo das emoções ( $F_5$ ); atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências ( $F_6$ ); agressividade internalizada/externalizada ( $F_7$ ); auto-responsabilização e medo das consequências ( $F_8$ ) e confronto com os problemas e planificação de estratégias ( $F_9$ ) a média era inferior comparativamente à média apresentada por Serra (1988) (cf. Quadro 5), o que pode indicar que amostra tende a pedir menos ajuda, tende menos a abandonar passivamente a situação,

tem menor controlo interno/externo dos problemas, utilizam menos estratégias de controlo das emoções, atitude pouco ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, utiliza menos agressividade internalizada/externalizada, apresenta menor auto-responsabilização e o medo das consequências e, por fim, recorre menos ao confronto dos problemas e planificação de estratégias.

Quanto ao fator confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), encontra-se na média referenciada por Serra (1988) (cf. Quadro 5), o que pode indicar que a amostra recorre ao confronto e resolução ativa dos problemas.

Quadro 5. *Valores obtidos no IRP (N=70)*

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Valores de Referência de Serra (1988)</i>	
					<i>M</i>	<i>DP</i>
Nota Global	101	177	140,96	16,38	153,83	16,40
F <sub>1</sub>	9	24	15,14	3,73	17,15	4,11
F <sub>2</sub>	8	35	24,69	5,43	24,70	4,71
F <sub>3</sub>	6	15	11,87	2,68	13,09	2,01
F <sub>4</sub>	15	40	26,49	6,59	31,35	4,99
F <sub>5</sub>	8	20	14,96	3,19	16,66	3,00
F <sub>6</sub>	6	17	11,41	2,30	13,30	2,87
F <sub>7</sub>	2	10	9,04	1,93	9,34	1,32
F <sub>8</sub>	9	20	15,79	2,81	16,58	2,88
F <sub>9</sub>	6	15	11,17	2,43	11,66	2,01

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Relativamente à estratégia confronto e a resolução ativa dos problemas está de acordo com o referido na literatura, já que Büssing et al. (2010) indicam o confronto e a resolução ativa dos problemas como das estratégias de *coping* mais frequentes na dor crónica. Ainda que os doentes com dor crónica tendam a utilizar diferentes estratégias de *coping* (Angelotti, 2008; Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Fillingim et al., 2009; Molton et al., 2008), segundo Torre et al. (2008), as estratégias de *coping* ativas (como a resolução ativa do problema e a

procura de informação sobre o problema) estão relacionadas com melhores índices de funcionamento do doente.

#### **5.4. Relação entre estratégias de *coping* e o nível de ansiedade da amostra**

Para verificar a relação entre as estratégias de *coping*, de acordo com o IRP, e o nível de ansiedade (HADS-A), recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e o nível de ansiedade (cf. Quadro 6), pelo que as estratégias de *coping* são mais adequadas em doentes com menores níveis de ansiedade.

Da análise do Quadro 6, verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e o nível de ansiedade. Este resultado sugere que o controlo interno/externo dos problemas, as estratégias de controlo das emoções, a atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, a agressividade internalizada/externalizada e, por último, a auto-responsabilização e medo das consequências são mais utilizadas em doentes com menor nível de ansiedade.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) entre a ansiedade e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) (cf. Quadro 6).

Quadro 6. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e o Nível de Ansiedade da*

*Amostra (N=70)*

<i>HADS-A</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>-0,44</b>	0,00
F1	0,04	0,72
F2	-0,14	0,25
F3	-0,04	0,77
F4	<b>-0,34</b>	0,00
F5	<b>-0,33</b>	0,01
F6	<b>-0,25</b>	0,03
F7	<b>-0,29</b>	0,01
F8	<b>-0,38</b>	0,00
F9	-0,13	0,28

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Verificou-se no presente estudo que os participantes com estratégias de *coping* mais adequadas apresentaram menores níveis de ansiedade. Este resultado está de acordo com o referido na literatura, que aponta para quanto mais adequadas e ativas são as estratégias de *coping* menor é o nível de ansiedade (Angelotti, 2008; Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Moreli et al., 2009; Oliveira et al., 2009; Prasertsri et al., 2011, Torre et al., 2008; Verra et al., 2011).

Quanto aos fatores, os resultados obtidos estão parcialmente de acordo com o referido na literatura, visto que as estratégias cognitivas e estratégias comportamentais são associadas às estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes com dor crónica, do mesmo modo estão associadas à redução da sintomatologia ansiosa (Borges et al., 2009; Prasertsri, Holden, Keefe, & Wilkie, 2011). Relativamente à amostra, as estratégias mais utilizadas pelos doentes que apresentaram níveis de ansiedade mais baixos eram: o controlo interno/externo dos

problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade internalizada/externalizada e auto-responsabilização e medo das consequências.

### **5.5. Relação entre estratégias de *coping* e nível de depressão da amostra**

Para verificar a relação entre as estratégias de *coping*, de acordo com o IRP, e o nível de depressão (HADS-D), recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005) entre as estratégias de *coping* (nota global) e o nível de depressão (cf. Quadro 7), pelo que as estratégias de *coping* são mais adequadas em doentes com menor nível de depressão.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005) entre os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>) e o fator estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), e o nível de depressão (cf. Quadro 7), pelo que o confronto e resolução ativa dos problemas e as estratégias de controlo das emoções são mais utilizados em doentes com menores níveis de depressão.

Da análise do Quadro 7, verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>) e o confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>), e o nível de depressão. Este resultado sugere que o controlo interno/externo dos problemas, as estratégias de controlo das emoções, a atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências e, por fim, a agressividade internalizada/externalizada são mais utilizados em doentes com menor nível de depressão.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre o pedido de ajuda (F<sub>1</sub>) e o nível de depressão (cf. Quadro 7), pelo que pedir ajuda é mais frequente em doentes com maior nível de depressão.

Não se obteve uma correlação estatisticamente significativa da correlação entre o nível de depressão e os seguintes fatores: o abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>) e a auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) ( $p > 0,05$ ) (cf. Quadro 7).

Quadro 7. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e o Nível de Depressão*

da Amostra (N=70)

<i>HADS-D</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>-0,51</b>	0,00
F1	<b>0,27</b>	0,03
F2	<b>-0,40</b>	0,00
F3	-0,23	0,05
F4	<b>-0,34</b>	0,00
F5	<b>-0,46</b>	0,00
F6	<b>-0,24</b>	0,05
F7	<b>-0,36</b>	0,00
F8	-0,17	0,17
F9	<b>-0,37</b>	0,00

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Estes resultados estão de acordo com o referido na literatura, que aponta para quanto mais adequadas e ativas são as estratégias de *coping* menor é o nível de depressão (Angelotti, 2008; Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Moreli et al., 2009; Oliveira et al., 2009; Prasertsri et al., 2011, Torre et al., 2008; Verra et al., 2011).

Assim como, no estudo realizado por Torre et al. (2008) concluíram que quanto mais ativas são as estratégias de *coping* menor nível de depressão.

### **5.6. Relação entre estratégias de *coping* e características sociodemográficas**

**Sexo.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função do sexo, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney*.

Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* em função do sexo, pelo que os homens apresentam *scores* de estratégias de *coping* mais adequadas que as mulheres (cf. Quadro 8).

Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), auto-responsabilização e o medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) em função do sexo, em que os homens apresentam *scores* mais elevados que as mulheres, em todos os fatores.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>) e agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>) em função do sexo ( $p > 0,05$ ) (cf. Quadro 8).

Quadro 8. *Teste U de Mann-Whitney relativo às variações das Estratégias de Coping em função do Sexo*

	Feminino		Masculino		Mann-Whitney <i>U</i>	Wilcoxon	z	p
	N	Média Rank	N	Média Rank				
Nota Gobla	50	30,50	20	48,0	<b>250,0</b>	1525,0	-3,25	0,00
F <sub>1</sub>	50	36,48	20	33,05	451,0	661,0	-0,64	0,52
F <sub>2</sub>	50	31,21	20	46,23	<b>285,5</b>	1560,5	-2,78	0,01
F <sub>3</sub>	50	34,93	20	36,92	471,5	1746,5	-0,38	0,71
F <sub>4</sub>	50	32,02	20	44,20	<b>326,0</b>	1601,0	-2,27	0,02
F <sub>5</sub>	50	31,83	20	44,68	<b>316,5</b>	1591,5	-2,40	0,02
F <sub>6</sub>	50	33,71	20	39,98	410,5	1685,5	-1,18	0,24
F <sub>7</sub>	50	34,37	20	38,33	443,5	1718,5	-0,94	0,35
F <sub>8</sub>	50	32,49	20	43,03	<b>349,5</b>	1624,5	-1,97	0,05
F <sub>9</sub>	50	31,55	20	45,38	<b>302,5</b>	1577,5	-2,59	0,01

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Idade.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função da idade, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e a idade da amostra (cf. Quadro 9), o que sugere que doentes com estratégias de *coping* mais adequadas têm idades superiores.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>) e agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), e a idade da amostra (cf. Quadro 9), logo as estratégias de controlo das emoções e agressividade internalizada/externalizada são mais utilizadas em doentes com mais idade.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a idade e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) ( $p > 0,05$ ) (cf. Quadro 9).

Quadro 9. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a idade da Amostra*

<i>Idade</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>0,29</b>	0,01
F <sub>1</sub>	0,03	0,82
F <sub>2</sub>	0,11	0,37
F <sub>3</sub>	-0,01	0,94
F <sub>4</sub>	0,09	0,48
F <sub>5</sub>	<b>0,41</b>	0,00
F <sub>6</sub>	0,01	0,94
F <sub>7</sub>	<b>0,45</b>	0,00
F <sub>8</sub>	0,21	0,09
F <sub>9</sub>	-0,01	0,91

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Estado civil.** Para verificar a variação das estratégias de coping, em função do estado civil, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney*. Para o efeito, e devido à dispersão dos efetivos, formaram-se dois grupos: Grupo 1 – solteiros, separados e viúvos (N=21); Grupo 2 – casados (N=49).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* em função ao estado civil da amostra (cf. Anexo I).

**Escolaridade.** Para verificar a variação das estratégias de coping, em função dos anos de escolaridade, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* (nota global) e os anos de escolaridade (cf. Quadro 10). Também, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>).

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os anos de escolaridade e os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>) e atitude ativa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), e os anos de escolaridade. Este resultado sugere que o confronto e a resolução ativa dos problemas, o abandono passivo perante a situação, o controlo interno/externo dos problemas e a atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana são mais utilizadas em doentes com mais anos de escolaridade.

Quadro 10. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e os anos de escolaridade da amostra*

<i>Anos de Escolaridade</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	0,20	0,09
F <sub>1</sub>	-0,14	0,23
F <sub>2</sub>	<b>0,26</b>	0,03
F <sub>3</sub>	<b>0,27</b>	0,03
F <sub>4</sub>	<b>0,28</b>	0,02
F <sub>5</sub>	-0,10	0,43
F <sub>6</sub>	<b>0,24</b>	0,04
F <sub>7</sub>	-0,16	0,18
F <sub>8</sub>	0,08	0,51
F <sub>9</sub>	0,07	0,57

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Situação profissional.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função da situação profissional, recorreu-se ao teste *t-student*. Para o efeito, e devido à dispersão dos efeitos, formaram-se dois grupos: Grupo 1 - Empregados e os que se encontram de baixa médica; consideraram-se estas duas opções por estarem relacionadas com a atividade (estão no ativo profissionalmente) ( $N=31$ ); Grupo 2 - Desempregados e reformados; consideram-se estas duas opções por estarem relacionadas com a inatividade (não estão no ativo profissionalmente) ( $N=39$ ).

Como se pode verificar, no Quadro 11, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* (nota global) e dos fatores, em função da situação profissional.

Quadro 11. *Teste t de Student para Diferenças das Estratégias de Coping em função da Situação Profissional (N= 70)*

	<i>Grupo 1 (N=31)</i>		<i>Grupo 2 (N=39)</i>		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Nota global	142,35	14,25	139,85	18,00	0,63	68	0,53
F <sub>1</sub>	15,29	3,12	15,03	4,18	0,29	68	0,77
F <sub>2</sub>	25,06	3,43	24,38	6,63	0,55	59,42	0,58
F <sub>3</sub>	11,74	3,01	11,97	2,41	-0,36	68	0,72
F <sub>4</sub>	26,32	7,46	26,62	5,90	-0,18	68	0,86
F <sub>5</sub>	14,65	3,15	15,21	3,25	-0,73	68	0,47
F <sub>6</sub>	11,65	2,14	11,23	2,43	0,75	68	0,46
F <sub>7</sub>	9,48	0,99	8,69	2,39	1,88	53,24	0,07
F <sub>8</sub>	16,32	2,23	15,36	3,16	1,44	68	0,16
F <sub>9</sub>	11,68	2,056	10,77	2,65	1,57	68	0,12

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Nível socioeconómico.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função do nível socioeconómico recorreu-se ao teste *t-student*. Para o efeito, e devido à dispersão dos efetivos, formaram-se dois grupos: Grupo 1 – Baixo e Médio Baixo (N=33); Grupo 2 – Médio e Médio Alto (N=37).

Através da análise do Quadro 12, verificam-se diferenças estatisticamente significativas em função do nível socioeconómico nas estratégias de *coping* (nota global), este resultado sugere que as estratégias de *coping* são mais adequadas em doentes com nível socioeconómico médio e médio alto.

Verificou-se diferenças estatisticamente significativas em função do nível socioeconómico e os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>) e o controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), em que o confronto e resolução ativa dos problemas e o

controlo interno/externo dos problemas são mais utilizados em doentes de nível socioeconómico médio e médio alto.

Quadro 12. Teste *t* de Student para Diferenças das Estratégias de Coping em função do Nível Socioeconómico (N=70)

	Grupo 1 (N=33)		Grupo 2 (N=37)		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Nota global	134,85	14,90	146,41	15,88	-3,13	68	<b>0,03</b>
F <sub>1</sub>	15,27	3,63	15,03	3,86	0,27	68	0,79
F <sub>2</sub>	22,91	5,20	26,27	5,18	-2,70	68	<b>0,01</b>
F <sub>3</sub>	11,24	2,65	12,43	2,61	-1,89	68	0,06
F <sub>4</sub>	24,85	5,82	27,95	6,96	-2,01	68	<b>0,05</b>
F <sub>5</sub>	14,39	2,62	15,46	3,59	-1,43	65,57	0,16
F <sub>6</sub>	10,85	2,25	11,92	2,25	-1,99	68	0,06
F <sub>7</sub>	8,76	2,33	9,30	1,47	-1,14	52,79	0,26
F <sub>8</sub>	15,18	2,69	16,32	2,84	-1,72	68	0,09
F <sub>9</sub>	10,94	2,68	11,38	2,20	-0,75	68	0,46

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Os resultados obtidos na relação entre estratégias de *coping* e características sociodemográficas verificou-se que:

- os homens da amostra apresentavam estratégias de *coping* mais adequadas que as mulheres (nota global), e utilizavam mais o confronto e a resolução ativa dos problemas, o controlo interno/ externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, auto-responsabilização e medo das consequências e confronto com os problemas e planificação de estratégias;

- os doentes com mais idade apresentam estratégias de *coping* mais adequadas (nota global), usavam mais estratégias de controlo da emoções e agressividade internalizada/externalizada;
- não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de *coping* em função do estado civil;
- os doentes com mais anos de escolaridade utilizavam mais o confronto e a resolução ativa dos problemas, o abandono passivo perante a situação, o controlo interno/externo dos problemas e atitude de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências;
- não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de *coping* em função da situação profissional;
- os doentes de nível socioeconómico médio e médio alto apresentam estratégias de *coping* mais adequadas, em que o confronto e resolução ativa dos problemas e o controlo interno/externo dos problemas.

Os resultados obtidos estão parcialmente de acordo com a literatura, mas era esperada variação das estratégias de *coping* em função do estado civil e da situação profissional (Büssing et al., 2010; Fillingim et al., 2009; Molton et al., 2008; Valente et al., 2009).

### **5.7. Relação entre estratégias de *coping* e características clínicas da amostra<sup>3</sup>**

**Perceção de saúde.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função da perceção de saúde recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e a perceção de saúde: os

---

<sup>3</sup> A análise estatística relativa à variação das estratégias de *coping* em função do diagnóstico não foi realizada pelos inúmeros diagnósticos obtidos e pela dificuldade em os agrupar de modo clinicamente relevante (cf. Anexo E).

doentes com estratégias de *coping* mais adequadas apresentam uma melhor percepção de saúde.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>), e a percepção de saúde, em que os doentes com uma percepção positiva da saúde utilizam mais o confronto e resolução ativa dos problemas, atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências e confronto dos problemas e planificação de estratégias.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a percepção de saúde e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>) e auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) (cf. Quadro 13).

Quadro 13: *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Percepção de saúde da amostra*

<i>Percepção de saúde</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>-0,28</b>	0,02
F <sub>1</sub>	0,11	0,39
F <sub>2</sub>	<b>-0,31</b>	0,01
F <sub>3</sub>	-0,18	0,14
F <sub>4</sub>	0,04	0,75
F <sub>5</sub>	-0,22	0,07
F <sub>6</sub>	<b>-0,34</b>	0,00
F <sub>7</sub>	-0,15	0,21
F <sub>8</sub>	-0,23	0,06
F <sub>9</sub>	<b>-0,26</b>	0,03

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Satisfação com a saúde.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função da satisfação com a saúde recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e a satisfação com a saúde (cf. Quadro 14): os doentes com as estratégias de *coping* mais adequadas têm maior satisfação com a sua saúde.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre o controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>) e a satisfação com a saúde (cf. Quadro 14): o confronto interno/externo dos problemas é mais utilizado em doentes com maior satisfação com a saúde.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>) e a satisfação com a saúde (cf. Quadro 14): as estratégias de controlo das emoções são mais utilizadas em doentes com maior satisfação com a sua saúde.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com a saúde e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) (cf. Quadro 14).

Quadro 14: *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Satisfação com a saúde (N=70)*

<i>Satisfação com a saúde</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Nota Global	<b>0,39</b>	0,00
F <sub>1</sub>	-0,06	0,61
F <sub>2</sub>	0,21	0,08
F <sub>3</sub>	0,09	0,47
F <sub>4</sub>	<b>0,36</b>	0,00
F <sub>5</sub>	<b>0,43</b>	0,00
F <sub>6</sub>	0,01	0,95
F <sub>7</sub>	0,22	0,06
F <sub>8</sub>	0,13	0,28
F <sub>9</sub>	0,10	0,42

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Intensidade da dor.** Para verificar a variação das estratégias de *coping*, em função da intensidade da dor recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* (nota global) e a intensidade da dor (cf. Quadro 15).

Também, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a intensidade da dor e as estratégias de *coping* e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) (cf. Quadro 15).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>) e a severidade da dor (cf. Quadro 15): os doentes com menor intensidade de dor utilizam mais estratégias de controlo das emoções.

Quadro 15. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Intensidade da dor da Amostra (N=70)*

<i>Intensidade da dor</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Nota Global	-0,156	0,20
F <sub>1</sub>	0,001	0,99
F <sub>2</sub>	-0,003	0,98
F <sub>3</sub>	0,112	0,36
F <sub>4</sub>	-0,158	0,19
F <sub>5</sub>	<b>-0,337</b>	0,00
F <sub>6</sub>	0,038	0,75
F <sub>7</sub>	-0,175	0,15
F <sub>8</sub>	-0,129	0,29
F <sub>9</sub>	-0,050	0,68

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Interferência da dor.** Para verificar a relação entre as estratégias de *coping* e a interferência da dor recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e a interferência da dor (cf. Quadro 16): os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas têm menor interferência da dor.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a interferência da dor e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) (cf. Quadro 16).

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>), controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>); estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>); atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>); agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), e a interferência da dor (cf. Quadro 16): o confronto e a resolução ativa dos problemas, o controlo interno/externo dos problemas, as estratégias de controlo das emoções, a atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana e a agressividade internalizada/externalizada são mais utilizadas em doentes com menor interferência da dor.

Quadro 16. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Interferência da dor da Amostra (N=70)*

<i>Interferência da dor</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>-0,37</b>	0,00
F <sub>1</sub>	0,20	0,10
F <sub>2</sub>	<b>-0,26</b>	0,03
F <sub>3</sub>	0,03	0,81
F <sub>4</sub>	<b>-0,28</b>	0,02
F <sub>5</sub>	<b>-0,29</b>	0,01
F <sub>6</sub>	<b>-0,28</b>	0,02
F <sub>7</sub>	<b>-0,32</b>	0,01
F <sub>8</sub>	-0,16	0,19
F <sub>9</sub>	-0,14	0,25

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada;

F<sub>8</sub> – Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> – Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

**Alívio da dor com a medicação.** Para verificar a relação entre as estratégias de *coping* e o alívio da dor recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e o alívio da dor com a medicação (cf. Quadro 17): os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas apresentam mais alívio da dor com a medicação.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre o alívio da dor com medicação e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>) e auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) (cf. Quadro 17).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre o confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>) e o alívio da dor com a medicação (cf. Quadro 17): o confronto e a resolução ativa dos problemas são mais utilizados em doentes com mais alívio da dor com medicação.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa fraca e positiva (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>); confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>), e o alívio da dor com medicação (cf. Quadro 17): o controlo interno/externo dos problemas e o confronto com os problemas e planificação de estratégias são mais utilizados em doentes com mais alívio da dor com a medicação.

Quadro 17. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e o Alívio da dor pela medicação (N= 49)*

<i>Alívio da dor pela medicação</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>0,35</b>	0,01
F <sub>1</sub>	-0,07	0,62
F <sub>2</sub>	<b>0,41</b>	0,00
F <sub>3</sub>	0,27	0,06
F <sub>4</sub>	<b>0,31</b>	0,03
F <sub>5</sub>	-0,04	0,77
F <sub>6</sub>	0,06	0,69
F <sub>7</sub>	0,22	0,13
F <sub>8</sub>	0,04	0,79
F <sub>9</sub>	<b>0,33</b>	0,02

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

No que se refere à relação entre estratégias de *coping* e características clínicas, conclui-se que:

- os doentes que apresentam melhor perceção da sua saúde utilizavam estratégias de *coping* mais adequadas (nota global) e tendem a utilizar as seguintes estratégias: confronto e a resolução ativa dos problemas, atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências e confronto com os problemas e planificação de estratégias;
- os doentes com maior satisfação com a sua saúde apresentavam estratégias de *coping* mais adequadas (nota global), utilizando mais estratégias de controlo interno/externo dos problemas e estratégias de controlo das emoções;
- os doentes que utilizavam estratégias de controlo das emoções apresentavam menor intensidade da dor;

- os doentes com menor interferência da dor utilizavam estratégias de *coping* mais adequadas (nota global), confronto e a resolução ativa dos problemas, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências e agressividade internalizada/externalizada;
- os doentes com maior alívio da dor pela medicação indicavam estratégias de *coping* mais adequadas (nota global), utilizavam o confronto e resolução ativa dos problemas, o controlo interno/externo dos problemas e o confronto com os problemas e planificação de estratégias.

No que concerne á satisfação com a saúde, os presentes resultados estão parcialmente de acordo com a literatura: segundo Büssing et al. (2010), no seu estudo com uma amostra de 579 doentes com dor crónica, com uma média de idades de 54 anos, os doentes com dor crónica consideravam a sua doença como uma situação adversa (de perda), em que utilizavam estratégias de *coping* ativas, ou seja, resolução dos problemas ou regulação emocional, de origem interna ou externa, indicando mais satisfação com a sua doença.

O que se verificou na amostra desta investigação no que se refere à intensidade da dor está de acordo com o relatado por Valente et al. (2009): estratégias de *coping* activas e focadas no problema (como, por exemplo, o controlo das emoções) estão associadas a menor intensidade da dor crónica.

Relativamente à interferência da dor em função das estratégias de *coping* utilizadas, os resultados obtidos estão parcialmente de acordo com a revisão da literatura efetuada por Valente et al. (2009), indicando que os doentes com dor crónica que usam estratégias de *coping* adequadas (ativas e focadas no problema) relatam menor interferência da dor.

Quanto ao alívio da dor pela medicação, os resultados estão parcialmente de acordo com os verificados num estudo apresentado por Blake et al. (2007), que realizou 10 entrevistas em doentes com dor crónica (não oncológica), concluindo que os doentes que tomavam

medicação ficavam satisfeitos com os efeitos benéficos da medicação, relatando benefícios na sua rotina diária.

### **5.8. Relação entre as estratégias de *coping* e as cognições de doença da amostra**

Para verificar a relação entre as estratégias de *coping* e as cognições de doença recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

**Desânimo apreendido.** Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre as estratégias de *coping* (nota global) e o desânimo apreendido: os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas apresentam menor desânimo apreendido.

Não se obteve uma correlação estatisticamente significativa, verificando-se  $p > 0,05$ , na correlação entre o desânimo apreendido e os seguintes fatores: o pedido de ajuda ( $F_1$ ), as estratégias de controlo das emoções ( $F_5$ ) e o confronto com os problemas e planificação de estratégias ( $F_9$ ) (cf. Quadro 18).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas ( $F_2$ ); abandono passivo perante a situação ( $F_3$ ); atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências ( $F_6$ ); agressividade internalizada/externalizada ( $F_7$ ); auto-responsabilização e medo das consequências ( $F_8$ ), e o desânimo apreendido (cf. Quadro 18): o confronto e a resolução ativa dos problemas, o abandono passivo perante a situação, a atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, a agressividade internalizada/externalizada e a auto-responsabilização e medo das consequências são mais utilizados em doentes com menor desânimo apreendido pela sua doença.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e negativa (Filho & Júnior, 2009; Reis, 2005), entre o controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>) e o desânimo apreendido (cf. Quadro 18): o controlo interno/externo dos problemas é mais utilizado em doentes com menor desânimo apreendido pela sua doença.

**Aceitação.** Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e positiva entre as estratégias de *coping* (nota global) e a aceitação da doença (cf. Quadro 18): os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas aceitam melhor a sua doença.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a aceitação de doença e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) e confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>) (cf. Quadro 18).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre os seguintes fatores: o confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>); controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>), e a aceitação da doença (cf. Quadro 18): o confronto e a resolução ativa dos problemas, assim como o controlo interno/externo dos problemas são mais utilizados em doentes com mais aceitação da doença.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e positiva entre os seguintes fatores: abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>); agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>), e a aceitação da doença (cf. Quadro 18): o abandono passivo perante a situação e a agressividade internalizada/externalizada são mais utilizados em doentes com mais aceitação da doença.

**Benefícios percebidos.** Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e positiva entre as estratégias de *coping* (nota global) e os benefícios percebidos da

doença (cf. Quadro 18): os doentes que apresentaram estratégias de *coping* mais adequadas percebiam mais benefícios da sua doença.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os benefícios percebidos da doença e os seguintes fatores: pedido de ajuda (F<sub>1</sub>), estratégias de controlo das emoções (F<sub>5</sub>), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (F<sub>6</sub>), agressividade internalizada/externalizada (F<sub>7</sub>) e auto-responsabilização e medo das consequências (F<sub>8</sub>) (cf. Quadro 18).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre o confronto e resolução ativa dos problemas (F<sub>2</sub>) e os benefícios percebidos da doença (cf. Quadro 18): o confronto e a resolução ativa dos problemas são mais utilizados em doentes com mais benefícios percebidos da sua doença.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e positiva entre os seguintes fatores: abandono passivo perante a situação (F<sub>3</sub>); controlo interno/externo dos problemas (F<sub>4</sub>); confronto com os problemas e planificação de estratégias (F<sub>9</sub>), e os benefícios percebidos da doença (cf. Quadro 18): o abandono passivo perante a situação, o controlo interno/externo dos problemas e o confronto com os problemas e planificação de estratégias são mais utilizadas em doentes com mais benefícios percebidos da sua doença.

Quadro 18. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e as Cognações de doença na amostra (N=70)*

	Desânimo Aprendido		Aceitação		Beneficos Percebidos	
	r	p	R	p	r	p
Nota Global	<b>-0,48</b>	0,00	<b>0,51</b>	0,00	<b>0,43</b>	0,00
F <sub>1</sub>	0,21	0,08	-0,11	0,36	-0,05	0,69
F <sub>2</sub>	<b>-0,27</b>	0,02	<b>0,42</b>	0,00	<b>0,49</b>	0,00
F <sub>3</sub>	<b>-0,30</b>	0,01	<b>0,36</b>	0,00	<b>0,33</b>	0,01
F <sub>4</sub>	<b>-0,49</b>	0,00	<b>0,51</b>	0,00	<b>0,33</b>	0,01
F <sub>5</sub>	-0,21	0,09	0,14	0,26	0,13	0,29
F <sub>6</sub>	<b>-0,39</b>	0,00	0,23	0,06	0,02	0,84
F <sub>7</sub>	<b>-0,24</b>	0,05	<b>0,27</b>	0,03	0,22	0,07
F <sub>8</sub>	<b>-0,37</b>	0,00	0,20	0,09	0,08	0,52
F <sub>9</sub>	-0,11	0,36	0,10	0,42	<b>0,24</b>	0,04

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

No que concerne às cognições de doença da amostra, verificou-se que os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas (nota global) aceitavam melhor a sua doença, percebia mais benefícios da sua doença e apresentavam menos desânimo apreendido. Tal está de acordo com a revisão da literatura, que revela que as estratégias de *coping* estão relacionadas com as cognições de doença nos indivíduos com dor crónica (Molton et al., 2009; Pereira & Roios, 2011; Reme et al., 2009; Rooij et al., 2011). O mesmo se verificou no estudo realizado por Molton et al. (2009), que procuraram associações entre crenças, estratégias de *coping* e saúde mental em doentes crónicos, os resultados indicaram que atribuições negativas à doença são indicadores de estratégias de *coping* desadaptadas e elevados níveis de dor.

Os restantes resultados obtidos estão de acordo com o descrito na literatura, visto que as diferentes subescalas apresentaram a utilização de várias estratégias. Pois o que se verificou na revisão da literatura foi que na dor crónica as cognições de doença proporcionam ao doente a implementação de estratégias de *coping* para com a doença (Pereira & Roios, 2011; Reme et al., 2009; Rooij et al., 2011).

### **5.9. Relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida da amostra**

Para verificar a relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*.

Verificou-se uma correlação linear estatisticamente significativa moderada e positiva entre as estratégias de *coping* (nota global) e a qualidade de vida (cf. Quadro 19): os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas tinham mais qualidade de vida.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e os seguintes fatores: pedido de Ajuda ( $F_1$ ), atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências ( $F_6$ ) e a auto-responsabilização e medo das consequências ( $F_8$ ) (cf. Quadro 19).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa fraca e positiva entre a qualidade de vida e os seguintes fatores: confronto e resolução ativa dos problemas ( $F_2$ ); abandono passivo perante a situação ( $F_3$ ); controlo interno/externo dos problemas ( $F_4$ ); estratégias de controlo das emoções ( $F_5$ ); agressividade internalizada/externalizada ( $F_7$ ); confronto com os problemas e planificação de estratégias ( $F_9$ ) (cf. Quadro 19): doentes com mais qualidade de vida utilizam mais o confronto e a resolução ativa dos problemas, o abandono passivo perante a situação, o controlo interno/externo dos problemas, as estratégias de controlo das emoções, a agressividade internalizada/externalizada e o confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Quadro 19. *Correlação de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Qualidade de vida da Amostra (N= 70)*

<i>Qualidade de vida</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nota Global	<b>0,39</b>	0,00
F <sub>1</sub>	-0,21	0,08
F <sub>2</sub>	<b>0,33</b>	0,01
F <sub>3</sub>	<b>0,25</b>	0,04
F <sub>4</sub>	<b>0,27</b>	0,02
F <sub>5</sub>	<b>0,34</b>	0,01
F <sub>6</sub>	0,14	0,25
F <sub>7</sub>	<b>0,27</b>	0,02
F <sub>8</sub>	0,18	0,14
F <sub>9</sub>	<b>0,24</b>	0,04

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Através da análise da relação entre a QDV e estratégias de *coping* da amostra, verificou-se que os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas (nota global) apresentavam melhor QDV, utilizavam mais o confronto e a resolução ativa dos problemas, o abandono passivo perante a situação, o controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções e a agressividade internalizada/externalizada e o confronto com os problemas e planificação de estratégias.

A literatura apresenta que a dor crónica está associada a um défice significativo na função física, social e saúde mental, com interferência na QDV (Borges et al., 2009; Butchart et al., 2009; Day & Thorn, 2010; Lumley et al., 2011), daí a importância de identificar estratégias de *coping* associadas a melhor QDV em indivíduos com dor crónica.

Os resultados anteriormente descritos estão de acordo com Richardson et al (2008), que referem a importância da utilização de estratégias de *coping* adequadas com a dor, pois são

importantes na determinação do impacto da dor na QDV do doente, salientando a importância dos profissionais de saúde na promoção de estratégias de *coping* nestes doentes.

Mais uma vez é de salientar que resultados do presente estudo devem ser interpretados tendo em consideração a fraca consistência interna verificada nos fatores F<sub>6</sub>, F<sub>8</sub> e F<sub>9</sub>, do IRP, e o desânimo apreendido sobre a doença.

## **Conclusão**

A dor pode transformar-se de um sinal ou sintoma numa perturbação, com diferentes etiologias, sendo o resultado de uma interação complexa e dinâmica de sensações, cognições, emoções e comportamentos (Durán et al., 2003; Gatchel & Dersh, 2002; Lee, Watson & Law, 2010; Turk & Wilson, 2010). Podendo atingir diferentes intensidades e interferir em várias dimensões do doente, diminuindo a sua QDV (Eggermont et al., 2009; Farmer et al., 2010; Hwang et al., 2011; Molton et al., 2009; Vowles & McCracken, 2010).

Logo, a dor crónica conduz a um sofrimento significativo no doente, podendo levar à emergência de sintomatologia afetiva, principalmente de ansiedade e depressão (Biar et al., 2008; Wang et al., 2010).

Não menos importantes são as cognições, pois são as cognições que influenciam a experiência de dor, a avaliação da gravidade da dor, os esquemas cognitivos sobre a dor e as respostas à dor (Fillingim et al., 2009; Staud, 2009). Sendo a dor crónica avaliada como uma fonte de *stress*, as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes são determinantes (Angelotti, 2008; Butchart et al., 2009; Lumley et al., 2011; Molton et al., 2008).

Face aos objetivos estabelecidos para esta investigação, foi possível verificar que a amostra estudada apresentou, em média, indicadores de perturbação clínica ansiosa (presença de ansiedade *borderline*), mas não de sintomatologia depressiva, apresentou estratégias de

*coping* desadequadas, mas utilizava mais o confronto e a resolução ativa dos problemas. Das relações entre variáveis exploradas, verificaram-se relações estatisticamente significativas de encontro, na sua maioria, com o verificado na literatura: os homens apresentavam estratégias de *coping* mais adequadas que as mulheres, os doentes com mais idade apresentavam estratégias de *coping* mais adequadas, os doentes com mais anos de escolaridade utilizavam mais estratégias de *coping* ativas, assim como os doentes do nível socioeconómico mais elevado. Os doentes que apresentavam melhor perceção de saúde e satisfação com a sua saúde indicavam estratégias de *coping* mais adequadas, assim como os doentes que usavam mais estratégias de controlo das emoções apresentavam menor intensidade da dor, do mesmo modo que eram utilizadas estratégias de *coping* mais adequadas estava presente menor interferência da dor e maior alívio da dor pela medicação. Relativamente às cognições de doença, verificou-se que os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas aceitavam melhor a sua doença e percebiam mais benefícios desta e menos desânimo aprendido. E, por fim, os doentes com estratégias de *coping* mais adequadas apresentavam melhor QDV.

É de sublinhar que os resultados obtidos, na amostra descrita, devem ser interpretados com prudência pelo tamanho da amostra, pelo que, numa próxima investigação, seria importante obter um número superior de participantes. Numa próxima investigação seria também pertinente a administração de outros instrumentos de avaliação, principalmente um instrumento de avaliação das estratégias de *coping* com a dor. Talvez fosse também interessante incluir, no questionário socio-demográfico, diferentes opções de resposta aos itens sobre perceção de saúde, satisfação de saúde e QDV, para evitar a tendência central.

Em suma, tendo a dor crónica suscitado interesse para investigação, pelas suas características particulares, pretendeu-se contribuir para aumentar o conhecimento sobre esta problemática de forma a diminuir o sofrimento e deterioração dos doentes. Os resultados do presente estudo sugerem, assim, para a relevância do treino de eficácia do *coping* nos doentes com dor crónica.

### Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM -IV-TR* (4ª ed.) (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington: American Psychological Association.
- Angelotti, G. (2008). Tratamento da dor crónica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 535-545). Porto Alegre: Artmed.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 81-97.
- Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!.. Avaliação da eficácia de um programa de intervenção multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 101-112.
- Atlas, L. Y., Bolger, N., Lindquist, M. A., & Wager, T. D. (2010). Brain mediators of predictive we effects on perceived pain. *The Journal of Neuroscience*, 30(39), 12964-12977.
- Azevedo, L., Costa - Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ...Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-56.
- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Medicine*, 70(8), 890-897.
- Baliki, M. N., Schnitzer, T. Z., Bauer, W. R., & Apkarian, A. V. (2011). Brain Morphological Signatures for chronic pain, *PloSONe*, 6(10), 1-13. Retirado de: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0026010>.

- Barbosa, A., & Ribeiro, J. L. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. L. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Edts.), *Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Beissner, K., Henderson, C. R., Papaleontiou, M., Olkhovskaya, Y., Wigglesworth, J., & Reid, M. C. (2009). Cognitive-Behavioral therapy for older adults with chronic pain. *Journal of the American Physical Therapy Association, 5*(89), 472-473.
- Bennett, M. (2002). La escala de dolor de Lanss: la evaluación de síntomas neuropáticos de Leeds. *Revista de la Sociedade Espanõla del Dolor, 9*, 74-87.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Blake, S., Ruel, B., Seamark, C., & Seamaerk, D. (2007). Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. *British Journal of General Practice, 57*, 101-109.
- Borges, C. S., Luiz, A. M., & Domingos, N. A. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivos da revista Ciência da Saúde, 16*(4), 181-186.
- Braden, J. B., Zhang, L., Fan, M. Y., Unützer, J., Edlund, M. J., & Sullivan, M. D. (2008). Mental health service use by older adults: the role of chronic pain. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(2), 156-167.
- Breton, D. (2007). *Compreender a dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMed Central Public Health, 10*, 1-10.
- Butchart, A., Kerr, E. A., Heisler, M., Piette, J. D., & Krein, S. L. (2009). Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *The Clinic Journal of Pain, 25*(4), 293-298.
- Capela, C., & Loura, R. (2008). Perturbação de dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 1*(5), 30-45.

- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 385-394.
- Caseiro, J. M. (2008). *Prontuário das unidades de dor portuguesas*. Associação Portuguesa para o Estudo de dor. Disponível em: [http://www.grunenthal.pt/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=14400183](http://www.grunenthal.pt/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=14400183).
- Castro, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Castro, M. M., Quarantini, L. C., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. R. (2011). Comorbilidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crónica e o impacto na qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 126-129.
- Català, E., & Aliaga, L. (2003). *Manual de tratamiento del dolor*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Claudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2(27), 143-157.
- Cleeland, C. S. (2009). *The Brief Pain Inventory: User guide*. Texas: University of Texas.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica* (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, E. S., & Leal, I. P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 2(24), 189-199.
- Day, M. A., & Thorn, B. E. (2010). The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *Pain*, 151(2), 467-474.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- Dias, M. R., & Brito, J. A. (2002). No quotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1(20), 91-105.

- Dúran, C., Rius, C., & Wulff, J. (2003). Abordage psicosocial del dolor cronico. In E. Català & L. Aliaga (Edts.), *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 27-49). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Eggermont, L. H., Bean, J. F., Guralnick, J. M., & Levielle, S. G. (2009). Comparing pain severity versus pain location in the mobilize Boston study: chronic pain and lower extremity function. *Journal of Gerontology*, 7(64), 763-770.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacob, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.
- Fabião, C., Silva, M. C., Fleming, M., & Barbosa, A. (2010). Perturbações somatoformes: Revisão da epidemiologia nos cuidados primários de saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 865-872.
- Farmer, C., Zaslavsky, A., Reynolds, C. F., & Cleary, P. D. (2010). Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 61-67.
- Fernandes, A. C., & McIntyre, M. T. (2006). Intervenção psicológica multimodal em pacientes na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em Portugal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2(19), 74-83.
- Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., & Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(5), 285-304.
- Ferrándiz, M., & Català, E. (2003). Las clínicas del dolor: Dinámica de actuación ante un paciente com dolor crónico. In E. Català & L. Aliaga (Edts), *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 17-26). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2012). Futher validation of portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud*, 1(23), 89-96.

- Filho, D. B., & Júnior, J. A. (2009). Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de *Pearson(r)*. *Revista Política Hoje*, 1(18), 115-146.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2008). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *Journal Pain*, 10(5), 447-485.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. 1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., & Chambers, C. T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Research & Management*, 15(1), 27-41.
- Frank, J. D. (1999). O que é a psicoterapia? In S. Bloch (Org.), *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 21-39). Lisboa: Climepsi Editores.
- Frießem, C. H., Willweber-Strumpf, A., & Zenz, M. (2009). Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *Journal Pain*, 9(2), 290-299.
- Frutuoso, J. T., & Cruz, R. M. (2004). Relato verbal na avaliação da dor. *Avaliação Psicológica*, 3(2), 107-114.
- Garnet, B., Beitel, M., Cutter, C. J., Savant, J., Peters, S., Schottenfeld, R. S., & Barry, D. T. (2011). Pain catastrophizing and pain coping among methadone-maintained patients. *Pain Medicine*, 12(1), 79-86.
- Gatchel, R. J., & Dersh, J. (2002). Psychological disorders and chronic pain: are there cause-and-effect relationships? In D. Turk & R. Gatchel (Edts), *Psychological approaches to pain management* (pp. 30-51) New York: The Guilford Press.
- George, S. Z., & Hirsh, A. T. (2009). Psychologic influence on experimental pain sensitivity and clinical pain intensity for patients with shoulder pain. *Journal Pain*, 10(3), 293-299.
- Gomes, J. L. (2007). *Inferência estatística: Teoria e exercícios com Excel e SPSS*. Editora Future Trends.

- González-Rendón, C., & Moreno-Monsivais, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diária. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 422-427.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributo da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6(1), 69-89.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2006). *Guia práctico climepsi de psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Henry, J. (2008). The needs for knowledge translation in chronic pain. *Pain research & management*, 6(13), 465-476.
- Hisada, S. (2003). *Conversando sobre a Psicossomática*. Rio de Janeiro: Editora Revonter.
- Hjermstad, M. J., Fainsinger, R., & Kaasa, S. (2009). Assessment and classification of cancer pain. *Pain*, 3(1), 24-30.
- Hora, H. R., Monteiro, G. T., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de cronbach. *Produto & Produção*, 2(11), 85-103.
- Huber, C., Kunz, M., Artelt, C., & Lautenbacher, S. (2010). Attentional and emotional mechanisms of pain processing and their related factors: a structural equations approach. *Pain Research & Management*, 15(4), 229-237.
- Hwang, S. W., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., & MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *Journal Pain*, 12(2), 12-73.
- King, S. (2000). The classification and assessment of pain. *Pain*, 2(12), 86-90.
- Korff, M. V., & Dunn, K. M. (2009). Chronic pain reconsidered. *Journal Pain*, 13(2), 267-276.
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. (2003). Adesão ao tratamento da dor crónica. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 61, 416-425.

- Lazarus, R. S. (1993a). Coping, theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychological Association*, 3(38), 245-254.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.  
Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/19210536/Stress-Appraisal-and-Coping>.
- Leahy, R. (2006). *Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Lee, J. E., Watson, D., & Law, L. F. (2010). Lower-order pain-related constructs are more predictive of cold pressor pain ratings than higher-order personality traits. *Journal Pain*, 11(7), 681-691.
- Leo, R. J., Quinton, W. J., & Ebert, M. H. (2011). Psychological and psychosocial evaluation of the chronic pain patient. In N. Vadivelu, R. D. Urman & R. L. Hines (Edts), *Essentials of pain management* (pp. 203-236). London: Springer. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=rFLLYkCg-FsC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M. A., Pons-Clatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(10), 459-476.
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M., & Díez, M. D. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 26-35.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In J. Filho (Edt.), *Psicossomática Hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Poster, L. S., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology, 9*(67), 942-968.
- MacDonald, G. (2008). Use of pain threshold reports to satisfy social needs. *Pain, Research & Management, 4*(13), 309-319.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: depressão e ansiedade. *Revista de Saúde Mental, 1*(3), 9-20.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: Primeiros passos*. Lisboa: Editora Escolar.
- Mateus, A., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, M., & Leite, M. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- McIntyre, T. (1998). A entrevista de avaliação clínica: Um guia prático. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 3*, 127-142.
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 47*(4), 615-629.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Journal of the International Association for the Study of Pain, 1*(82), 121-126.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Molton, I., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Carter, G. T., Kraft, G., & Cardenas, D. D. (2008). Coping with chronic pain among younger, middle-aged and older adults living with neurological injury and disease. *Journal of Aging and Health, 20*(8), 972-996.
- Molton, I., Stoelb, B. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Raichle, K. A., & Cardenas, D. D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 46*(1), 31-42.

- Moreli, L., Stacciarini, J. M., Cardoso, A. F., & Carvalho, E. C. (2009). Intervenções utilizadas na promoção de estratégias de *coping* na depressão em mulheres com câncer. *Ciência e Enfermagem, 15*(2), 41-54.
- Morley, S. (2010). Efficacy and effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic pain: progress and some challenges. *International Association for the Study of Pain, 3*(152), 99-106.
- Morley, S., & Williams, A. C. (2002). Conducting and Evaluating treatment outcome studies. In D. Turk & R. Gatchel (Edts), *Psychological approaches to pain management* (pp. 52-68) New York: The Guilford Press.
- Neubern, M. S. (2010). Psicoterapia, dor e complexidade: Construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 3*(26), 515-523.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivências da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa, 34*, 511-519.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2011 – Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf).
- Otermin, P. (2003). Mecanismos y vías de transmisión del dolor. In E. Català & L. Aliaga (Edts.), *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 27-49). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Pareja, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud, 13*(3), 417-430.
- Payán, E. C., Vinaceia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes com câncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología, 14*(2), 79-89.
- Pereira, A. (2006). Stresse e doenças: contributos da psicologia da saúde na última década. In I. Leal (Edts), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora.

- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal: Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco.News*, 2(5), 11-19.
- Pereira, M. G., & Roios, E. (2011). Crenças e ajustamento psicossocial à doença crónica. *Psicologia Clínica*, 3, 36-47.
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Almeida, A., & Araújo-Soares, V. (2011). The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute post surgical pain after hysterectomy. *Pain*, 1(153), 218-226.
- Polatin, P., & Gajraj, N. (2002). Integration of pharmacotherapy with psychological treatment of chronic pain. In D. Turk & R. Gatchel (Edts), *Psychological approaches to pain management* (pp. 276-298) New York: The Guilford Press.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F., & Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatient. *Lung Cancer*, 71(2): 235-240.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758.
- Reis, E. (2005). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reme, S. E., Hagen, E. M., & Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 10, 139 – 148.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2005a). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. (2005b). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Edições Quarteto.

- Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. N. Cruz, S. N. Jesus & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1997). Psicologia clínica e da saúde. *Análise psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltazar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Richardson, J. C., Ong, B. N., & Sim, J. (2008). Experiencing and controlling time in everyday life with chronic widespread pain: a qualitative study. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 9(3), 1-8.
- Rocha, A. P. C., Kraychete, D. C., Lemonica, L., Carvalho, L. R., Barros, G. A. M., Garcia, J. B., & Sakata, R. K. (2007). Dor: Aspetos atuais da sensibilização periférica e central. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 94-105.
- Rooij, A., Steultjens, M. P. M., Siemonsma, P. C., Vollebregt, J. A., Roorda, L., Beuving, W., & Deeker, J. (2011). Overlap of cognitive concepts in chronic widespread pain: an exploratory study. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 5(12), 218 – 216.
- Sayar, K., Arikan, M., & Yontem, T. (2002). Sleep quality in chronic pain patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 9(47), 884.
- Schestatsky, P. (2008). Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 28(3), 177-187.
- Scholz, J., Mannion, R. J., Hord, D. E., Griffin, R. S., Rawal, B., Zheng, H., ... Woolf, C. (2009). A novel tool for the assessment of pain: validation in low back pain. *Plos Medicine*, 4(6), 1-16.
- Seixas, D., Galhardo, V., Sá, M. J., Guimarães, J., & Lima, D. (2009). Dor na esclerose múltipla. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 233-240.

- Serra, A. V. (s/d). Inventário de Resolução de Problemas. Fornecido pelo autor para a presente investigação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre *coping*: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Serra, A. V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Serra, A. V., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, *coping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- Serra, A. V. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 1(27).
- Shi, M., Wang, J., & Luo, F. (2010). Depression shows divergent effects on evoked and spontaneous pain behaviors in rats. *Journal Pain*, 11(3), 219-229.
- Simpson, H. B., Mayler, M. J., Wang, Y., Boa, Y., Foa, E. B., & Franklin, M. (2011). Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(79), 247-252.
- Sjörs, A., Larsson, B., Persson, A. L., & Gerdle, B. (2011). An increased response to experimental muscle pain is related to psychological status in women with chronic pain non-traumatic neck-shoulder pain. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 12, 230-242.
- Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J.F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes com dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Sousa, C., & Pereira, M. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia, Saúde e Doença*, 9(2), 283-298.

- Sousa, F. F., & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista Dor*, 6(1), 469-513.
- Staud, R. (2009). Abnormal pain modulation in patients with spatially distributed chronic pain: fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North*, 2(35), 263-274.
- Sullivan, M. J. (2012). The communal coping model of pain catastrophizing: Clinical and research implications. *Canadian Psychological Association*, 53(1), 32-41.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J., & Sloan, P. A. (2008). Negative emotions, pain, and functioning. *American Psychological Association*, 5(1), 26-35.
- Teixeira, M. J. (2001). Fisiopatologia da nociceção e da supressão da dor. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 4(1), 39-48.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 889-98.
- Torre, F., Martín-Cabral, J., Callejo, A., Gómez-Veja, C., Torre, S., Esteban, I., Vallejo, R. & Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada com la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2, 83-93.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1101-1112.
- Turk, D., & Gatchel, R. (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. (2002). A cognitive-behavior perspective on treatment of chronic pain patients. In D. C. Turk & R. Gatchel (Edts), *Psychological approaches to pain management* (pp. 138-158). New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2011). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press.

<http://books.google.pt/books?id=PMr3NQh20VoC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

- Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports, 14*(2), 88-95.
- Turk, D., & Monarch, E. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Edts), *Psychological approaches to pain management* (pp. 3-29). New York: The Guilford Press.
- Valente, M. A., Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-fficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Estudos de Psicologia, 3*(2), 8-17.
- Verhaak, P. F., Kerssens, J. J., Dekker, J., Sorbi, M. J., & Bensing, J. M. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain, 77*(3), 231-239.
- Verra, M., Angst, F., Staal, J. B., Brioschi, R., Lehamann, S., Aeschlimann, A., & Bie, R. (2011). Differences in pain, function and coping in multidimensional pain inventory subgroups of chronic back pain: a one-group pretest-posttest study. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders, 12*: 145.
- Villar, J. (2006). Cómo investigar en algo tan subjetivo como el dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 4*, 250-253.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., & López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica, 5*(3), 575-583.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fonseca, P., Fernández, H., & S. Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología, 9*(2), 47-56.

- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behavior Research and Therapy*, *48*, 141-146.
- Wang, H., Ahrens, C., Rief, W., & Schiltewolf, M. (2010). Influence of comorbidity with depression on interdisciplinary therapy: outcomes in patients with chronic low back pain. *Arthritis Research & Therapy*, *12*, 1-11.
- Wright, J., Basco, M., Thase, M., & Clark, D. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental. Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.(Original publicado em 1989).
- Young, J. (2003). *Terapia Cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema: Um guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

---

## ANEXOS

---

**ANEXO A** – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Dor de acordo com  
o DSM-IV-TR

Os critérios de diagnóstico para Perturbação de Dor de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002, p.503), são:

- a) Dor em uma ou mais localizações anatómicas, que se constitui como um fator predominante do quadro clínico, cuja gravidade é suficiente para manter atenção clínica.
- b) A dor causa sofrimento clinicamente significativo e incapacidade social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento individual.
- c) Os fatores psicológicos desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação e manutenção da dor.
- d) O sintoma ou défice não é intencional ou simulado (como a Perturbação Factícia ou na Simulação).
- e) A dor não faz parte do quadro de uma perturbação do Humor, da Ansiedade ou Psicótica e não preenche critérios para ser classificada como Dispareunia.

**ANEXO B** – Critérios de diagnóstico para Perturbação de Ansiedade  
Generalizada de acordo com o DSM-IV-TR

Os critérios de diagnóstico para Perturbação da Ansiedade Generalizada de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002, p.476) são:

- A. Ansiedade e preocupações (apreensão expectante), que ocorrem durante mais de metade dos dias durante pelo menos 6 meses, acerca de um número de acontecimentos ou atividades (tais como o trabalho ou o desempenho escolar).
- B. A pessoa tem dificuldade em controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas presentes mais de metade dos dias durante 6 meses):
  - 1- Agitação, nervosismo ou tensão interior;
  - 2- Fadiga fácil;
  - 3- Dificuldades de concentração ou mente vazia;
  - 4- Irritabilidade;
  - 5- Tensão muscular;
  - 6- Perturbação no Sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado e insatisfatório).
- D. O foco de ansiedade e preocupação não está limitado às características de uma perturbação do Eixo I, por exemplo, a ansiedade ou preocupação não estão relacionadas com ter um Ataque de Pânico (como na Perturbação de Pânico), ficar embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como na Perturbação Obsessivo-Compulsiva), estar afastado de casa ou dos familiares íntimos (como na Perturbação da Ansiedade de Separação), aumentar de peso (como na Anorexia Nervosa), ter queixas físicas múltiplas (como na Perturbação de Somatização) ou de ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade e preocupação não ocorrem exclusivamente durante a Perturbação Pós-Stress Traumático.
- E. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área.
- F. A perturbação não é provocada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipertiroidismo) e não ocorre exclusivamente durante uma Perturbação do Humor, uma Perturbação Psicótica ou uma Perturbação Global do desenvolvimento.

**ANEXO C** – Critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major de  
acordo com o DSM-IV-TR

Os critérios de diagnóstico de Perturbação Depressiva Major de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002, p.356) são:

- A. Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou interesse:

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

- 1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjetivo ou pela observação de outros;
  - 2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela descrição de outros);
  - 3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (alteração de mais de 5% do peso corporal num mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
  - 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
  - 5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
  - 6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
  - 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
  - 8) Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);
  - 9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.
- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

- D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

**ANEXO D** – As profissões mais frequentes na amostra

**As profissões mais frequentes na amostra**

	n	%
Empregado(a) de Armazém	3	4,3
Professora Primária	1	1,4
Cabeleireiro(a)	1	1,4
Telefonista	2	2,9
Engenheiro(a) civil	1	1,4
Enfermeiro(a)	2	2,9
Empregada Doméstica	3	4,3
Doméstica	16	22,9
Costureira	3	4,3
Auxiliar de ação médica	1	1,4
Auxiliar Administrativo	1	1,4
Línguas e Tradução	1	1,4
Administração	1	1,4
Assistente Operacional	1	1,4
Pescador	1	1,4
Empresário(a)	8	11,4
Contabilista	2	2,9
Auxiliar num lar	2	2,9
Bancário(a)	1	1,4
Programadora Informática	1	1,4
Assessora de <i>design</i>	1	1,4
Recursos Humanos	2	2,9
Funcionário Público	1	1,4
Empregado de hotelaria	1	1,4
Operadora de loja	1	1,4
Técnico de Sistemas Informáticos	1	1,4
Construtor civil	3	4,3
Empregado(a) de balcão	1	1,4
Cantoneiro	1	1,4
Empregado(a) de campismo	1	1,4
Comerciante	2	2,9
Cozinheira	1	1,4
Agricultor(a)	1	1,4
Empregado(a) fabril	1	1,4

**ANEXO E – Diagnósticos apresentados pela amostra**

**Diagnósticos apresentados pela amostra**

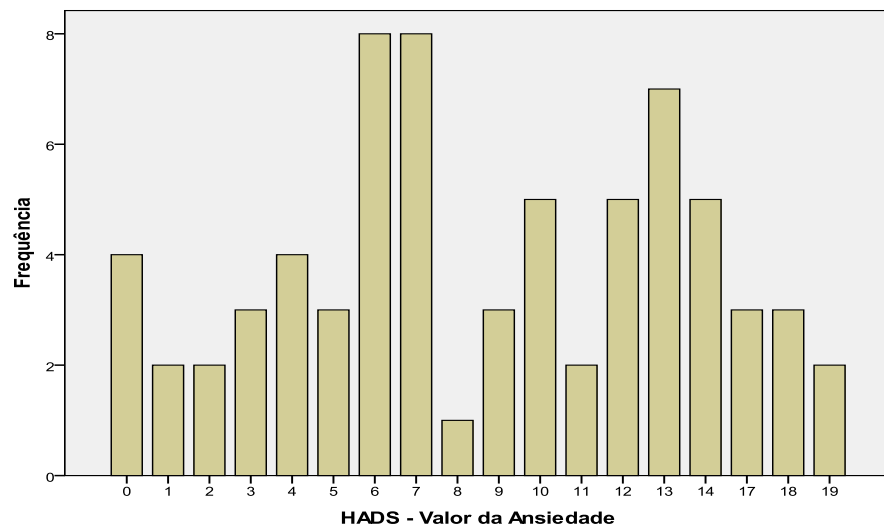
	n	%
Omalgia	2	2,9
Membro fantasma	2	2,9
Lesão do plexo braquial	2	2,9
Síndrome do desfiladeiro torácico	1	1,4
Fibromialgia	15	21,4
Contratura do músculo iliopsoas	1	1,4
Espondilite Anquilosante	2	2,9
Lombalgia	7	10,0
Lombociatalgia	6	8,6
Nevralgia do trigémio	2	2,9
Paraplegia espástica	1	1,4
Esclerose Múltipla	2	2,9
Contratura Músculo Trapézio	1	1,4
Câncer no intestino	1	1,4
Dor abdominal	2	2,9
Dor Neuropática	13	18,6
HIV	2	2,9
Neuropatia cervical.	1	1,4
Endometriose	1	1,4
Neuropatia diabética	1	1,4
Hemorroides	1	1,4
Fissura Anal	1	1,4
Neurólise do nervo cubital	1	1,4
Cervicalgias	1	1,4
Dores generalizadas	1	1,4

**ANEXO F** – Medicação para a dor utilizada pela amostra

**Medicação para a dor utilizada pela amostra**

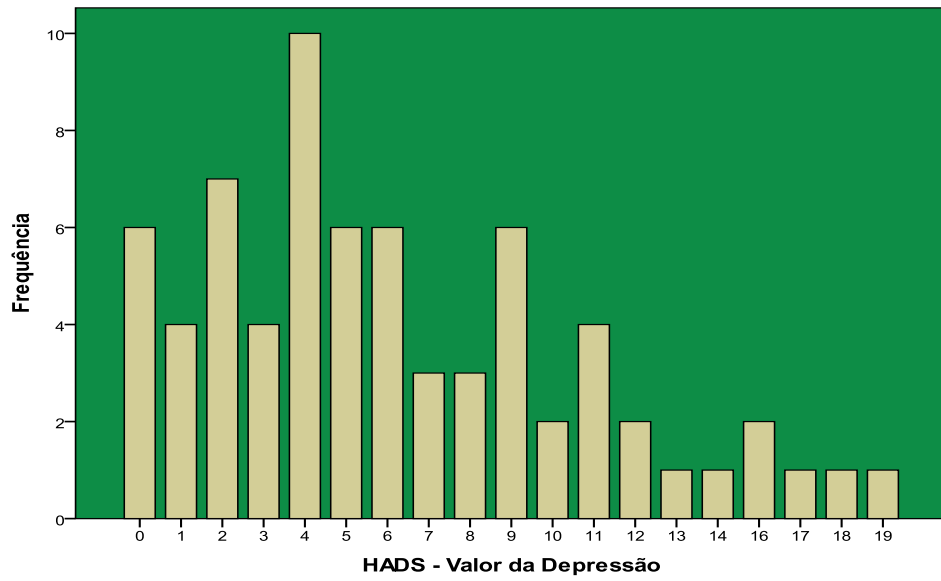
	n	%
Dol-u-ron forte; Metanor; Arcoxia.	1	1,4
Lyrice; ADT; Lexotan	1	1,4
Gabapentina; Sertralina; Naprosyn	1	1,4
Tridural; Lyrice; Celebrex; Castilium; Fluoxetina; Valium	1	1,4
Vessatis	1	1,4
Zaldiar	3	4,3
Ben-u-ron	2	2,9
Anti-inflamatorios e Relaxantes Musculares	1	1,4
Tramal; Gabapentina	1	1,4
Lyrice	5	7,1
Lyrice; Ben-u-ron	2	2,9
Tramal; ADT; Lorsesdal	1	1,4
Sirdalud; Tramadol; Paracetamol	1	1,4
Relmus; Zaldiar; Metanor; Victan; Valium	1	1,4
Metanor; Diazepam; Gabapentina	1	1,4
Metanor	1	1,4
Gabapentina; ADT	1	1,4
Brufen; Tramal; Diazepam.	1	1,4
Vessatis; Lyrice; Metanor; Nolotil	1	1,4
Gabapentina; Tryptizol	1	1,4
Lyrice; Alprazolam; Paracetamol+Codeína	1	1,4
Tramal	2	2,9
Lyrice; Tryptizol; Cymbalta; Tramal	1	1,4
Gabapentina	2	2,9
ADT; Flexiban; Diazepa.; Gabapentina; Tramadol; Ben-u-ron	1	1,4
Fluoxetina; Stablo; Zaldiar; Celebrex.	1	1,4
Celebrex; ADT.	1	1,4
Lyrice; Cymbalta	1	1,4
Tridural; tramal	1	1,4
Lyrice; Valium; Zaldiar; Ben-u-ron; Sirdalud; Lorsesdal.	1	1,4
Metanor; Paracetamol; Gabapentina	1	1,4
ADT	1	1,4
Gabapentina	1	1,4
Metanor; Gabapentina	1	1,4
Flexiban; Adalgur; Zaldiar.	1	1,4
Buscopan.	1	1,4
Tramadol	1	1,4
Metanor; Dol-u-ron forte	1	1,4
Lidocaína	1	1,4

**ANEXO G** – Distribuição dos resultados da sintomatologia ansiosa dos indivíduos da amostra



*Figura 1:* Distribuição dos resultados da sintomatologia ansiosa na amostra ( $N= 70$ )

**ANEXO H** – Distribuição dos resultados da sintomatologia depressiva dos indivíduos da amostra



*Figura 2:* Distribuição dos resultados da sintomatologia depressiva da amostra ( $N=70$ )

**ANEXO I** – Estratégias de *Coping* em função do estado civil (N=70)

***Teste U de Mann-Whitney relativo às variações das Estratégias de Coping em função do Estado civil***

	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>				
	<i>Média Rank</i>	<i>Média Rank</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Nota Global	35,17	35,64	507,5	738,5	-0,090	0,928
F <sub>1</sub>	38	34,43	462	1687	-0,676	0,499
F <sub>2</sub>	36,50	35,07	493,5	1718,5	-0,270	0,787
F <sub>3</sub>	35,76	35,38	509	1734	-0,072	0,943
F <sub>4</sub>	37,29	34,73	477	1702	-0,482	0,630
F <sub>5</sub>	30,31	37,72	405,5	636,5	-1,404	0,160
F <sub>6</sub>	39,33	33,86	434	1659	-1,047	0,295
F <sub>7</sub>	31,21	37,34	424,5	655,5	-1,474	0,140
F <sub>8</sub>	33,81	36,22	479	710	-0,458	0,647
F <sub>9</sub>	28,81	38,37	374	605	-1,817	0,069

Legenda: F<sub>1</sub> - Pedido de Ajuda; F<sub>2</sub> - Confronto e resolução ativa dos problemas; F<sub>3</sub> - Abandono passivo perante a situação; F<sub>4</sub> - Controlo interno/externo dos problemas; F<sub>5</sub> - Estratégias de controlo das emoções; F<sub>6</sub> - Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; F<sub>7</sub> - Agressividade internalizada/externalizada; F<sub>8</sub> - Auto-responsabilização e medo das consequências; F<sub>9</sub> - Confronto com os problemas e planificação de estratégias; Grupo 1 - Solteiros, Separados/Divorciados e Viúvos; Grupo 2 - Casados.

Ana Sofia da Silva Matos

***DOSSIER***

**Ansiidade, Depressão e *Coping* na Dor Crónica**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

O presente *dossier* complementar da investigação contém:

- os instrumentos utilizados e as devidas autorizações;
- as autorizações da Comissão de Ética da UFP e da instituição acolhedora (H.S.J.).

## *Os instrumentos de investigação*

## Questionário Sócio-demográfico e Clínico

1. Sexo:
  - (1) Feminino
  - (2) Masculino
  
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
  
3. Estado civil:
  - (1) Solteiro (a)
  - (2) Casado (a)/ Coabitando
  - (3) Separado (a)/ Divorciado (a)
  - (4) Viúvo (a)
  
4. Escolaridade:
  - (1) Analfabeto (a)
  - (2) Instrução Primária \_\_\_\_\_ anos
  - (3) 1º Ciclo \_\_\_\_\_ anos
  - (4) 2º Ciclo \_\_\_\_\_ anos
  - (5) Secundário/ Curso Técnico profissional \_\_\_\_\_ anos
  - (6) Licenciatura \_\_\_\_\_ anos
  - (7) Mestrado \_\_\_\_\_ anos
  - (8) Doutoramento \_\_\_\_\_ anos
  
5. Profissão: \_\_\_\_\_
  
6. Situação Profissional:
  - (1) Empregado(a)
  - (2) Estudante
  - (3) Desempregado(a)
  - (4) Reformado (a)
  - (5) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

7. Considera o seu nível sócio–económico:

- (1) Baixo
- (2) Médio baixo
- (3) Médio
- (4) Médio alto
- (5) Alto

### Questionário Clínico

8. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

9. Há quanto tempo sente dor? \_\_\_\_\_

10. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- (1) Ótima
- (2) Muito boa
- (3) Boa
- (4) Razoável
- (5) Fraca

11. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?

- (1) Muito insatisfeito
- (2) Insatisfeito
- (3) Nem satisfeito nem insatisfeito
- (4) Satisfeito
- (5) Muito satisfeito

12. Até que ponto a dor limita as suas actividades, numa escala de 0 a 10? \_\_\_\_\_

13. Como avalia a sua qualidade de vida?

- (1) Muito má
- (2) Má
- (3) Nem boa nem má
- (4) Boa
- (5) Muito boa



L.F. Azevedo, et al.: Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica

**7** Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8** Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
 Nenhum Alívio  
 alívio completo

**9** Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

**A** Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**B** Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**C** Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**D** Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**E** Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**F** Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**G** Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, Ph.D.

Código: \_\_\_\_\_

**HADS**

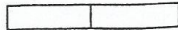
(Traduzido e adaptado por Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luis Gouveia, Sofia Silva – 1999)

**INSTRUÇÕES**

As emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Este questionário visa ajudar-nos a saber como se sente. Ignore os números que aparecem no lado esquerdo do questionário. Leia cada frase e sublinhe a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido nos últimos tempos. Não passe muito tempo com cada resposta. Leia todas as frases num grupo antes de fazer a sua escolha.

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| A<br>3<br>2<br>1<br>0 | Sinto-me tenso(a)<br>A maior parte do tempo<br>Muitas vezes<br>De vez em quando<br>Nunca   |
| D<br>0<br>1<br>2<br>3 | Ainda gosto das coisas como costumava gostar<br>Tanto quanto gostava<br>Não tanto quanto gostava<br>Só um pouco do que gostava<br>Quase nada do que gostava  |
| A<br>3<br>2<br>1<br>0 | Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer<br>Sim, e muito forte<br>Sim, mas não muito forte<br>Um pouco, mas isso não me preocupa<br>Não, de maneira nenhuma            |
| D<br>0<br>1<br>2<br>3 | Conseguo rir-me e ver o lado divertido das coisas<br>A maior parte do tempo<br>Agora não tanto como costumava conseguir<br>Definitivamente não tanto como costumava conseguir<br>Não, de maneira nenhuma |
| A<br>3<br>2<br>1<br>0 | Tenho preocupações que me passam pela cabeça<br>A maior parte do tempo<br>Muitas vezes<br>De vez em quando, mas não muitas vezes<br>Apenas ocasionalmente  |
| D<br>3<br>2<br>1<br>0 | Sinto-me alegre<br>Nunca<br>Poucas vezes<br>Às vezes<br>A maior parte do tempo   |

A		Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado(a)
0		Sim, definitivamente
1		Geralmente
2		De vez em poucas vezes
3		Nunca
	D	Sinto-me mais lento(a) ou vagaroso(a)
	3	Quase sempre
	2	Muitas vezes
	1	Às vezes
	0	Nunca
A		Sinto uma espécie de medo, com se tivesse um aperto no estômago
0		Nunca
1		Ocasionalmente
2		Bastantes vezes
3		Muitas vezes
	D	Perdi o interesse pela minha aparência
	3	Sim, definitivamente
	2	Não me cuido tanto como devia
	1	Talvez não me cuide tanto como antes
	0	Cuido-me tanto como costumava
A		Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro
3		Sim, muito
2		Sim, bastante
1		Não muito
0		Não, de modo nenhum
	D	Antecipo as coisas com satisfação
	0	Tanto como eu costumava fazer anteriormente
	1	Um pouco menos do que anteriormente
	2	Muito menos que anteriormente
	3	Quase nunca
A		Tenho sentimentos súbitos de ataques de pânico
3		Com muita frequência
2		Bastantes vezes
1		Não muitas vezes
0		Nunca
	D	Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio
	0	Frequentemente
	1	Às vezes
	2	Poucas vezes
	3	Muito raramente



# INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

(© A. Vaz Serra, 1987)

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

Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado Civil: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_

NOTA GLOBAL \_\_\_\_\_ F1 \_\_\_\_\_ F2 \_\_\_\_\_ F3 \_\_\_\_\_  
F4 \_\_\_\_\_  
F5 \_\_\_\_\_ F6 \_\_\_\_\_ F7 \_\_\_\_\_ F8 \_\_\_\_\_ F9 \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões que a seguir é apresentada representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação indutora de *stress*.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus *comportamentos habituais*.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais do modo como se comporta. Não se trata de saber o que considera melhor, mas sim o que se passa *realmente* consigo.

I. - *Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data.*

*Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.*

*Na discussão que tiveram a razão está do seu lado.*

*Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me vires pedir desculpa. Se não o fizeres hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".*

*Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa de lhe entregar. Conhece bem que muitos dos vossos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhes disser.*

*Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.*

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao relembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa; por outro lado receia as consequências.

É um problema que não sabe bem como resolver.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo totalmente
1. Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver os problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho de fazer no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II. – CONSIDERE AGORA QUE TEVE UMA SITUAÇÃO DA SUA VIDA EM QUE OCORREU UMA PERDA ECONÓMICA SUBSTANCIAL.**

IMAGINE, POR EXEMPLO, QUE SEGUE NUMA ESTRADA COM UM VEÍCULO NOVO, ACABADO DE COMPRAR COM A AJUDA DE UM EMPRÉSTIMO GRANDE E COM BASTANTE SACRIFÍCIO. UMA CAMIONETA, A CERTA ALTURA, COLIDE CONSIGO E O SEU CARRO FICA BASTANTE DANIFICADO. A CAMIONETA PÕE-SE EM FUGA, NÃO É CAPAZ DE LHE VER A MATRÍCULA, NÃO CONSEGUE SAIR DO LOCAL EM QUE SE ENCONTRA E NÃO VAI NINGUÉM A PASSAR QUE POSSA SERVIR DE TESTEMUNHA.

*Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa.*

*É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.*

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo totalmente</b>
6. Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo totalmente</b>
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*III. - Sentindo-se uma pessoa competente em determinada área vai ser posto à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer*

aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar aos olhos de todos se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo totalmente
12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não concordo

Concordo pouco

Concordo moderadamente

Concordo muito

Concordo totalmente

20. Vou pedir conselho a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar

21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.

*IV. – Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:*

22. Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.

23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem

24. Meto-me na cama durante longas horas.

25. Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.

26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.

27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta

28. Chego a bater em mim próprio

29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.

V. – A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
30. Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.
39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.
40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.
- 

α

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!



Ana Sofia Silva Matos <16676@ufp.edu.pt>




**Pedido de autorização para a administração do Inventário de Resolução de Problemas**

Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com>  
Para Ana Sofia Silva Matos <16676@ufp.edu.pt>

28 de Fevereiro de 2011 20:32

Ana Sofia,  
Desde já fica autorizada a utilizar no seu trabalho a escala "Inventário de Resolução de Problemas" criada por mim.  
Junto envio em anexo o IRP, a cotação das diversas questões e um texto explicativo.  
Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de  
Adriano Vaz Serra

**3 anexos**

-  IRP.doc  
90K
-  IRP Cotado.doc  
128K
-  Explicação do IRP.DOC  
71K

## ILLNESS COGNITION QUESTIONNAIRE

1998 © A. W. M. Evers & F. W. Kraaimaat

Tradução e adaptação para a Língua Portuguesa de R. F. Meneses (2003):  
versão Portuguesa em estudo

---

### Instruções

Na página seguinte, encontrará uma lista de afirmações de pessoas com uma doença prolongada. Por favor, indique até que ponto concorda com as afirmações, fazendo um círculo numa das respostas que se encontra após cada uma delas. Em baixo encontra um exemplo.

### Exemplo

Se concordar **muito** com a afirmação que se segue, faça um círculo à volta do 3:

	Nada	Um pouco	Muito	Completamente
Aprendi a viver com a minha doença.	1	2	3	4

Responda deste modo a todas as afirmações. Não perca muito tempo a pensar na sua resposta. A sua primeira resposta é habitualmente a melhor.

ILLNESS COGNITION QUESTIONNAIRE

Até que ponto concorda com as afirmações que se seguem?

	Nada	Um pouco	Muito	Completamente
1. Devido à minha doença, sinto falta das coisas de que mais gosto de fazer.	1	2	3	4
2. Consigo lidar com os problemas relacionados com a minha doença.	1	2	3	4
3. Aprendi a viver com a minha doença.	1	2	3	4
4. Lidar com a minha doença tornou-me numa pessoa mais forte.	1	2	3	4
5. A minha doença controla a minha vida.	1	2	3	4
6. Aprendi muito com a minha doença.	1	2	3	4
7. Por vezes, a minha doença faz-me sentir inútil.	1	2	3	4
8. A minha doença fez-me valorizar mais a vida.	1	2	3	4
9. A minha doença impede-me de fazer aquilo que eu realmente gostaria de fazer.	1	2	3	4
10. Aprendi a aceitar as limitações impostas pela minha doença.	1	2	3	4
11. Olhando para trás, percebo que a minha doença também trouxe algumas mudanças positivas à minha vida.	1	2	3	4
12. A minha doença limita-me em tudo o que é importante para mim.	1	2	3	4
13. Aceito bem a minha doença.	1	2	3	4
14. Penso que posso lidar com os problemas relacionados com a minha doença, mesmo que a doença piore.	1	2	3	4
15. A minha doença faz-me sentir frequentemente indefeso/a.	1	2	3	4
16. A minha doença ajudou-me a perceber o que é importante na vida.	1	2	3	4
17. Posso lidar efectivamente com a minha doença.	1	2	3	4
18. A minha doença ensinou-me a apreciar mais cada momento.	1	2	3	4

## 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 participante)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**Assinatura do(a) participante:** \_\_\_\_\_

**O(A) Investigador(a) responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

O **modelo** de solicitação de consentimento informado aqui apresentado é optativo

## *Autorizações das instituições*



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

*Das conclusões à  
aluna e orientadora.  
Ana  
14/02/2011*

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Inês Gomes  
Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 08 de Fevereiro de 2011

Exma. Senhora Prof. Doutora,

O projecto de Dissertação de Mestrado da aluna de Psicologia Ana Sofia da Silva Matos não mereceu qualquer opinião em contrário da Comissão de Ética excepto de que não poderá o "Inventário de Resolução de Problemas" conter qualquer informação que permita a identificação do interveniente. Contudo, esta deliberação fica dependente do parecer da Comissão de Ética do Hospital de S. João.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da  
Comissão de Ética



J. Fleming Torrinha



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC 502 057 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais ] - [ Faculdade de Ciência e Tecnologia ] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt  
[ Faculdade de Ciências da Saúde ] - [ Escola Superior de Saúde ] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delílim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal  
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt



31-5-2011 70/11  
do CA em  
para portador de DC  
Hospital São João  
Paulo Bettencourt  
Adjunto da Direcção Clínica

### AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 07 JUN. 2011			
Prof. Doutor André Pereira			
Presidente do Conselho de Administração			
Direcção Clínica	Enfermeira Chefe	Administrador Executivo	Administrador Executivo
Dra. Margarida Tavares	Enfermeira Elétrica Pereira	Dr. João Pereira	Dr. Rui Brito

Exma. Sra.  
Dra. Margarida Tavares  
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

**Assunto:** Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

**Projecto de Investigação** – “Ansiiedade, depressão e estratégias de coping na dor crónica”

**Investigadora Principal:** Dra. Ana Sofia da Silva Matos

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 27 de Maio de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

\_\_\_\_\_  
Dr. Pedro Brito