

Carla Sofia dos Santos Teixeira

Coping através do Lazer na Dor Crónica

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2012

Carla Sofia dos Santos Teixeira

Coping através do Lazer na Dor Crónica

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2012

Carla Sofia dos Santos Teixeira

Coping através do Lazer na Dor Crónica

Eu, Abaixo assinada, declaro por minha honra a originalidade desta dissertação

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia (ramo Clínico), sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

RESUMO

A dor crónica, enquanto reação ou experiência subjetiva, sensitiva ou emocional provoca desequilíbrios profundos no indivíduo e família, interferindo no seu bem-estar físico, psicológico e social. O *coping* apresenta-se como um conjunto de estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais de reação a vários tipos de acontecimentos de vida, nomeadamente no lidar com a dor crónica. O lazer pode desempenhar nesse âmbito uma estratégia de *coping* singular e efetiva, relação ainda muito pouco estudada.

Neste estudo quantitativo e transversal, objetivou-se: caracterizar as crenças e estratégias de *coping* através do lazer em pessoas com dor crónica e analisar a relação destas com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Utilizou-se para o efeito um questionário sociodemográfico e clínico e as *Escalas de Coping através do Lazer* de Santos, Pais-Ribeiro e Guimarães (2003). Foram inquiridas 55 pessoas com dor crónica, seguidas numa Unidade de Tratamento de Dor no Hospital Infante D. Pedro, que se deslocaram aos referidos serviços entre Agosto e Outubro de 2006 e que aceitaram participar, seleccionadas por amostragem não probabilística.

Os resultados principais indicam: o “ *Empowerment* ” enquanto crença e a “ *Influência do lazer no humor* ” enquanto estratégias de *coping* através do lazer com média mais elevadas; quanto maior for a duração da dor maior é o recurso às “ *estratégias paliativas de lazer* ”; as mulheres utilizam mais a “ *amizade no lazer* ” como *coping* ; quem não tem acompanhamento farmacológico tem mais capacidade em usar estratégias de *coping* no geral e, mais especificamente, na “ *Influência do lazer no humor* ”; quanto menor a dor sentida pela pessoa maior o “ *companheirismo* ” enquanto estratégia de *coping* no lazer por ela usada.

Daqui resultam propostas para a prática clínica, ensino e investigação em Psicologia Clínica e de Saúde, nomeadamente a implementação de consultas de psicologia de forma sustentada e sistemática nas consultas de dor. Este apoio profissional especializado pode permitir que a pessoa potencie as suas crenças e estratégias de *coping* através do lazer para o alívio da dor (e sofrimento), ainda pouco utilizadas, contrariamente à terapia farmacológica, ainda hegemónica.

Palavras-Chave: *Coping* , Lazer, Crenças, Estratégias, Dor Crónica.

ABSTRACT

Chronic pain, while reaction or subjective experience, sensitive or emotional causes deep imbalances in individual and family, interfering with physical, psychological and social well-being. The *coping* is presented as a set of cognitive, affective and behavioral reactions to various events of life, particularly in dealing with chronic pain. Leisure can play a natural and effective *coping* strategy in this context, relationship yet poorly studied.

In this quantitative, transversal study, we aimed to: characterize people's beliefs and *coping* strategies through leisure in people with chronic pain and analyze the correlation of those with sociodemographic, clinical variables.

For this purpose, a sociodemographic and clinical questionnaire and Leisure *Coping* Scales through Santos *et al.* (2003) were used. 55 people with chronic pain were interviewed, followed in the Pain Treatment Unit at the Hospital Infante D. Pedro, who went to such services between August and October 2006 and who agreed to participate were selected by nonprobability sampling.

Main results indicate: "Empowerment" as belief and "Influence of leisure in the mood" as a leisure strategy for *coping* with the most pontuated; the greater the duration of pain, greater is the use of "leisure palliative strategies"; women use more "friendly leisure" as *coping*: those with no pharmacological monitoring have more capacity to use *coping* strategies in general and, more specifically, the "Influence of leisure in the mood", the lower the pain felt by the person the greater the "companionship" while *coping* strategy used by it at leisure.

This results in proposals for clinical practice, teaching and research in clinical and Health psychology, including the implementation of a sustained and systematic psychology queries in clinical pain. This specialized professional support can allow the person to potentiate their beliefs and *coping* strategies through leisure for the relief of pain (and suffering), yet little used, unlike drug therapy, still hegemonic.

Keywords: *Coping*, Leisure, Beliefs, Strategies, Chronic Pain.

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho desta índole não se concretiza com o esforço e dedicação de uma só pessoa. Assim, são vários os contributos que merecem ser relevados, pelo que agradeço:

À Professora Doutora Rute Meneses, pelos seus ensinamentos, conselhos, interesse manifestado durante a orientação e incentivo. Incutiu-me o gosto pela área e a necessidade de procurar saber sempre mais.

Ao Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro, pela autorização dada para a recolha de dados.

A todos os pacientes que voluntariamente participaram nesta investigação e permitiram que a mesma se tornasse realidade.

Ao Dr. Assis Maia, com eterno agradecimento pela sua disponibilidade, clareza de ideias e amizade sempre demonstrada.

À minha família, em particular, aos meus pais pelo estímulo e apoio incondicional.

Ao Miguel, pela paciência e carinho.

ÍNDICE GERAL

Resumo	v
Abstract	vi
Agradecimentos	vii
Índice Geral	viii
Índice de Quadros	ix
Índice de Figuras	x
Lista de Abreviaturas	xi
Introdução	1
PARTE I – Enquadramento Teórico	3
1. Dor	3
1.1. Dor crónica	5
2. Coping	7
2.1. Modelos de <i>coping</i>	10
2.2. Estratégias de <i>coping</i>	15
2.3. Intervenção na dor crónica através do <i>coping</i>	16
3. Lazer como Estratégia de Coping	20
PARTE II - Estudo Empírico	23
1. Método	23
1.1. Objetivos	23
1.2. Participantes	24
1.3. Material	26
1.4. Procedimento	29
1.5. Análise estatística	30
2. Apresentação e Análise dos Resultados	31
3. Discussão de Resultados	39
Conclusão	44
Referências Bibliográficas	49
Anexos	60
Anexo A - Consentimento informado	
Anexo B - Questionário sociodemográfico	
Anexo C – Escala de <i>Coping</i> através do Lazer	
Anexo D – Escala de Estratégias de <i>Coping</i> através do Lazer	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N= 55)	25
Quadro 2 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach obtidos no presente estudo e dos autores da escala (ECL - Escala de <i>Coping</i> do Lazer)	27
Quadro 3 – Resultados da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliação da aderência à normalidade das variáveis “Crença de <i>coping</i> ” e “Estratégias de <i>coping</i> ” (N=55)	30
Quadro 4 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão das dimensões e da ECCL total (N=55)	31
Quadro 5 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos itens da ECCL (N=55)	32
Quadro 6 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão das dimensões e da EECL total (N=55)	33
Quadro 7 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos itens da EECL (N=55)	34
Quadro 8 – Correlação entre as “Crenças de <i>coping</i> através do lazer” e as “estratégias de <i>coping</i> através do lazer” na dor crónica (N=55)	35
Quadro 9 – Correlação entre as variáveis “Idade” e “Duração da dor” e as variáveis “Crenças de <i>coping</i> através do lazer” e “Estratégias de <i>coping</i> através do lazer” (N=55)	36
Quadro 10 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de <i>coping</i> através do lazer” e à “Escala de estratégias de <i>coping</i> através do lazer” em função da variável “Sexo” (N=55)	36
Quadro 11 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de <i>coping</i> através do lazer” e à “Escala de estratégias de <i>coping</i> através do lazer” em função da variável “Estado civil” (N=55)	37
Quadro 12 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de <i>coping</i> através do lazer” e à “Escala de estratégias de <i>coping</i> através do lazer” em função da variável “Tipo de acompanhamento - farmacológico” (N=55)	38
Quadro 13 – Correlação da variável “Dor - EVA” com “crenças de <i>coping</i> através do lazer” e “estratégias de <i>coping</i> através do lazer” (n=55)	38

Índice de Figuras

Figura 1 – Mecanismo da Teoria do Portão	3
Figura 2 – Dor crónica e factores individuais e ambientais	9

Lista de Abreviaturas

- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECCL – Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer
- ECL – Escalas de *Coping* através do Lazer
- EECL – Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer
- EVA – Escala Visual Analógica
- IASP – International Association for the Study of Pain
- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- TSK – Tampa Scale for Kinesiophobia
- VPMI – Vanderbilt Pain Management Inventory
- WCCL – Ways of *Coping* Checklist
- WHO – World Health Organization

Introdução

A dor, especificamente a dor crónica pela sua frequência e potencial causador de incapacidades, é um verdadeiro problema de saúde pública, o que, com vista à promoção da redução das desigualdades, da qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, justifica uma atuação estruturada e fundamentada (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001).

No século XX, por volta dos anos 80, os doentes com dor crónica só tinham disponíveis intervenções de carácter biomédico, hoje existem inúmeros tratamentos baseados em programas multidisciplinares, que integram intervenções do âmbito psicossocial (Dias & Brito, 2002). De acordo com os mesmos autores, este contexto é reflexo da crescente preocupação, por parte das políticas de saúde, com a qualidade de vida e com a humanização dos cuidados prestados aos doentes.

Por outro lado, as pessoas com dor crónica precisam de desenvolver estratégias de *coping* para se ajustarem à situação vivida. Contudo, estas estratégias podem estar associadas a bons ou maus resultados tanto ao nível do bem-estar emocional, social, físico, religioso ou familiar (Peres & Lucchetti, 2010). Assim sendo, o reconhecimento e a intervenção precoce a este nível assume grande relevância para os profissionais de saúde que cuidam estes doentes.

Por conseguinte, têm sido desenvolvidos inúmeros trabalhos de investigação no âmbito do *coping* na dor crónica (Bidarra, 2010; Büssing, Ostermann, Neugebauer, & Heusser, 2010; Ender, Corace, Summerfeldt, Johnson, & Rothbart, 2003; Jensen, 2011). Contudo, no que diz respeito às estratégias de *coping* adaptativas constatou-se que são escassos os estudos que analisem o lazer como estratégia de *coping* na dor crónica. As atividades de lazer parecem ser um meio com significado na melhoria da saúde, o que dependerá dos recursos específicos, pessoais e sociais de cada indivíduo, e dos seus comportamentos de *coping* (Santos & Pais-Ribeiro, 2006).

Com vista à identificação e ao desenvolvimento de novas formas de ajudar os doentes a lidar com a dor crónica, a Psicologia levanta frequentemente questões como: quais são as estratégias de *coping* mais adaptativas, e que variáveis psicossociais influenciam a experiência individual de dor?

Neste contexto, desenvolveu-se este estudo cuja temática surgiu a partir do interesse despertado no âmbito académico e sobretudo da experiência de estágio, nomeadamente de um realizado numa unidade de dor. Durante essa experiência a investigadora teve a perceção que para algumas pessoas a consulta da dor era também um espaço usado para desabafar e para ter profissionais que os escutassem. Muitas vezes, ir à consulta era a única forma de falar com alguém disponível. Esse aspeto despertou o interesse para a análise às estratégias de *coping* (pelo lazer) destas pessoas.

Nesse sentido, foram delineados os seguintes objetivos de investigação: 1) Caracterizar as crenças de *coping* através do lazer em pessoas com dor crónica seguidas em consulta da especialidade; 2) Caracterizar as suas estratégias de *coping* através do lazer; 3) Analisar a relação entre as crenças e as estratégias de *coping* através do lazer nesse grupo; 4) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as crenças de *coping* através do lazer; 5) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as estratégias de *coping* através do lazer; 6) Analisar a relação entre a dor e as crenças de *coping* através do lazer; 7) Analisar a relação entre a dor e as estratégias de *coping* através do lazer. Para responder a este desiderato, recorreu-se a um estudo quantitativo e transversal, tendo sido aplicado um Questionário sociodemográfico e clínico elaborado especificamente para este estudo e às Escalas de *Coping* através do Lazer (ECL) e à Escala Visual Análogica (EVA). A colheita de dados decorreu entre Agosto e Outubro de 2006 na Consulta de Dor do Hospital Infante D. Pedro (Hospital Distrital).

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes principais: a parte I, que compreende o enquadramento teórico, e a parte II, que reporta o estudo empírico. No que diz respeito ao enquadramento teórico, este foi estruturado de forma a garantir a definição de conceitos e a revisão da literatura científica mais relevante, encontrando-se dividido de acordo com os seguintes capítulos: Dor; *Coping*; Lazer como Estratégia de *Coping*. Já o estudo empírico contempla o Método e a Análise e Discussão de Resultados. Por último, a conclusão do estudo sumariza os aspetos de relevo, bem como apresenta as principais limitações encontradas durante a realização do estudo e sugestões para futuras investigações. Salientam-se, por fim, as implicações do estudo para o Ensino, Investigação e Prática da Psicologia Clínica e da Saúde.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

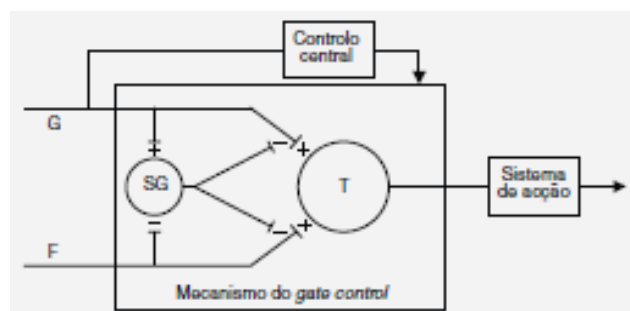
1. Dor

Desde o início dos tempos que se tenta compreender e tratar a dor, no entanto, o seu conceito evoluiu de um modelo sensitivo para um modelo psicogénico (Bidarra, 2010).

Assim, são abrangidas as componentes físicas e emocionais aquando a definição de dor: experiência desagradável, sensitiva e emocional, que está associada a uma lesão tecidual, potencial ou real, ou que é descrita em termos dessa lesão (International Association for the Study of Pain [IASP], 2011).

Qualquer ferimento lesiona e causa dor, ou seja, não se pode negar que existe uma agressão subjacente. Contudo, Melzack e Wall (1965), com a Teoria do Portão, introduziram a ideia de que, por exemplo, quando se arranha a pele suavemente, as fibras grossas conduzem impulsos que são percebidos, no entanto, não refletem uma sensação desagradável pois o “portão” mantém-se fechado; mas se a pele continuar a ser arranhada, cada vez com maior intensidade, maior será o número de recetores estimulados e, logo, as fibras grossas em sobrecarga fazem com que o “portão” se abra e sejam transmitidos impulsos dolorosos aos centros nervosos superiores. Ou seja, estes autores admitiam a existência, nos cornos posteriores medulares, de um mecanismo neural que se comportava como um portão, podendo aumentar ou diminuir o fluxo dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas até ao sistema nervoso central (Figura 1) (Jameson, Trevena & Swan, 2011).

Figura 1 - Mecanismo da Teoria do Portão



Fonte: Lopes (2003). Legenda: Mecanismo da Teoria do Portão (G – fibras grossas transmissoras de informação inócua; F – fibras finas transmissoras de informação nociceptiva; SG – interneurónio inibitório da substância gelatinosa; T – neurónio de projeção).

Contudo, e atendendo à anterior definição de dor, a componente emocional não pode ser descurada: não se pode sentir dor sem que exista alguma perturbação, seja ela aborrecimento, raiva, ansiedade ou medo (Bidarra, 2010). Percebe-se então que a dor é uma experiência física e psíquica muito complexa, pelo que é necessário compreender a causa e o mecanismo da mesma. Se por um lado a dor é causa de sofrimento, e interfere com a qualidade de vida, por outro a sua ação é benéfica, defendendo a integridade da pessoa e alertando-a para eventuais perturbações.

Neste contexto, como classificação etiológica da dor, Castro-Lopes (2003) propõe que se distinga dor nociceptiva (provocada pela ativação direta dos nociceptores), dor neuropática (provocada por uma lesão ou doença do sistema somatossensitivo) e dor mista (fatores nociceptivos e neuropáticos associados). Já como principais componentes da dor Bidarra (2010) destaca: nociceção (deteção de lesão), perceção da dor (pode ser ativada por um estímulo externo ou diretamente do sistema nervoso central), comportamentos da dor (tudo aquilo que a pessoa faz ou não faz atribuível a uma lesão) e o sofrimento (resposta negativa, induzida pela dor, pelo medo, pela ansiedade, pelas perdas, pelo *stress*, e outros estados psicológicos).

Por outro lado, a dor é também um fenómeno multidimensional e resulta do conflito entre um determinado estímulo e o indivíduo no seu todo, sendo influenciada por inúmeros fatores tais como: formação cultural, expectativa de dor, experiência prévia de dor, contexto em que ocorre; e depende das respostas emocionais e cognitivas de cada um (Bidarra, 2010; Coniam & Diamond, 2001).

No que diz respeito à relação entre a experiência de dor e a personalidade do sujeito, por exemplo Ramírez-Maestre, Martínez e Zarazaga (2004), com base no modelo de Eysenck, verificaram que o neuroticismo estava correlacionado positivamente com a intensidade da dor; a extroversão, por sua vez, correlacionava-se negativamente com a intensidade da dor. A investigação também sugere que tanto a depressão como a ansiedade têm um papel muito importante na experiência subjetiva de dor de cada um (Schermelleh-Angel, Eifert, Moosbrugger, & Frank, 1997; Summerfeldt & Endler, 1988). Moosbrugger e Schermelleh-Engell (1991) verificaram que os pacientes com dor crónica com ansiedade-traço e depressão altos experienciavam a dor de forma mais intensa que os pacientes com ansiedade-traço baixo.

Pode-se então afirmar que a dor é um fenómeno complexo, especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais (DGS, 2001). Como tal, esta abordagem engloba e questiona várias especialidades e, por isso, tem obrigatoriamente que recorrer à multidisciplinaridade, base de uma filosofia moderna para o estabelecimento diagnóstico e terapêutico da dor. Tal é particularmente relevante no âmbito da dor crónica.

1.1. Dor Crónica

É de sublinhar que a dor não é uma entidade uniforme, existindo diferentes tipos de dor. De acordo com Bidarra (2010), distinguem-se: dor aguda, dor crónica oncológica, dor crónica não oncológica, e ainda dor nociceptiva, dor neuropática e dor psicogénica. Porém, Feurstein (1994) considerava que a atividade induzida no nociceptor ou nos caminhos nociceptivos, por si, não podia ser considerada dor. Ainda, no que diz respeito à dor crónica oncológica, Turk e Okifuji (2001) consideravam que esta não poderia ser categorizada isoladamente uma vez que lhe poderiam estar associadas inúmeras causas, tais como a progressão da doença, o tratamento ou a comorbilidade.

Especificamente a dor crónica, fenómeno em estudo neste estudo, tem uma duração normalmente superior a seis meses, de início gradual, de difícil identificação causal e/ou temporal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008). É um estado de dor persistente, sendo as causas mais frequentes a osteoartrose e outras patologias músculo-esqueléticas; afeta todos os estratos etários, sendo mais comum em idades avançadas e nas mulheres (Rustoen et al., 2004).

Um estudo realizado por um grupo de investigação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto concluiu que mais de 30% da população adulta portuguesa sofre de dor crónica, ou seja, existem mais de 2 milhões e meio de pessoas afetadas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2011). Porém, a realidade de quem sofre de dor crónica, e os seus efeitos na economia e na sociedade, nem sempre são valorizados.

Se as consequências fisiológicas e psicológicas da dor crónica afetam a qualidade de vida das pessoas, as consequências a nível económico também são pesadas, quer para o

doente e/ou para o seu cuidador, quer para o Serviço Nacional de Saúde e sociedade em geral. Os custos para o indivíduo são visíveis na perda de capacidade financeira e de realização das suas atividades de vida diária; nomeadamente com a menor capacidade ou total incapacidade para o trabalho e para a participação em interesses de carácter familiar e social, bem como do lazer (Lopes, 2010).

Atendendo aos custos da dor crónica, Raftery et al. (2012), no contexto Irlandês, investigaram os custos diretos e indiretos da mesma. Estimaram que cada doente com dor crónica gastaria cerca de 5,665 € por ano, sendo que a média de custos aumentaria de acordo com a severidade da dor. Constataram ainda que aqueles com depressão concomitante duplicavam esses mesmos custos.

Por outro lado, e na opinião de Lopes (2010) em termos sociais devem ser considerados o absentismo e a diminuição de produtividade, os custos inerentes ao diagnóstico e tratamento, e os benefícios sociais relativos à doença e eventual incapacidade.

Assim, a dor crónica, enquanto grave problema para a população portuguesa, foi já reconhecida pelas autoridades nacionais, através da aprovação do Plano Nacional da Luta Contra a Dor, o qual define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e as orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor (DGS, 2001); este foi reestruturado e reafirmado com o Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008). Segundo os últimos dados disponíveis, em Portugal existem 53 unidades de dor crónica, cobrindo apenas 59% dos hospitais públicos, ao contrário dos 75% previstos no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (INSA, 2011).

Importa pois conhecer as indicações específicas e as diversas técnicas, que usadas de forma combinada, permitem tratar eficazmente a dor crónica. Assim, a DGS (2001) considera que, pela sua maior frequência de utilização, se devem destacar as técnicas farmacológicas (conservadoras ou invasivas), não farmacológicas e neurocirúrgicas. Não menosprezando nenhuma das outras, sublinham-se neste estudo as técnicas não-farmacológicas, nomeadamente as que incidem sobre as estratégias de *coping*, foco de atenção do capítulo seguinte.

2. *Coping*

Durante o início dos anos 80 do século XX, o *Coping* na dor tornou-se o foco de atenção da grande maioria dos investigadores da área da dor, com interesse no domínio do comportamento do doente (McCracken & Eccleston, 2003).

Assim, surge uma outra abordagem da vivência da dor crónica assente nas formas que o indivíduo utiliza para lidar com a dor crónica, ou seja, nas suas estratégias de *coping*. Também, Iwasaki, Mannell, Smal e Butcher (2005) referem que existe evidência de que o *coping* influencia a relação entre *stress* e doença ou saúde. Ou seja, determinados problemas de saúde, requerem respostas de *coping*, uma vez que deles emergem sentimentos de medo e ansiedade, aumento da dependência de outros, limitações físicas, dificuldade para mudar estilos e hábitos de vida, mudanças na rotina da vida diária e, em especial nos casos de dor crónica intensa e prolongada, sofrimento (Pimenta, Cruz, & Kurita, 2004).

Porém, o *coping* não pode ser perspectivado como intrinsecamente adaptativo ou desadaptativo, dependendo tal avaliação de fatores de natureza individual, natureza e cronicidade do problema de dor, situação específica, experiência prévia de alívio de dor (Oliveira et al., 2009). Ou seja, o *coping* não se restringe a uma dimensão apenas; pelo contrário, envolve todas as dimensões do indivíduo: cognitivas, afetivas, comportamentais e psicológicas (Peres & Lucchetti, 2010).

De facto, todas as pessoas necessitam de desenvolver determinadas competências para enfrentar os problemas, os quais resultam da experiência de cada um. Assim, os primeiros estudos sobre *coping* assentam no modelo de Lazarus, o qual descrevia os antecedentes das emoções negativas associadas ao *stress* e as estratégias usadas na sua redução (Bennett, 2002). Neste sentido, Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para controlar (reduzir, minimizar ou tolerar) exigências internas ou externas específicas, que são avaliadas como excedendo ou esgotando os recursos do indivíduo. Logo, de acordo com os mesmos autores, a função do *coping* será resolver o problema e regular o *stress* emocional que dele advém, contribuindo para a manutenção da homeostasia; a consequência pode resultar, ou não, no controlo da situação ou na

diminuição da resposta emocional. Esta definição, como refere Tupholme (2008), enfatiza a visão processual do *coping*, uma vez que privilegia aquilo que a pessoa faz e pensa num contexto específico, bem como as alterações que esses pensamentos e ações provocam na situação.

Este modelo referido anteriormente envolve quatro conceitos principais (Lazarus & Folkman, 1984):

- a) *Coping* é um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente;
- b) A sua função é de administração da situação causadora de *stress*, em vez de a controlar ou dominar;
- c) Os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- d) O processo de *coping* constitui-se numa mobilização de esforços, através da qual os indivíduos empreenderão esforços cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

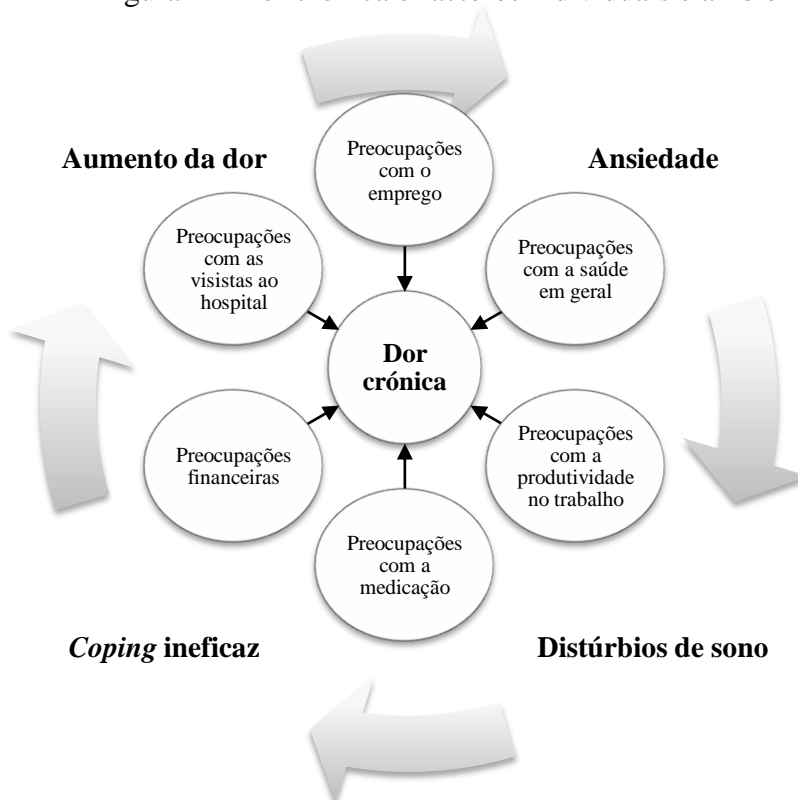
Porém, uma das principais limitações do modelo de Lazarus é o facto de ele dar pouca atenção aos fatores externos, como o suporte social, ou outros fatores ambientais que interferem no processo de *coping* (Tupholme, 2008). Assim, a perceção ou crença de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade, parece ser particularmente benéfico para a saúde e bem-estar (*idem*). Neste âmbito, Ward, Leventhal, Easterling, Luchterhand e Love citados por Tupholme (2008), afirmam que o suporte social capacita os indivíduos para desenvolver estratégias de *coping* mais efetivas e mais realistas, pois permite-lhes acreditar que os outros os ajudarão se as exigências da doença se tornarem superiores aos recursos pessoais. McCracken e Eccleston (2003) acrescentam ainda que esta definição de Lazarus e Folkman (1984) pode direcionar a atenção apenas para a dor, deixando o indivíduo como um todo de parte, especificamente no que diz respeito ao seu comportamento.

Já Pimenta et al. (2004) definem *coping* como um processo que as pessoas utilizam para lidar com situações, externas ou internas, avaliadas como superiores aos seus recursos. É, pois, um esforço de controlo do *stress*, visando minimizar os aspetos negativos.

Porém, como apontam McCracken e Eccleston (2003), a definição de *coping* não é linear na medida em que o uso do próprio termo é muitas vezes associado a dois conceitos diferentes. Estes autores defendem que, por um lado, *coping* inclui o comportamento manifestado como resposta à dor, independentemente do resultado; por outro, inclui apenas os comportamentos que reduzem eficazmente o impacto da dor.

De facto, e em suma, Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998) consideram três períodos fulcrais no estudo do *coping*: para uma primeira geração de pesquisadores, nos inícios do século XX, o estilo de *coping* utilizado era concebido como estável, numa hierarquia de saúde/psicopatologia; a partir da década de sessenta desse mesmo século, o *coping* passou a ser conceptualizado como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, enfatizando-se o processo, bem como os traços de personalidade (Figura 2); já mais recentemente, os investigadores centram-se no estudo das convergências entre *coping* e personalidade.

Figura 2 – Dor crónica e factores individuais e ambientais



Fonte: Adaptado de Royal Adelaide Hospital (2009), <http://www.rah.sa.gov.au/psychology/clinpsy4.php>

2.1. Modelos de Coping

De acordo com Domingues (2011) é importante conhecer e compreender os mecanismos que estão na génese dos fenómenos dolorosos, que têm sido estudados durante vários séculos, tendo-se assistido à sua constante atualização e evolução. Esta autora baseia-se especialmente nos trabalhos de Main e Spanswick (2000) e de Twomey e Taylor (2000) para dividir os modelos teóricos explicativos da dor em dois tipos: unidimensionais e multidimensionais.

Assim, nos **Modelos Unidimensionais** a percepção da dor é explicada com base numa única causa, pelo que todas as queixas dolorosas estarão associadas a uma causa específica. Desta forma assume-se “que a ‘quantidade’ de dor descrita é proporcional à maior ‘dimensão’ desse mesmo factor, recorrendo essencialmente a uma explicação do problema tendo em conta uma lesão em concreto, de etiologia física, psicológica e/ou motivacional” (Main & Spanswick, 2000 citado por Domingues, 2011, p. 11).

Já nos **Modelos Multidimensionais** é tida em conta a influência de vários factores nas experiências dolorosas e relatos de dor (Main & Spanswick, 2000, Twomey & Taylor, 2000 citados por Domingues, 2011). Nestes modelos “a dor é um constructo multidimensional, reportando que factores biológicos, psicológicos e sociais podem interagir, construir e influenciar a experiência de dor. Integrando as interrelações entre os mesmos, bem como as alterações que ocorrem com o decorrer do tempo” (Twomey & Taylor, 2000 citado por Domingues, 2011, p. 11).

Para além desta classificação em modelos uni e multidimensionais, a IASP (2009) sistematiza e descreve cinco modelos de *coping*, sendo que cada um contempla medidas aplicadas em investigação na dor crónica: 1) cognitivo-comportamental, 2) centrado no problema/emoção, 3) ativo/passivo, 4) fuga e evitamento, e 5) aceitação.

No que diz respeito ao **Modelo cognitivo-comportamental**, foram Turk, Meichenbaum e Genest (1983) quem primeiro idealizou um modelo que integrou elementos cognitivos e comportamentais na área da dor (Costa, 2011). Baseando-se em autores diversos (Asmundson, Norton & Norton, 1999; Sharp, 2001; Sharp & Harvey, 2001) Costa (2011) explica este modelo com enfoque na dor, referindo que os modelos cognitivo-comportamentais assumem a experiência global da dor como dependente, pelo menos

em parte, do significado que o indivíduo lhe atribui. Assim, os factores físicos/biológicos são considerados como parte de uma experiência mais ampla, que engloba factores cognitivos, afectivos, comportamentais e ambientais. Nesta sequência, Apesar de não se ignorarem os aspectos comportamentais, este modelo enfatiza que a extensão para a qual o input sensorial é desconfortável ou incapacitante depende do modo como é interpretado pelo indivíduo e da forma como este lida e como reage ao sintoma ou à situação. Desta forma, a interpretação que o indivíduo faz da dor é conceptualizada por como o elemento chave na compreensão das respostas (respostas comportamentais, afectivas) (Costa, 2011). Este facto cria uma relação deste modelo com o modelo que se apresentará de seguida (Modelo centrado no problema/emoção).

Uma forma prática de explicar o modelo cognitivo-comportamental prende-se com a exemplificação através do *Coping Strategies Questionnaire* (QSC) (Rosenstiel & Keefe, 1983). De acordo com os autores, este foi um questionário desenhado para avaliar a frequência da utilização de estratégias específicas a nível cognitivo e comportamental, tais como distração, reinterpretação da dor, desvalorização da sensação de dor, orações, catastrofização da dor e aumento da atividade comportamental; além disso, este questionário também avalia a efetividade percebida destas intervenções na minimização e controlo da dor. Das várias estratégias de *coping* medidas pelo QEC, a catastrofização da dor revela maior consistência na predição de resultados (IASP, 2009). Assim, doentes com níveis de catastrofização da dor superiores apresentam níveis de dor mais elevados, bem como *stress* psicológico e incapacidade física (*idem*).

Num estudo realizado por Domingues (2011) evidenciou-se a influência dos factores psicossociais, e nomeadamente da catastrofização da dor, na percepção da intensidade da dor e na incapacidade funcional, auto-reportada por indivíduos com dor crónica cervical. Neste estudo participaram 40 indivíduos com dor crónica cervical de origem músculo-esquelética e causa não traumática, que foram expostos a uma intervenção em fisioterapia. Foram desenvolvidos modelos de regressão linear com vista a testar o poder preditivo da catastrofização da dor sobre a intensidade da dor e a incapacidade funcional. A autora constatou que existe uma relação moderada, positiva e significativa entre a catastrofização da dor e a percepção da intensidade da dor, apresentando um poder preditivo de 27,9% e 46,7%, das pontuações da intensidade da dor, antes e após exposição à intervenção em fisioterapia, respectivamente. Observou-se também que a

catastrofização da dor tem uma relação forte, positiva e significativa com a incapacidade funcional, nos dois momentos de avaliação, predizendo 51,8% e 61,8%, das pontuações da incapacidade funcional, antes e após exposição à intervenção em fisioterapia, respectivamente (Domingues, 2011). Também Mamede (2011), ao analisar uma amostra de indivíduos com dor crónica lombar, concluiu que existe uma associação moderada entre catastrofização da dor e a incapacidade funcional auto-relatada, e também entre crenças de medo-evitamento relativamente ao trabalho e a incapacidade funcional auto-relatada.

Por sua vez, o **Modelo de *coping* centrado no problema/emoção** é muitas vezes associado ao modelo de Lazarus e Folkman (1984) e, assim, há a perceção de que nada pode ser feito para modificar o perigo, a ameaça ou o desafio. De acordo com estes autores, o objetivo fundamental prende-se com a diminuição do desconforto emocional, da angústia e do sofrimento. Para Lazarus e Folkman (1984), e numa perspectiva cognitivista semelhante ao modelo anterior, *coping* define-se, então, como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, que os indivíduos utilizam para lidar com determinadas situações causadoras de *stress*. Aqui, a energia do indivíduo centra-se no controlo da resposta emocional vivida na situação (Bidarra, 2010). Noutra vertente, e segundo Bidarra (2010), o *coping* orientado para a resolução de problemas ocorre sobretudo quando as situações são percebidas como controláveis ou modificáveis pelo indivíduo. De acordo com o autor, os esforços são geralmente dirigidos para a análise e definição do problema, para a criação de alternativas, para a avaliação dos custos e benefícios dessas alternativas, para a seleção da melhor alternativa e finalmente para a ação. Segundo Endler et al. (2003), o *coping* centrado no problema visa a modificação da relação entre o indivíduo e o ambiente; já o *coping* centrado na emoção limita-se a tentar regular o *stress* emocional. Este modelo pode ser “aplicado” recorrendo ao questionário de formas de *coping* (*Ways of Coping Checklist*, [WCCL]), o qual assenta na divisão das estratégias de *coping* naquelas que são focadas no problema (ex.: evicção da dor pedindo a alguém que levante uma carga pesada) ou naquelas que são focadas na emoção (ex.: distração a ver televisão) (Folkman & Lazarus, 1980).

Assim, quando toma conhecimento da doença, o indivíduo pode reagir de forma construtiva, melhorando os recursos para lidar com a situação (*coping* focado no problema), ou então tentar controlar a resposta emocional de *stress*, como tentativa de alívio de tensão (*coping* focado na emoção), utilizando a negação e o evitamento, por

vezes associado a alguma racionalização e pobre ajustamento (Barros, Trindade & Teixeira, 1996, citado por Tupholme, 2008).

Endler et al. (2003), com o objetivo de analisarem a influência do *coping* na experiência individual de dor, pediram a 166 doentes com dor crónica que, durante a sua primeira visita à unidade de dor, preenchessem questionários sobre dor, sofrimento e formas de *coping* (Tempo 1). Seis meses depois (Tempo 2), os participantes dispostos a colaborar na segunda fase ($N=49$) preencheram questionários sobre dor e formas de *coping*. Os resultados obtidos revelaram ser estáveis ao longo do tempo com ênfase para a correlação positiva entre o *coping* centrado na emoção (Tempo 1) e dor (Tempo 2). Daí que estes autores desaconselhem as estratégias de *coping* centradas na emoção.

Noutro estudo que teve como objetivo principal comparar idosos institucionalizados ($n=85$) e não institucionalizados ($n=71$) em termos de depressão, ansiedade, dependência, actividades de lazer, estratégias de coping e ideação suicida, Almeida (2011) também demonstrou algumas relações entre as estratégias focadas no problema e variáveis de saúde. Assim, os resultados mostraram que os idosos institucionalizados apresentavam maior índice de dependência, mas menor índice de depressão, de solidão e de ideação suicida, bem como apresentavam maior nível de actividade e lazer. Já os idosos com maior índice de ideação apresentavam mais depressão e ansiedade, sendo que recorriam menos a estratégias de coping focadas no problema. Por outro lado, verificou que uma pior auto-percepção de saúde e de mais solidão se relacionava com mais ansiedade e depressão. Ainda que, uma maior actividade e lazer se relacionava com mais estratégias de coping focadas no problema, menos ansiedade e menos ideação suicida.

O **Modelo de *coping* ativo/passivo** é bem ilustrado pelo *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) (Brown & Nicassio, 1987), o qual divide as estratégias de *coping* em passivas (ex.: afastamento dos outros, falar sobre a dor, medicar-se para obter alívio imediato) e ativas (ex.: envolvimento em actividades de lazer, desviar a atenção da dor, exercícios de relaxamento). Poderão existir alguns pontos de união entre este modelo e o anterior na medida em o modelo de *coping* centrado na emoção assume estratégias passivas (negação, isolamento, sublimação), sendo que surgem com vista à manutenção da esperança e do otimismo, para negar os factos e as suas implicações, para não reconhecer o pior, para agir como se nada de muito mal tivesse acontecido (Bidarra,

2010). Já, de acordo com a mesma fonte, o *coping* centrado no problema surge como um mecanismo de preservação ativo, centrado na mobilização de estratégias que visam uma análise da situação e são voltadas para a realidade. São exemplo a procura da fé, a compensação, a procura de informação e o recorrer ao suporte social da família e amigos (Bidarra, 2010). Tal como o WCCL, o VPMI foi primeiramente aplicado em estudos sobre dor artrítica, mas, de qualquer forma, salienta-se que o recurso a estratégias de *coping* passivas está relacionado com resultados negativos, tais como aumento da dor, depressão e incapacidade física (IASP, 2009). Estudos de investigação prévios têm apontado que estratégias de *coping* passivo se associam com aspetos negativos em termos físicos, psicológicos e sociais (Oliveira et al., 2009). Por outro lado, Bennett (2002) afirma que o uso de estratégias de *coping* ativas e passivas, nomeadamente a procura de suporte social, o enfrentar o problema e a reavaliação cognitiva, encontram-se associados a melhores resultados psicológicos. Um estudo de Blyth, March, Nicholas e Cousins (2005) revelou que as estratégias de *coping* utilizadas mais frequentemente pela população em geral, como resposta à dor crónica, são as estratégias passivas, como tomar medicamentos (47%), descansar (31,5%) e o uso de emplastos quente/frio (23,4%). Ainda assim, os autores destacam que a estratégia ativa mais utilizada era o exercício físico (25,8%)

Quanto ao **Modelo de fuga e evitamento** articulado por Vlaeyen e Linton (2000), enfatiza o papel das estratégias de *coping* comportamentais (fuga das situações dolorosas em alternativa à abordagem ou confronto). Enquadrada neste modelo, a escala mais utilizada é a *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) e, de acordo com a IASP (2009), esta tem sido aplicada em estudos cujas amostras sejam constituídos por doentes com dor crónica (dor lombar, dor cervical), nos quais quanto maiores os valores da TSK, maior será a dor e a incapacidade, bem como maior será a dificuldade de realização de atividades físicas. Contudo, a investigação demonstra que o uso de estratégias de *coping* baseadas na fuga e no evitamento poderá ser benéfico a curto prazo (por exemplo em casos de dor aguda), mas desajustado a longo prazo (por exemplo em casos de dor crónica) (Holmes & Stevenson, 1990; Katz, Ritvo, Irvine, & Jackson, 1996). Assim, a longo prazo, o uso destas estratégias de *coping* entre doentes com dor crónica está associado à intensidade da dor, depressão, ansiedade, decréscimo da atividade social, aumento da incapacidade, debilitação funcional e perda de emprego

(Holmes & Stevenson, 1990; Katz et al., 1996; Keefe & Williams, 1990; Rosenstiel & Keefe, 1983; Summerfeldt & Endler, 1998).

O **Modelo de aceitação** defende que a luta contra a dor pode ser inadaptada e pode aumentar a própria dor bem como o sofrimento. Assim, este modelo defende que ao aceitar a presença da dor, o sujeito comprometer-se-á com atividades de vida compensadoras e ajustadas (IASP, 2009). Esteve, Ramírez-Maestre e López-Martínez (2007) afirmam que, partindo dos achados dos seus estudos, a aceitação desempenha um papel fundamental na manutenção da função e, com este objetivo, os tratamentos baseados na aceitação visam contrariar o desenvolvimento da incapacidade. Neste caso, o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2003) está especificamente desenhado para abordar os dois aspetos da aceitação: disposição para experienciar a dor e comprometimento com uma atividade. Mas, como referem McCracken e Eccleston (2003), ainda são escassos os estudos empíricos que demonstrem uma associação positiva entre a aceitação e a adaptação à dor crónica.

Com os objetivos de comparar a aceitação da dor em adultos com e sem esclerose múltipla e dor crónica, e de analisar a forma como a aceitação da dor (compromisso com a atividade e disposição para a dor) está associada com a interferência da dor, depressão e qualidade de vida, Hirsh et al. (2011) verificaram que a aceitação da dor, bem como o compromisso com a atividade e a disposição para a dor foram superiores no grupo de adultos com esclerose múltipla e dor crónica. Verificaram ainda que controlada a intensidade da dor, o compromisso com a atividade é altamente significativo enquanto preditor da qualidade de vida.

Analise-se agora com maior pormenor as estratégias de *coping*, atendendo à evidência científica disponível.

2.2. Estratégias de *Coping*

Existem vários estudos, publicados e com critérios de validade, que permitem uma melhor análise das estratégias de *coping* disponíveis para a pessoa com dor crónica.

Assim, Ersek, Turner e Kemp (2006) verificaram que, numa amostra de adultos/idosos à qual haviam aplicado o *Chronic Pain Coping Inventory*, as estratégias mais frequentes

eram a persistência na realização de uma tarefa, a alternância entre períodos de atividade e períodos de repouso.

Por sua vez, Barry et al. (2004) constataram que 78% da amostra destacava a medicação analgésica como estratégia de *coping*, 35% selecionavam o exercício físico, 37% preferia os métodos cognitivos, 21% atividades religiosas e 20% limitava a atividade. Estas estratégias iam ao encontro do que já tinha sido verificado por Reid, Barry, Kerns, Duong e Concato (2002), sendo que as estratégias mais referenciadas eram o uso de medicação (73%), o exercício físico (33%), as estratégias cognitivas tais como a distração (31%), as atividades religiosas (18%), a alternância entre períodos de atividade e períodos de repouso (15%) e o recurso à terapia com calor/frio (13%).

Como estratégias pouco eficazes para o *coping* com a dor crónica, Peres e Lucchetti (2010), com base na revisão da literatura, destacam a catastrofização, as orações/esperanças, a evicção do problema e a procura de suporte social. No polo oposto, destacam como estratégias adaptativas o *coping* focado no problema, o exercício físico regular, as afirmações positivas e a comparação com outros indivíduos com dor.

Perceba-se agora de que forma é que as estratégias de *coping* adotadas podem interferir na dor crónica.

2.3. Intervenção na dor crónica através do *coping*

Existem inúmeros trabalhos que descrevem a aplicação de terapias cognitivo-comportamentais, tanto em problemas físicos como ao nível da saúde mental, tais como artrite, esquizofrenia, Doença de Alzheimer, dependências, distúrbios do sono e fobias sociais (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson & Folkman, 2003).

As intervenções psicológicas visam modificar pensamentos, crenças e respostas comportamentais à dor, e, logo, alterar a experiência de dor (Heutink, 2012). Koulil et al. (2007) referem mesmo que existe evidência de que as intervenções não-farmacológicas são mais eficazes que os tratamentos farmacológicos. Especificamente no que diz respeito à dor crónica têm vindo a ser desenvolvidos, ou adaptados, inúmeros tratamentos psicossociais, tais como: 1) hipnose, 2) relaxamento, 3) treino de meditação, 4) tratamento operante, 5) exposição gradual *in vivo*, 6) entrevista

motivacional, 7) terapia cognitiva e terapia cognitivo-comportamental, e 8) terapia cognitivo-comportamental com base na aceitação (Jensen, 2011).

No que diz respeito às intervenções psicossociais, Gorin et al. (2012) concluíram que estas têm um efeito considerável, tanto na severidade da dor como na sua interferência. Assim, defendem a implementação sistemática de intervenções psicossociais, como parte de uma abordagem multimodal na gestão da dor. Salvaguarda-se, porém, que a amostra em estudo compreende doentes com cancro, pelo que não devem ser esquecidas as especificidades da dor oncológica.

McBeth et al. (2012) avaliaram 442 doentes com dor crónica, os quais foram aleatoriamente submetidos a 6 meses de terapia cognitivo-comportamental, de exercícios, de intervenção combinada, ou ao tratamento habitual. Destes, concluíram que os resultados mais positivos foram obtidos no grupo de intervenção combinada (37%) seguidos do grupo da terapia cognitivo-comportamental (30%).

De forma correlacionada, Adegbola (2011) verificou, nos seus estudos, que os indivíduos com altos níveis de espiritualidade e autoeficácia apresentam, também, índices mais elevados de qualidade de vida. Além disso, constatou que as referidas variáveis explicam mais de 50% da variância na qualidade de vida. Assim sendo, estes resultados apoiam a valorização da espiritualidade, bem como a incorporação de um modelo multidisciplinar e biopsicossocioespiritual na prestação de cuidados de saúde.

Porém, por forma a determinar a eficácia das intervenções comportamentais, Chambless e Hollon (1998, citado por Chesney et al., 2003) propuseram os seguintes critérios: 1) tratamento aplicado num ensaio clínico aleatório; 2) comparação com outras intervenções, e com ausência de intervenção; 3) amostra estatisticamente significativa – aproximadamente 50 participantes por situação; e 4) *follow-up* suficiente para análise conclusiva da intervenção – mínimo de 6 meses.

Por outro lado, atendendo ao facto de que o objetivo da intervenção na dor crónica é geri-la e não curá-la, faz sentido que as estratégias de *coping* da pessoa com dor se relacionem com os resultados finais dessa intervenção (Eimer & Freeman, 1998). Assim sendo, importa conhecer as estratégias de *coping* que o doente utiliza, bem como o seu ponto de vista sobre a eficácia das mesmas.

Cole (1998) iniciou uma terapia de 16 sessões com um grupo de pacientes com dor lombar relacionada com o trabalho. Esta terapia consistia na aprendizagem de estratégias de *coping* gerais e, posteriormente, a aprendizagem de estratégias de *coping* com a dor. No final das sessões, os resultados revelaram um decréscimo de depressão, de intensidade da dor, do *stress* e um aumento ao nível do controlo da própria vida e da atividade em geral. Após um ano, o *follow-up* revelou um aumento dos índices de retorno o trabalho, e um decréscimo das necessidades de cuidados de saúde bem como da necessidade de prescrição de medicação analgésica.

A terapia focada em estratégias de *coping* é uma intervenção concebida para ajudar os pacientes a avaliar as suas técnicas de *coping* com a dor e a desenvolver estratégias mais eficazes (Thorn & Williams, 1993, citado por Eimer & Freeman, 1998). As sessões desta terapia envolvem, regularmente, uma revisão dos dados de escalas, de inventários ou de outros instrumentos relevantes para o estudo da dor e das estratégias de *coping* (*idem*). Por vezes são aconselhados/recomendados, aos pacientes, livros relacionados com a dor crónica. Numa sessão posterior, o terapeuta discute com o paciente o tema da leitura e alguns dos resultados dos testes administrados, identifica e categoriza as estratégias de *coping* principais do mesmo, e sugere-lhe outras estratégias assentes na análise da eficácia de cada uma; finalmente, o terapeuta deverá pedir ao paciente para praticar diferentes estratégias de *coping* como trabalho para casa (*ibidem*).

Outra das técnicas utilizadas em sessão é a demonstração do uso da auto-conversaço positiva (Eimer & Freeman, 1998). De acordo com estes autores, o terapeuta treina o paciente e fornece reforço à medida que são geradas auto-conversaço e alternativas de *coping*. Assim, depois de obter o *feedback* sobre as estratégias, o terapeuta sugere um exercício: é pedido à pessoa que se foque numa parte do corpo que lhe doa (deve ser evitado o local mais doloroso), e, logo após, o terapeuta orienta no sentido de experimentar diferentes estratégias de *coping* mentais para aquela dor. Assim, com este exercício, consegue-se avaliar quais as estratégias de *coping* eficazes para aquela pessoa em questão (Eimer & Freeman, 1998).

Chesney et al. (2003) desenvolveram uma experiência junto de um grupo de indivíduos VIH-positivo, os quais participavam, durante um treino de 10 semanas, em situações tais como gestão de causas de *stress*, *coping* focado no problema/*coping* focado na emoção, ajustamento entre situações de *stress* e estratégias de *coping*, e o recurso à rede de suporte social. Adicionalmente, os participantes faziam parte de atividades de *skill-*

building, relaxamento guiado, retiro de um dia, e receberam manuais que lhes permitiram a replicação dos exercícios de grupo em casa. Após a fase de intervenção, os participantes foram acompanhados em seis sessões de manutenção durante um ano. No final do estudo, os investigadores concluíram que existe evidência de eficácia clínica do Treino de Eficácia do *Coping* na diminuição significativa do *stress* percebido e do *burnout*.

Refira-se que o Treino de Eficácia do *Coping* tem por base a Teoria de Eficácia do *Coping*, segundo a qual o *coping* adaptativo ocorre quando a escolha da estratégia de *coping* tem correspondência perfeita na mudança da situação causadora de *stress* (Chesney et al., 2003). Assim, de acordo com os autores, o Treino de Eficácia do *Coping* é uma intervenção experimental que incorpora elementos das intervenções de gestão do *stress*, disponibilizando estratégias de *coping* que promovam *coping* adaptativo e reduzam a ansiedade.

Salienta-se que a terapia cognitivo-comportamental centra-se na alteração das crenças disfuncionais acerca da dor, e nas capacidades de *coping*, e mostrou-se benéfica no domínio da dor crónica (Heutink et al., 2012). Por outro lado, de acordo com os mesmos autores, o TEC tem sido aplicado com sucesso em casos de depressão e ansiedade.

Mead, Theadom, Byron e Dupont (2007) desenvolveram um programa de treino de estratégias de *coping* na dor, com a duração de 4 semanas. Na opinião destes autores, os comportamentos negativos a longo prazo, associados à dor crónica, podem ser prevenidos introduzindo estratégias para lidar com a dor numa fase o mais precoce possível. Assim, este programa incluía exercício, relaxamento, revisão da medicação, vias da dor, postura e pensamentos negativos desafiadores. Seis semanas após a aplicação do programa, os investigadores constataram uma melhoria significativa nos níveis de depressão e ansiedade e na aptidão física. Ou seja, de acordo com os mesmos, um programa de intervenção precoce é eficaz na medida em que promove a autonomia e ensina estratégias de *coping* positivas.

Compreendidos os conceitos de dor e de *coping*, importa agora direccionar a atenção para o domínio do lazer como estratégia de *coping*, a abordar no ponto seguinte.

3. Lazer como estratégia de *coping*

O lazer assume-se como um importante componente do estilo de vida, podendo ter mais impacto na qualidade de vida do que qualquer outra experiência (Mannell & Kleiber, 1999). De acordo com os mesmos autores existem várias definições de lazer e optam por apresentar as características do mesmo:

- a) Atividades de carácter específico (por exemplo, ver um filme);
- b) Tempo livre de obrigações (tempo dispensado fora do trabalho a tomar conta da casa, da família ou de si próprio);
- c) Uma experiência significativa e satisfatória (por exemplo, sentimentos de satisfação, de pertença, de excitação ou divertimento);
- d) Uma combinação do tempo despendido numa atividade e da respetiva experiência.

Na literatura, o lazer tem sido conceptualizado apenas como *coping* centrado na emoção (Iwasaki et al., 2005). Porém, e na opinião dos mesmos autores, o lazer é um conceito mais abrangente e tem sido definido de acordo com o que as pessoas fazem (lazer como comportamento), pensam e sentem (lazer como experiência).

Quando o lazer é definido como comportamento, o foco é o tipo de atividade na qual os indivíduos participam (por exemplo, desportiva, social ou cultural) e/ou a quantidade da participação (por exemplo, frequência da participação ou tempo de duração); baseia-se no ambiente onde as atividades de lazer ocorrem (por exemplo, ginásio ou ar livre) (Iwasaki et al., 2005). Estes autores referem ainda que, quando o lazer é definido como uma experiência, os investigadores focam-se nas experiências mentais e nas funções psicológicas, mecanismos e significados; ou seja, o investigador preocupa-se com as experiências imediatas da consciência que acompanham a participação no lazer, tais como: satisfação, emoções e humor, atitudes, crenças e significados simbólicos associados ao lazer.

Em termos de taxonomias propostas para a caracterização das atividades de lazer, Overs, Taylor e Adkins (1977, citado por Tinsley & Eldredge, 1995) foram pioneiros propondo uma classificação de nove grupos baseados numa abordagem racional.

Contudo, este modelo de classificação não encontrou suporte empírico e, nesse contexto, Holmberg, Rosen e Holland (1990, citado por Tinsley & Eldredge, 1995) propuseram uma taxonomia de atividades de lazer baseadas no modelo de Holland.

De acordo com Farh, Leong e Law (1998), o Modelo de Holland é um dos modelos mais populares no que diz respeito à literatura vocacional. Holland propõe seis tipos de personalidade vocacional: realista, investigadora, artística, social, empreendedora, e convencional. Assim, de acordo com esta teoria, os sujeitos procuram ambientes congruentes com a sua personalidade, onde possam pôr em prática as suas competências e habilidades, e onde expressem atitude e valores (Farh et al., 1998).

Tinsley e Eldredge (1995) propuseram uma taxonomia das atividades de lazer baseadas na informação acerca das necessidades psicológicas gratificadas pela participação. Assim, através da análise de *clusters* obtiveram 11 grupos que denominaram por: 1) ação, 2) novidade, 3) pertença, 4) serviço, 5) prazer sensual, 6) estimulação cognitiva, 7) autoexpressão, 8) criatividade, 9) competição, 10) competição vicariante e 11) relaxamento.

Já em termos de teorias sobre o lazer, Tinsley e Tinsley (1986) propuseram uma teoria do lazer focada na experiência subjetiva do sujeito. Estes autores visualizaram experiências de lazer caracterizadas duplamente por atributos cognitivos (por exemplo concentração na experiência atual, diminuição do foco no *self* e diminuição da consciência do tempo) e afetivos (por exemplo, sentimentos de liberdade, percepção enriquecida dos objetos e eventos, aumento intensivo das emoções e sensibilidade às sensações corporais). Assim, de acordo com esta teoria, o lazer pode variar intensamente, mas são fundamentais quatro condições na percepção da atividade: livremente escolhida, satisfatória ao nível intrínseco, facilitadora do despertar/muito estimulante, sentido de compromisso inerente. Os mesmos autores preveem ainda que as experiências de lazer possam ocorrer em todos os aspetos da vida, incluindo o trabalho, mas há maior probabilidade que ocorram durante as atividades de lazer devido à importância da percepção da liberdade de escolha.

Mais recentemente, Isawaki e Mannell (2000) desenvolveram o modelo de dimensões hierárquicas de *coping* através do lazer, de forma a classificar as várias funções psicossociais e mecanismos associados ao lazer que poderão facilitar o *coping*. De acordo com Santos *et al.* (2003), por um lado a escala de crenças de *coping* através do

lazer diz respeito às crenças generalizadas das pessoas sobre o lazer. Por outro lado, de acordo com os mesmos autores, as estratégias de *coping* através do lazer correspondem a comportamentos de *coping* disponíveis aquando das atividades de lazer.

No que diz respeito às suas dimensões, as crenças de *coping* através do lazer estão associadas à autodeterminação (liberdade de escolha de comportamentos e controlo direto dos mesmos), ao *Empowerment* (visão do lazer como um direito e oportunidade de autoexpressão) e à amizade no lazer (apoio social percebido). Enquanto isso, às estratégias de *coping* através do lazer associam-se o companheirismo (experiências partilhadas de lazer, sentidas como agradáveis; a pessoa procura uma companhia), o lazer como estratégia paliativa e a influência do lazer no humor (Santos *et al.*, 2003).

Assim, e como referem Angelotti e Fortes (2007), atividades de lazer indutoras de prazer e que mostrem que há bons momentos para usufruir são fundamentais no *coping* com a dor crónica. Desta forma, estes autores recomendam que o terapeuta estimule a pessoa a passear, não perdendo a oportunidade de ir a festas e de frequentar clubes ou organizações, fazendo com que estes momentos diminuam o seu tempo de inatividade e de vivência da própria dor.

Tendo em consideração o exposto, importa explorar o *coping* através do lazer em indivíduos que estejam a ser seguidos numa consulta especializada de dor, de modo a ponderar as estratégias de intervenção mais adequadas.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. MÉTODO

Este estudo orientou-se no sentido genérico de avaliar o *coping* no lazer (crenças e estratégias) de pessoas com dor crónica seguidas na Consulta de Dor do Hospital Infante D. Pedro. Pretende-se explorar esta temática, dada a escassa produção científica (teórica e empírica) associada, já que o lazer enquanto estratégia de *coping* tem sido estudado quase sempre na sua relação com o *stress* e não com a dor. Assim sendo, delineou-se um estudo quantitativo e transversal.

1.1. Objetivos

Tendo em consideração a experiência clínica e a revisão da literatura, cuja síntese se apresentou, foram delineados os seguintes objectivos para o presente estudo:

- Objetivo 1 – Caracterizar as crenças de *coping* através do lazer em pessoas com dor crónica seguidas em consulta da especialidade;
- Objetivo 2 – Caracterizar as suas estratégias de *coping* através do lazer;
- Objetivo 3 – Analisar a relação entre as crenças e as estratégias de *coping* através do lazer nesse grupo;
- Objetivo 4 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as crenças de *coping* através do lazer;
- Objetivo 5 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as estratégias de *coping* através do lazer;
- Objetivo 6 – Analisar a relação entre a dor e as crenças de *coping* através do lazer;
- Objetivo 7 – Analisar a relação entre a dor e as estratégias de *coping* através do lazer.

Desta forma, assumem-se como variáveis principais deste estudo as “Crenças de *coping* através do lazer” e as “Estratégias de *coping* através do lazer”, avaliadas através de escalas tipo *likert* de 5 pontos. Como variáveis secundárias estabeleceram-se: a idade (variável contínua), o tempo de dor avaliado em anos (variável contínua), o sexo (dicotómica: masculino e feminino), o estado civil (dicotómica: “casados” e “não casados”), o acompanhamento farmacológico (dicotómica: sim e não), e a dor (variável intervalar: de 0 a 10).

1.2. Participantes

A população alvo deste estudo são todas as pessoas com dor crónica da área abrangida por esta unidade hospitalar. A população acessível são as pessoas que estão inscritas na consulta. A escolha deste meio prende-se sobretudo com o facto de a investigadora ter estagiado neste serviço, tendo assim tomado conhecimento da dinâmica e estrutura do serviço e ainda pelo facto de residir na área de abrangência desta unidade hospitalar que facilitava a recolha de dados.

A amostra do presente estudo foi recolhida através do encaminhamento dos médicos do serviço da Consulta da Dor, sendo o critério de inclusão a existência de dor crónica e como critério de exclusão a existência de perturbações mentais.

Tendo em consideração os diversos factores, optou-se por uma amostragem não probabilística accidental ou de conveniência (Fortin, 1999; Pais-Ribeiro, 1999).

Analisando as características sociodemográficas da amostra, constituída por 55 participantes, verifica-se que estes têm, em média, aproximadamente 57 anos de idade ($M=56,69$; $DP=12,05$), variando entre os 25 e os 83 anos. Verifica-se ainda (Quadro 1) que é uma amostra maioritariamente constituída por mulheres, casadas/ união de facto, reformadas/pensionistas, com baixas habilitações literárias, e trabalhadoras indiferenciadas.

Quanto ao tipo de acompanhamento para alívio da dor crónica, verifica-se que 83,6% da amostra recorre a tratamento farmacológico, com uma menor percentagem de pessoas a

recorrer a apoio psicológico e apenas quatro pessoas a recorrerem a terapias alternativas (acupunctura), podendo cada uma dela usar mais que um tipo de acompanhamento.

Quadro 1- Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N= 55)

Variáveis	n	%
Sexo:		
Masculino	21	38,2
Feminino	34	61,8
Estado civil:		
Casado(a)/União de facto	42	76,3
Divorciado(a)/Separado(a)	3	5,5
Viúvo(a)	5	9,1
Solteiro(a)	5	9,1
Estatuto profissional:		
Empregado a tempo inteiro	18	32,7
Empregado a tempo parcial	3	5,5
Reforma antecipada	1	1,8
Reforma não antecipada	6	10,9
Pensão por invalidez	15	27,3
Desempregado/a	6	10,9
Doméstica	5	9,1
Estudante	1	1,8
Habilitações Literárias:		
Sem habilitações	1	1,8
1º Ciclo do Ensino Básico	34	61,8
2º Ciclo do Ensino Básico	5	9,1
3º Ciclo do Ensino Básico	8	14,5
Ensino Secundário	4	7,3
Ensino Superior	3	5,5
Profissão:		
Doméstica	15	27,3
Auxiliar	3	5,5
Trab. Indiferenciado	27	49,1
Técnico Superior	3	5,5
Técnico	7	12,6
Tipo de acompanhamento*:		
Farmacológico	46	83,6
Psicológico	10	18,2
Terapias alternativas	4	7,3
Outros	14	35,5

* Opções não mutuamente exclusivas

Relativamente às variáveis relativas à dor e à doença, verifica-se que, em média, a doença teve início há 8,7 anos (M=8,7; DP=11,2), sendo o mínimo de seis meses e o máximo de 40 anos. A idade da pessoa aquando do início da doença foi, em média, por volta dos 48 anos (M=48,1; DP=16,3) e a dor dura em média há aproximadamente 6 anos (M=5,9; DP=9,5).

Questionadas sobre o grau de dor, através da EVA (0 a 10 pontos), no momento do inquérito, a média obtida foi de 5,1 pontos (M=5,1; DP=2,7), variando entre o mínimo de 0 pontos e o máximo de 10 pontos.

1.3. Material¹

Optou-se por colher os dados através de um questionário constituído por três partes:

a) Questionário sociodemográfico e clínico, construído para o presente estudo

O questionário sociodemográfico e clínico é composto por 9 questões de resposta aberta e fechada focando em termos sociodemográficos, o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e o estatuto profissional. Em termos clínicos, as questões abordam a data de início da doença, idade no início da doença, duração da dor e tipo de acompanhamento. Foi previamente realizado um pré-teste, superiormente autorizado, com cinco indivíduos do contexto do estudo, em que foi testada a compreensão dos itens, que foi considerada boa. Estes indivíduos foram incluídos na amostra.

b) Escala Visual Analógica (EVA) (DGS, 2008)

A EVA é um instrumento que tem por objectivo a avaliação da dor, definido pela DGS (2008) como o instrumento de eleição para doentes adultos, conscientes e colaborantes. A sua forma original consiste numa linha horizontal de dez centímetros onde a pessoa assinala com um risco vertical o seu grau de dor. No entanto, para este estudo foi solicitado aos inquiridos que quantificassem verbalmente o seu grau de dor de zero a dez, sendo que a zero correspondia a total ausência de dor e a dez a dor máxima já alguma vez sentida.

¹ Por questões éticas, e por indicação da orientadora, os comprovativos das autorizações obtidas para o estudo, bem como um exemplar do protocolo são facultados em *dossier* separado apenas aos membros do júri da presente Dissertação de Mestrado.

c) Escalas de *Coping* através do Lazer (Santos *et al.*, 2003)

A escala aqui utilizada divide-se, a um nível geral, em crenças de *coping* através do lazer (ECCL) e em estratégias de *coping* através do lazer (EECL), estando nelas incluídos originalmente 30 e 18 itens, respectivamente (Iwaasaki & Mannell, 2000). Contudo, após o estudo de tradução e validação para Portugal realizado por Santos *et al.* (2003) foram retirados dois itens da ECCL (os itens 17 e 25) e um item da EECL (o item 17). Na ECCL as pontuações de três itens são invertidas (13, 22 e 29), sendo um de cada dimensão. Já no caso da EECL são invertidas as pontuações de dois itens (12 e 13) apenas na dimensão da influência no humor (Santos *et al.*, 2003). Todos os itens foram avaliados por uma escala ordinal tipo *likert* de 1 (Concordo muitíssimo) a 5 (Não concordo) pontos.

Para calcular os resultados relativos às dimensões das escalas e ao total das escalas foi calculada a média aritmética para cada participante (soma da cotação dos itens a dividir pelo número de itens). A maior pontuação corresponde uma menor importância do item ou dimensão correspondente (Santos *et al.*, 2003).

No quadro seguinte apresenta-se o estudo de validade interna através do coeficiente de consistência interna *Alpha* de *Cronbach*, apresentando os valores obtidos pelos autores e os obtidos no presente estudo (Quadro 2).

Quadro 2 – Valores do coeficiente Alpha de Cronbach obtidos no presente estudo e pelos autores da escala (ECL - Escala de *Coping* através do Lazer)

Dimensões	n.º itens	α^*	$\alpha^{\#}$	α presente estudo
ECCL (Escala de Crenças de <i>Coping</i> através do Lazer)				
Autodeterminação através do lazer	6	0,66	0,71	0,63
<i>Empowerment</i> (autonomia de decisão) no lazer	7	0,76	0,82	0,76
Amizade no lazer	15	0,89	0,80	0,90
EECL (Escala de Estratégias de <i>Coping</i> através do Lazer)				
Companheirismo no lazer	5	0,79	0,87	0,64
Lazer como estratégia paliativa	6	0,75	0,86	0,72
Influência do lazer no humor	6	0,73	0,85	0,56

* Santos *et al.* (2003) # Iwasaki e Mannell (2000)

Segue-se uma breve descrição do significado de cada uma das dimensões atrás referidas. Assim, relativamente às Crenças de *Coping* através do Lazer (Santos *et al.*, 2003):

- A “Autodeterminação através do lazer” sustenta-se na crença de que os comportamentos de lazer são livremente escolhidos e directamente controlados pelo indivíduo;
- O “*Empowerment*” (autonomia de decisão) no lazer” está relacionado com o facto de as pessoas acreditarem que o lazer é um direito, que é merecido e que este representa uma oportunidade de autoexpressão. Pode entender-se ainda como um desafio ou resistência face às exigências ou obstáculos da vida que influenciam a manutenção de um sentimento individual de autovalorização;
- A “Amizade no lazer” refere-se à crença do lazer auxiliar as pessoas a lidar com o *stress* através de diferentes formas, dependendo das próprias necessidades individuais manifestadas na gestão dos diferentes tipos de acontecimentos que desencadeiam *stress*.

Já relativamente às dimensões da EECL (Santos *et al.*, 2003):

- O “Companheirismo no lazer” representa uma estratégia de *coping* específica de uma situação, no momento de lidar com um acontecimento capaz de gerar *stress* e corresponde a experiências partilhadas de lazer, escolhidas e sentidas como agradáveis, consideradas como uma forma de apoio social. No entanto, se as amizades estão relacionadas com o apoio social percebido (crença), o companheirismo representa uma acção real de apoio social, quando em situações de *stress* uma pessoa efectivamente procura companhia (estratégia);
- O “Lazer como estratégia paliativa” pode permitir melhorar a energia e encontrar outras perspectivas para lidar com os desafios da vida, através da participação em actividades construtivas, evitando o aborrecimento, ou permitindo às pessoas escapar a acontecimentos que provocam *stress*, ou a experiências dolorosas, ou ainda facultando o tempo necessário para uma reorganização que possibilite lidar melhor com as dificuldades;
- A “Influência do lazer no humor” representa as atividades de lazer que podem ter um potencial de redução do *stress* possibilitando uma melhoria do humor positivo e a redução do humor negativo.

1.4. Procedimento

A realização de qualquer pesquisa implica não só delinear uma população/amostra, mas também desenvolver um conjunto de ações, no sentido de alcançar os objectivos inicialmente propostos para o estudo.

Além disso, torna-se fundamental que todos os procedimentos a desencadear se façam segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Para a realização deste estudo foi inicialmente pedida a autorização aos responsáveis pelo Hospital Infante D. Pedro, de forma a disponibilizar as suas instalações e o encaminhamento dos utentes pela Unidade de Tratamento da Dor. De igual modo, foi solicitada a autorização dos autores da escala para a sua administração para fins académicos.

A recolha de dados procedeu-se durante o período de Agosto a Outubro de 2006. A todos os participantes que correspondiam aos critérios de inclusão e encaminhados pelos médicos, foi transmitido o objetivo e procedimento do estudo e o seu carácter anónimo e confidencial. Após aceitarem participar, os participantes assinaram o Consentimento Informado, o qual foi devidamente guardado num envelope diferente do das respostas aos questionários.

Seguidamente, procedeu-se à administração dos questionários, a qual decorreu de forma individual num gabinete médico disponibilizado pelo Hospital para o efeito. Antes de começar a administração propriamente dita, foram transmitidas as seguintes instruções aos participantes: “as suas respostas são absolutamente confidenciais e anónimas. Para que o seu anonimato seja garantido, por favor, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas do questionário. Também não há respostas certas e erradas”.

A primeira parte do questionário (questionário sociodemográfico) foi preenchida pela investigadora, que questionava os indivíduos e anotava as respostas. Já a segunda parte do questionário (escalas) foi preenchida pelos indivíduos, com ajuda da investigadora apenas quando solicitada.

1.5. Análise estatística

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa IBM SPSS® 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Assumiu-se $p=0,05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior a esse valor ($p<0,05$).

Para a determinação dos testes estatísticos e no sentido de determinar a possibilidade de utilização de testes paramétricos (mais potentes) procedeu-se à validação dos seus pressupostos, começando-se pelo pressuposto da normalidade da distribuição da variável. Tendo em conta a dimensão da amostra e o facto de os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk não serem consistentes nos seus resultados, optou-se por apenas admitir a normalidade da distribuição nos casos em que ambos os testes cumprissem o pressuposto. Assim sendo, verifica-se que os totais das duas escalas, bem como as dimensões “Autodeterminação através do lazer” e “Lazer como estratégia paliativa” das escalas ECCL e EECL, respectivamente, seguem uma distribuição normal (não rejeição da hipótese nula, isto é, hipótese da normalidade da distribuição).

No caso das restantes dimensões, nomeadamente “*Empowerment* no lazer” e “Amizade no lazer” referentes à ECCL, e as dimensões “Companheirismo no lazer” e “Influência do lazer no humor” da EECL recorreu-se a teste não-paramétricos (Coeficiente de Correlação de Spearman e Teste U de Mann-Whitney).

Quadro 3 - Resultados da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliação da aderência à normalidade das variáveis “Crença de *coping*” e “Estratégias de *coping*” ($N=55$)

Dimensões e total da escala		Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
		Estatística	p	Estatística	p
“Crenças de <i>coping</i> ”	ECCL total	0,109	0,155	0,961	0,068
	Autodeterminação através do lazer	0,118	0,055	0,970	0,187
	Empowerment no lazer	0,140	0,009	0,960	0,062
	Amizade no lazer	0,138	0,011	0,934	0,005
“Estratégias de <i>coping</i> ”	EECL total	0,107	0,179	0,966	0,115
	Companheirismo no lazer	0,138	0,011	0,960	0,066
	Lazer como estratégia paliativa	0,099	0,200*	0,977	0,355
	Influência do lazer no humor	0,116	0,061	0,946	0,015

^a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

2. Apresentação e análise dos resultados

Seguidamente, apresentam-se os dados obtidos e os resultados referentes às análises estatísticas. Os resultados são apresentados de acordo com a ordem dos objetivos previamente estabelecidos.

Objetivo 1 – Caracterizar as crenças de *coping* através do lazer em pessoas com dor crónica seguidas em consulta da especialidade;

Começando pela análise descritiva das crenças de *coping* através do lazer, apresentam-se no Quadro 4 o mínimo, máximo, média e desvio padrão das dimensões e da ECCL total.

Quadro 4 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão das dimensões e da ECCL total (N=55)

Dimensões e total	Min.	Máx.	M	DP
ECCL total – (28 itens)	1,07	3,64	2,21	0,53
Autodeterminação através do lazer (6 itens)	1,00	3,67	2,16	0,62
<i>Empowerment</i> no lazer – (7 itens)	1,00	3,71	2,14	0,60
Amizade no lazer – (15 itens)	1,13	4,4	2,26	0,69

Analisando o Quadro 4 pode concluir-se que não há grande diferença no valor da média das várias dimensões, ainda assim verifica-se que a dimensão onde a média é mais reduzida é o “*Empowerment*”, seguindo-se com valor semelhante a “Autodeterminação” e com um valor pouco mais alto segue-se a “Amizade no lazer”.

Verifica-se ainda que em todas as dimensões bem como na ECCL total, as médias estão todas abaixo do valor intermédio da escala (2,50), em valores próximos da opção de resposta “concordo muito”. De salientar ainda que não existe grande dispersão nas respostas uma vez que os desvios padrão variam entre 0,53 e 0,69 sendo o mais baixo relativo à ECCL total e o mais elevado à dimensão “Amizade no lazer”.

Analisando agora cada um dos itens desta escala (Quadro 5) verifica-se que a média é mais reduzida nos itens “29 - Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer” e “21 - Sou respeitado(a) pelos meus companheiros de lazer”.

Quadro 5 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos itens da ECCL (N=55)

Item	Min.	Máx.	M	DP
1. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a	1	5	2,24	,96
2. O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	1	5	2,05	,76
3. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer	1	5	3,06	1,31
4. O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	1	5	2,49	1,10
5. No lazer adquiro sentimentos de controlo pessoal	1	5	2,48	1,04
6. Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	1	5	2,16	1,13
7. Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	1	5	2,76	1,28
8. Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	1	5	2,33	,94
9. As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	1	5	2,2	1,16
10. Os meus companheiros de lazer estimam-se muito	1	5	1,96	,84
11. Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a	1	4	1,75	,67
12. Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-mo	1	5	2,22	1,21
13. (invertido) O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com problemas	1	4	1,78	,99
14. Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer	1	5	2,16	1,01
15. Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	1	5	2,31	1,05
16. Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro	1	5	2,16	1,18
18. Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	1	5	2,6	1,21
19. As coisas que faço nos tempos de lazer ajudam-me a ganhar confiança	1	4	2,04	,72
20. Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis	1	5	2,42	1,05
21. Sou respeitado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	3	1,71	,71
22. (invertido) Sinto-me constrangido/a nos tempos de lazer	1	5	1,89	1,05
23. Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer	1	5	2,45	,96
24. Sinto-me apreciado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	5	2,13	,92
26. A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	1	5	2,24	,90
27. Sou eu próprio que decido no meu tempo de lazer	1	5	2,20	1,03
28. Sinto-me emocionalmente apoiado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	5	2,20	1,06
29. (invertido) Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer	1	5	1,58	1,05
30. As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconhecimento	1	5	2,4	1,01

Por outro lado, verifica-se que os itens com média mais elevada são os itens “7 – Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais” e “3 – Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer”.

Objetivo 2 – Caracterizar as suas estratégias de *coping* através do lazer

Começando pela análise descritiva das estratégias de *coping* através do lazer, apresentam-se no Quadro 6 o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão obtidos pelos participantes nas dimensões e na EECL total.

Quadro 6 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão das dimensões e da EECL total (N=55)

Dimensões e total	Min.	Máx.	M	DP
EECL total - 17 itens	1,29	4,59	2,66	,63
Companheirismo no lazer - 5 itens	1,00	5,00	2,69	,79
Lazer como estratégia paliativa - 6 itens	1,33	4,67	2,95	,76
Influência do lazer no humor - 6 itens	1,33	4,17	2,33	,64

Relativamente à EECL, verifica-se através do Quadro 6 que a dimensão com média mais reduzida é a “Influência do lazer no humor”, ao passo que o “Lazer como estratégia paliativa” é a dimensão com média mais elevada.

No Quadro 7 apresentam-se os resultados relativos aos itens desta escala, sendo que os que obtiveram média mais reduzida foram o “13 – O lazer fez-me sentir triste” e o “12 – O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o humor”. Quanto aos itens com média mais elevada foram o “17 – Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o *stress*” e o “3 – Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema”.

Quadro 7 – Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos itens da EECL (N=55)

Item	Min.	Máx.	M	DP
1. O lazer fez com que me sentisse melhor	1	5	2,96	1,39
2. O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	1	5	2,45	1,21
3. Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	1	5	3,31	1,44
4. O escape através do lazer foi uma maneira de lidar com o <i>stress</i>	1	5	3,00	1,29
5. Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o <i>stress</i>	1	5	2,80	1,24
6. O lazer fez-me ter sentimentos positivos	1	5	2,31	,98
7. Lidei com o <i>stress</i> através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	1	5	2,60	1,06
8. Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o <i>stress</i>	1	5	2,62	1,30
9. O lazer foi um meio importante para me manter ocupado(a)	1	5	2,24	1,04
10. Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	1	5	2,36	1,13
11. O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	1	5	2,76	1,00
12. O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o humor	1	4	1,60	,95
13. O lazer fez-me sentir triste	1	4	1,98	1,22
14. Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	1	5	2,82	1,09
16. O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos	1	5	2,76	1,14
17. Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o <i>stress</i>	1	5	3,58	1,20
18. Uma das minhas estratégias para lidar com o <i>stress</i> foi a participação em atividades de lazer social	1	5	3,00	1,36

Objetivo 3 – Analisar a relação entre as crenças e as estratégias de *coping* através do lazer nesse grupo

Para analisar a relação entre as crenças de *coping* através do lazer e as estratégias de *coping* através do lazer na dor crónica – recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 8), verificando-se que apenas existem correlações lineares estatisticamente significativas ($p < 0,05$), positivas e baixas entre a “EECL total” e a dimensão “*Empowerment* no lazer” e entre as dimensões “Influência do lazer no humor” e “Autodeterminação através do lazer”.

Quadro 8 – Correlação entre as “Crenças de *coping* através do lazer” e as “estratégias de *coping* através do lazer” na dor crónica (N=55)

	EECL total	Companheirismo no lazer	Lazer como estratégia paliativa	Influência do lazer no humor
	r_s	r_s	r_s	r_s
EECL total	0,253	0,219	0,133	0,246
Autodeterminação através do lazer	0,224	0,175	0,112	0,288*
<i>Empowerment</i> no lazer	0,285*	0,207	0,247	0,257
Amizade no lazer	0,116	0,106	0,030	0,087

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Pode-se então inferir que quanto maior é o “*Empowerment* no lazer” maior é a EECL total e vice-versa. Também se pode concluir que quanto maior é a “Autodeterminação através do lazer” maior é a “Influência do lazer no humor” e vice-versa. Relativamente às restantes variáveis verifica-se ausência de correlações lineares estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Objetivo 4 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as crenças de *coping* através do lazer

Objetivo 5 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as estratégias de *coping* através do lazer

Por uma questão de organização, opta-se por apresentar as análises aos objetivos 4 e 5 em conjunto.

Para testar a relação entre as variáveis secundárias numéricas contínuas (“**idade**” e “**duração da dor**”) e as variáveis primárias (“Crenças de *coping* através do lazer” e “Estratégias de *coping* através do lazer”), recorreu-se novamente ao coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 9), verificando-se que, relativamente à “idade”, não existe nenhuma correlação linear estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Relativamente à “duração da dor” apenas existe correlação linear estatisticamente significativa, positiva e baixa com a dimensão “Lazer como estratégia paliativa”. Daqui se pode deprender que quanto mais antiga for a dor mais usadas são as estratégias paliativas de lazer.

Relativamente às restantes variáveis verifica-se ausência de correlações lineares estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 9 – Correlação entre as variáveis “Idade” e “Duração da dor” e as variáveis “Crenças de *coping* através do lazer” e “Estratégias de *coping* através do lazer” (N=55)

	EECL total	Autodet.	Empower.	Amizade no lazer	EECL total	Companh.	Estratégia paliativa	Influência no humor
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
Idade	0,050	0,010	-0,054	0,154	0,126	0,009	0,096	0,190
Duração da dor	0,110	0,125	0,133	0,084	0,144	0,070	0,267*	-0,088

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

Para testar a relação entre a variável “Sexo” e as variáveis principais recorreu-se ao teste de U de Mann-Whitney. Como se pode verificar pela análise do Quadro 10, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas para a dimensão “Amizade no lazer” da EECL ($p < 0,05$), podendo concluir-se que para as mulheres esta crença é mais significativa do que para os homens. Relativamente às restantes variáveis verifica-se ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 10 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de *coping* através do lazer” e à “Escala de estratégias de *coping* através do lazer” em função da variável “Sexo” (N=55)

	Sexo	n	Média postos	z	p
EECL total	F	34	23,50	-1,639	0,101
	M	21	30,78		
Autodeterminação através do lazer	F	34	31,64	-1,332	0,183
	M	21	25,75		
Empowerment no lazer	F	34	24,36	-1,332	0,183
	M	21	30,25		
Amizade no lazer	F	34	21,38	-2,411	0,016
	M	21	32,09		
EECL total	F	34	26,79	-0,442	0,658
	M	21	28,75		
Companheirismo	F	34	27,74	-0,096	0,924
	M	21	28,16		
Estratégia paliativa	F	34	26,57	-0,521	0,602
	M	21	28,88		
Influência no humor	F	34	29,64	-0,601	0,548
	M	21	26,99		

Relativamente ao “Estado civil”, os inquiridos foram agrupados em dois grupos (“casados” e “não casados”), sendo que, através do teste U de Mann-Whitney (Quadro 11), os resultados indicam não existir diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 11 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de coping através do lazer” e à “Escala de estratégias de coping através do lazer” em função da variável “Estado civil” (N=55)

	Estado civil	n	Média postos	z	p
ECCL total	Casados	42	27,23	-0,198	0,843
	Não casados	13	28,24		
Autodeterminação através do lazer	Casados	42	33,73	-1,483	0,138
	Não casados	13	26,23		
Empowerment no lazer	Casados	42	24,04	-1,025	0,305
	Não casados	13	29,23		
Amizade no lazer	Casados	42	26,85	-0,297	0,766
	Não casados	13	28,36		
EECL total	Casados	42	26,92	-0,278	0,781
	Não casados	13	28,33		
Companheirismo	Casados	42	25,92	-0,537	0,591
	Não casados	13	28,64		
Estratégia paliativa	Casados	42	26,92	-0,278	0,781
	Não casados	13	28,33		
Influência no humor	Casados	42	26,81	-0,309	0,757
	Não casados	13	28,37		

No que concerne ao “Tipo de acompanhamento”, optou-se por analisar apenas a variável “Acompanhamento farmacológico” uma vez que foi o tratamento referido com mais frequência. Procedeu-se então da mesma forma que na variável anterior (Quadro 12), tendo os resultados evidenciado diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para “EECL total” e para a dimensão “Influência do lazer no humor”. Assim, através da média dos postos pode concluir-se que os inquiridos que não tem acompanhamento farmacológico têm mais capacidade em criar estratégias de *coping* no geral e, mais especificamente, com recurso ao humor do que os inquiridos que utilizam medidas farmacológicas para alívio da dor crónica.

Relativamente às restantes variáveis verifica-se ausência de correlações lineares estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quadro 12 – Resultados do teste de Mann-Whitney referentes à “Escala de crenças de coping através do lazer” e à “Escala de estratégias de coping” através do lazer” em função da variável “Tipo de acompanhamento - farmacológico” (N=55)

	Acompanhamento Farmacológico	n	Média postos	z	p
ECCL total	Não	9	28,17	-0,182	0,855
	Sim	46	27,11		
Autodeterminação através do lazer	Não	9	26,77	-1,292	0,187
	Sim	46	34,28		
Empowerment no lazer	Não	9	28,12	-0,126	0,900
	Sim	46	27,39		
Amizade no lazer	Não	9	28,83	-0,865	0,387
	Sim	46	23,78		
EECL total	Não	9	25,89	-2,209	0,027
	Sim	46	38,78		
Companheirismo	Não	9	26,36	-1,726	0,084
	Sim	46	36,39		
Estratégia paliativa	Não	9	26,39	-1,689	0,091
	Sim	46	36,22		
Influência do lazer no humor	Não	9	25,28	-2,861	0,004
	Sim	46	41,89		

Objetivo 6 – Analisar a relação entre a dor e as crenças de coping através do lazer

Objetivo 7 – Analisar a relação entre a dor e as estratégias de coping através do lazer

Por fim, apresenta-se o resultado da correlação entre a dor atual dos inquiridos e as crenças e estratégias de coping através do lazer (Quadro 13), verificando-se correlação linear estatisticamente significativa apenas entre a dor e a dimensão “Companheirismo”, correlação que é negativa e fraca. Daqui se pode interpretar que quanto menor a dor maior o índice de companheirismo enquanto estratégia de coping no lazer.

Quadro 13 – Correlação da variável “Dor - EVA” com “crenças de coping através do lazer” e “estratégias de coping através do lazer” (n=55)

	ECCL total	Autodet.	Empower.	Amizade no lazer	EECL total	Companh.	Estratégia paliativa	Influência no humor
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
EVA	0,092	-0,066	0,104	0,158	-0,205	-0,323*	-0,072	-0,243

* Correlação significativa ($p < 0,05$)

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apesar da inúmera literatura científica encontrada no âmbito do estudo da dor, bem como do *coping* e do *coping* na dor, são escassos os trabalhos encontrados que se foquem no estudo do *coping* através do lazer na dor crónica. Daí que todas as inferências sejam realizadas com o máximo cuidado.

Reportando à Teoria do Portão, já referenciada previamente, é defendido que a atenção prestada à dor contribui para um aumento da experiência dolorosa (Jameson, Trevena & Swan, 2011). Neste sentido, a pessoa dará menos atenção à dor se estiver distraída, nomeadamente através de atividades de lazer. Ainda assim, estes autores defendem que a distração é tanto maior quanto maior for o envolvimento cognitivo na realização da atividade e, logo, dão primazia a tipos de distração ativa.

Direcionando agora a atenção para as crenças de *coping* através do lazer, da análise dos resultados constatou-se que o Empowerment apresenta menor valor médio, o que nos leva a crer que o lazer é visto pelos elementos da amostra como um direito e uma oportunidade de autoexpressão. Como descreve Carvalho (2004), o *Empowerment* reside num sentimento de autocontrolo sobre a vida de cada indivíduo. Ou seja, o doente é visto como protagonista no processo de tratamento e o profissional da saúde assume o papel de orientador.

Mas as médias das três dimensões das crenças de *coping* através do lazer não estão distantes entre si, e quando se analisa cada um dos itens da escala isoladamente, atendendo à pontuação média verifica-se que a amizade no lazer assume uma posição de destaque. Iwasaki e Mannell (1999) constataram também que as crenças de *coping* através do lazer influenciam direta e indiretamente a saúde e o bem-estar das pessoas, e são estes autores que, em 2000, propõem as quatro dimensões do *coping* através do lazer: Auto-determinação, *Empowerment*, Companheirismo e *Coping* paliativo (estas duas últimas definidas com estratégias no presente estudo). De acordo com os mesmos autores, num estudo realizado junto de uma amostra de 85 estudantes, verificaram que o lazer contribuía para o *Empowerment*, e a amizade contribuía diretamente para a redução dos sintomas de doença mental e para o reforço do bem-estar psicológico.

No que diz respeito às estratégias de *coping* através do lazer, foi salientada a influência do lazer no humor, sendo esta a dimensão com média mais reduzida (logo, mais utilizada). Também Santos, Pais-Ribeiro e Guimarães (2003), num estudo realizado com uma amostra de estudantes do ensino superior, verificaram que tanto o humor como o companheirismo no lazer estavam correlacionados positivamente com o confronto e a resolução ativa dos problemas. Como já se abordou anteriormente, o *coping* centrado no problema implica uma ação construtiva por parte do doente (Barros, Trindade & Teixeira, 1996 citado por Tupholme, 2008), envolvendo o aumento dos recursos de que dispõe para lidar com a situação.

Ao analisar a relação entre as crenças e as estratégias de *coping* através do lazer, relativamente ao “*Empowerment* no lazer”, pode-se afirmar que esta dimensão está correlacionada com os resultados da EECL. Atendendo então à sua definição (Santos *et al.*, 2003), quanto maior é o *Empowerment* ou a autonomia de decisão, maior é a capacidade do doente em criar estratégias, ainda que de uma forma não planeada e inconsciente.

Verificou-se também que quanto maior for a “Autodeterminação através do lazer” (crença de que os comportamentos de lazer são livremente escolhidos e directamente controlados pelo indivíduo) maior será a “Influência do lazer no humor” (representa as atividades de lazer que podem ter um potencial de redução do *stress* possibilitando uma melhoria do humor positivo e a redução do humor negativo). Iwasaki e Mannell (2000) referem que algumas atividades de lazer possibilitam a melhoria do humor positivo e a redução do humor negativo. Contudo, apesar de empiricamente se poder pensar o contrário, os resultados da investigação de Jones (2010) apontam para que o humor não é preditivo do estado de saúde. Ainda assim, resultados obtidos por Santos e Pais-Ribeiro (2006) indicam que a participação em atividades de lazer se correlacionava positivamente com o estado de saúde.

No contexto português, é sabido que existe uma percentagem significativa de pessoas idosas que sofrem de dor crónica (DGS, 2001). No entanto, existe ainda a crença social de que as pessoas idosas são menos sensíveis à dor sendo que, a maioria, a encara como algo que é normal para a sua idade. A média de idade da amostra deste estudo é de aproximadamente 57 anos e, apesar de não se situar ainda na idade que define o conceito de pessoa idosa, está perto da mesma. Em Portugal ser idoso é definido como

tendo 65 anos ou mais, sendo também a idade normal de reforma, contudo a World Health Organization (WHO) define idoso como sendo aquele com 60 anos e muito idoso aquele com mais de 80 anos (WHO, 2012).

Contudo, e tal como Folkman et al. (1987, citado por Jones, 2010) afirmam, as diferenças nas estratégias de coping são evidentes e consistentes com a idade: enquanto os jovens recorrem a estratégias mais ativas e centradas no problema, já os mais idosos optam por recorrer a outras mais passivas e centradas na emoção. Contudo, e independentemente das estratégias de coping utilizadas, existe evidência científica (Gloth, 2000) de que a dor é tão severa e incapacitante nas pessoas idosas como nos adultos mais jovens, tornando-se imprescindível uma abordagem atenta em todas as idades.

Quanto à relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas nas crenças e estratégias de *coping* através do lazer, e atendendo a que alguns autores (Endler et al., 2003; Büssing et al., 2010) alertam para a importância da evolução da doença, ou progressão da dor, na escolha das estratégias de *coping*, os resultados aqui encontrados apontam para que quanto mais antiga for a dor, maior é a predisposição a recorrer às estratégias paliativas de lazer. De acordo com Santos et al. (2003), estas estratégias permitem melhorar a energia e encontrar outras perspetivas para lidar com os desafios de vida, através da participação em atividades construtivas que contrariam o aborrecimento. Em acréscimo, os achados de Summerfeldt e Endler (1998) evidenciam que o *coping* paliativo está correlacionado positivamente com os níveis de depressão.

Turk e Okifuji (2001) referem que as respostas comportamentais e psicossociais dos doentes em relação à dor são independentes de serem homens ou mulheres, e Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2010) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a dor. Porém, os resultados encontrados neste estudo apontam para que o sexo feminino dá mais importância às amizades com que partilham o lazer, em relação ao sexo masculino. Na mesma linha de pensamento, Iwasaki e Mannell (1999) verificaram também que a amizade no lazer contribuía não só para a redução da doença física ou mental, como também para a valorização do bem-estar psicológico. Já, Bidarra (2010) constatou que o sexo masculino apresenta maior grau de necessidades de ordem cognitiva e psico-emocional, quando comparado com o sexo feminino que dá

maior relevância às necessidades de ordem física e social. Assim sendo, pode-se explicar, em parte, porque é que as mulheres dão maior importância ao *coping* pela amizade, uma vez que está englobada nas suas necessidades sociais. Contudo, assume-se a devida precaução nessa afirmação já que se constata a inexistência de consenso científico acerca da mesma.

Da experiência pessoal da investigadora que decorreu no contexto deste estudo, importa referir a percepção que as mulheres, mais que os homens, desenvolvem atividades externas como o ir às compras e a participação em “Atividades Séniors”, o que favorece as interações com outras pessoas e favorece o lazer.

Relativamente ao estado civil, neste estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos “casados” e “não casados”. Foram constituídos estes dois grupos para possibilitar que os grupos tivessem dimensão mais homogénea, ainda que mesmo assim tenham ficado algo desequilibrados (42 indivíduos casados e em união de facto face a 13 divorciados, viúvos ou solteiros).

Também no estudo de Vivan e Argimon (2009) sobre “Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados”, não se verificaram correlações entre as estratégias de coping e o estado civil, nem na relação com a percepção dos idosos sobre sua saúde.

Já Almeida (2011), num estudo sobre “ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados” verificou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis para a depressão, desinvestimento comportamental e uso de substâncias. De acordo com Carver, Scheier e Weintraub (1989) citado por Almeida (2011, p. 38) o Desinvestimento comportamental pode definir-se como “Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir”. A autora verificou então que os participantes solteiros são os que apresentam mais desinvestimento comportamental, os casados ou em união de facto são os que apresentam menos depressão e menor abuso de substâncias, os divorciados ou separados são os que apresentam maior abuso de substâncias e os participantes viúvos são os que apresentam mais depressão e menor desinvestimento comportamental (Almeida, 2011).

Os resultados deste estudo revelam ainda uma primazia do tipo de acompanhamento farmacológico sobre os outros, nomeadamente sobre o acompanhamento psicológico. Também Büssing et al. (2010) verificaram que a dor era considerada como uma interrupção abrupta na vida de cada um e, por isso, os indivíduos procuravam a ajuda de especialistas, seguindo os seus conselhos ou limitando-se a esperar pelos efeitos terapêuticos. Tal como referem estes autores, considera-se que esta será uma estratégia de *coping* essencialmente passiva, porém não invalida que cada indivíduo possa ser formado e informado das estratégias ativas disponíveis. Ou seja, através de intervenções cognitivo-comportamentais, os doentes poderão alterar determinados aspetos da sua vida, adequando as estratégias de *coping* a cada situação; estas intervenções poderão ajudar a alertar a pessoa para a importância do lazer na sua saúde física e mental

É um facto constatado que o lazer tem implicações no *coping* na dor crónica, porém pensa-se ser relevante que, em estudos posteriores, sejam consideradas também as estratégias de *coping* disponíveis, a efetividade do *coping*, as emoções e o próprio estado de saúde de cada indivíduo. Nesta linha de pensamento, Benyon, Hill, Zadurian e Mallen (2010) encontraram forte evidência científica de que pessoas com baixa efetividade do *coping* terão maior grau de incapacidade num período posterior de 6 meses. E, assim sendo, creem que a efetividade pode ser um mediador na escolha de estratégias de *coping* específicas.

Refletindo sobre os resultados obtidos, facilmente se percebe que a amostra em estudo valoriza menos do que seria de esperar o lazer como estratégia de *coping* na dor crónica. Daí, que se sublinhe a importância do desenvolvimento de programas de intervenção específicos, e que possam traduzir resultados concretos neste domínio.

CONCLUSÃO

A evolução dos conhecimentos ligados às ciências da saúde é imensa, existindo hoje estratégias altamente eficazes para o controlo da dor. Além disso, foi-lhe atribuído um lugar de destaque, sendo considerada o 5.º sinal vital (DGS, 2008), o que implica a responsabilização de cada profissional de saúde sobre a sua correta interpretação e valorização.

Por outro lado, o *coping* na dor crónica representa um grande desafio para os cuidados de saúde, enquanto estratégia que pode ser empreendida pelos doentes e promovida pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos psicólogos clínicos e da saúde, profissionais mais capacitados para esse efeito.

A realização deste estudo permitiu obter algumas conclusões relativamente às crenças e estratégias de *coping* no lazer em pessoas com doença crónica.

Assim, relativamente às “Crenças de *coping* através do lazer” evidenciou-se que:

- não há grande diferença no valor médio para as diferentes dimensões das crenças, sendo a dimensão “*Empowerment*” a com média mais reduzida, seguindo-se a “Autodeterminação” e, só depois, a “Amizade no lazer”.
- em todas as dimensões, bem como no “*Total da escala*”, as médias estão abaixo do valor intermédio da escala (2,50);
- os itens com média mais reduzida são os itens “Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer” e “Sou respeitado(a) pelos meus companheiros de lazer”;
- os itens com média mais elevada são os itens “Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais” e “Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer”;

Relativamente à escala de “Estratégias de *coping* através do lazer”, verificou-se que:

- a dimensão com média mais reduzida é a “Influência do lazer no humor”, ao passo que o “Lazer como estratégia paliativa” é a dimensão com média mais elevada;

- em todas as dimensões, bem como no “*Total da escala*”, as médias estão abaixo do valor intermédio da escala (2,50);
- os itens com média mais reduzida foram os itens “O lazer fez-me sentir triste” e “O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o humor”;
- os itens com média mais elevada foram os itens “Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o *stress*” e “Envolvi-me numa actividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema”.

A respeito da correlação entre as duas escalas, apenas houve evidência estatística para afirmar que:

- quanto maior é crença de “*Empowerment* no lazer” maior é o recurso a Estratégias de *Coping* no geral (EECL total) e vice-versa;
- quanto maior é a crença de “Autodeterminação através do lazer” maior é a “Influência do lazer no humor” enquanto estratégia e vice-versa.

A propósito da relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as crenças e estratégias de *coping* através do lazer verificou-se que:

- a “idade” não apresentou nenhuma correlação linear estatisticamente significativa com os scores das escalas;
- quanto maior o tempo de duração da dor maior o recurso às estratégias paliativas de lazer;
- as mulheres privilegiam mais a “amizade no lazer” como crença de *coping* através do lazer do que os homens;
- relativamente ao “Estado civil” não existe evidência estatística de diferença entre doentes “casados” e “não casados” nos scores das escalas;
- quem não tem acompanhamento farmacológico tem mais capacidade em usar estratégias de *coping* no geral e, mais especificamente, o humor do que os inquiridos que utilizam medidas farmacológicas para alívio da dor crónica;

Como resultados referentes ao último objectivo do estudo, concluiu-se com evidência estatisticamente significativa que:

- quanto menor a dor sentida pela pessoa (no momento da avaliação) maior o índice de companheirismo enquanto estratégia de *coping* através do lazer por ela usada.

Paralelamente, verificou-se que a grande maioria das pessoas opta por estratégias farmacológicas para o alívio da dor em detrimento de outras não farmacológicas como a Acupunctura, o Reiki, Yoga ou outras.

Como principais implicações para a prática clínica resultantes do presente estudo resulta um maior conhecimento sobre as crenças e estratégias de *coping* através do lazer em pessoas com dor crónica e, a relação destas com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Apesar deste maior conhecimento, as limitações metodológicas deste trabalho impõem precaução na extrapolação destas conclusões. Ainda assim, acredita-se que esta é uma área a explorar em pesquisas futuras, alargando a amostra a outros contextos. Algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como a dor apresentaram relações estatisticamente significativas com as variáveis principais, pelo que uma maior atenção a estas variáveis deverá ser ponderada, sendo importante seleccionar os indivíduos com estas características como alvos prioritários de intervenção nesses casos.

Como principais limitações deste estudo e respectivas propostas de melhoria podem referir-se:

- a avaliação da dor com recurso a uma única avaliação, numa escala de 0 a 10. Futuros estudos deverão recorrer a escalas mais globais para avaliação da dor crónica. Escalas de qualidade de vida também poderão ser uma forma adequada para avaliar o impacto da dor e a correlação com as crenças e estratégias de *coping* no lazer em pessoas com dor crónica;
- o tamanho da amostra. Não se pode dizer que este seja pequeno ou grande, uma vez que não foi previamente realizado um cálculo do tamanho da amostra atendendo à variação “esperada” das variáveis principais. A não identificação de estudos nesta área foi uma das razões que levou a que não se realizasse este cálculo, mas a dificuldade metodológica para o calcular foi outra; Acresce também a dificuldade inerente à recolha de dados em amostras clínicas no âmbito de estudos com períodos temporais restritos.

- o desenho transversal do estudo. Estudos de longitudinais poderão ser uma boa estratégia para estudos posteriores, devendo estes ter início no momento em que as pessoas são admitidas na consulta de dor;
- a limitada avaliação de variáveis que pudessem afetar as crenças e estratégias de *coping* no lazer destas pessoas. Apesar de se questionar se recorriam a estratégias não farmacológicas, foram poucas as pessoas a referir estas estratégias e quando referiam a opção “outras” não as identificavam. Futuros estudos poderão explorar melhor estas outras estratégias, comparando as crenças e estratégias de *coping* entre estas e as que recorrem apenas ao tratamento farmacológico. Todavia, tal deve ser feito sem sobrecarregar excessivamente um grupo já de si fragilizado;
- a reduzida consistência interna (<0,70) (Pestana e Gageiro, 2003) de algumas das dimensões destas escalas, apesar de estes valores não diferirem muito dos valores obtidos pelo estudo de validação das escalas para Portugal. Outros instrumentos de avaliação poderão ser aplicados ou mesmo, recorrer a outros métodos de colheita de dados, nomeadamente entrevistas individuais e grupais (fenomenológicas) ou estudos etnometodológicos.

Ainda que não constitua propriamente uma limitação, fica a sugestão para a realização de estudos que possam comparar as crenças e estratégias de *coping* no lazer, bem como a dor, capacidade funcional, qualidade de vida, felicidade, personalidade, rede de suporte e apoio, entre pessoas com dor crónica que integram uma consulta de dor que inclui sessões clínicas com psicólogo e pessoas que integrem o programa *standard* atual de consulta da dor. Por outras palavras, pretender-se-ia desta forma responder à questão: Qual a influência na dor na felicidade, nas crenças e estratégias de *coping* e na capacidade funcional da realização de consultas de psicologia em pessoas com dor crónica? Como desenho de estudo, o ideal seria um ensaio clínico que avaliasse o efeito desta intervenção (consultas de psicologia mais cuidados *standard*) comparado com cuidados *standard*. Avaliar apenas a evolução destas variáveis principais antes e depois de um programa de intervenção é outra hipótese (considerando o mais detalhadamente possível as variáveis parasitas).

Finalmente, investigações futuras na temática do *coping*, do lazer e da saúde devem reconhecer a importância das várias dimensões do *coping* através do lazer, atendendo à complexidade inerente aos processos e mecanismos individuais de *coping*.

O estudo da catastrofização da dor pode ser uma área importante de investigação, já que os resultados de alguns estudos sugerem uma importante influência da catastrofização da dor sobre a percepção da intensidade da dor e a incapacidade funcional em indivíduos com dor crónica, realçando o seu construto multidimensional (Domingues, 2011). Importa, assim, não esquecer que não só a dor é em si um evento stressante como pode existir uma catastrofização desse evento que adensa o sofrimento da sua vivência.

Outra nota conclusiva reporta-se às implicações que o estudo desta temática pode ter no ensino (ainda que intrinsecamente relacionada com a investigação e prática clínica), já que é patente que o *coping* tem sido associado sobretudo ao *stress* e muito pouco à dor crónica ou outras situações de saúde das pessoas. A exploração de caminhos ainda pouco percorridos acontece com limitações, nomeadamente teóricas, mas poderão originar importantes conhecimentos e aplicações num futuro próximo.

Referências Bibliográficas

- Adegbola, M. (2011). Spirituality, self-efficacy, and quality of life among adults with sickle cell disease. *South Online Journal of Nursing Res.*, 11:1, 1-16. Recuperado em 10 Fevereiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137798/pdf/nihms299000.pdf>.
- Almeida, M. (2011). *Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Angelotti, G., & Fortes, M. (2007). Terapia cognitiva e comportamental no tratamento da dor crónica. In I. B. Güntert & C. G. Colas (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento da Dor* (pp. 33-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3:2, 273-294. Recuperado em 11 Fevereiro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>.
- Barry, L., Kerns, R., Guo, Z., Duong, B., Iannone, L., & Reid, M. (2004). Identification of strategies used to cope with chronic pain in older persons receiving primary care from a veterans affairs medical center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52:6, 950-956. Recuperado em 17 Janeiro, 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2004.52263.x/full>.
- Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benyon, K., Hill, S., Zadurian, N., & Mallen, C. (2010). *Coping* strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*, 8, 224-236. Recuperado em 31 Janeiro, 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.187/pdf>.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf.

- Blyth, F., March, L., Nicholas, M., & Cousins, M. (2005). Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain*, 113, 285-292. Recuperado em
- Brown, G., & Nicassio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31:1, 53-64. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395987900066>.
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10, 507-517. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-507.pdf>.
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "Empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20:4, 1088-1095. Recuperado em 24 Janeiro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>.
- Castro-Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da Dor*. Recuperado em 22 Janeiro, 2012, de <http://nebm.ist.utl.pt/repositorio/download/1543>.
- Chesney, M., Chambers, D., Taylor, J., Johnson, L., & Folkman, L. (2003). Coping effectiveness training for men living with hiv: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038–1046. Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/6/1038.full.pdf+html>.
- Cole, J. (1998). Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 217–226.
- Coniam, S., & Diamond, A (2001). *Controlo da dor* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, J. (2011). Modelo de manutenção de estados emocionais negativos na artrite reumatóide. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Dias, M., & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1:20, 91-105. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a09.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Plano nacional de controlo da dor*. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.
- Domingues, L. (2011). *Relação entre a catastrofização da dor, percepção da intensidade da dor e incapacidade funcional em utentes com dor crónica cervical*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Eimer, B., & Freeman, A. (1998). *Pain management psychotherapy – a practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Endler, N., Corace, K., Summerfeldt, L., Johnson, J., & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 34, 323-346. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271782&_user=5838510&_pii=S019188690200048X&_check=y&_origin=&_coverDate=28-Feb-2003&_view=c&_wchp=dGLbVIV-zSkzS&_md5=88f6689d7955488277a3cf31e36ab287/1-s2.0-S019188690200048X-main.pdf.
- Ersek, M., Turner, J., & Kemp, C. (2006). Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *The Journal of Pain*, 7:11, 833-842. Recuperado em 17 Janeiro, 2012, de [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(06\)00762-0/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(06)00762-0/abstract).
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & Lopez-Martínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33:2, 179-188. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de <http://www.springerlink.com/content/cu12u2p63tw04166/fulltext.pdf>.
- Farh, J., Leong, F., & Law, K. (1998). Cross-cultural validity of Holland's Model in Hong Kong. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 425-440. Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272611&_user=5838510&_pii=S0001879197916316&_check=y&_origin=article&_zone=toolb

[ar& coverDate=30-Jun-1998&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVIS-zSkzV&md5=d944fb58958e897d05d93cfce1ca4221/1-s2.0-S0001879197916316-main.pdf.](#)

Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2010). Influência do sexo no *coping* com a dor em pessoas com dor crónica musculoesquelética. 8.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:SBQDSOczy70J:scholar.google.com/+estrat%C3%A9gias+de+coping+na+dor+cr%C3%B3nica&hl=pt-PT&as_sdt=0.

Feuerstein, M. (1994). Definitions of pain. In C. Tollison (Ed.), *Handbook of pain management* (2ª ed., pp. 3-6) Baltimore: Williams & Wilkins.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21:3, 219-239. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.jstor.org/pss/2136617>.

Gloth, F.M. (2000). Geriatric pain: factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics*, 55:10, 46-54.

Gorin, S., et al. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30:5. Recuperado em 10 Fevereiro, 2012, de <http://jco.ascopubs.org/content/early/2012/01/17/JCO.2011.37.0437.abstract>.

Heutink, M., et al. (2012). The CONECISI trial: Results of a randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for *coping* with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. *Pain*, 153, 120-128. Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271050&_use_r=5838510&_pii=S0304395911005860&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar& coverDate=31-Jan-2012&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVBA-zSkWA&md5=4b56c86d40b96551c611da6b7b2b2f20/1-s2.0-S0304395911005860-main.pdf.

- Hirsh, A. et al. (2011). Pain acceptance is associated with key psychosocial outcomes in adults with multiple sclerosis and chronic pain. *30th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society*. Recuperado em 10 Fevereiro, 2012, de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Z_FQ_UHizLYJ:scholar.google.com/+psychosocial+pain&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_ylo=2011.
- Holmes, J., & Stevenson, S. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, 9, 577-584.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2011). Dor crónica: o impacto socioeconómico. *Hospital do Futuro*. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2011/Marco/WorkshopDorCronica.pdf>.
- International Association for the Study of Pain (2009). Coping with pain. *Pain Clinical Updates*, 17:5, 1-6. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=10417&SECTION=Home>.
- International Association for the Study of Pain (2011). IASP Taxonomy. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain[http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801\(09\)00229-8/abstract](http://www.europeanjournalpain.com/article/S1090-3801(09)00229-8/abstract).
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. (1999). *Repeated assessment analyses of leisure stress-coping and health models*. Recuperado em 12 de Janeiro, 2012, de http://lin.ca/Uploads/cclr9/CCLR9_67.pdf.
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*, 22:3, 163-181. Recuperado em 24 Janeiro, 2012, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01490409950121843>.

- Iwasaki, Y., Mannell, R., Smale, P., & Butcher, J. (2005). Contributions of leisure participation in predicting *stress coping* and health among police and emergency response service workers. *Journal of Health of Psychology*, 10:1, 79-99. Recuperado em 12 de Janeiro, 2012, de http://www.uk.sagepub.com/marks/materials/13_Iwasaki.pdf.
- Jameson, E., Trevena, J., & Swain, N. (2011). Electronic gaming as pain distraction. *Pain Res. Manage*, 16:1, 27-32. Recuperado em 31 Janeiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052404/pdf/prm16027.pdf>.
- Jensen, M. (2011). Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. *Pain*, 152, 717-725. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271050&_user=5838510&_pii=S0304395910005464&_check=y&_origin=&_coverDate=30-Apr-2011&_view=c&_wchp=dGLbVBA-zSkWz&md5=7d2ea945276fe927dc72aebbd454b5b9/1-s2.0-S0304395910005464-main.pdf.
- Jones, C. (2010). *The relationship between health status, life satisfaction, and humor as a coping mechanism among noninstitutionalized older adults* (Doctoral dissertation, The Florida State University, 2010). Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-04012010-122959/unrestricted/Jones_C_Dissertation_2010.pdf.
- Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M., & Jackson, M. (1996). *Coping with chronic pain*. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory and Research and Applications* (pp. 252-278). New York: John Wiley.
- Keefe, F., & Williams, D. (1990). A comparison of *coping* strategy in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165. Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de <http://geronj.oxfordjournals.org/content/45/4/P161.abstract>.

- Koullil, S. et al. (2007). Cognitive-behavioural therapies and exercise programmes for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions. *Annal of Rheumatology Disorders*, 66, 571-581. Recuperado em 19 Janeiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1954607/pdf/571.pdf>.
- Krug, R., Marchesan, M., Conceição, J., Mazo, G., Antunes, G., & Romitti, J. (2011). Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos. *Licere*, 14:4, 1-29. em 10 Fevereiro, 2012, de http://www.anima.eefd.ufrj.br/licere/pdf/licereV14N04_a3.pdf.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nova Iorque: Springer.
- Lopes, B. (2010). A dor equiparada ao 5.º sinal vital. In Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (Ed.), *A Dor em Portugal – Um compromisso para o futuro* (pp. 6-7). Porto: Diário de Notícias.
- Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Penmayer Portugal
- Mamede, A. (2011). *Dor crónica lombar*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Setúbal, Portugal. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6327/1/Mamede%20Alexandra%20TM%202011.pdf>.
- Mannell, R., & Kleiber, D. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- McBeth, J. et al. (2012). Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Archives of Internal Medicine*, 172:1, 48-57. Recuperado em 10 Fevereiro, 2012, de <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/172/1/48>.
- McCracken, L. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272550&_user=5838510&_pii=S1090380105000054&_check=y&_origin=article&_zone=relatedPdfPopup&_coverDate=2006-01-31&piiSuggestedFrom=S0304395903002021&wchp=dGLzVBA-

[zSkWb&md5=d5ae7d6260af87bf8db0b951976d9390/1-s2.0-S1090380105000054-main.pdf.](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395903004299)

- McCracken, L., Vowles, K., & Eccleston, C. (2003). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395903004299>.
- Mead, K., Theadom, A., Byron K., & Dupont, S. (2007). Pilot study of a 4-week Pain Coping Strategies (PCS) programme for the chronic pain patient. *Disability and Rehabilitation*, 29:3, 199-203. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=40d2f851-6ead-46bb-9543-b23613c5b056%40sessionmgr12&vid=2&hid=17>.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 150:3699, 971-979. Recuperado em 12 Janeiro, 2012, de http://www.hnehealth.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0012/70122/pain_mechanisms_20100315013844.pdf.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M., Costa, M., & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/782/1/Qualidade%20de%20Vida.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática dor*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peres, M., & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current Pain Headache Rep.*, 14, 331-338. Recuperado em 5 Janeiro, 2012, de <http://www.springerlink.com/content/b686471538773603/fulltext.pdf>.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para as Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. (3.ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, C., Cruz, D., & Curita, G. (2004). “Coping” no doente com dor crónica. *Prática Hospitalar*, 35. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de

<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2006-35.html>.

- Rafty, M., Ryan, P., Normand, C., Murphy, A., Harpe, D., & McGuire, B. (2012). The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: results from the PRIME Study, Part 2. *The Journal of Pain*, 13:2, 139-145. Recuperado em 10 Fevereiro, 2012, de http://pdn.sciencedirect.com/science?_ob=ImageURL&_cid=272520&_use_r=5838510&_pii=S1526590011008169&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=29-Feb-2012&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVIV-zSkzS&md5=2e02754cb28df5c9d02f6ffb31c42ec5/1-s2.0-S1526590011008169-main.pdf.
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A., & Zarazaga, R. (2004). Personality characteristics as differential variables on the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27:2, 147-165. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15171104>.
- Reid, M., Barry, L., Kerns, R., Duong, B., & Concato, J. (2002). Coping strategies and their associations with levels of disability or pain, among older veterans receiving primary care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55:6, 629. Recuperado em 17 Janeiro, 2012, de [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(02\)00420-1/abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(02)00420-1/abstract).
- Rosenstiel, A., & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17:1, 33-44. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395983901252>.
- Rustoen, T., Wahl, A., Hanestad, B., Lerdal, A., Paul, S., & Miasowski, C. (2004). Gender differences in chronic pain: findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Management Nursing*, 5:3, 105-117. Recuperado em
- Santos, M., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estilos de lazer, saúde e estratégias de coping. Recuperado em 24 Janeiro, 2012, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15569/2/52325.pdf>.

- Santos, M., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Dimensões do lazer como estratégia de *coping*. Recuperado em 24 Janeiro, 2012, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=dimensões%20do%20lazer%20como%20estratégia%20de%20coping&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffpceup%2Fpubls_pesquisa.show_publ_file%3Fpct_gdoc_id%3D7708&ei=n6g5T-T3HKSn0QXL2bS8Ag&usg=AFQjCNHzOXR2rRIIWK4r_Mwy4qN4gNGfLQ&sig2=jFIHptckmXDB5XNSQYz8Uw&cad=rja
- Santos, M., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica*, 4:21, 441-451.
- Schermelleh-Angel, K., Eifert, G., Moosbrugger, H., & Frank, D. (1997). Perceived competence and trait anxiety as determinants of pain *coping* strategies. *Personality and Individual Differences*, 22, 1-10. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886996001699>.
- Summerfeldt, L., & Endler, N. (1998). *Coping* with chronic pain: psychological variables, personality, and illness experience and outcome. In J. Bermudez, B. de Raad, J. DeVries, A. Perez-Garcia, A. Sanchez-Elvira, & G. Van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, 6 (pp. 409-416). Tilburg, Holanda: Tilburg University Press.
- Tinsley, H. & Tinsley, D. (1986). A theory of the attributes benefits and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8, 1-45.
- Tinsley, H., & Eldredge, B. D. (1995). Psychological benefits of leisure participation: A taxonomy of leisure activities based on their need-gratifying properties. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 123-132.
- Tupholme, T. (2008). *Qualidade de Vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Recuperado em 27 Dezembro, 2011, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/959/5/21105_ulsd055886_tm_tese.pdf.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies of pain. In J. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain*, (pp. 17-25). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Vivan, A., & Argimon, I. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 25:2, 436-444.
- Vlaeyen, J., & Linton, S. (2000). Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. Recuperado em 15 Janeiro, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10781906>.
- World Health Organization (2012). *Definition of an older or elderly person*. Recuperado em 18 Janeiro, 2012, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>.

ANEXOS

ANEXO A

Consentimento informado

Estudo sobre *Coping* através do lazer na Dor Crónica

No âmbito de uma investigação sobre *Coping* através do Lazer na Dor Crónica, vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe são fornecidos.

Inicialmente, deverá preencher um Questionário Sociodemográfico e Clínico, que permitirá fazer a caracterização pessoal (idade, sexo, ...). O Questionário que se segue, a Escala visual Analógica da Dor, pretende avaliar a intensidade da sua dor. Finalmente, a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer e Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer pretendem avaliar a ideia que se tem sobre o Lazer e a sua utilidade.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, assinar a declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

A investigadora principal,

Carla Teixeira

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar num estudo da responsabilidade da Dr.^a Carla Teixeira.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado(a) do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Assim, não colocarei o meu nome ou rubrica em mais nenhuma página depois desta.

Assinatura _____

Data ____/____/____

ANEXO B

Questionário sociodemográfico

Data: ____/____/____

Questionário n.º _____

O presente questionário destina-se a um estudo sobre “O *coping* através do lazer na dor crónica”.

As suas respostas são absolutamente confidenciais e anónimas. Para que o anonimato seja garantido, por favor, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas do questionário.

Muito obrigada pela sua colaboração, que é de uma importância crucial para este estudo.

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

1. **Sexo:** Masculino ____ Feminino ____
2. **Idade:** ____anos
3. **Estado civil:** Casado(a)/União de Facto ____ Divorciado(a)/Separado(a) ____
Viúvo ____ Solteiro(a) ____
4. **Habilitações literárias:** _____
5. **Estatuto profissional:** Tempo inteiro ____ Tempo parcial ____ Reforma antecipada ____ Reforma não antecipada ____ Pensão de invalidez ____
Desempregado ____
Doméstica ____ Estudante ____
6. **Data de início da doença:** _____ Anos
7. **Idade do início da doença:** ____Anos
8. **Duração da Dor:** _____ Anos
9. **Que tipo de acompanhamento tem tido para a sua dor:**
Farmacológico ____ (Substância+Toma) _____
Psicológico ____
Terapias alternativas ____ qual? Yoga ____ Reiki ____ Acunpunctura ____
Outro(a): _____
10. **Escala Visual Analógica (EVA) de 0 a 10** _____

ANEXO C

Escala de *Coping* Através do Lazer

Escala de Coping Através do Lazer

(Iwaasaki & Mannell, 2000; traduzida e validada por Santos, Pais-Ribeiro & Guimarães, 2003)

As seguintes questões destinam-se a avaliar as tuas convicções acerca do lazer. Lazer significa aquilo que fazemos no tempo livre e também as actividades recreativas em que estamos envolvidos. Lê, por favor, as afirmações que se seguem e indica em que medida concordas com cada uma delas, assinalando o número que melhor corresponde à tua resposta. A designação *companheiros do lazer* diz respeito a pessoas com as quais, frequentemente, realizas actividades de lazer.

Escala de Crenças de Coping através do Lazer (ECCL)

Item	Concordo Muitíssimo	Concordo Muito	Concordo Moderadamente	Concordo Pouco	Não concordo
1. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a	1	2	3	4	5
2. O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	1	2	3	4	5
3. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer	1	2	3	4	5
4. O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	1	2	3	4	5
5. No lazer adquiero sentimentos de controlo pessoal	1	2	3	4	5
6. Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	1	2	3	4	5
7. Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	1	2	3	4	5
8. Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	1	2	3	4	5
9. As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	1	2	3	4	5
10. Os meus companheiros de lazer estimam-se muito	1	2	3	4	5
11. Aquilo que faço no lazer permite que me sintam bem comigo próprio/a	1	2	3	4	5
12. Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-mo	1	2	3	4	5

13. (invertido). O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com problemas	1	2	3	4	5
14. Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
15. Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	1	2	3	4	5
16. Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro	1	2	3	4	5
18. Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	1	2	3	4	5
19. As coisas que faço nos tempos de lazer ajudam-me a ganhar confiança	1	2	3	4	5
20. Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis	1	2	3	4	5
21. Sou respeitado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
22. (invertido). Sinto-me constrangido/a nos tempos de lazer	1	2	3	4	5
23. Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer	1	2	3	4	5
24. Sinto-me apreciado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
26. A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	1	2	3	4	5
27. Sou eu próprio que decido no meu tempo de lazer	1	2	3	4	5
28. Sinto-me emocionalmente apoiado(a) pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
29. (invertido). Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
30. As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconhecimento	1	2	3	4	5

ANEXO D

Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer

Escala de Estratégias de Coping através do Lazer (EECL)

(Iwaasaki & Mannell, 2000; traduzida e validada por Santos, Pais-Ribeiro & Guimarães, 2003)

As seguintes afirmações destinam-se a avaliar até que ponto o lazer te ajuda a lidar com o *stress* na tua vida. Em alguns casos, podes intencionalmente escolher o teu envolvimento no lazer como ajuda para lidar com o *stress*. Noutros casos, podes considerar que aquilo que fazes como lazer ajuda a reduzir o *stress* mesmo quando decides participar por outras razões. ***Por favor, recorda-te dos acontecimentos desencadeadores de stress com que te deparaste no mês passado. Relembra, agora, como é que lidaste com eles. Lê, por favor, as seguintes afirmações e indica em que medida concordas com cada uma delas, assinalando o número que melhor corresponde à tua resposta.***

Item	Concordo Muitíssimo	Concordo Muito	Concordo Moderada mente	Concordo Pouco	Não concordo
1. O lazer fez com que me sentisse melhor	1	2	3	4	5
2. O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	1	2	3	4	5
3. Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	1	2	3	4	5
4. O escape através do lazer foi uma maneira de lidar com o <i>stress</i>	1	2	3	4	5
5. Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o <i>stress</i>	1	2	3	4	5
6. O lazer fez-me ter sentimentos positivos	1	2	3	4	5
7. Lidei com o <i>stress</i> através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	1	2	3	4	5
8. Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o <i>stress</i>	1	2	3	4	5
9. O lazer foi um meio importante para me manter ocupado(a)	1	2	3	4	5
10. Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	1	2	3	4	5
11. O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	1	2	3	4	5
12. O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o humor	1	2	3	4	5
13. O lazer fez-me sentir triste	1	2	3	4	5

14. Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	1	2	3	4	5
16. O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos	1	2	3	4	5
17. Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o <i>stress</i>	1	2	3	4	5
18. Uma das minhas estratégias para lidar com o <i>stress</i> foi a participação em atividades de lazer social	1	2	3	4	5