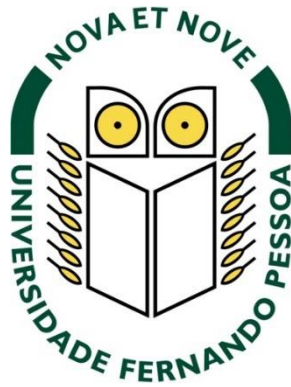


Joana Luís Oliveira Martins da Silva Damas



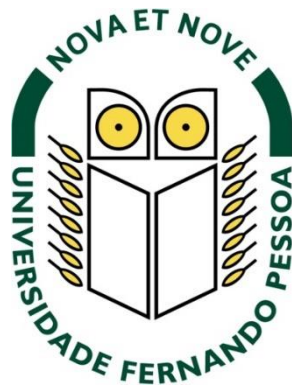
Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica

Universidade Fernando Pessoa

Porto,

2022

Joana Luís Oliveira Martins da Silva Damas



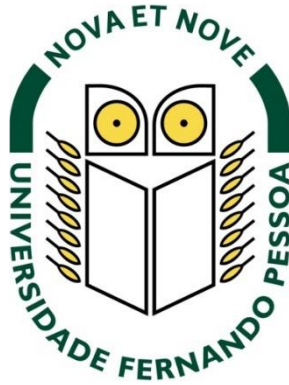
Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica

Universidade Fernando Pessoa

Porto,

2022

Joana Luís Oliveira Martins da Silva Damas



A Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica

Joana Luís Oliveira Martins da Silva Damas

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da
Saúde, sob orientação da Professora Dou-
tora Rute F. Meneses

“One day, in retrospect, the years of struggle will strike you as the most beautiful”

Sigmund Freud

Agradecimentos

Demonstro a minha gratidão a todos aqueles que se cruzaram no meu percurso, que de forma direta ou indireta, contribuíram para que conseguisse atingir as competências necessárias para o meu desenvolvimento pessoal e conclusão deste mestrado.

Expresso o meu profundo agradecimento à Universidade Fernando Pessoa, que me acolheu desde o primeiro dia. Permitiu-me expandir os meus conhecimentos no domínio da Psicologia Clínica e da Saúde, fomentando a minha capacidade de reflexão e sentido crítico. Foram cinco anos extremamente positivos, onde a toda a comunidade académica me abraçou e me disponibilizou todos os recursos para a minha aprendizagem. Aos meus professores que me facultaram os seus conhecimentos e me estimularam a saber mais, sempre com uma postura empática e acessível.

Agradeço, indubitavelmente, em particular, à Professora Dr.^a Rute F. Meneses, que assumiu a orientação do meu estágio curricular e da presente dissertação. Com o seu rigor, visão científica, disponibilidade e atenção guiou-me neste trajeto. Obrigada por todas as horas despendidas a ouvir-me e a validar as minhas ideias com as suas sábias sugestões, construindo comigo este trajeto.

Um agradecimento especialíssimo, à Dr.^a Virgínia Rebelo, que com a sua amabilidade, cuidado e profissionalismo, sempre me apoiou em todas as áreas que envolvem a Psicologia. Foi um percurso muito gratificante, onde aprendi e desenvolvi as ferramentas para a minha futura atividade profissional. A confiança que depositou em mim, possibilitou o meu crescimento, encorajando-me a fazer sempre mais e melhor. Muito obrigada por toda a partilha e por me ter acompanhado.

Agradecer também à minha mãe e ao meu pai que me proporcionaram todas as condições necessárias à minha aprendizagem e ao meu desenvolvimento, desde o meu primeiro segundo de vida até ao dia de hoje. Todos os agradecimentos que vos conseguirei fazer são reduzidos, comparativamente à grandeza do vosso carinho e cuidado para comigo. Obrigada pelo amor que têm por mim e por todas as amáveis palavras que me transmitem em qualquer momento. Ao meu irmão, pela sua alegria, companheirismo e paciência inesgotável. Além de estar ao meu lado em todos os momentos da vida, dedica-me sempre a sua atenção quando eu mais preciso. Obrigada pela nossa cumplicidade diária. São e serão para sempre, o meu porto-seguro e os meus pilares.

Às minhas amigas, principalmente à Liliana e à Raquel, por todas as memórias ao longo destes anos, e por todo o apoio incondicional, mesmo nos momentos mais exigentes. Sem dúvida que sem vocês este percurso não seria feito do mesmo modo. Foram importantíssimas para conseguir atingir esta etapa. Obrigada pela amizade, pelos momentos de pura alegria e por caminharem comigo. Continuaremos juntas a descobrir os caminhos da Psicologia e da vida. A todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

A inteligência emocional e a autoeficácia afirmam-se como construtos relevantes na estruturação de um indivíduo, principalmente com um quadro de dor latente.

A literatura demonstra uma relação entre os níveis de inteligência emocional e a percepção da intensidade do quadro de dor, onde a componente sociodemográfica e clínica tem interferência. Paralelamente, a investigação científica também relaciona a autoeficácia com a inteligência emocional e a dor. Deste modo, foram desenvolvidos dois estudos quantitativos, com os seguintes objetivos: caracterizar a inteligência emocional de indivíduos com dor crónica; explorar a relação entre inteligência emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas (Estudo 1); caracterizar a autoeficácia destes indivíduos, explorar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia em função da dor crónica e analisar a relação entre a inteligência emocional e a autoeficácia (geral e para a dor crónica) (Estudo 2). Para operacionalizar estes objetivos, este estudo teve o contributo de 120 pacientes, com maior prevalência do sexo feminino ($n = 92$; 76,7 %), com idades compreendidas entre os 22 e os 82 anos ($M = 54,42$; $DP = 13,43$). A maioria dos inquiridos era casada ($n = 94$; 78,3%) e a maior parte tinha um nível de habilitações literárias correspondente ao 3º Ciclo ($n = 32$; 26,7%). Com vista a recolher dados sociodemográficos e clínicos, foram utilizados questionários desenvolvidos para o efeito. Para a inteligência emocional, foi aplicado o Questionário de Regulação Emocional e para a autoeficácia, de forma global, a *General Self-Efficacy Scale*. O instrumento que avalia a autoeficácia para o contexto da dor foi desenvolvido para o presente estudo, intitulado-se Módulo de Autoeficácia para a Dor. Os dados foram recolhidos no Centro Hospitalar Universitário de São João, na consulta de Psicologia-Dor.

Globalmente, no domínio da inteligência emocional, a reavaliação cognitiva e a supressão emocional apresentaram valores médios superiores aos descritos na literatura. Além disso, este construto mostrou estar significativamente relacionado com o sexo na dimensão da reavaliação cognitiva, não tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre a inteligência emocional e as restantes variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas. A autoeficácia deste estudo encontra-se em níveis abaixo do estado da arte, bem como da média da população portuguesa. A intensidade de dor demonstrou uma relação estatisticamente significativa com as três dimensões em simultâneo (inteligência emocional, autoeficácia e autoeficácia para a dor). Em indivíduos com dor leve a reavaliação cognitiva mostrou estar associada à supressão emocional e a autoeficácia demonstrou uma relação com a supressão emocional em indivíduos com dor moderada e com a reavaliação cognitiva na dor intensa. As implicações práticas dos resultados e o facto de haver construtos que necessitam uma maior atenção justificam a relevância de aprofundar a investigação nesta área.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, Dor e Autoeficácia

Abstract

Emotional intelligence and self-efficacy are relevant constructs in structuring an individual, especially with a latent pain condition.

The literature shows a relationship between the levels of emotional intelligence and the perceived intensity of pain, where the socio-demographic and clinical components interfere. In parallel, scientific research also relates self-efficacy with emotional intelligence and pain. Thus, two quantitative studies were developed with the following objectives: to characterise the emotional intelligence of individuals with chronic pain; to explore the relationship between emotional intelligence and socio-demographic and clinical variables (Study 1); to characterise the self-efficacy of these individuals, explore the relationship between emotional intelligence and self-efficacy according to chronic pain and analyse the relationship between emotional intelligence and self-efficacy (general and for chronic pain) (Study 2). To operationalize these objectives, this study had the contribution of 120 patients, with a higher prevalence of females ($n = 92$; 76.7%), aged between 22 and 82 years ($M = 54.42$; $SD = 13.43$). Most of the respondents were married ($n = 94$; 78.3%) and most of them had a high school education ($n = 32$; 26.7%). In order to collect socio-demographic and clinical data, questionnaires developed for this purpose were used. For emotional intelligence, the Emotion Regulation Questionnaire was applied and for self-efficacy, in a global way, the General Self-Efficacy Scale was applied. The instrument that assesses self-efficacy for pain was developed for this study and is called Pain Self-Efficacy Module. Data were collected at the Centro Hospitalar Universitário de São João, in the Psychology-Pain consultation..

Overall, in the emotional intelligence domain, cognitive reappraisal and emotional suppression had higher mean values than those described in the literature. Moreover, this construct showed to be significantly related to gender in the cognitive reappraisal dimension, and no statistically significant relationships were found between emotional intelligence and the remaining socio-demographic and clinical variables analyzed. Self-efficacy in this study is at levels below the state of the art, as well as below the average of the portuguese population. Pain intensity showed a statistically significant relationship with the three dimensions simultaneously (emotional intelligence, self-efficacy and self-efficacy for pain). In individuals with mild pain, cognitive reappraisal was associated with emotional suppression and self-efficacy showed a relationship with emotional suppression in individuals with moderate pain and with cognitive reappraisal in severe pain. The practical implications of the results and the fact that there are constructs that need further attention justify the relevance of further research in this area.

Keywords: Emotional Intelligence, Pain and Self-Efficacy

Índice Geral

Agradecimentos	V
Resumo	VI
<i>Abstract</i>	VII
Índice Geral	VIII
Índice de Tabelas	X
Lista de Abreviaturas	XI
Introdução Geral	13
Artigo 1: “Inteligência Emocional na Dor Crónica: I. Correlatos Sociodemográficos e Clínicos	16
Resumo.....	16
<i>Abstract</i>	17
Introdução.....	18
1. Inteligência Emocional.....	19
1.1. Definição de Emoção.....	19
1.1. Definição de Inteligência Emocional.....	20
1.2.1. Modelo de Habilidades de Salovey e Mayer.....	21
1.2.2. Modelo Misto de Bar-on e Daniel Goleman.....	22
2. Dor.....	24
2.1. Definição de Dor.....	24
2.2. Abordagem da Dor Crónica.....	25
3. Inteligência Emocional em indivíduos com Dor Crónica.....	27
4. Método.....	34
4.1. Participantes.....	35
4.2. Material.....	36
4.3. Procedimento.....	37
4.4. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	38
4.4.1. Caracterização Clínica da Amostra.....	38
4.4.2. Caracterização da Inteligência Emocional.....	41
4.4.3. Inteligência Emocional e Variáveis Clínicas.....	43
4.4.4. Inteligência Emocional e as Variáveis Sociodemográficas.....	45
5. Conclusão.....	50
Referências bibliográficas.....	51
Artigo 2: “Inteligência Emocional na Dor Crónica: II. Relação com a Autoeficácia”	59
Resumo.....	59
<i>Abstract</i>	60

Introdução.....	62
1. Autoeficácia.....	63
1.1. Definição de Autoeficácia.....	63
1.2. Crenças de Autoeficácia- Processos mediadores.....	65
2. Dor Crónica.....	66
2.1. Definição de Dor Crónica.....	66
2.2. Viver com Dor Crónica.....	66
2.3. Como lidar com um quadro de Dor Crónica.....	68
3. A autoeficácia em indivíduos com Dor Crónica.....	69
4. Inteligência Emocional, Dor e Autoeficácia.....	74
5. Método.....	76
5.1. Participantes.....	76
5.1.1. Caracterização Clínica da Amostra.....	78
5.2. Material.....	79
5.3.Procedimento.....	81
5.4.Apresentação e Discussão dos Resultados.....	81
5.4.1. Caracterização da Autoeficácia.....	82
5.4.2. Caracterização da Inteligência Emocional.....	85
5.5.Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica.....	87
5.5.1. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Leve.....	90
5.5.2. Relação entre Inteligência e Autoeficácia na Dor Moderada.....	90
5.5.3. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Intensa.....	91
6. Conclusão.....	92
Referências bibliográficas	93
Conclusão Geral.....	99

Índice de Tabelas

Capítulo I- Artigo 1: “Inteligência Emocional na Dor Crônica: I. Correlatos Sociodemográficos e Clínicos

Tabela 1 - Composição Sociodemográfica da Amostra.....	35
Tabela 2 - Diagnósticos Presentes na Amostra.....	38
Tabela 3 - Características Clínicas da Amostra.....	40
Tabela 4 - Caracterização da Reavaliação Cognitiva.....	41
Tabela 5 - Caracterização da Supressão Emocional.....	42
Tabela 6 - Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Intensidade da dor.....	44
Tabela 7 - Relação entre a Supressão Emocional e a Intensidade da dor.....	45
Tabela 8 - Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Idade.....	46
Tabela 9 - Relação entre a Supressão Emocional e a Idade.....	46
Tabela 10 - Relação entre a Reavaliação Cognitiva e o Sexo.....	47
Tabela 11 - Relação entre a Supressão Emocional e o Sexo.....	48
Tabela 12 - Relação entre a Reavaliação Cognitiva e as Habilidades Literárias.....	48
Tabela 13 - Relação entre a Supressão Emocional e as Habilidades Literárias.....	49

Capítulo II- Artigo 2: “Inteligência Emocional na Dor Crônica: II. Relação com a Autoeficácia”

Tabela 1 - Composição Sociodemográfica da Amostra.....	77
Tabela 2 - Diagnósticos presentes na Amostra.....	78
Tabela 3 - Características Clínicas da Amostra.....	79
Tabela 4 - Caracterização da Autoeficácia.....	80
Tabela 5 - Caracterização da Autoeficácia para a Dor Crônica.....	84
Tabela 6 - Caracterização da Reavaliação Cognitiva.....	85
Tabela 6 - Caracterização da Supressão Emocional.....	86
Tabela 7 - Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crônica.....	87
Tabela 8- Relação entre as dimensões da Inteligência Emocional, Autoeficácia e a Intensidade da dor.....	89
Tabela 9 - Relação entre Inteligência Emocional, e Autoeficácia na Dor Leve.....	90
Tabela 11 - Relação entre Inteligência Emocional e, Autoeficácia na Dor Moderada.....	91
Tabela 12 - Relação entre Inteligência Emocional, e Autoeficácia na Dor Intensa.....	91

Lista de Abreviaturas

DGS- Direção Geral de Saúde

Vas- Visual Analogue Scale

Gse- General Self-Efficacy Scale

Iasp- International Association for the Study of Pain

Avds- Atividades da Vida Diária

Introdução Geral

A presente dissertação foi organizada em formato de dois artigos, em que cada artigo é passível de ser publicado autonomamente, contendo a respetiva síntese da revisão da literatura, método, resultados e sua discussão, conclusão e referências bibliográficas. O objetivo geral consiste em analisar a relação entre inteligência emocional e a autoeficácia em indivíduos com dor crónica.

Perante esta organização, a sobreposição de alguns conceitos poderá ser visível, contudo não seria exequível a integridade e a sequencialidade de todos os conteúdos, caso este cenário não se verificasse. Neste sentido, o primeiro artigo é intitulado por: “Inteligência Emocional na Dor Crónica: I. Correlatos Sociodemográficos e Clínicos”, cujos objetivos passam por caracterizar a inteligência emocional de indivíduos com dor crónica, bem como explorar a relação entre inteligência emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas. No que concerne ao segundo artigo, denominado por: “Inteligência Emocional na Dor Crónica: II. Relação com a Autoeficácia”, os objetivos caracterizar a autoeficácia de indivíduos com dor crónica, explorar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia em função da dor crónica e analisar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica (geral e para a dor crónica).

No presente estudo procuro delinear uma compreensão da relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica. Esta temática foi eleita para este estudo, na medida em que, para além de despertar o meu interesse, é indiscutível o seu papel no quotidiano de um indivíduo, sendo potencialmente mais significativo quando referente a um indivíduo com dor crónica.

Atualmente, a sociedade ocidental é pautada por um crescente distanciamento físico e até mesmo emocional, decorrente das inúmeras exigências sociais, pessoais e profissionais que são impostas. Neste sentido, é fundamental estimular e perceber o modo como a inteligência emocional está presente nas vivências diárias, podendo influenciar nos aspetos de foro individual e psicológico como a autoeficácia, principalmente nos indivíduos com um quadro de dor crónica.

O conceito de inteligência emocional, apesar de ainda ser recente, tem sido alvo de um gradual crescimento e de aprofundamento na comunidade científica (Dhani & Sharma, 2016). Atualmente, a definição mais utilizada tem por base o contributo de Salovey e Mayer, que define a emoção como a capacidade de perceber e expressar emoção, assimilar emoção no pensamento, compreender e raciocinar com emoção e regular a emoção em si e nos outros (Dhani & Sharma, 2016). Este construto tem uma forte presença no seio da psicologia, o que corrobora a sua união com a saúde mental dos indivíduos, ou seja, uma inteligência emocional superior leva a uma qualidade de vida positiva, em oposição a uma baixa inteligência emocional que tende a associar-se ao desenvolvimento de

psicopatologia (Bibi et al., 2016).

Paralelamente a este conceito, é crucial que os sujeitos tenham uma autoperceção ajustada às suas vivências e, deste modo, surge o conceito de autoeficácia, que se pode definir como o julgamento sobre as capacidades pessoais para iniciar e desempenhar com sucesso tarefas específicas, que exigem esforço e perseverança face às adversidades (Bandura, 1977). Perante esta realidade, um sujeito que tenha uma perceção pouco positiva sobre si próprio irá realizar com menos confiança as atividades do seu quotidiano, o que poderá conduzir a um impacto negativo na realização de tarefas (Bandura, 1977).

Perante este enquadramento, o conceito de dor emerge devido à forte componente, não só física, mas também emocional, que pode ser exacerbada mediante diversos fatores, tendo em conta a sua complexidade (Ritto et al., 2013). Assim, este fenómeno, ao englobar aspetos psicológicos, físicos, sociais, culturais e espirituais, tem em conta a experiência subjetiva, sendo comum identificar-se emoções de carácter negativo (Ritto et al., 2013). Estes sentimentos poderão intensificar o quadro de dor, e é crucial compreender o modo como uma melhor gestão e compreensão das emoções se pode traduzir num aumento de confiança e de *insight* para uma melhor resposta à dor.

No panorama nacional, apesar de ser possível considerar que o investimento na inteligência emocional se encontra numa fase embrionária, a sua importância é reconhecida, onde a sua aplicabilidade é difusa, já que cerca 99,5% dos gestores portugueses reconhecem que este construto é fundamental para colaborar e conviver em equipa, mas também para gerar produtividade laboral (Marketeer, 2018).

No plano científico, a literatura relata que cerca de 33,6% dos portugueses apresentam um quadro de dor crónica, sendo que a intensidade média registada é de 5,3 numa escala de 0 a 10 (Antunes et al., 2021). A alta prevalência de dor exige uma adequada compreensão sobre a individualidade e as experiências do indivíduo, uma vez que é inegável o impacto da dor na resolução das suas tarefas diárias (Herr et al., 2018). Deste modo, esta incapacidade pode constituir-se como um veículo para o enfraquecimento emocional, traduzindo-se em sentimentos de baixa perceção de si próprio, bem como perda de individualidade e, por isso em baixos resultados de autoeficácia (Maheshwari & Tappreet, 2015).

A nível social a seleção deste tópico transparece numa maior conscientização e maior compreensão acerca do conceito de inteligência emocional, especialmente na população eleita. Por vezes, decorrente do senso comum, ocorre por parte da sociedade uma banalização e até mesmo descredibilização das emoções, obrigando, muitas vezes, à sua repressão, espelhando-se em ditados como “os

homens não choram” e fazendo o paralelismo com a dor crónica é visível por inúmeras vezes expressões como “estás sempre com dores”. Estas atitudes poderão ser prejudiciais na identidade de cada indivíduo e na forma como se sente e se conceptualiza perante este processo.

Perante o enquadramento apresentado, este tema suscita-me curiosidade pela possibilidade de analisar o modo como a inteligência emocional se relaciona com a perceção de eficácia, sendo que é um construto transversal e universal a todos nós. Além disso, o contacto que tive durante o estágio curricular no Centro Hospitalar Universitário de São João, mais concretamente na consulta de Psicologia-Dor, inspira-me a refletir sobre o papel da dor crónica na autoperceção de um indivíduo. Assim, o universo emocional merecia, maior ênfase no panorama mundial, já que emerge em qualquer contexto da nossa vida e perante este desagrado pretendia contribuir para fornecer o destaque e a relevância que considero merecida.

Artigo 1. Inteligência Emocional na Dor Crónica: I. Correlatos Sociodemográficos e Clínicos

Joana Damas (1), Rute F. Meneses (2)

(1) FCHS, Universidade Fernando Pessoa; (2) FCHS & FP-I3ID, CTEC, Universidade Fernando Pessoa

36295@ufp.edu.pt, rmeneses@ufp.edu.pt

Resumo

O construto inteligência emocional é uma variável fundamental no quotidiano, onde saber compreender, gerir e regular as emoções é uma habilidade necessária, independentemente do contexto. Num sujeito com dor esta capacidade pode se revelar árdua, dado o impacto físico e psicológico que um diagnóstico de dor crónica acarreta. Assim, os objetivos deste estudo são caracterizar a inteligência emocional de indivíduos com dor crónica e explorar a relação entre inteligência emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas. Este estudo teve o contributo de 120 participantes, a maioria do sexo feminino ($n = 92$; 76,7%), com idades compreendidas entre os 22 e os 82 anos ($M = 54,42$; $DP=13,43$), estando, na sua maioria, casados ($n = 94$; 78,3%) e tendo a maior parte habilitações literárias correspondentes ao 3º Ciclo ($n = 32$; 26,7%). O diagnóstico mais prevalente revelou ser a fibromialgia ($n = 22$; 18,30%) e, onde a intensidade de dor com maior pontuação correspondeu a 3 a 7 em 10, enquadrando-se numa dor moderada ($n = 71$; 59,2%). Os dados sociodemográficos e clínicos foram recolhidos mediante dois questionários desenvolvidos para o efeito e a inteligência emocional foi avaliada através do Questionário de Regulação Emocional, adaptado para a população portuguesa por Vaz e Martins, em 2008. Os dados foram recolhidos presencialmente. Os resultados revelam a necessidade de serem desenvolvidas ferramentas que potenciem a inteligência emocional, dado os elevados níveis de supressão emocional. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a inteligência emocional e as variáveis sociodemográficas e clínicas, com exceção do sexo na dimensão da reavaliação cognitiva, onde houve uma relação estatisticamente significativa com o sexo masculino. Assim, o presente estudo não indicia que as restantes variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas tenham influência na inteligência emocional de indivíduos com dor crónica.

Palavras-Chave: Inteligência emocional, Dor crônica, Variáveis sociodemográficas e clínicas

Abstract

The construct emotional intelligence is a fundamental variable in everyday life, where knowing how to understand, manage, and regulate emotions is a necessary skill, regardless of the context. In a subject with pain, this ability may prove to be difficult, given the physical and psychological impact that a diagnosis of chronic pain entails. Thus, the aims of this study are to characterize the emotional intelligence of individuals with chronic pain and explore the relationship between emotional intelligence and socio-demographic and clinical variables. This study had the contribution of 120 participants, most of them female ($n = 92$; 76.7%), aged between 22 and 82 years ($M = 54.42$; $SD = 13.43$), most of them married ($n = 94$; 78.3%) and most of them with high school education ($n = 32$; 26.7). The most prevalent diagnosis revealed to be fibromyalgia ($n = 22$; 18.30%) and, where the highest scoring pain intensity corresponded to 3 to 7 out of 10, fitting a moderate pain ($n = 71$; 59.2%). Socio-demographic and clinical data were collected using two questionnaires developed for this purpose and emotional intelligence was assessed using the Emotional Regulation Questionnaire, adapted for the Portuguese population by Vaz and Martins, in 2008. The data were collected in person. The results reveal the need to develop tools that enhance emotional intelligence, given the high levels of emotional suppression. No statistically significant relationships were found between emotional intelligence and the sociodemographic and clinical variables, with the exception of gender in the cognitive reappraisal dimension, where there was a statistically significant relationship with males. Thus, the present study does not indicate that the remaining sociodemographic and clinical variables studied have an influence on the emotional intelligence of individuals with chronic pain.

Keywords: Emotional Intelligence, Chronic Pain, Sociodemographic and clinical variables

Introdução

A inclusão da via emocional na conceção de dor crónica tem sido visto como uma componente indissociável.

De acordo com a literatura, o recrutamento de emoções modela o modo como um indivíduo experiencia a situação dolorosa, ou seja, emoções negativas conduzem a uma propensão para potenciar o quadro de dor, em contrapartida com emoções positivas que facilitam a adesão ao tratamento (Ruiz-Aranda et al., 2011). Desta forma, a exploração do universo emocional torna-se crucial, surgindo assim o conceito de inteligência emocional.

A dor como sintoma caminha lado a lado com a evolução da humanidade e, por isso, a sua conceção remete para os primórdios da história humana. Inicialmente, a dor era percecionada com uma conotação espiritual e mágica (Bastos, 2005), uma punição, mediante os pecados cometidos, remetendo a sua causalidade para fatores externos (Lemos et al., 2010). A desconstrução da palavra dor ainda contém vestígios desta abordagem, pois o termo usado em língua inglesa para dor (*pain*), resulta do termo Grego *poine* e Latino *poena*, que significa pena ou castigo (Lemos et al., 2010; Miceli, 2002).

Anos mais tarde, o povo grego defendeu que o cérebro era o centro das sensações e da razão, sendo esta uma abordagem mais robusta, que teve o suporte de Crotona, Demócrito e Platão (Castro & Landeira-Fernandez, 2011). No século IV a.c. Aristóteles revolucionou o conceito de dor, sublinhando que o estímulo nocivo viajava da pele para o coração através do sangue, aproximando-se mais de uma emoção do que de uma sensação, sendo que esta teoria, com algumas modificações, manteve-se até meados do século XIX (Dallenbach, 1939). A partir deste século, as primeiras teorias que procuravam explicar este fenómeno começaram a emergir, ganhando um estatuto multidisciplinar inserido uma rede de fatores de ordem fisiológica, psicológica, social e cultural (Besson, 1999). Nesta fase, compreendeu-se a componente subjetiva que alicerça este conceito, bem como a importância de avaliar esta experiência menos positiva, o que reforçou a necessidade de serem desenvolvidos alguns instrumentos. Neste sentido, a VAS (*Visual Analogue Scale*) encarrega-se de ser a ferramenta mais recrutada para diminuir o carácter abstrato deste conceito (Alghadir et al., 2018). No entanto, Escala Qualitativa (EQ) e a Escala de Faces (EF) são também comumente utilizadas (DGS, 2003) explicar sigla. De acordo com

Rubin (2007), mais de 80% da população sofrerá, pelo menos uma vez na vida, de um episódio de dor lombar intenso. Este dado é revelador da necessidade de compreender e avaliar o impacto emocional que um diagnóstico desta envergadura acarreta.

Assim, a compreensão dos construtos eleva a necessidade de caracterizar o conceito da inteligência emocional de indivíduos com dor crônica, bem como a relação entre inteligência emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas.

1. Inteligência Emocional

1.1. Definição de Emoção

A desconstrução da expressão “inteligência emocional” denota a presença da componente emocional e, por isso, é crucial definir o que são as emoções, já que pode ocorrer ambiguidade relativamente ao conceito de sentimento. Todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provocam emoções, sendo que esta diferença passa pelos critérios de duração, intensidade e frequência, devendo ter em atenção o envolvimento dos processos neuronais, motores e experienciais (Freitas-Magalhães, 2011). A emoção define-se por ser mais intensa e de curta duração, estando interligada a respostas fisiológicas, padrões faciais e comportamentais (Monteiro & Ferreira, 2006).

No âmbito histórico, o conceito de emoção nem sempre foi consensual, divergindo tendo em consideração a corrente defendida, Young corroborou a análise de que as emoções deveriam ser controladas, fomentando que as emoções eram um sinal de distúrbio do indivíduo (Young, 1943).

Não obstante, outras correntes científicas começaram a emergir e por consequência, a emoção ganhou uma visão holística e amplamente contextualizada nos diversos contextos de um indivíduo. Atualmente, com a evolução do conhecimento científico, a divergência conceptual relativamente à definição de emoção já não espelha a realidade e, nesse sentido “a emoção é uma resposta automática, intensa e rápida, inconsciente e/ou consciente, perante o perimundo, e um impulso neuronal que leva o organismo a produzir uma ação” (Freitas-Magalhães, 2011, p.36). O papel da emoção rege-se pela adaptação, assumindo, assim, ser uma preparação para a ação (Freitas-Magalhães, 2011). Deste modo, é Ekman (2003), classifica as emoções em dois tipos, entre elas, as emoções básicas, que englobam

a alegria, a tristeza, o medo, a surpresa, o nojo, o desprezo e a raiva e as emoções sociais, que incluem a culpa, a vergonha, o ciúme, inveja, ciúme, empatia, embaraço, orgulho.

É igualmente relevante, frisar que as emoções assumem um papel de adaptadores e estruturadores na vida e, perante esta realidade, é primordial saber gerir as emoções e articular a sua gestão com os contextos em que está inserido, para que o indivíduo se desenvolva de forma equilibrada e estruturada com o mundo (Bibi et al., 2016).

1.2. Definição de Inteligência Emocional

Nesta esfera emocional surge um conceito que está umbilicalmente interligado com as emoções que se intitula de inteligência emocional. A primeira vez que este conceito foi introduzido, na íntegra e de forma académica, foi por intermédio dos autores Peter Salovey e John Mayer, em 1990, que denominaram a inteligência emocional como a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções, não só a nível intrapessoal, mas também interpessoal, a fim de discriminar e usar essas informações para orientar os pensamentos e as ações, promovendo a intelectualidade e o crescimento emocional (Salovey & Mayer, 1990).

No entanto, este conceito já havia sido subliminarmente abordado nos inícios do ano de 1900, mais precisamente em 1920, por Thorndike que introduziu o conceito de inteligência social, definindo-a como a habilidade de se relacionar com os outros, mantendo a capacidade de compreender os processos individuais, motivações e comportamentos intrínsecos e extrínsecos, e esta conceptualização aproxima-se daquilo que atualmente se define de inteligência emocional (Thorndike, 1920).

Na última metade do século, em 1975, Gardner, no seu livro intitulado por “Frames of Mind”, conceptualizou o conceito de inteligência múltipla criticando a singularidade do conceito de inteligência (Fernández-Berrocal, 2021). Este autor identificou sete tipos de inteligência, entre elas: linguística, lógico-matemática, visuo-espacial, corporal-cinestésica, intrapessoal, interpessoal e musical (Gardner, 1983), sendo que a inteligência emocional corresponderia à interpessoal e intrapessoal (Mehta & Singh, 2013).

1.2.1. Modelo de Habilidades de Salovey e Mayer

Tal como já foi mencionado, os pioneiros do conceito de inteligência emocional foram Salovey e Mayer, por intermédio do Modelo de Habilidades.

Este modelo foca na aptidão cognitiva para processar informação emocional/afetiva procurando raciocinar sobre ela para aprimorar o processamento cognitivo (Santos et al., 2018). Peter Salovey e John Mayer suportaram a tese defendida por Gardner, pelo que em 1997, estes dois autores refinaram o conceito e lançaram a seguinte definição: "a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoção; compreender e raciocinar com emoção; regular a emoção em si mesmo e nos outros aceder e gerar emoções facilitando o pensamento; compreender a emoção e o conhecimento emocional; regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual;" (Salovey & Sluyter, 1997, p. 15). Atualmente, esta é a definição mais consensual no mundo da ciência (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006)

Ao incidir o foco nestas competências, é possível afirmar que a percepção consiste na avaliação, expressão e reconhecimento de emoções, ou seja, a habilidade para a conscientização das emoções e a sua correta expressão, bem como perceber, avaliar e identificar as necessidades intrínsecas e extrínsecas no domínio emocional (Mayer & Salovey, 1995). A compreensão que incide na análise da informação emocional, exigindo uma compreensão, quer de emoções básicas, quer de emoções complexas e o reconhecimento quando é necessário a transição entre emoções. A assimilação, diz respeito à competência para gerir e aceder a emoções que facilitem as atividades cognitivas, por outras palavras consiste em absorver diferentes emoções e identificar aquelas que estão a influenciar o processamento cognitivo e, conseqüentemente as ações. A regulação emocional requer a promoção do desenvolvimento do bem-estar emocional e intelectual, refletindo-se na habilidade em liderar e gerir emoções quer positivas que negativas, conforme a sua utilidade no contexto em que o indivíduo se insere (Mayer & Salovey, 1995; Maheshwari & Tjapreet, 2015). Esta organização obedece a uma hierarquia, sendo que a percepção é o nível primário e a regulação e gestão é o nível mais complexo (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006).

A literatura frisa a necessidade de serem desenvolvidos estudos no que diz respeito à regulação emocional na idade adulta, dada a sua influência para a condução de uma ação

apropriada (Greenberg, 2002). Para além disso, nesta complexidade conceptual, mais especificamente na regulação emocional, existem duas estratégias, sendo uma delas a reavaliação cognitiva (estratégia de regulação emocional adaptativa), que se define pelo recurso a processos cognitivos (Vaz & Martins, 2008), com vista a ressignificar a situação, tendo impacto na emoção experienciada pelo indivíduo, amortecendo o carácter menos positivo de uma experiência (Gross, 1998). A outra é a supressão emocional (estratégia de regulação emocional desadaptativa) que valida a alteração da componente comportamental, diminuindo a expressão emocional, tendo assim impacto a nível cognitivo e social (Vaz & Martins, 2008). A supressão emocional pode amenizar as expressões externas da emoção, mas não a experiência emocional interna (Fortes et al., 2022).

1.2.2. Modelo Misto de Bar-On e Daniel Goleman

Com a expansão do conceito da inteligência emocional novas perspectivas floresceram, como é exemplo o Modelo Misto introduzido Bar-On em 1997 e refinado por Goleman em 2001. O principal contraste identifica-se pela abordagem de Bar-On ser mais prática do que a explorada por Goleman (Kanesan & Fauzan, 2019).

Primeiramente, Bar-on defendeu o conceito de inteligência emocional-social, ou seja, há uma ligação de competências emocionais e sociais que são facilitadoras para a expressão, compreensão dos outros e do *self* (Bar-On, 2002). Este autor, procurou abarcar dimensões cognitivas, aspetos da personalidade, saúde e bem-estar.

Para além disso, incluiu as seguintes dimensões: as habilidades intrapessoais (autoestima, autoconsciência emocional, assertividade, autorrealização e independência); as habilidades interpessoais (empatia, relacionamento interpessoal e responsabilidade social); a adaptabilidade (resolução de problemas, flexibilidade e testes de realidade); a gestão de stress (tolerância ao stress e o controlo dos impulsos); o estado de humor (felicidade e otimismo) (Bar-On, 1997, citado por Dawda & Hart, 2000).

No que diz respeito, a Goleman, este autor concetualiza a inteligência emocional como um constructo diversificado e amplo que inclui traços de personalidade, daí o facto de se intitular de modelo misto, pois está perante a inclusão de conceitos não intelectuais ao fazer referência a dimensões da personalidade (Santos et al., 2018).

Seguindo este raciocínio, a ligação entre pensamento e emoção começou a estreitar-se, e Goleman forneceu um cunho mais pessoal a este conceito em 1995, através da publicação do seu livro intitulado por: “*Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*”. Por intermédio desta publicação, este conceito popularizou-se e, apoiando-se na definição de Salovey e Mayer, este autor procurou ressignificar essa abordagem, estruturando-a em quatro dimensões, que se subdividem em 20 sub-competências tais como o autoconhecimento (autoconhecimento emocional, autoavaliação, autoconfiança), autocontrolo (domínio emocional, confiabilidade, adaptabilidade, orientação para os objetivos, iniciativa, consciencialização), consciência social (empatia, consciência organizacional, orientação para a ação) e gestão de relações (liderança visionária, influência, comunicação, gestão de conflitos, construção de relações com os outros, catalisador da mudança, colaboração e trabalho de equipa) (Chermiss & Goleman, 2001, p. 28).

O autoconhecimento que envolve o reconhecimento das emoções, é considerado por este autor, como um aspeto de base na inteligência emocional, na medida em que se caracteriza pela capacidade de controlar as emoções facilitando uma introspeção psicológica e o conhecimento pessoal (Goleman, 1995). Deste modo, a identificação precisa das emoções e a sua adequação aos contextos, auxilia no processo de resolução de problemas e de tomada de decisão, podendo se constituir como um estímulo para a autoconfiança (Goleman, 2012).

O autocontrolo das emoções alicerçado no autoconhecimento permite controlar e gerir as emoções, já que deste modo é possível recrutar mecanismos que permitam equilibrar as emoções positivas e negativas, o que é fundamental para o bem-estar (Goleman, 2012). Este autor reforça ainda que a autoconsciência em comunhão com o autocontrolo facilita a concretização de objetivos.

A consciência social que avalia a capacidade de um indivíduo se posicionar perante a realidade do outro. Assim, a empatia surge como o reconhecimento das emoções dos outros, incluindo a capacidade de empatizar, que surge por intermédio da autoconsciência. Goleman considera que este construto corrobora uma maior sensibilidade perante aquilo que o outro necessita ou deseja. Uma pessoa empática, tendencialmente, estabelece ligações saudáveis e verdadeiras (Goleman, 2012).

A gestão das relações inclui habilidades sociais, que se traduz na capacidade para gerir as emoções, quer em si, quer nos outros, tornando o indivíduo competente a nível social criando relações coesas, de confiança, de cooperação, com capacidade para a liderança, com vista a homogeneizar as relações com terceiros (Goleman, 2012).

Goleman sublinha a importância da Inteligência Emocional afirmando que esta pode ser desenvolvida ao longo da vida (Goleman, 1995). Este autor salienta ainda que prevalece sobre a inteligência cognitiva, em temáticas onde o autocontrolo emocional e a empatia são mais valiosas do que aptidões exclusivamente cognitivas, sublinhando que para o sucesso pessoal e profissional, as competências emocionais e sociais prevalecem (Fernández-Berrocal, 2021).

2. Dor

2.1. Definição de Dor

A dor está presente na vida do ser-humano desde os primórdios da humanidade e, neste âmbito, o seu estudo afirma-se como essencial para uma melhor compreensão e integração na vida do indivíduo.

O conceito de dor oscilou mediante a evolução do conhecimento científico, no entanto, atualmente a definição mais consensual é defendida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1979) que define a dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real.

A dor, ao ter uma referência sensorial e uma explicação neurofisiológica, é uma experiência individual e subjetiva de mal-estar, com uma forte componente emocional, baseada no estado afetivo, experiências passadas de dor, estágio de desenvolvimento e uma grande diversidade de outros fatores de carácter pessoal, cultural e espiritual (Gameiro & McIntyre, 1999).

Perante a complexidade deste tema, a história testemunha vários autores a contribuir para desmistificar este conceito, possivelmente, devido à sua componente subjetiva, que dificulta um enquadramento rigoroso. No entanto, a VAS que permite através de uma escala de 0 a 10 quantificar a dor do paciente, afirma-se como uma das ferramentas mais utilizadas em indivíduos com dor crónica (Figueiredo et al., 2009).

Perante o indubitável impacto da dor na vida de todos os indivíduos, a Direção Geral de Saúde por intermédio da circular normativa nº9/DGCG (14/06/2003), para além de reforçar a definição da IASP, classificou a dor como o 5º sinal vital, de forma a ser valorizada, diagnosticada, avaliada e registada. Deste modo, a dor deixa de ser um sintoma para se assumir como numa doença por si só, tal como foi promulgado numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters*.

A complexidade do processo de dor também se espelha na sua classificação, nomeadamente em relação à duração. Assim, no que diz respeito à duração, pode ser classificada em aguda ou crónica, sendo este um dos critérios de distinção, já que a dor aguda não se prolonga por mais de 6 meses, ao contrário da dor crónica, salientando que a dor aguda é fisiológica, e assume-se como sinal de alerta (Manica, 2018). Por sua vez, a dor crónica é mais prolongada, não tem uma função fisiológica de alerta, e é geradora de grandes consequências emocionais e físicas (Manica, 2018).

A dor também apresenta outras nomenclaturas distintas, sendo que existe a dor somática (se o estímulo virtual ou potencialmente lesivo for aplicado aos nociceptores), dor neuropática (causada por uma lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central), dor psicogénica (origem de natureza psíquica) e dor mista (junção destes mecanismos) (Silva et al., 2021).

2.2. Abordagem da Dor Crónica

O vivenciar de uma experiência dolorosa prolongada, como é exemplo um diagnóstico de dor crónica, impacta significativamente na qualidade de vida de um indivíduo (Ferreira et al., 2010; Pais-Ribeiro et al., 2010), assim como em todos os contextos em que se encontra inserido (Bidarra, 2010).

Na equação da dor, a parcela do sofrimento e do termo desagradável, encontram-se expressos através da dimensão corporal (aumento do tónus muscular), que é indissociável da tensão manifestada pela dimensão psíquica (ansiedade e/ou angústia) (Riechelmann, 2001). De acordo com este autor, este facto justifica que o sofrimento pode ser perpetuado como uma “sensação psíquica” associada a sentimentos de ameaça, de perda e/ou culpa que poderão surgir mesmo sem a presença de dor.

Não obstante, a sua estreita ligação está confirmada, na medida em que “uma dor intensa provoca sofrimento, e há sofrimentos que, pela sua intensidade, provocam dores” (Sebastião, 1995, citado por Gameiro, 1999, p.41). Este autor acrescenta que o vivenciar desta situação é um desequilíbrio do meio intrínseco, conduzindo à ativação de mecanismos de defesa, a fim de tentar retomar o equilíbrio perdido.

Desta forma, o sofrimento carece de uma compreensão multidimensional, que transcende aspetos técnicos. Uma experiência prolongada de dor cria comportamentos de dor que abarcam pensamentos, valores culturais e, em alguns casos ganho secundário (Miceli, 2002).

O impacto psicológico tem um papel inegável, onde, frequentemente é possível identificar-se medo, culpa, revolta e negação (Ritto et al., 2013). Perante este cenário, o caminho até ao isolamento e à anedonia no quotidiano é uma realidade, o que pode acarretar consequências, nomeadamente ao nível do funcionamento familiar, laboral e social (Catalano & Hardin, 2004).

No entanto, é importante frisar a componente subjetiva do significado de dor para cada sujeito, já que o seu impacto também é distinto, estando igualmente dependente da forma como o paciente conceptualiza a sua situação de doença e como se revê no papel de doente (Grouper et al., 2021). Além do mais, o termo personalidade propensa à dor, permite refletir que há uma predisposição em alguns pacientes que influencia, exacerbando ou amenizando, a visão que o utente tem ao viver com um quadro de dor. A título de exemplo, pacientes que demonstrem insegurança, com dificuldade em verbalizar e expor o seu processo doloroso, tendem a distorcer e a catastrofizar o seu quadro de dor (Grouper et al., 2021).

Deste modo, a dor emerge devido à forte componente, não só física, mas também emocional, que pode ser exacerbada mediante os fatores de ordem psicológica, física, social, cultural e espiritual (Ritto et al., 2013).

Na comunidade científica existem vários modelos que procuram compreender a complexidade do mecanismo de dor, nomeadamente a teoria do portão e o modelo biopsicosocial. A teoria do portão, defendida em 1965 por Melzack e Wall, refere que a conceptualização da dor e a respetiva reação estabelece-se a três níveis: na periferia, na medula

espinhal e no cérebro, podendo ser denominados por portões de controlo (Bastos, 2005; Melzack, 1993). A transmissão da informação dolorosa pode ser comparada com a abertura e o fecho de um portão, ou seja, a passagem ou não da informação dolorosa por intermédio das vias nervosas são mediadas pelas substâncias químicas produzidas pelo sistema nervoso (Melzack, 1993). O controlo da dor é efetuado no sentido ascendente que conduz à inibição ou facilitação da propagação do estímulo da periferia (local da lesão) para o cérebro, e descendente que encaminha do cérebro até aos cornos posteriores da medula (Bastos, 2005; Melzack, 1993). No entanto, a compreensão de dor não é analisada numa perspetiva singular e exclusiva ao estímulo-resposta, mas sim mediada por uma rede de processos interativos (Melzack, 1993), existindo diversos fatores que modelam a perceção da dor. De acordo com este referencial teórico, as funções cognitivas como é exemplo a atenção e a memória, as funções emotivas como o *stress*, os estímulos visuais auditivos e tácteis, intervêm no controlo descendente (Melzack, 1993; Ritto et al., 2013).

Não obstante, as respostas podem diversificar de acordo com o indivíduo, dependendo do seu estado biopsicossocial (Seldrake, 2005). Este autor salienta ainda que, este modelo biopsicossocial orienta três áreas que impactam na experiência de dor, sendo estas: o estado fisiológico da dor, o estado psicológico do indivíduo (variáveis internas e externas) e o ambiente em que o indivíduo está inserido (Seldrake, 2005). Estas dimensões constituem-se como uma simbiose, fomentando uma rede de ligações coesas no quotidiano de um indivíduo (Brown et al., 2005).

Assim, o diagnóstico de uma doença crónica deve englobar a análise de diversos aspetos psicológicos, como é o caso das emoções, da confiança e resiliência que o indivíduo recruta para conviver com esta condição médica, já que é frequente assistir-se a desequilíbrios nos recursos internos (Holaday & McPhearson, 1997). Assim, a componente emocional aliada a uma perceção ajustada à situação vivencial pode se traduzir num aumento de confiança e de *insight* para uma resposta mais eficaz à dor.

3. Inteligência Emocional em indivíduos com Dor Crónica

Tal como já foi elaborado, devido à pertinência dos construtos inteligência emocional e dor crónica, a compreensão da sua relação também merece especial atenção.

Conceptualmente, uma vivência persistente da dor, como é exemplo um diagnóstico de dor crônica, torna-se emocionalmente desgastante (Doherty et al., 2017; Trucharte et al., 2020), interferindo em componentes do foro emocional, como é exemplo a regulação e a gestão das emoções (Connelly et al., 2007). Não obstante, no seio científico, a percepção da dor pode ser acompanhada pela inteligência emocional, já que um indivíduo que tenha mais propensão a recrutar emoções negativas tende a reagir com maior intensidade à dor (Ruiz-Aranda, Salguero & Fernández-Berrocal, 2011).

A inteligência emocional, mais concretamente o parâmetro da regulação emocional, apresentou uma forte relação com uma vivência ajustada à dor (Doherty et al., 2017) e face a esta realidade a reconstrução de um quotidiano desfocalizado das consequências negativas, isto é com a indução de momentos de satisfação e consequente relaxamento está interligado a uma diminuição da dor sentida (Rainville et al., 2005; Tang et al., 2008; Van Laarhoven et al., 2012).

Uma investigação cujo objetivo se centrou no papel dos lapsos de atenção e de regulação emocional na previsão da qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla, teve o contributo de 86 participantes, maioritariamente do sexo feminino com uma idade média de 45 anos (Phillips et al., 2009). Nesta investigação, foram analisadas a reavaliação cognitiva ($M = 18,34$; $DP = 6,69$) e a supressão emocional ($M = 15,74$; $DP = 5,94$), tendo por base os seguintes instrumentos: *World Health Organisation Quality of Life questionnaire*, *Disease severity*, *Cognitive Failures Questionnaire* e o *Emotion Regulation Questionnaire*.

Num estudo com 128 indivíduos, que teve como intuito compreender o perfil de pacientes de uma clínica de dor, contactou-se que a prevalência de indivíduos do sexo feminino é inequívoca (58,5%), prevalecendo o estado civil de casado (66,4%), e encontrando-se profissionalmente inativos (62,5%) (Forni et al., 2012). Foi ainda possível constatar neste estudo que no sexo masculino a dor mais registada foi classificada de intensidade moderada (48%), com uma maior incidência na faixa etária entre 42 e 60 anos. No sexo feminino a dor foi caracterizada como intensa, principalmente na faixa etária entre 35 e 55 anos. A nível de instrumentos foram utilizados um questionário sociodemográfico e um exame físico efetuado por um médico especializado em dor (Forni et al., 2012).

De acordo com Cipriano, Almeida e Vall (2011), o perfil dos pacientes que frequentem uma unidade de dor também merece ser analisado e, neste seguimento, procuraram caracterizar os pacientes com este quadro. Mediante a participação de 111 sujeitos, a maioria correspondia ao sexo feminino (67,6%), estando inserida numa faixa etária dos 40 aos 49 anos. Ao nível das habilitações literárias, o ensino superior correspondeu a 41,4% da amostra. O diagnóstico mais prevalente foi a lombalgia (21,1%) e, apesar das limitações físicas sentidas, 63,1% da amostra mantinha-se a exercer a sua atividade profissional. A nível de instrumentos foi utilizado um formulário com as variáveis do estudo.

Num estudo realizado em 2017, em que dos 103 participantes 23 eram do sexo feminino, e 80 do sexo masculino, com uma idade média de 51 anos e com um nível educacional correspondente ao 12º ano, foram administrados o *Short Form Health Survey*, *NEO Five-Factor Inventory* e o *Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test* (Kopera et al., 2017). Neste estudo, foi revelador que pacientes com doenças crónicas, nomeadamente as lombalgias, artrite, fibromialgia e dor generalizada, tinha entre duas a oito vezes mais probabilidade de vir a ser diagnosticado com uma Perturbação Depressiva. Além do mais, níveis mais elevados de dor estavam associados a baixos níveis de escolaridade. Nesta linha de pensamento, o papel das emoções é inequívoco, quanto melhor se revelar a capacidade de regular as emoções, mais facilmente irá ser a aquisição de emoções positivas, que influenciam na convivência de um diagnóstico crónico (Kopera et al., 2017).

Complementando este referencial, os indivíduos com diagnóstico de fibromialgia tendencialmente têm mais dificuldade em expressar verbalmente as suas emoções, em especial a raiva e a frustração, conduzindo à supressão emocional. Esta limitação emocional tem consequências no aumento da perceção de dor (Sayar, et al., 2004; Finan et al., 2009; Vincent et al., 2013). Paralelamente, uma investigação salienta a existência de diferenças no recrutamento e implementação de estratégias emocionais nos dois sexos, sendo que o homem expôs níveis mais elevados de supressão emocional (Gross & Jonh, 2003; Zimmermann & Iwansk, 2014).

Variáveis sociodemográficas também revelaram interferência. No âmbito da idade, culturalmente, o caminho para o envelhecimento está relacionado com a perda de diversas competências (Carstensen et al., 1998). No entanto, um estudo que se propunha a comparar o modo como as diferenças de idade impactavam na visão e perceção do quotidiano mediante a sua bagagem emocional, contou com a participação de 67 jovens adultos

saudáveis, com uma média de idade de 20 anos, e 116 idosos sem nenhuma patologia crónica, com uma prevalência de 80 anos de idade. No âmbito dos instrumentos recorreram ao *The Positive and Negative Affect scales* e ao *Daily Inventory of Stressful Events*. Foi possível concluir que a população com a idade mais avançada, apesar de exposta a um maior número de eventos stressores reagia de um modo mais ponderado, recrutando estratégias emocionais mais eficazes comparativamente com a população mais nova (Stawski et al., 2008). Deste modo, numa visão macro, confirma-se que durante a vida adulta, a compreensão, perceção e assimilação das emoções consolida-se e ganha um carácter mais coeso na vida dos indivíduos (Snowden, 2015), tendendo a priorizar os aspectos positivos ao invés dos negativos (Isaacowitz et al., 2008)

Este dado não é unânime na literatura já que numa outra investigação, os mecanismos de reavaliação cognitiva de indivíduos mais jovens, foram acionados de um modo mais eficaz, com vista a diminuir a emoção não desejável, comparativamente com os participantes mais idosos (Opitz et al., 2012). Além do mais, ao nível da supressão emocional, os mais idosos tendiam a reprimir mais as suas emoções do que a população mais nova (John & Gross, 2004, citado por Urry & Gross, 2010).

Todavia, as conclusões apresentadas correspondem a indivíduos sem dor crónica e, no âmbito da dor os resultados espelham os expostos anteriormente. Numa análise desenvolvida por Charles em 2010, apesar de concordar que em idades mais avançadas, ou seja, acima de 65 anos, ocorre maior evitamento para expressar as emoções, o sofrimento prolongado tende a deteriorar capacidades relacionadas com a inteligência emocional, por exemplo a angústia diminui a capacidade de regular as emoções. Além do mais, idosos com um quadro de dor crónica podem não possuir as componentes necessárias para uma eficaz regulação emocional, frequentemente visíveis na idade adulta. Acrescentou ainda que o desgaste cognitivo subjacente ao processo de envelhecimento enfraquece a recuperação física e psicológico traduzindo-se numa maior vulnerabilidade emocional e física. Os dados foram obtidos mediante um estudo teórico sobre o modelo (SAVI), que aborda as mudanças do processo de regulação emocional nos idosos (Charles, 2010, citado por Condon et al., 2021).

O facto de a supressão emocional estar presente em indivíduos com dor crónica levou a que uma investigação explorasse a presença da alexitimia, isto é a incapacidade de sentir e identificar emoções (Casagrande et al., 2019), em pacientes com fibromialgia. De facto,

verificou-se a presença da dificuldade em identificar e/ou descrever sentimentos em utentes com esta patologia. Os instrumentos administrados foram a *Toronto Alexithymia Scale* e *Multidimensional health assessment questionnaire* (Luna et al., 2021).

Um outro estudo reforçou os dados obtidos anteriormente, uma vez que salientou que o recurso à estratégia de reavaliação cognitiva, no âmbito da dor, possibilita uma diminuição dos momentos dolorosos, reduzindo o desconforto, níveis de ansiedade e de tensão (Hampton, 2014). Neste mesmo estudo, o sexo feminino obteve pontuações mais elevadas no recrutamento desta ferramenta, sendo que estes resultados foram extraídos mediante uma amostra de 142 sujeitos, em que a média de idades correspondente aos 20 anos, com recurso ao *Emotion Regulation Questionnaire*, *The descriptor differential scales*, *Self-reported emotion* e *VAS*.

Num outro estudo, com 145 participantes em que 66 eram do sexo masculino e 78 do sexo feminino procurou-se compreender o papel do sexo na avaliação da dor. Foi possível constatar que o sexo masculino apresentava uma maior tolerância à dor, apesar de por intermédio da VAS, não haver diferenças estatisticamente significativas, já que os homens pontuaram uma dor média de 6,57 em 10 e as mulheres 6,85 em 10. Além do mais, este estudo corrobora a ideia de que as mulheres apresentam maior predisposição para encarar situações potencialmente ameaçadoras (Sanford et al., 2002), traduzindo-se em dor mais persistente, mais intensa, mais frequente e de maior duração comparativamente com os homens (Unruh, 1996). Não obstante, um quadro de dor proporciona uma alteração na perceção da avaliação da saúde e, neste sentido, pacientes que tenham maior limitação física, com impacto na realização das tarefas do quotidiano, tendem a percecionar a sua saúde com insatisfação (Vieira et al., 2019).

Este dado foi assinalado por outros investigadores, nomeadamente numa amostra constituída por 40 doentes com diagnóstico de dor lombar crónica, que referiram que as limitações físicas sentidas traduziram-se no reconhecimento do impacto da dor no seu quotidiano, mediante uma dor média de 4,93 em 10, de acordo com a VAS (Bragada et al., 2020).

No que diz respeito à variável sexo, biologicamente, é importante enquadrar que a mulher tem mais probabilidade de ser exposta a quadros dolorosos moderados ou severos ao longo da sua vida, devido à menstruação, gravidez e parto (Unruh, 1996). Por este

motivo, num estudo composto 113 indivíduos do sexo feminino e 104 participantes do sexo masculino, verificou-se o contraste existente. O sexo feminino expôs níveis de inteligência emocional mais elevados em variáveis como a empatia e habilidades sociais, e em contrapartida com os participantes do sexo masculino, que obtiveram pontuações mais elevadas em consciência emocional, controlo de emoções e motivação. Os instrumentos que sustentaram este estudo foram o *The Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)* e o *The Schutte Self Report Emotional Intelligence Test (SSEIT)* (Štiglic et al., 2018).

Apesar dos estudos que relacionam a inteligência emocional e as habilitações literárias serem escassos, numa amostra de 162 inquiridos saudáveis, com cerca de 92% licenciados, foi comprovado uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. De facto, indivíduos com habilitações literárias mais avançadas tinham uma bagagem emocional mais coesa, fomentando a reavaliação cognitiva (Costa, 2009).

Numa amostra constituída por idosos, com idades dos 65 aos 74 anos, apurou-se que aqueles que pontuavam menos nas dimensões da inteligência emocional expunham níveis de escolaridade inferiores, sendo predominante o 1º Ciclo (42,9%), contrariamente aos que eram detentores de um curso superior (21,3%). Ao nível de instrumentos foram aplicados a Medida de inteligência emocional (MIE) e um Questionário Sociodemográfico (Andrade et al., 2019).

Por consequência, ao procurar relacionar a supressão emocional com o nível de escolaridade, constatou-se que sujeitos com níveis de escolaridade equivalentes ao ensino Básico reprimiam mais as suas emoções, comparativamente com os indivíduos com o Ensino Secundário e Superior, sendo o instrumento administrado o *Emotion Regulation Questionnaire* (Vaz & Martins, 2008).

Um outro estudo teve a participação de 269 homens e 97 mulheres, com um nível de escolaridade equivalente ao 12º ano, e teve o intuito de caracterizar a dor num grupo de indivíduos com dependência de álcool. As conclusões revelaram que, relativamente ao controlo da dor, os fatores sociodemográficos encontravam-se patentes no nível educacional de cada sujeito, isto é, indivíduos com habilitações literárias mais baixas tendiam a relatar maior intensidade de dor. Ao nível de instrumentos utilizou-se o *Short Form Health*

Survey, The Michigan Alcoholism Screening Test e o The Medical Outcomes Study Social Support Survey (Jakubczyk et al., 2015).

Segundo, Koechlin, Coakley, Schechter, Werner & Kossowsky (2018), as estratégias de regulação emocional são cruciais no enfrentamento de um processo de dor, em que respostas emocionais desajustadas, veiculam um fator de risco na manutenção de um quadro de dor crónica, estando interligada a comorbilidades de carácter psíquico. Perante uma amostra de 2065 pacientes, com diagnóstico de fibromialgia (com a maior prevalência), artrite reumatoide e dor lombar, extraiu-se que os pacientes que recrutaram mais emoções negativas pontuavam mais alto na intensidade dor e, por isso, eram menos propensos a recrutar mecanismos de Reavaliação Cognitiva. Assim como quanto mais os indivíduos reprimiram as suas emoções, maior foi a intensidade de dor.

Num outro projeto científico, os 30 participantes com dor crónica, com uma idade média de 78,8 anos, que se classificavam como emocionalmente ágeis, sendo que esta categoria dizia respeito à utilização do pensamento positivo em detrimento do negativo, perceberam o estímulo doloroso com menor intensidade (Paquet & Dubé, 2005, citado por Kopera et al., 2017). Estes indivíduos enfrentaram o quadro algico de forma mais eficaz, uma vez que recrutaram estratégias para amortecer as emoções negativas e, assim, enfraquecer o impacto emocional mais desgastante. Deste modo, colocaram a seu dispor os seus mecanismos de regulação emocional, diminuindo as emoções negativas, sem reprimir ou catastrofizar a realidade (Paquet & Dubé, 2005, citado por Kopera et al., 2017)

Este cenário também foi verificável num estudo desenvolvido em 2019 com 75 pacientes do sexo masculino portadores de um diagnóstico de foro urológico (Mendelson et al., 2019). Nesta investigação, ao nível dos instrumentos foram escolhidos o *Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form*, *Pain Impact Questionnaire* e *Utrecht Work Engagement Scale*. Os autores chegaram à conclusão de que a inteligência emocional, especialmente nos parâmetros da regulação das emoções e na sociabilidade, apresentou uma correlação com baixos níveis de dor.

Este cenário pode ser justificável na medida que, o facto de um indivíduo colocar em prática mecanismos de regulação e processamento da informação emocional adequados conduz à redução da percepção da carga negativa inerente a esta experiência, sendo este mecanismo bidirecional, onde a experiência da dor interfere com as emoções negativas,

que por sua vez alimentam este processo (Wiech & Tracey, 2009). A inteligência emocional apresenta-se assim como um grande fornecedor de um funcionamento psicossocial mais estruturado, isto é, com níveis de otimismo, satisfação pessoal e social (Schutte et al., 2007). Este mecanismo permite ser um amortecedor para a perceção catastrófica (Schutte et al., 2007; Zautra et al., 2001).

Torna-se, assim, pertinente mergulhar no conceito da inteligência emocional na dor crónica, com o intuito de aprimorar uma abordagem com a inclusão das componentes sociodemográficas e clínicas

4. Método

4.1. Participantes

Inicialmente, a amostra foi delineada para os 50 participantes, contudo após constatar a recetividade dos pacientes, bem como a intenção de tornar o estudo mais rico e diversificado, foi solicitada autorização para ampliar a amostra para os 120 participantes. Esta alteração teve o parecer positivo da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João, possibilitando um estudo com maior robustez.

Nesta investigação, a análise foi alicerçada em 120 participantes, dos quais a maior parte corresponde ao sexo feminino. No que diz respeito à idade, 22 foi a idade mínima e 82 a idade máxima, sendo que a média foi de 54,42 anos, o desvio padrão corresponde a 13,43 e a dispersão moderada diz respeito a 25%, tendo metade da amostra pelo menos 55 anos. Além disso, observa-se que a maior parte dos indivíduos era portuguesa, sendo que apenas uma participante apresentava dupla nacionalidade, ou seja, portuguesa e espanhola (0,8%).

No que concerne ao estado civil a maioria dos participantes inquirido era casado e habitava, principalmente, no concelho do Porto, seguido pela Maia; os restantes concelhos não ultrapassam os 5,8%.

A nível das habilitações literárias, o 3º Ciclo (7º ao 9º ano) revelou ser o mais prevalente, o que de acordo com a Norma S.A.R.L., é equivalente a um nível de estatuto económico médio. Por fim, no que diz respeito à situação profissional, grande parte dos participantes encontrava-se no ativo (Tabela 1).

TABELA 1*Composição Sociodemográfica da Amostra (N = 120)*

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	92	76,7%
Masculino	28	23,3%
Estado Civil		
Solteiro	18	15%
Casado	94	78,3%
União de Facto	0	0%
Separado (a)	0	0%
Divorciado (a)	4	3,3%
Viúvo (a)	4	3,3%
Outra situação	0	0%
Concelho de Residência		
Maia	17	14,2%
Porto	36	30%
Habilitações Literárias		
Não sabe ler e/ou escrever	1	0,8%
1º Ciclo (1º ao 4º ano)	25	20,8%
2º Ciclo (5º ao 6º ano)	21	17,5%
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	32	26,7%
Secundário (10º ao 12º ano)	21	17,5%
Licenciatura	15	12,5%
Mestrado	4	3,3%
Doutoramento	1	0,8%
Situação Profissional		
Empregado (a)	55	45,8%
Estudante	3	2,5%
Desempregado (a)	25	20,8%
Reformado (a)	37	30,8%

4.2. Material

No que toca aos instrumentos utilizados no estudo, para a recolha de dados de cariz sociodemográfico, foi aplicado um questionário sociodemográfico desenvolvido para o efeito pelas autoras . Este questionário é constituído por 8 itens, sendo que se inicia com uma breve descrição relativa ao seu preenchimento. Seguidamente, aborda variáveis como a idade, sexo, nacionalidade, estado civil, concelho de residência, habilitações literárias e, por último, situação profissional. Deste modo, com a obtenção desta informação adquire-se uma visão mais profunda dos participantes. No sentido de alcançar outros dados relevantes para este estudo, foi aplicado um questionário clínico também desenvolvido para o presente estudo, a fim de compreender, caracterizar e discriminar a dor que estes indivíduos sentiam. Deste modo, engloba 8 itens, incidindo sobre o diagnóstico, a perceção de saúde e qualidade de vida, o serviço que encaminhou o indivíduo para a consulta da dor, há quanto tempo sente a dor, as características da dor do participante, a interferência da dor na realização de tarefas e a medicação que toma e, por último, a VAS, que se encontra integrada no Questionário Clínico. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numerada sucessivamente de 0 a 10, tendo como objetivo reconhecer e quantificar a dor no momento presente. Este método facilita a identificação da dor, tornando-se flexível ao adaptar-se a todos os níveis de literacia dos participantes. Foi elaborada pela DGS, em 2003, dividindo a amostra a dor em 3 grupos, sendo que uma dor de 0 a 2 foi classificada como dor leve, de 3 a 7 uma dor moderada e de 8 a 10 uma dor intensa.

De seguida, foi administrado o Questionário de Regulação Emocional desenvolvido originalmente por J. Gross e O. John, em 2003. A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Vaz e Martins, em 2008. Este questionário abarca 10 itens e uma escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, onde 1 significa “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”. Perante cada item, o participante escreve o número que melhor se adequa à afirmação. Os itens avaliam dois processos de regulação emocional, nomeadamente o fator da reavaliação cognitiva que inclui os itens 1,3,7,8 e 10, cujo *Alfa de Cronbach* é de 0,933 e o fator da supressão emocional que engloba os itens 2,4,5,6 e 9 da versão portuguesa, com um *Alfa de Cronbach* de 0,566, no presente estudo. De acordo com Vaz e Martins, 2008 o *Alfa de Cronbach* deste instrumento, situa-se em 0,79 para a reavaliação cognitiva e para a supressão emocional 0,73. A média e o desvio padrão deste

instrumento para a população portuguesa e na reavaliação cognitiva ($M = 21,6$; $DP = 6,4$) e na supressão emocional ($M = 13,6$; $DP = 4,9$). Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de reavaliação cognitiva e de supressão emocional (Vaz & Martins, 2008).

Por questões éticas, e por indicação da orientadora, uma cópia do protocolo de avaliação e das autorizações solicitadas e obtidas é fornecida apenas aos membros do júri, em dossier à parte.

4.3. Procedimento

O presente estudo começou por ser delineado por meio de uma revisão da literatura, através da seleção de artigos científicos que melhor ilustravam e exploravam o tema abordado.

Após o cumprimento desta etapa, foi possível desenvolver e aprofundar o conhecimento que se refletiu num maior domínio e sensibilização relativamente à inteligência emocional e dor crónica. Para além deste processo, e com o delineamento preliminar do estudo concebido, foi fulcral que este fosse analisado e aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João. Deste modo, é garantido de que serão cumpridos todos os procedimentos éticos, e que o estudo se enquadra dentro dos parâmetros exigidos e expectáveis. Para a concretização este estudo, foi necessário entrar em contacto, de forma presencial, com os adultos (idade mínima de 18 anos), utentes da consulta de Psicologia-Dor do Centro Hospitalar Universitário de São João com um quadro de dor crónica. A seleção desta instituição relaciona-se com o facto da primeira autora estar na altura a desenvolver o estágio curricular no serviço mencionado.

Seguidamente à obtenção da autorização dos órgãos diretivos, foi solicitado o consentimento informado dos utentes, de modo a que tivessem conhecimento e decidissem em consciência participar (ou não) no projeto. Para o efeito, foi concebido um documento de informação complementar para o participante, com o intuito de garantir o anonimato, a confidencialidade, bem como a participação ciente de todas as condições inerentes ao estudo. Chegado este momento, foi entregue para preenchimento o Questionário Sociodemográfico, o Questionário Clínico e o Questionário de Regulação Emocional. Uma vez obtidos os dados, foi levado a cabo uma rigorosa análise, tendo por base uma abordagem

quantitativa, dissecando o que foi registado pelo participante nos instrumentos de avaliação selecionados.

De forma a operacionalizar a análise dos dados obtidos, foi utilizado o *IBM SPSS, versão 28 - Statistical Package for the Social Sciences*. Para as análises efetuadas recorreu-se aos testes *t-student* e Anova para amostras independentes.

4.4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesta etapa, e face ao volume de resultados obtidos, pretende-se apresentar e discutir os resultados, colocando-os em confronto com a literatura recolhida.

4.4.1. Caracterização Clínica da Amostra

Através do Questionário Clínico foi possível extrair os diagnósticos presentes na amostra, onde se destaca a fibromialgia com uma prevalência, seguindo a doença arterial periférica (Tabela 2).

TABELA 2

Diagnósticos Presentes na Amostra (N = 120)

Características Clínicas	n	%
Diagnóstico		
Artrite Psoriática	1	0,80%
Cervicalgia	1	0,80%
Cifoescoliose Torácica	1	0,80%
Dor Musculoesquelética Cervical e Lombar	1	0,80%
Dor Intercostal	1	0,80%
Dor Lombar	1	0,80%
Encefalopatia Hipóxica Isquémica	1	0,80%
Espondilartrite	1	0,80%
Gonalgia Bilateral	1	0,80%
Hemorroidectomia	1	0,80%
Linfoma Mediastinal	1	0,80%
Lombociatalgia	1	0,80%
Osteoartrose	1	0,80%

Patologia Raquidiana	1	0,80%
Algodistrofia	2	1,70%
Cancro da Mama	2	1,70%
Esclerose Múltipla	2	1,70%
Mielite	2	1,70%
Espondilite Anquilosante	3	2,50%
Mieloma Múltiplo	3	2,50%
Síndrome Doloroso Generalizado	3	2,50%
Cefaleia	4	3,30%
Dor Membro Fantasma	5	4,20%
Nevralgia do Trigêmeo	5	4,20%
Doença Neurológica Funcional	6	5,00%
Artrite Reumatoide	9	7,50%
Dor Neuropática	10	8,30%
Lombalgia	10	8,30%
Doença Arterial Periférica	18	15,00%
Fibromialgia	22	18,30%

A distribuição das patologias na amostra segue o mesmo padrão descrito na literatura consultada (Kopera et al., 2017), observando-se uma crescente atenção da comunidade científica para a fibromialgia, devido à sua elevada prevalência (Junior & Ramos, 2019) afirmando-se como a principal causa de dor crónica (Vincent et al., 2013).

Seguidamente, a autoavaliação da perceção de saúde, a interferência da dor, bem como a sua quantificação no momento da administração dos questionários, também merecem ser analisadas. Deste modo, quase metade dos indivíduos classificou-se como insatisfeitos perante a sua saúde. Além disso, o impacto das suas dores no quotidiano foi visível, referiram que a dor os impede interfere no seu quotidiano (Tabela 3). Quando questionados em que tipo de tarefas se sentiam mais limitados, dos 91 indivíduos, 69 indicou impacto da dor na realização de AVDs. Por fim, mediante as respostas obtidas pela VAS, a dor moderada foi a mais identificada (Tabela 3).

TABELA 3*Características Clínicas da Amostra (N = 120)*

Características Clínicas	n	%	M	DP
Como se sente relativamente à sua saúde?				
Muito Satisfeito	0	0%	2,83	0,694
Satisfeito	41	34,2%		
Insatisfeito	59	49,2%		
Muito Insatisfeito	20	16,7%		
A sua dor interfere na sua capacidade de realizar alguma tarefa?				
Sim	91	75,8%	1,24	1,00
Não	29	24,2%		
De 0 a 10, como classifica a sua dor neste momento?				
Dor leve (0-2/10)	9	7,5%	2,26	2,00
Dor moderada (3-7/10)	71	59,2%		
Dor intensa (8-10/10)	40	33,3%		

A insatisfação com a condição atual de saúde corrobora a literatura, uma vez que o desgaste físico e psicológico inerente à convivência com a dor propicia uma maior limitação física, direcionando para a perceção de insatisfação com a saúde do paciente (Vieira et al., 2019). Relativamente ao impacto da dor no quotidiano, os dados obtidos atestam outras investigações, na medida em que o desempenho funcional no quotidiano está modificado, devido à persistência da dor (Bragada et al., 2020). Também os valores apresentados sobre a intensidade da dor estão em consonância com investigações prévias, pontuando, de acordo com um estudo, tanto os homens como as mulheres, uma VAS de 6,57 e 6,85 em 10, respetivamente (Sanford et al., 2002). O facto de os dados recolhidos encaixarem na dimensão de dor moderada também foi mencionado por outros investigadores que abordam a dor crónica (Forni et al., 2012).

4.4.2. Caracterização da Inteligência Emocional

Tal como já foi mencionado, os objetivos específicos são caracterizar a inteligência emocional de indivíduos com dor crónica e explorar a relação entre inteligência emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas. Seguindo esta linha de orientação, os (restantes) resultados serão apresentados mediante esta ordem. Por intermédio do Questionário de Regulação Emocional, foi possível obter dados sobre dois fatores a reavaliação cognitiva e a supressão emocional. As respostas recolhidas acerca da reavaliação cognitiva, permitem aferir que o item com a média mais elevada foi o item 8: “Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.” No entanto, o item com a pontuação média mais baixa refere-se ao item 3: “Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.” Destaca-se um padrão em todas as respostas, com concentração nos polos da escala e na resposta neutra (Tabela 4).

TABELA 4

Caracterização da Reavaliação Cognitiva (N = 120)

Reavaliação Cognitiva								
(n = %)								
1	2	3	4	5	6	7	M	DP
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.								
37 (30,8%)	7 (5,8%)	0 (0%)	23 (19,2%)	0 (0%)	3 (2,5%)	50 (41,7%)	4,26	2,617
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.								
42 (35,0%)	5 (4,2%)	1 (0,8%)	19 (15,8%)	2 (1,7%)	10 (8,3%)	41 (34,2%)	4,07	2,608
7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.								
39 (32,5%)	8 (6,7%)	0 (0%)	22 (18,3%)	0 (0%)	3 (2,5%)	48 (40,0%)	4,14	2,632

8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.

32	4	0	29	3	2	50	4,	2,496
(26,7%)	(3,3%)	(0%)	(24,2%)	(2,5%)	(1,7%)	(41,7%)	44	

10. Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.

38	5	2	21	2	5	47	4,	2,
(31,7%)	(4,2%)	(1,7%)	(17,5%)	(1,7%)	(4,2%)	(39,2%)	22	598

Total 21,3 12,7

Nota: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Discordo; 4: Não concordo, Nem Discordo; 5: Concordo Parcialmente; 6: Concordo; 7: Concordo Totalmente.

De acordo com a literatura, a média total da reavaliação cognitiva em indivíduos com dor é ligeiramente inferior ($M=18,34$; $DP=6,69$) à apresentada neste estudo (Phillips et al., 2009). No entanto, ao comparar com a média da população portuguesa ($M = 21,6$; $DP = 6,4$) (Vaz & Martins, 2008), os dados desta amostra são praticamente iguais. Tendo por base outras investigações, seria expectável que o recurso a esta estratégia se traduzisse em níveis reduzidos de dor (Hampton, 2014), o que não espelha os dados constatados nesta presente investigação.

As respostas obtidas no parâmetro da supressão emocional, revelam que o item com a média mais elevada é o item 2: "Guardo as minhas emoções para mim próprio", tendo os participantes respondido com opções de resposta mais baixas ao item 4: "Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar". Nesta dimensão, também as respostas se reuniram nas extremidades e na resposta neutra da escala (Tabela 5).

TABELA 5

Caracterização da Supressão Emocional (N = 120)

Supressão Emocional								
<i>(n = %)</i>								
1	2	3	4	5	6	7	M	DP
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio.								
24	1	0	16	1 (0,8)	0	78	5,34	2,437
(20%)	(0,8%)	(0%)	(13,3%)		(0%)	(65,0%)		

4. Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.									
79	3	0	15	1	1	21	2,53	2,348	
(65,8%)	(2,5%)	(0%)	(12,5%)	(0,8%)	(0,8%)	(17,5%)			
5. Quando estou perante uma situação stressante forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.									
35	2	3	25	3	1	51	4,38	2,551	
(29,2%)	(1,7%)	(2,5%)	(20,8%)	(2,5%)	(0,8%)	(42,5%)			
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.									
36	2	0	26	5	6	45	4,33	2,515	
(30,0%)	(1,7%)	(0%)	(21,7)	(4,2%)	(5,0%)	(37,5%)			
9. Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.									
45	1	1	12	4	3	54	4,28	2,754	
(37,5%)	(0,8%)	(0,8%)	(10,0%)	(3,3%)	(2,5%)	(45%)			
Total							20,86	12,4	

Nota: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Discordo; 4: Não concordo, Nem Discordo; 5: Concordo Parcialmente; 6: Concordo; 7: Concordo Totalmente.

A média da supressão emocional deste estudo é superior à exposta na literatura ($M=15,74$; $DP=5,94$) (Phillips et al., 2009). Adicionalmente, ao comparar com os dados para a população portuguesa ($M = 13,6$; $DP = 4,9$) (Vaz & Martins, 2008), também se verifica que a média desta amostra encontra-se superior. Os níveis elevados de supressão emocional podem ser justificados pela elevada intensidade de dor registada neste estudo, bem como pela elevada prevalência do diagnóstico de fibromialgia, uma vez que os indivíduos portadores desta patologia têm tendência a expressar verbalmente as suas emoções com maior dificuldade, conduzindo à supressão emocional (Sayar et al., 2004; Finan et al., 2009; Vincent et al., 2013). Estes autores reforçam que esta limitação emocional tem consequências no aumento da perceção de dor.

4.4.3. Relação entre Inteligência Emocional e Variáveis Clínicas

A reavaliação cognitiva pode ser analisada em função do quadro de dor desta amostra, isto é, reavaliação cognitiva na dor leve, na dor moderada e na dor intensa. Neste sentido, aplicou-se o teste ANOVA, com o intuito de averiguar se há ou não diferenças

estatisticamente significativas nas médias populacionais dos três grupos constituídos em função da gravidade da dor (leve, moderada ou intensa). Como o valor da significância observada do teste é superior ao nível de significância (5%), não se rejeita a hipótese das pontuações médias da reavaliação cognitiva nos indivíduos com dor leve, moderada e intensa serem iguais. Na amostra, embora quem tenha dor leve tenha maior pontuação de reavaliação cognitiva, estas diferenças não são estatisticamente significativas (Tabela 6).

TABELA 6

Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Intensidade da Dor (N = 120)

Dor	Reavaliação Cognitiva			F(2,117)
	N	M	DP	
leve	9	5,69	2,44	0,131
moderada	71	4,05	2,17	
intensa	40	4,21	2,41	

Apesar dos resultados de outras investigações terem sido iguais aos apresentados, a literatura salienta a significativa ligação desta ferramenta emocional com a diminuição do quadro de dor, frisando que o recrutamento de estratégias emocionais adaptativas tem repercussões numa menor intensidade da experiência dolorosa (Hampton, 2014)., 2014; Doherty et al., 2017; Koechlin, Coakley, Schechter, Werner & Kossowsky, 2018).

No que concerne à supressão emocional na dor, recorreu-se ao teste Anova, e como o valor *p* é superior ao nível de significância (5%), não se rejeita a hipótese das pontuações medias da Supressão Emocional nos indivíduos com dor leve, moderada e intensa serem iguais. Apesar de quem tem dor leve, tenha maior pontuação de Supressão Emocional, estas diferenças não são estatisticamente significativas (Tabela 7).

TABELA 7*Relação entre a Supressão Emocional e a Intensidade de dor (N = 120)*

Dor	Supressão Emocional			F(2,117)
	N	M	DP	
Leve	9	4,80	1,50	0,363
Moderada	71	4,19	1,51	
Intensa	40	4,00	1,54	

Estes resultados não são coerentes com os obtidos por outros autores, que reportam a existência de uma relação entre a supressão emocional e a dor intensa (Sayar et al., 2004; Finan et al., 2009). Indivíduos que reprimiram e camuflaram mais as suas emoções, perceberam o estímulo doloroso com maior (Paquet & Dubé, 2005, citado por Kopera et al., 2017), o que contradiz os resultados apresentados anteriormente.

Este dado pode ser justificado pela prevalência do diagnóstico de Fibromialgia. Não só pela experiência que obtive no Centro Hospitalar Universitário de São João, mas também pela literatura. A personalidade de uma paciente com Fibromialgia é propensa à dor, o que torna a abordagem e interpretação da sua dor de uma forma distorcida. Por outras palavras, o modo como interagem com este processo, para além de subjetivo, é associado ao autocontrolo e à introversão emocional (Grouper et al., 2021). Embora a Vas seja pontuada no seu mínimo, a versão vivenciada pelas utentes tem um carácter catastrófico, com inibição das suas emoções, existindo estudos que denotam uma relação significativa entre a componente da alexitimia e a fibromialgia (Luna et al., 2021).

4.4.4. Relação entre Inteligência Emocional e as Variáveis Sociodemográficas

Idade. A reavaliação cognitiva foi avaliada nos grupos etários definidos, dos 22 aos 39 anos, dos 40 aos 59 e dos 60 aos 82, tendo sido esta divisão a mais aconselhada, de forma a que os grupos não ficassem com um *n* bastante reduzido. Na faixa etária dos 60 aos 82 anos, observou-se a maior pontuação média. A aplicação do teste ANOVA permitiu concluir que a hipótese da reavaliação cognitiva média nos três grupos ser diferente

não é suportada, sendo que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p = 0,592$) ao nível de significância 5%. (Tabela 8).

TABELA 8

Relação entre a Reavaliação Cognitiva e a Idade (N = 120)

	Reavaliação Cognitiva			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,117)</i>
22-39 anos	16	4,27	2,13	0,592
40-59 anos	65	4,04	2,31	
60-82 anos	39	4,51	2,37	

Há estudos que reportam uma associação positiva entre a idade e a reavaliação cognitiva, isto é, à medida que a idade avança, o modo como a situação é avaliada emocionalmente, é mais eficaz e com recurso a estratégias emocionais mais robustas, comparativamente com a população mais nova (Stawski et al., 2008). Ao longo da vida, a bagagem emocional consolida-se, ocorrendo uma priorização dos aspetos positivos em detrimento dos negativos (Snowden, 2015).

Mediante a caracterização da supressão emocional em função da faixa etária dos participantes do estudo, pode-se observar supressão emocional nas já referidas (Tabela 9). Mediante o teste ANOVA, uma vez que valor p é superior ao nível de significância (5%), não se rejeita a hipótese de as pontuações médias de Supressão Emocional nestas faixas etárias serem iguais. Apesar da faixa etária dos 60 aos 82 anos apresentarem valores mais elevados de supressão emocional, estes valores não são estatisticamente significativos.

TABELA 8

Relação entre a Supressão Emocional e a Idade (N = 120)

	Supressão Emocional			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,117)</i>
22-39 anos	16	3,95	1,53	0,325
40-59 anos	65	4,04	1,46	
60-82 anos	39	4,47	1,60	

Outras investigações atestam a relação positiva entre a população mais idosa e a supressão emocional, onde os idosos ao tentar a vivência de uma emoção não desejável, reprimem-na (Opitz et al., 2012; John & Gross, 2004, citado por Urry & Gross, 2010). Este dado pode ser justificado numa equação que contempla o sofrimento experienciado por um indivíduo com dor crónica, que deteriora a capacidade de regular as emoções, bem como o desgaste cognitivo subjacente ao processo natural de envelhecimento, enfraquecendo a recuperação física e psicológica, conduzindo a uma vulnerabilidade emocional e física (Charles, 2010, citado por Condon et al., 2021).

Sexo. Tendo em conta o segundo objetivo deste estudo, observou-se uma maior prevalência das mulheres, onde a média da reavaliação cognitiva no sexo masculino, é superior à do sexo feminino. Os resultados do teste *t* fornecem evidência ao nível de significância de 5% de que a pontuação média da reavaliação cognitiva nos homens é significativamente superior à das mulheres (Tabela 10).

TABELA 10

Relação entre a Reavaliação Cognitiva e o Sexo (N = 120)

	Reavaliação Cognitiva			
	N	M	<i>t</i> (118)	<i>p</i>
Feminino	92	4,00	-1,942	0,027
Masculino	28	4,95		

Os resultados obtidos contrastam com a literatura analisada que salienta a predominância do sexo feminino no recrutamento de estratégias emocionais adaptativas, tal como a reavaliação cognitiva (Hampton, 2014). É importante salientar que a amostra deste estudo é constituída, maioritariamente por mulheres, o que pode interferir nas conclusões apresentadas. Além do mais, as dificuldades de reavaliação cognitiva identificadas nas mulheres podem auxiliar a enquadrar o elevado padrão de dor intensa nesta amostra.

A média de supressão emocional nos inquiridos do sexo feminino é inferior à do sexo masculino. No entanto, os resultados do teste aplicado indicam que não há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, ao nível de significância de 5% (Tabela 11).

TABELA 11*Relação entre a Supressão Emocional e o Sexo (N = 120)*

Supressão Emocional				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>t(118)</i>	<i>p</i>
Feminino	92	4,13	0,557	0,661
Masculino	28	4,31		

As investigações confirmam os resultados obtidos, identificando níveis mais elevados de supressão emocional no sexo masculino (Gross & Jonh, 2003; Zimmermann & Iwansk, 2014). Este dado tem uma componente cultural, difundida na sociedade, de que os homens devem adotar uma conduta rígida e firme, colocando em segundo plano a demonstração das suas emoções.

Habilitações Literárias. Com vista a caracterizar a reavaliação cognitiva em função das habilitações literárias dos participantes, reconfigurou-se a variável habilitações literárias agrupando os indivíduos que declararam não saber ler/escrever com os detentores de 1º ciclo. A maior pontuação média observou-se no grupo de respondentes com o 2º ciclo, seguida dos com ensino secundário. Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas na reavaliação cognitiva aplicou-se o teste ANOVA. Os resultados permitem concluir que não há evidências ao nível de significância 5% de serem diferentes (Tabela 12).

TABELA 12*Relação entre a Reavaliação Cognitiva e as Habilitações Literárias (N = 120)*

Reavaliação Cognitiva				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(2,115)</i>
Não sabe ler e/ou escrever e 1º Ciclo (1º ao 4º ano) e 2º Ciclo (5º ao 6º ano)	26	3,99	2,33	
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	32	3,48	2,30	0,127
Ensino Secundário (10º ao 12º ano)	21	4,72	2,27	

Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado e Doutorado)	20	4,38	1,93
--	----	------	------

Tanto quanto foi possível apurar, as investigações que relacionam estas duas variáveis são escassas, todavia, as identificadas não conferem estes dados, referindo que níveis de escolaridade superiores traduzem-se em níveis de reavaliação cognitiva mais elevados (Costa, 2009). Outros estudos subscrevem o referido anteriormente, onde indivíduos com o 1º Ciclo apresentaram níveis de Inteligência Emocional inferiores aos que eram detentores de um curso superior (Andrade et al., 2019).

Ainda tendo em consideração as habilitações literárias, foram calculadas as médias da supressão emocional nos grupos denominados. Com base no teste ANOVA, sendo $p = 0,441$ é superior ao nível de significância (5%) não se rejeita a hipótese das pontuações médias da supressão emocional nos grupos não sabe ler e/ou escrever e 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, Ensino Secundário e Superior serem iguais, as diferenças não são estatisticamente significativas. Mediante estes resultados, embora os indivíduos que tinham concluído os seus estudos no 2º Ciclo revelassem maior pontuação na Supressão Emocional, estas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 13).

TABELA 13

Relação entre a Supressão Emocional e as Habilitações Literárias (N = 120)

	Supressão Emocional			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F(4,115)</i>
Não sabe ler e/ou escrever e	26	4,52	1,66	
1º Ciclo (1º ao 4º ano) e				
2º Ciclo (5º ao 6º ano)	21	4,13	1,77	
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	32	4,34	1,32	0,441
Ensino Secundário (10º ao	21	3,88	1,32	
12º ano)				
Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado e Doutorado)	20	3,79	1,55	

A literatura refere a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de supressão emocional e o baixo nível de escolaridade, em oposição a quem detém o ensino superior e secundário (Vaz & Martins, 2008). Apesar de os resultados obtidos não serem estaticamente significativos, vão ao encontro desta leitura, onde a maior supressão emocional verifica-se em indivíduos com níveis de escolaridades inferiores.

5. Conclusão

No presente estudo verificou-se que, perante a amostra constituída por 120 sujeitos, entre os 22 e os 81 anos de idade, nenhuma das relações entre as variáveis analisadas se revelou estatisticamente significativa, com exceção da relação entre a reavaliação cognitiva e o sexo. No entanto, a literatura corroborou alguns dos resultados alcançados. Assim, a necessidade de desenvolver e fomentar práticas de reavaliação cognitiva em indivíduos com dor está bem patente neste estudo, independentemente do nível de dor, escolaridade, idade e sexo.

Estes resultados merecem ser enquadrados em algumas limitações do estudo. Primeiramente, a heterogeneidade da amostra ao nível do sexo, onde 92 participantes do sexo feminino para 28 do sexo masculino. O facto de o Questionário de Regulação Emocional apenas ter na folha de resposta as opções de resposta 1: “Discordo Totalmente”, 4: “Não Concordo, nem Discordo”, e 7: “Concordo Totalmente”, veiculou a que grande parte da amostra concentrasse as suas respostas nestes itens, o que poderá enviesar a interpretação dos resultados obtidos. Para além disso, uma vez que a recolha dos dados efetuou-se em indivíduos com um quadro de dor latente, poderão ter sido fomentados constrangimentos na capacidade de responder às questões solicitadas. É crucial refletir que os resultados dizem respeito à amostra estudada, pelo que é limitada a sua dimensão, por envolver apenas pacientes do Centro Hospitalar Universitário de São João da consulta da dor. Deste modo, a generalização dos resultados carece de uma maior robustez da dimensão da amostra e inclusão de outros pacientes de outras instituições clínicas.

Além do mais, é pertinente que continuem a ser desenvolvidos estudos neste âmbito dada a sua relevância, com amostras de maior dimensão, mais diversificadas e de unidades hospitalares/clínicas diferentes, com vista a congregar dados mais representativos ao nível de características sociodemográficas. Assim, considera-se necessário promover uma reflexão sobre o repertório de competências emocionais, com o intuito de avaliar as

componentes que estão em défice, de forma a conduzir a uma melhor conduta mais adaptativa, inclusive na população com dor crónica.

Referências bibliográficas

Alghadir, A., Anwer, S., Iqbal, A., & Iqbal, Z. (2018). Test–retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of Pain Research*, 11(1), 851–856. <https://doi.org/10.2147/jpr.s158847>

Andrade, A., Duarte, J., Cruz, C., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2019). Inteligência emocional em Idosos Portugueses. *Revista INFAD de Psicologia*, 4(1), 331-338. <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEPA/article/view/1566>

Antunes, F., Pereira, R.M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther*, 10(2), 1427-1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295X.84.2.191>

Bar-On, R. (2002). Inteligência social e emocional: Visões do Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *Manual de inteligência emocional* (pp. 266-283). Artmed.

Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica*. (1st ed.). Permanyer Portugal.

Bibi, S., Saqlain, S., & Mussawar, B. (2016). Relationship between Emotional Inteligentes and Self Esteem among Pakistani University Students. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(4), 1-6. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000279>

Brown, B. T., Bonello, R. & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism chiropratic & osteopathy. *Biomed Central*, 13(5) 1-9. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-13-5>

Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor oncológica*. [Unpublished master's thesis]. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Besson, J. M. (1999). The neurobiology of pain. *The Lancet*, 353(9164), 1610-1615. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01313-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01313-6)

Bragada, J. E., Martins, J. A., Martins, A. C., & Pinheiro, J. P. (2020). O Impacto da Dor Lombar Crónica na Funcionalidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 32(3), 95-100. <https://doi.org/10.25759/SPMFR.301>

Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2019). Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on

overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(5), 1333–1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>

Castro, F. S., & Landeira-Fernandez, J. (2011). Alma, Corpo e a Antiga Civilização Grega: As Primeiras Observações do funcionamento cerebral e Das Atividades Mentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 798–809. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000400021>

Carstensen, L. L., Gross, J.J., & Fung, H. (1998). The social context of emotional experience. In K.W. Schaie & M.P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (17th ed., pp. 325– 352). New York: Springer.

Catalano, E. H., & Hardin, K. N. (2004). *Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir*. (1st ed.). Summus Editorial.

Chermiss, C., & Goleman, D. (2001). *The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations* (1st ed.). Jossey-Bass.

Cipriano, A., Almeida, D.B., & Vall, J. (2011). Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do Sul do Brasil. *Revista da Dor*, 12(4), 297-300. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000400003>

Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. (2003). Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Costa, (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros* [Master's thesis, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20Intelig%20c3%aan-cia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>

Condon, S. E., Parmelee, P. A., & Smith, D. M. (2019). Examining emotional intelligence in older adults with chronic pain: A factor analysis approach. *Aging & Mental Health*, 25(2), 213–218. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673308>

Connelly, M., Keefe, F. J., Affleck, G., Lumley, M. A., Anderson, T., & Waters, S. (2007). Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1), 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.002>

Dallenbach, K. M. (1939). Pain: History and Present Status. *The American Journal of Psychology*, 52(3), 331-347. <https://doi.org/10.2307/1416740>

Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797–812. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(99\)00139-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(99)00139-7)

Dhani, P., & Sharma, T. (2016). Emotional Intelligence; History, Models and Measures. *International Journal of Science Technology and Management*, 5(7), 189-201.

https://www.researchgate.net/profile/PriyamDhani/publication/305815636_EMOTIONAL_INTELLIGENCE_HISTORY_MODELS_AND_MEASURES/links/57a418bc08ae455e85354dbd/EMOTIONAL-INTELLIGENCE-HISTORY-MODELS-AND-MEASURES.pdf

Doherty, C., Bleakley, C., Delahunt, E., & Holden, S. (2016). Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: An overview of systematic reviews with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(2), 113–125. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096178>.

Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Times Books.

Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-12 <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=72709502>

Fernandéz-Berrocal, P. (2021). *Inteligência emocional : aprender a gerir as emoções*. (1 ed.). Biblioteca de psicologia.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2010). Pain-related interference in daily life: Validation of a Portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. [Conference session]. 5º Congresso Internacional, Viseu. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAAahUKewi49a67wsHHAhUK6xQKHR4oCkg&url=http%3A%2F%2Ffiles.mafvalente.webnode.com.pt%2F200000068-73831747bb%2FPain-related%2520Interference%2520in%2520Daily%2520Life.pdf&ei=EfPaVfio-ForWU57QqMAE&usg=AFQjCNGLbG4upH--Z_7KlhgJzRCL5KhKOA

Figueiredo, R. R., de Azevedo, A. A., & de Mello Oliveira, P. (2009). Correlation Analysis of the visual-analogue scale and the tinnitus handicap inventory in tinnitus patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(1), 76–79. [https://doi.org/10.1016/s1808-8694\(15\)30835-1](https://doi.org/10.1016/s1808-8694(15)30835-1)

Finan, P. H., Zautra, A. J., & Davis, M. C. (2009). Daily affect relations in fibromyalgia patients reveal positive affective disturbance. *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 474–482. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31819e0a8b>

Forni, J. E., Martins, M. R. I., Rocha, C. E. D., Foss, M. H. D., Dias, L. C., Junior, R. S., Detoni, M., Cunha, A. M. R., & Junior, S. C. S. (2012). Perfil Socio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma clínica de dor. *Revista de Dor*, 13(2), 147-151. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000200010>

Fortes, A. B., Tractenberg, S., & Lisboa, C. S. (2022). A Regulação emocional Como Moderadora da Relação Entre Afeto Positivo E negativo e bem-estar psicológico. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 22(1), 342–359. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.66488>

Freitas-Magalhães, A. (2011). *O Código de Ekman: o Cérebro, a Face e a Emoção*. Edições Universidade Fernando Pessoa.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Basic Books.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence* (1st ed.). Bantam Books

Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154–189. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>

Gross, J.J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Grouper, H., Eisenberg, E., & Pud, D. (2021). More insight on the role of personality traits and sensitivity to experimental pain. *Journal of Pain Research*, 14(1), 1837–1844. <https://doi.org/10.2147/jpr.s309729>

Hampton, A. J. (2014). *The effects of emotion regulation strategies on the pain experience* [Unpublished master's thesis]. University of Regina.

Herr, N., Butcher, B., & Weber, T. (2018). Emotional Intelligence, Pain Knowledge, and Pain Attitudes of Nursing Students [Master's thesis, The University of Akron]. Honors Research Project. http://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/663

Holaday, M., & McPhearson, R. W. (1997). Resilience and severe burns. *Journal of Counseling & Development*, 75(5), 346–356. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1997.tb02350.x>

IASP, (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/460932/>

Isaacowitz, D., Toner, K., Goren, D., & Wilson, H. (2008). Looking while unhappy: Mood-congruent gaze in young adults, positive gaze in older adults. *Psychological Science*, 19(9), 848–853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02167.x>

Jakubczyk, A., Ilgen, M. A., Bohnert, A. S., Kopera, M., Krasowska, A., Klimkiewicz, A., Blow, F. C., Brower, K. J., & Wojnar, M. (2015). Physical pain in alcohol-dependent patients entering treatment in Poland—prevalence and correlates. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 607–614. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.607>

John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

Kanesan, P. & Fauzan, N. (2019). Models of Emotional Intelligence: A Review. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 16 (7), 1-9. <http://journalarticle.ukm.my/20058/1/34511-107724-1-SM.pdf>

Koehler, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of Emotion Regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>

Kopera, M., Brower, K., Suszek, H., Jakubczyk, A., Fudalej, S., Krasowska, A., Klimkiewicz, A., & Wojnar, M. (2017). Relationships between components of emotional intelligence and physical pain in alcohol-dependent patients. *Journal of Pain Research*, 10(1), 1611–1618. <https://doi.org/10.2147/jpr.s134019>

Lemos, N. R., Caetano, E. A., Marques, S. M., & Moreira, D. D. (2010). Management of pain in the newborn: Literature review. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 4(3), 972. <https://doi.org/10.5205/reuol.722-7774-2-1e.0403esp201005>

Luna, K., García, A., Guzmán, R., & Flores, J. (2021). Frequency and related factors of alexithymia in patients with fibromyalgia treated at a public hospital in Lima, Peru. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 84(2), 103-112. <https://doi.org/10.20453/rmp.v84i2.3997>

Maheshwari, S., & Tajpreet, K. (2015). Relationship of emotional intelligence with self-esteem among adolescents. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 6-7. doi.org/10.4103/2231-1505.240278

Manica, J. (2018). Anestesiologia: princípios e técnicas. (3rd ed.). Artmed Editora.

Marketeer. (2018). *Qual o papel da inteligência emocional em Portugal?*. <https://marketeer.sapo.pt/qual-o-papel-da-inteligencia-emocional-em-portugal>

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied & Preventive Psychology*, 4(3), 197-208. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)

McIntyre, T., & Gameiro, M. (1999). Inventário de experiências subjetivas de sofrimento na doença (IESSD). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 6(17), 723- 736. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Mehta, S., & Singh, N. (2013). A review paper on Emotional Intelligence: models and relationship with other constructs. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT & INFORMATION TECHNOLOGY*, 4(3), 342–353. <https://doi.org/10.24297/ijmit.v4i3.772>

Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*. 47(4), 615-629.

Mendelson, R., Etafy, M., Brahmabhatt, J., & Parekattil, S. (2019). Higher trait emotional intelligence correlates to lower chronic scrotal content pain and better work

engagement. *Journal of Urology*, 201(4), 1-8.
<https://doi.org/10.1097/01.ju.0000556502.65019.15>

Miceli, A. (2002). Dor crónica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373. <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2211/1372>

Monteiro, M. M., & Ferreira, P. T. (2006). *Ser humano 12* (1st ed.). Porto Editora.

Opitz, P. C., Rauch, L. C., Terry, D. P., & Urry, H. L. (2012). Prefrontal mediation of age differences in cognitive reappraisal. *Neurobiology of Aging*, 33(4), 645–655.
<https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2010.06.004>

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010). Estrutura da boa vida em pessoas com doença crónica. In: I. Leal, & J. Pais-Ribeiro (Eds.). *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde* (pp. 137-146). Lisboa, Portugal: Edições ISPA. ISBN:978-972-8400-98-9. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Pais-Ribeiro/publication/259267523_Estrutura_da_boa_vida_em_pessoas_com_doenca_cronica/links/00b7d52c043e21ba81000000/Estrutura-da-boia-vida-em-pessoas-com-do-enca-cronica.pdf

Phillips, L. H., Saldias, A., McCarrey, A., Henry, J. D., Scott, C., Summers, F., & Whyte, M. (2009). Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 101–106.
<https://doi.org/10.1348/014466508x379566>

Rainville, P., Bao, Q. V., & Chretien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118(3), 306-318.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.022>

Riechelmann, J. C. (2001). Psicossomática e a mulher dolorida: interface objectividade/subjetividade das dores do ser mulher. *Psicossomática e a psicologia da dor* 2(1), 33-61. https://issuu.com/cengagebrasil/docs/9788522111565_livreto/2

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., Milhomens, R., & Faustino, S. (2013). *Manual de dor crónica*, (2nd ed.). Lisboa.

Rubin, D. I. (2007). Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurologic Clinics*, 25(2), 353–371. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2007.01.004>

Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2011). Emotional intelligence and acute pain. The mediating effect of negative affect. *The Journal of Pain*, 12(11), 1190–1196. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.06.008>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdd>

Salovey, P., & Sluyter, D. J. (Eds.). (1997). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. Basic Books.

Santos, J.V., Lima, D.C., Sartori, R.M., Schelini, P.W. & Muniz, M. (2018). Inteligência Emocional: Revisão Internacional da Literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 78-79. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v9n1p78>

Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441–448. <https://doi.org/10.1007/s10067-004-0918-3>

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167–177. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(98)00001-4)

Seldrake, A. (2005). Models of health and illness. In C. Banks & K. Mackrodt, *Chronic Pain Management* (1st ed., 1-35). Whurr Publishers.

Silva, L. E., Cruz, M. da, Oliveira, J. de, Ribeiro, G. D., Lima, P. de, Quadros, A. A., & Kümpel, C. (2021). A Função do Fisioterapeuta Nos cuidados paliativos e os Recursos Utilizados Para Melhoria de Qualidade de Vida do Paciente oncológico EM Estado Terminal. *Research, Society and Development*, 10(16). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23148>

Snowden, A., Stenhouse, R., Young, J., Carver, H., Carver, F., & Brown, N. (2015). The relationship between emotional intelligence, previous caring experience and mindfulness in student nurses and midwives: a cross sectional analysis. *Nurse education today*, 35(1), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.004>

Stawski, R. S., Sliwinski, M. J., Almeida, D. M., & Smyth, J. M. (2008). Reported exposure and emotional reactivity to daily stressors: The roles of adult age and global perceived stress. *Psychology and Aging*, 23(1), 52–61. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.52>

Štiglic, G., Cilar, L., Novak, Ž., Vrbnjak, D., Stenhouse, R., Snowden, A., & Pajnkihar, M. (2018). Emotional intelligence among nursing students: Findings from a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 66, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.028>

Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Hodges, A., Wright, K. J., Hanna, M., & Hester, J. (2008). Effects of mood on pain responses and pain tolerance: An experimental study in chronic back pain patients. *Pain*, 138(2), 392-401. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.018>

Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and its uses. Harper's, 140, 227-235. <https://www.gwern.net/docs/iq/1920-thorndike.pdf>

Trucharte, A., Leon, L., Castillo-Parra, G., Magán, I., Freites, D. & Redondo, M. (2020). Emotional regulation processes: influence on pain and disability in fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 123(1), 40-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31928594/>

Unruh, A. M. (1996). Gender variations in Clinical pain experience. *Pain*, 65(2), 123–167. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00214-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00214-6)

Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352–357. <https://doi.org/10.1177/0963721410388395>

Van Laarhoven, A. I., Walker, A. L., Wilder-Smith, O. H., Kroeze, S., van Riel, P. L., van de Kerkhof, P. C.,... Evers, A. W. (2012). Role of induced negative and positive emotions in sensitivity to itch and pain in women. *The British Journal of Dermatology*, 167(2), 262-269. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10933.x>

Vaz, F. M. & Martins, C. (2008). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. [Master's thesis, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9898/1/tese.pdf>

Vieira, A., Gomes, G. D., Moreira, L. R., & Deconto, J. A. (2019). A Qualidade de Vida de Quem Cuida da Saúde: A Residência multiprofissional EM Análise. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 8(3), 371–383. <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i3.14419>

Vincent, A., Lahr, B. D., Wolfe, F., Clauw, D. J., Whipple, M. O., Oh, T. H., Barton, D. L., & St. Sauver, J. (2013). Prevalence of fibromyalgia: A population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care & Research*, 65(5), 786–792. <https://doi.org/10.1002/acr.21896>

Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. *Neuroimage*, 47(3), 987–994. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.05.059>

Young, P.T. (1943). Emotion in man and animal: Its nature and relation to attitude and motive. *Journal of the American Medical Association*, 123(4), 247. <https://doi.org/10.1001/jama.1943.02840390067027>

Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 786–795. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.786>

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*, 38(2), 182-194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>

2. Inteligência Emocional na Dor Crónica: II. Relação com a Autoeficácia

Joana Damas (1), Rute F. Meneses (2)

(1) FCHS, Universidade Fernando Pessoa; (2) FCHS & FP-I3ID, CTEC, Universidade
Fernando Pessoa

36295@ufp.edu.pt, rmeneses@ufp.edu.pt

Resumo

A Inteligência emocional apresenta um sólido enquadramento empírico e, por isso, a sua contextualização nos mais diversos contextos tem vindo a ser estudada. Em indivíduos com dor crónica, a componente emocional tem um papel muito preponderante, podendo interferir na sua perceção de intensidade. O domínio cognitivo, também é um dos fatores essenciais num doente com dor crónica, onde é prevalente a presença de crenças disfuncionais e onde a confiança de que é possível ultrapassar o momento doloroso nem sempre está presente. Assim, os objetivos deste estudo passam por caracterizar a autoeficácia de indivíduos com dor crónica, explorar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia em função da dor crónica e analisar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica (geral e para a dor crónica). Participaram neste estudo 120 pacientes da consulta de Psicologia-Dor, onde a maioria era do sexo feminino ($n = 92$; 76,7 %), com idades compreendidas entre os 22 e os 82 anos ($M = 54,42$; $DP=13,43$), estando, na sua maioria, casados ($n = 94$; 78,3%) e tendo a maior parte habilitações literárias correspondentes ao 3º Ciclo ($n = 32$; 26,7%). A avaliação da dor no momento da recolha destes dados, teve como maior prevalência a dor moderada, correspondendo a uma intensidade de 3 a 7 em 10 ($n = 71$; 59,2%). Os dados sociodemográficos e clínicos foram extraídos mediante questionários desenvolvidos pelas autoras para o efeito. A inteligência emocional foi avaliada através do Questionário de Regulação Emocional, adaptado para a população portuguesa por Vaz e Martins, em 2008, e a Intensidade de Dor através da VAS, inserida no Questionário Clínico. A autoeficácia, de um modo global, foi avaliada mediante a *General Self-Efficacy Scale (GSE)*, adaptada para a população portuguesa por Araújo e Moura, em 2011. Por último, foi o Módulo de Autoeficácia elaborado pelas autoras para o presente estudo. Todos os dados foram recolhidos presencialmente. Os resultados obtidos indiciam a necessidade de ter atenção à autoeficácia, pelos valores inferiores aos

referida pela literatura. Além disso, indicam uma relação estatisticamente significativa entre a intensidade de dor e a inteligência emocional e autoeficácia. Neste sentido, ao agrupar as respostas relativas à dor em três categorias (dor leve, moderada e dor intensa), verificou-se: a) a existência de uma relação estatisticamente significativa com a inteligência Emocional, ou seja concretamente ao nível da reavaliação cognitiva e supressão emocional em pacientes com dor leve; b) na dor moderada, uma relação entre a autoeficácia e a supressão emocional.; e c) na dor intensa, entre a autoeficácia e a reavaliação cognitiva.

Deste modo, este estudo contribui para o aprofundamento da relação entre estes três construtos, com implicações em termos clínicos.

Palavras-chave: Inteligência emocional; Dor crónica; Autoeficácia; Autoeficácia para a Dor Crónica.

Abstract

Emotional Intelligence has a solid empirical framework and, therefore, its contextualization in the most diverse contexts has been studied. In individuals with chronic pain, the emotional component plays a very important role and may interfere in their perception of intensity. The cognitive domain is also one of the essential facts in a patient with chronic pain, where the presence of dysfunctional beliefs is prevalent and where the confidence that it is possible to overcome the painful moment is not always present. Thus, the objectives of this study are to characterize the self-efficacy of individuals with chronic pain, explore the relationship between emotional intelligence and self-efficacy according to chronic pain and analyze the relationship between emotional intelligence and self-efficacy in chronic pain (general and for chronic pain). One hundred and twenty patients from the Pain Psychology Department participated in this study, most of them were female ($n = 92$; 76.7%), aged between 22 and 82 years ($M = 54.42$; $SD = 13.43$), most of them married ($n = 94$; 78.3%) and most of them had secondary education ($n = 32$; 26.7%). Pain assessment at the time of data collection had a higher prevalence of moderate pain, corresponding to an intensity of 3 to 7 out of 10 ($n = 71$; 59.2%). The sociodemographic and clinical data were extracted using questionnaires developed by the authors for this purpose. Emotional intelligence was assessed through The Emotion Regulation Questionnaire, adapted for the Portuguese population by Vaz and Martins, in 2008, and Pain

Intensity through the VAS, included in the Clinical Questionnaire. Overall self-efficacy was assessed using the General Self-Efficacy Scale, adapted for the Portuguese population by Araújo and Moura, in 2011. Finally, the Self-Efficacy Module developed by the authors for this study was used. All data were collected in person. The results obtained indicate the need to pay attention to self-efficacy, due to the lower values than those reported in the literature. In addition, they indicate a statistically significant relationship between pain intensity and emotional intelligence and self-efficacy. In this sense, by grouping the answers related to pain into three categories (mild, moderate and severe pain), we found: a) the existence of a statistically significant relationship with Emotional intelligence, i.e. specifically at the level of cognitive reappraisal and emotional suppression in patients with mild pain; b) in moderate pain, a relationship between self-efficacy and emotional suppression; and c) in severe pain, between self-efficacy and cognitive reappraisal.

Thus, this study contributes to the further study of the relationship between these three constructs, with implications in clinical terms.

Keywords: Emotional intelligence; Chronic pain; Self-efficacy; Self-efficacy for chronic pain.

Introdução

Ao longo dos tempos, a noção de saúde tem vindo a sofrer evoluções, colocando-se de lado a visão redutora que apenas se focalizava no indicador ausência de doença (Meneses, 2005; Ogden, 1999; Pais-Ribeiro, 2009).

Atualmente, considera-se que todas as dimensões devem ser integradas para uma melhor compreensão do paciente, uma vez que uma vivência prolongada com um quadro de dor origina uma alteração na dinâmica pessoal, familiar, social e profissional, surgindo uma ressignificação nos papéis desempenhados (Lemos et al., 2019).

Além do mais, a prevenção da doença e a promoção da qualidade de vida, quer a nível individual, quer a nível coletivo, é atualmente uma temática prioritária no contexto da saúde (Vilhena et al., 2014). A visão integrativa do paciente em todas as suas dimensões conduz ao desenvolvimento de práticas de cuidados com vista a proporcionar uma maior qualidade de vida e consequente adesão ao tratamento (Fernández-Ríos & Garcia-Fernández, 1999; Silva et al., 2003; Silva et al., 2012).

As consequências que advêm de um diagnóstico de dor crónica podem constituir-se como um experienciar de emoções negativas e diminuição da qualidade de vida, sendo crucial explorar as fronteiras entre um quadro de dor e as suas repercussões em todas as dimensões do indivíduo (Bento & Moreira, 2018).

O recrutamento de estratégias emocionais mais positivas conduz a uma melhor adesão terapêutica, proporcionando um equilíbrio na saúde mental e bem-estar subjetivo que combina com uma saúde física mais ajustada (Vilhena et al., 2014).

Para além disso, a evidência científica comprova que fatores de ordem cognitivas comportamental, como são exemplo as crenças de autoeficácia, influenciam no modo de lidar com a dor (Keefe et al., 2018). Se os pensamentos adotados estiverem ligados à confiança de que é possível minimizar o impacto do quadro de dor, irá ser visível uma melhor compreensão e perceção da sua condição clínica (Petres & Ros, 2018).

Este fator pode ser plausível para explicar as diferenças individuais no enfrentamento da dor, juntamente com fatores genéticos, fisiológicos, culturais, espirituais e emocionais. Estas crenças de autoeficácia são capazes de interferir na experiência da dor e, desta

forma, destacam-se como crenças a serem consideradas na avaliação de pessoas com dor crónica, uma vez que este construto tem sido apontado como fundamental na sua gestão. Quando se tenta verificar a presença da autoeficácia, o espectro de contextos em que se insere é notório, seja no meio desportivo, educacional ou de saúde. Por consequência, o seu campo avaliativo também tem vindo a ser desenvolvido (Silva et al., 2018). Atualmente, o instrumento mais utilizado é a Escala de Autoeficácia Geral (*General Self-efficacy Scale* - GSE), desenvolvida por Jerusalem e Schwarzer, em 1995. O seu principal objetivo passa por avaliar, de uma forma global, a perceção de autoeficácia com o intuito de prever e gerir diversas situações do quotidiano, bem como a sua adaptação aquando da exposição a eventos stressantes (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Não obstante, no contexto de dor crónica a escassez de instrumentos que agrupassem estas duas variáveis foi visível. O único instrumento identificado foi o *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS) (Anderson et al., 1995), que apesar de se encontrar validado para a população portuguesa, foi considerado que não seria exequível a sua aplicação a indivíduos com um quadro de dor latente neste estudo, devido à sua extensão (22 itens), juntamente com os outros instrumentos selecionados. Por esse motivo, emergiu a necessidade de desenvolver um instrumento breve para integrar no protocolo de avaliação. Para além disso, a experiência durante o estágio curricular no CHUSJ motivou à exploração desta intencionalidade.

1. Autoeficácia

1.1. Definição de Autoeficácia

Bandura acolheu o conceito da autoeficácia procurando desenvolvê-lo ao longo dos anos, sendo, por este motivo, apelidado de o Pai da autoeficácia (Neves & Faria, 2009).

Inicialmente, abordou a autoeficácia como um elemento-chave, frisando o seu papel regulador sobre o comportamento e conferiu-lhe um papel mediador entre a cognição, a emoção e a motivação (Bandura, 1986), definindo-o como a confiança sobre a própria capacidade de organizar e executar as ações necessárias para o alcance de objetivos e resultados. A interpretação da capacidade pessoal facilita o processo de recrutamento das capacidades cognitivas, com o intuito de influenciar e determinar o rumo das decisões (Bandura, 2004).

Este constructo não é sinónimo de habilidades pessoais, já que está vinculado ao julgamento sobre essas habilidades, exigindo que o indivíduo realize uma introspeção sobre se é capaz de executar determinada tarefa ou não (Bandura, 2004). Por outras palavras, é a confiança percebida sobre a capacidade de organizar, delinear e implementar as ações necessárias para tomar decisões sobre como irá alcançar a tarefa delineada. Esta interpretação da capacidade pessoal conduz a que o sujeito recrute as suas capacidades cognitivas para contruir um rumo para as suas próprias decisões. De salientar que Bandura reconhece este construto como uma característica específica (Bandura, 1977, 1986, 1997).

O recrutamento desta ferramenta tem um papel estruturador na formação de expectativas que estão ligadas ao *self* (Santos et al., 2019), bem como aos aspetos emocionais e na percepção de limitações ou de oportunidades (Oliveira et al., 2018). Não obstante, Bandura expõe dois tipos de expectativas: a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado. A primeira simboliza a idealização que o indivíduo reflete sobre de que modo um comportamento conduz a um resultado. A segunda expectativa remete para confiança e certeza depositada numa tarefa com vista a atingir o objetivo pretendido (Bandura, 1977). Desta forma, sujeitos que receiam as suas capacidades veiculam o evitamento de desafios, já que percebem que não são capazes de cumprir, contribuindo para a percepção de ameaça. Com esta realidade, as baixas aspirações florescem juntamente com o baixo empenho na realização das tarefas (Bandura, 1994), sendo crucial o equilíbrio entre a percepção do julgamento da capacidade e o comportamento efetivo (Casiraghi et al., 2020).

Este construto ocupa um papel importante na estrutura causal do comportamento, uma vez que impacta em alguns determinantes, tal como as metas, as aspirações, as expectativas de resultado, os aspetos emocionais, a percepção de impedimentos ou de oportunidades (Oliveira et al., 2018). Assim, no paradigma conceptual, a percepção de confiança é o elemento-chave da autoeficácia, onde se podem associar pensamentos como “eu posso..., eu consigo...” (Neves & Faria, 2009).

O presente construto insere-se como o principal pilar da Teoria Social Cognitiva e, de acordo com essa perspetiva, as crenças na eficácia pessoal podem ser consideradas como o maior substrato para a ação humana, sendo, pois, um grande incentivo para agir (Bandura, 2009). Além disso, esta teoria alicerça-se em três princípios, designados por: o nível ou magnitude, ou seja, a dificuldade percebida na tarefa; a força, isto é a certeza de

sucesso na execução da atividade; e a capacidade de generalizar, onde o nível de magnitude e de força se generalizam em detrimento de uma tarefa (Bandura, 1986, citado por Chen et al., 2001).

1.2. Crenças de Autoeficácia - Processos mediadores

A literatura afere que, quanto maior for o repertório de crenças de autoeficácia, maior será a motivação, o investimento e a persistência quando as dificuldades emergirem (Bandura, 1986, 1997; Pajares & Olaz, 2008).

Adicionalmente, as crenças de autoeficácia veiculam-se por intermédio de processos mediadores, tais como processos motivacionais, cognitivos, afetivos e de decisão (Bandura, 1997). Os processos motivacionais inerentes ao conceito da autoeficácia espelham-se no esforço e perseverança disposto para um objetivo (Martins & Chacon, 2020). Deste modo, se as crenças de autoeficácia forem robustas, estas características facilitam a superação de obstáculos. Em contrapartida, se o indivíduo não confia nas suas capacidades, tendencialmente irá desistir mais rapidamente, já que não dispõe do tempo nem do esforço necessário (Bandura, 1986). No âmbito, a crítica que um indivíduo realiza perante uma atividade assume-se como um preditor de um cenário antecipado para a tarefa. Quando um indivíduo estrutura um juízo crítico ajustado à atividade, consegue visualizar-se a si mesmo a executar a atividade, recorrendo a construções cognitivas (Medeiros et al., 2000). Bandura defende que o recurso a pensamentos prévios regulam o comportamento humano, que incluem os objetivos e a antecipação dos cenários. Daí a pertinência da dimensão cognitiva (Bandura et al., 2008). A componente afetiva também se encontra presente na autoeficácia, uma vez que a o seio emocional é indissociável na perspetiva que se tem de uma tarefa (Medeiros, et. Al., 2000). Deste modo, os níveis de stress e ansiedade, impactam para a perceção de autoeficácia, podendo desenvolver-se medos (Bandura, 1986). Este autor frisa que se um indivíduo se sentir fragilizado, maior será a ativação de memórias passadas de fracassos, diminuindo a perseverança e a perceção de eficácia. Em contraste um indivíduo que se encontra com uma leitura positiva e de bem-estar perante o seu quotidiano acede mais facilmente às recordações de situações positivas, contribuindo para fomentar a autoeficácia, sendo menos propicio desenvolver receios que poderiam constituir-se como inibitórios para a realização de ações (Bandura, 1986). Os processos de seleção, que concedem ao ser humano o privilégio do livre-arbitrio

veiculam o desenvolvimento dos percursos de vida (Medeiros, et. al., 2000). Estes autores afirmam que, tendencialmente, a espécie humana procura situações que lhe permitam manter num determinado grau de conforto e controlo da situação, evitando momentos que propiciem dificuldades acrescidas. Esta interpretação molda as crenças de autoeficácia e, por isso, a seleção de contextos potencialmente desafiadores e exigentes necessita que o indivíduo acredite nas suas capacidades de enfrentamento, permitindo também o contínuo desenvolvimento de valores e conhecimentos (Bandura, 1997). Na visão deste autor, o facto de um indivíduo se expor a estes ambientes fortalece as crenças de autoeficácia, beneficiando o ajustamento e crescimento psicológico, bem como diminui a rigidez perante a mudança.

2. Dor Crónica

2.1. Definição de Dor Crónica

A presença da dor no dia-a-dia de um indivíduo transcende para além de ser meramente um sintoma, constituindo-se, num primeiro momento, como um sinal de alerta, podendo acarretar incapacidades e dificuldades prolongadas (Teixeira et al., 2001; Smith, et al., 2001). Esta perspetiva, relaciona-se com um tipo de dor designadamente a dor aguda, que marca o aparecimento ou agravamento de uma lesão ou doença e, por isso, constitui-se como um sinal vital útil para a sobrevivência do indivíduo (IASP, 1994; Grace et al., 2014). No entanto, se esta sintomatologia se prolongar para além do tempo expectável para o seu tratamento, pode estar interligada a processos de origem patológica crónica. Por outras palavras, pode ser identificada se estiver presente há pelo menos 3 meses, seja de forma contínua ou recorrente, perdendo o estatuto de contribuidor para a manutenção pela sobrevivência do indivíduo (Barber e Adrian, 1982). Devido às suas consequências, deverá ser analisada como uma doença em si mesma (Ritto et al., 2013).

2.2. Viver com Dor crónica

A prevalência da Dor Crónica, no panorama mundial ronda os 20% (Goldberg & McGee, 2011), em Portugal, 36,7%; desta fratria 14% indica dor como recorrente com intensidade moderada a intensa, ou seja, um valor superior a 5 uma escala numérica de 0 a 10, sendo que a sua duração é superior a seis meses (Azevedo et al., 2012).

De acordo com um estudo desenvolvido por Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen e Gallacher em 2006, a Dor Crónica poderá prolongar-se por um período temporal entre 2 a 15 anos. Além disso, dos 4839 participantes, 52% dos quais do sexo feminino, em que o grupo etário dos 41 aos 60 anos apresentava maior prevalência de um quadro de dor crónica, 50% mencionou ter dor permanente e incapacitante. Adicionalmente, 32% assumiu que o exercício da sua atividade laboral foi prejudicado, conduzindo a que 13% dos indivíduos tivessem de mudar de emprego ou da função que exerciam. Não obstante, 19% perderam o seu emprego.

Tal como já foi mencionado, apesar de existir uma definição cientificamente aceite relativamente à dor crónica, a perceção individual que a dor acarreta tem um significado pessoal e subjetivo para o utente (Hanson & Gerber, 1990). Os autores defendem o impacto da dor no quotidiano também é distinto, estando igualmente dependente da forma como o paciente conceptualiza a sua situação de doença e como se revê no papel de doente.

Alguns indivíduos conseguem lidar de forma otimista com a sua condição e minimizar os efeitos nocivos decorrentes da mesma, e nestes casos, as pessoas mantêm o exercício da sua profissão (mesmo que tenham algumas limitações na atividade laboral) e são capazes de aceitar a existência da dor, adaptando-se, com a introdução de estratégias de *coping* adequadas (Hanson & Gerber, 1990). Outros, porém, e sobretudo em situações de dor crónica, desenvolvem um conjunto de características psicológicas, nomeadamente comportamentais, que desencadeiam uma exacerbação do quadro algico para além dos aspetos meramente físicos da dor, entre os quais: uma história de insucessos no controlo da dor, o que acompanha sentimentos de desistência, desesperança, desespero e a perceção progressiva de perda de saúde, de bem-estar e de autonomia; debilidade física considerável, decorrente da inatividade e da perda de interesse em atividades quotidianas e, consecutivamente, desenvolvem quadros depressivos e ansiogénicos associados a vários sintomas disfuncionais, como o evitamento ou redução significativa da atividade física habitual (incluindo as atividades de prazer- desenvolvendo a anedonia), as perturbações do sono e da alimentação, os conflitos com a família e amigos, a utilização inadequada do sintoma para obter ganhos pessoais e o consumo exagerado e significativo de medicação usada no controlo da dor (Hanson & Gerber, 1990). A vivência prolongada de dor direciona o foco da sua vida para esta temática, contribuindo para a interferência nas

diversas áreas, prejudicando a sua qualidade de vida e das respectivas famílias (Bernardo, Lopes, Verdasca, Cardoso, Correia & Raposo, 2010).

Neste sentido, a dimensão cognitiva também se encontra centralmente patente, principalmente pelo significado atribuído à dor, podendo ser concebida pela perspectiva do indivíduo como algo catastrófico, como o antídoto para os seus problemas, como uma consequência do passado ou como meio para solicitar auxílio (Hanson & Gerber, 1990). Deste modo, o tipo de crenças que são empregues está relacionado com o modo como a pessoa analisa e reflete sobre a eficácia percebida de superar o momento de dor. Mediante este facto, a autoeficácia é uma varável a ter em atenção (Gomes, 2008). Por vezes, a construção das crenças, que o sujeito desenvolve ao longo da sua vida, pode modelar o estilo de pensamento e promover distorções cognitivas que se revelam nefastas para conciliar com um diagnóstico de dor crónica (Barros et., 2014). O posicionamento numa conceção negativa com saliência na incapacidade, na falta de empenho e nas reações emocionais desajustadas, poderão facilitar a presença de crenças menos adaptativas para o utente (Gomes, 2008). Além disso, a visão sobre as repercussões que a dor tem na sua vida e na daqueles que o rodeiam, o modo como se vê a si e aos outros associada à presença da dor, contribui para o desenvolvimento de crenças tais como: “Já não sou o que era”, “Os outros não entendem as minhas dores” (Gomes, 2008, p.18).

Para além disso, as memórias associadas a momentos dolorosos, o foco face ao início e ao término do momento de dor, o modo como se projeta no futuro, incluindo componentes interpessoais e intrapessoais, como é exemplo o medo antecipatório que cria a ideia de incapacidade e debilidade antes da realização de uma atividade, podem se afirmar como pioneiros para a avaliação de dimensões cognitivas (Gomes, 2008).

2.3. Como lidar um quadro de Dor Crónica

Perante o cenário exposto, o acompanhamento dos indivíduos com dor crónica exige uma abordagem biopsicossocial, incluindo uma perspectiva multidimensional, envolvendo diferentes grupos profissionais, nomeadamente os psicólogos. Esta visão permite a incidência no seu contexto social, laboral e familiar do indivíduo, contribuindo para a humanização dos cuidados (Bernardo et al., 2010).

O papel dos psicólogos, tendo por base uma abordagem cognitivo-comportamental, reforça o modelo referido anteriormente, que demonstra que “as crenças ou significações da pessoa sobre a dor que explicam o controlo que pode exercer sobre essa sensação, o que dá conta da subjectividade e da complexidade que lhe são habitualmente atribuídos” (Joyce-Moniz e Barros, 2005, p. 55). Por este motivo, a reestruturação progressiva das crenças sobre a dor, bem como uma reflexão sobre as expectativas que possibilitem um maior controlo deste quadro, conduzirá a uma mudança na perceção da sua capacidade e da sua gestão (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

O objetivo primordial para estes indivíduos visa o melhor funcionamento físico, mas também psicológico (Jensen et al., 2001), para que ao retratar a experiência dolorosa ocorra uma alteração no padrão de respostas automáticas menos ajustadas, conduzindo a um aperfeiçoamento da gestão emocional e comportamental (Hanson & Gerber, 1990; Turk & Meichenbaum, 1994, citado por Gomes, 2008). Seguindo esta linha de pensamento, a exposição ao indivíduo das suas próprias crenças, expectativas e construções idiossincráticas fomenta a literacia do indivíduo para identificar pensamentos que se revelam espirais negativas sobre o seu diagnóstico, bem como as repercussões que as suas emoções e comportamentos têm na busca para a implementação de ferramentas compatíveis com a promoção da qualidade de vida (Gomes, 2008).

3. Autoeficácia em indivíduos com Dor Crónica

O conceito da autoeficácia, é uma das variáveis mais promissoras dos últimos anos e, apesar de estar bastante associado à comunidade escolar, ao nível da saúde, têm sido estudados os seus contributos, quer na vertente exclusiva para a promoção e proteção da saúde, quer como estratégia de prevenção de doenças (O’Leary, 1985; 1992; Pais-Ribeiro, 1993; Strecher et al, 1986).

Tal como já foi mencionado, a dor crónica inclui a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos. Crenças disfuncionais podem-se tornar o problema central e determinar os resultados do tratamento (Dionísio et al., 2020). Dentro das crenças importantes para a vivência e gestão da dor crónica, a de autoeficácia merece

destaque, até porque a autoeficácia pode atuar como um promotor de saúde, não só física, mas também psicológica (Meneses, 2010).

Numa investigação onde se procurou caracterizar a autoeficácia em 66 indivíduos com artrite, e com uma idade média de 66 anos, constatou-se o impacto significativo das crenças adotadas num processo com dor. Os valores médios deste construto foram ($M= 30,23$; $DP=4,8$) (Barlow et al., 1996).

Num estudo realizado a 177 indivíduos portadores de dor lombar crónica, com idades compreendidas entre os 18 e 45 (42,4%) e entre os 46 e 65 anos (57,6%), cuja maior prevalência correspondia ao sexo feminino (72,3%), por intermédio VAS e da *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*, foi possível observar que grande parte dos indivíduos (61%) referiram ter sentimentos de medo e de evitamento à dor, o que se repercutiu em níveis baixos de autoeficácia (80,7%). Para além disso, a dor considerada pelos autores como leve isto é, de 1 a 4 em 10, teve a menor prevalência (6,8%), seguida pela dor moderada, de 5 a 7 em 10 (31,6%) e, por último, a dor intensa, de 8 a 10 (61,6%). O estudo também enfatizou que quanto mais elevado era o nível de incapacidade e de dor menores eram os níveis de autoeficácia e, por isso, os pacientes com níveis reduzidos deste construto apresentavam 1,7 vezes maior probabilidade de terem menos recursos para gerir um quadro de dor crónica (Salveti et al., 2012).

Um outro estudo, cujo intuito visava a avaliação dos fatores que influenciaram as crenças de autoeficácia em idosos (idade superior a 60 anos) com um diagnóstico de dor crónica musculoesquelética, incorporou uma amostra de 193 sujeitos, sendo que 136 eram mulheres (70,50%) e 111 (57,50%) encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Ao nível dos instrumentos foi utilizado o *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain* (LANSS) e o *Chronic Pain Self-Efficacy* (CPSS). A dor mais prevalente teve a sua localização no joelho (77,70%), seguida pela dor lombar (48,20%). Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de autoeficácia relativamente ao sexo, todavia, os idosos que não circunscreviam a dor como o seu principal motivo de limitação e que mencionaram não ter receio de praticar qualquer atividade do quotidiano tendiam a revelar níveis mais elevados de autoeficácia. No que diz respeito à idade, os participantes com idades superiores a 70 anos demonstraram níveis de autoeficácia mais elevados (Ziegler et al., 2020). Este facto pode ser justificado na medida em que ao longo da sua vida já teriam experienciado diversos momentos de dor,

encarando este processo como natural face ao seu envelhecimento e, neste sentido, resignificaram a sua condição, desenvolvendo mecanismos para gerir estes momentos, seja por recurso à terapêutica instruída, seja até por desconsiderarem a sua dor (Larsson et al., 2016). No domínio da localização, se a dor fosse na região do ombro, as suas crenças de autoeficácia tenderiam a ser menos robustas, já que a sua perceção sobre a capacidade de executar uma atividade é mais reduzida, estando assim associada a menor qualidade de vida (Ziegler et al., 2020).

De acordo com Salvetti, Pimenta, Lage, Junior e Rocha em 2007, o conceito de autoeficácia apresenta uma ligação umbilical com a gestão da dor podendo contribuir para modelar a perceção de incapacidade, cumprimento terapêutico e até mesmo sintomas depressivos. Além do mais, numa amostra de 132 pacientes com dor crónica, em que 116 (87,9%) correspondiam ao sexo feminino e apenas 16 (12,1%) ao sexo masculino, e com uma média de idades de 45 anos, em que o seu principal objetivo visava avaliar o modo como a autoeficácia estava presente em indivíduos com esta patologia, foi possível destacar que as crenças adotadas podem modelar a experiência de dor crónica, repercutindo-se numa diminuição da intensidade do quadro doloroso (Salvetti et al., 2007).

No contexto chinês, um estudo desenvolvido por Wu, Tang & Kwok em 2004, revelou que as crenças de autoeficácia que mais impacto tinham no bem-estar psicológico relacionaram-se com a capacidade de execução de uma atividade com sucesso em detrimento das crenças de que seria possível controlar a dor. Seguidamente, reiteraram que o melhor preditor para verificar o sofrimento psicológico dos pacientes é a autoeficácia. Os autores estendem as suas conclusões referindo que a estratégia mais eficaz para promover este construto é alterar o foco dos riscos que a patologia acarreta para formas como poderá ser controlada a dor, nomeadamente a que estratégias cognitivas recorrer. Estes resultados alicerçaram-se num universo de 159 participantes do sexo feminino com idades entre os 60 e os 89 anos, com uma idade média de 74 anos, em que os diagnósticos mais dominantes eram a dor articular crónica ou artrite (74,2%), seguida das doenças pulmonares obstrutivas crónicas (53,5%), hipertensão (39,6%), diabetes *mellitus* (18,2%) e doenças cardíacas (13,2%). No que diz respeito aos instrumentos foram utilizados: *General self-efficacy Scale*, *Multidimensional Health Locus of Control Scale* e *General Health Questionnaire*.

Keefe, Kashikar-Zuck, Robinson, Salley, Beupre, Caldwell, Baum com Haythornthwaite em 1997, também procuraram examinar a relação da autoeficácia com a dor crónica, com especial enfoque nas seguintes dimensões: tolerância à dor, incapacidade física, comportamentos associados à dor e mecanismos de *coping*, com base em 130 sujeitos com osteoartrite nos joelhos com dor persistente ao longo do dia, que responderam aos seguintes instrumentos: *The Coping Strategies Questionnaire*, *The Arthritis Self-Efficacy Scale*, *the McGill Pain Questionnaire*. As conclusões obtidas foram ao encontro daquilo que outros autores confirmaram, isto é, a crença de autoeficácia é crucial num processo de dor, sendo que quanto mais realista for a sua aplicação, maior será a adesão ao tratamento e melhor será a funcionalidade física destes indivíduos. Uma estratégia que teve sucesso nos pacientes que lidaram de uma forma mais equilibrada com a dor diz respeito à tentativa de se deslocalizarem dos momentos dolorosos e consequentemente pontuaram níveis mais elevados de autoeficácia, relatando dor menos intensa. A autopromoção de frases positivas sobre si próprio promoveram o florescimento de crenças de autoeficácia mais robustas para enfrentar o seu quadro de dor, contrastando com a catastrofização que enfraqueceu estas crenças (Keefe et al., 1997).

Curiosamente, uma investigação levada a cabo no Japão em 72 participantes (33 do sexo masculino e 39 do sexo feminino), com uma média de idades de 65,2 anos, que apresentavam dor crónica persistente média de 52,6 meses, os participantes expuseram que a autoeficácia assumiu-se como um fator preditor de melhoria da qualidade de vida, mesmo para aqueles que apresentavam dor persistente. Perante este cenário, afirmaram que a promoção da autoeficácia relacionada com a dor é um fator de proteção que auxilia na prevenção do desenvolvimento de dor crónica. Os instrumentos aplicados foram o *Pain-related disability* e o *Pain-related self-efficacy* (KarasawaI et al., 2019).

Tal como já foi explorado, os tipos de crenças empregues têm um papel preponderante e, dando continuidade a esta linha de pensamento, Pimenta, em 1999, extraiu do seu estudo que 41,7% dos participantes concordaram que conseguiam intervir no processo de controlo da dor mediante as crenças que utilizavam; 51% afirmaram que o seu processo de dor era sinónimo de impacto físico; e cerca de 63,3% julgaram que a terapêutica instruída era a única solução para o controlo da dor. Para além disso, as crenças pouco adaptativas identificadas não acreditam no impacto dos seus pensamentos num quadro de dor crónica, não subscrever o impacto das emoções nesta convivência com um quadro crónico

e ter a convicção de que a medicação é o único caminho para o controlo da dor, contribuíram negativamente para o aumento da percepção de dor (Pimenta, 1999).

Assim, a comunidade científica parece ser unanime quanto à relação destes dois construtos, expondo que níveis reduzidos de crenças de autoeficácia estão relacionados com maior incapacidade e maior intensidade da dor, o que demonstra que o efeito das crenças pouco adaptativas de autoeficácia tem uma repercussão negativa na percepção de incapacidade e mobilidade (Silva et al., 2016). Esta conjectura encaminha para a necessidade de aprimorar esta ferramenta com a finalidade de atingir melhores resultados no tratamento da dor crónica (Salvetti, Pimenta, Braga, Corrêa, 2012).

4. Inteligência Emocional, Dor e Autoeficácia

O carácter biopsicossocial que define os indivíduos orienta para a impossibilidade de dissociar as componentes afetivas, cognitiva e comportamental que estão inseridas na identidade de cada um. Por este motivo, o papel desempenhado pelas emoções tem repercussões a nível cognitivo, nomeadamente nas crenças e no tipo de estratégias que se recrutam, que consequentemente tem influência nos comportamentos desenvolvidos (Lloor-Rivadeneira et al., 2018). A conceção de que as emoções vão para além de reações fisiológicas revolucionou a visão sobre o comportamento humano (Damásio, 1996), surgindo diversos conceitos na esfera emocional, como é o caso da inteligência emocional.

Perante este enquadramento, a Inteligência Emocional surge como um construto que tem vindo a ganhar território na comunidade científica, sendo que diversos autores já contribuíram para um aprofundamento deste campo emocional. É possível destacar o Modelo de Habilidades defendido por Salovey e Mayer (1990), que integra diversas componentes, como é o caso da percepção, onde se insere a avaliação e expressão emocional; a emoção aliada ao pensamento; a compreensão, integração e análise das emoções e a gestão emocional (Mayer et al., 2016).

Em 1995, este conceito disseminou-se rapidamente na sociedade devido à publicação do livro de Daniel Goleman. Este autor tendo vindo a desenvolver esta temática refletindo que a Inteligência Emocional pauta-se em cinco habilidades básicas e interdependentes: a autoconsciência, autogestão, automotivação, empatia e habilidade social (Goleman,

1995). Este autor salienta que as duas últimas relacionam-se com o meio exterior, ou seja a capacidade de ter empatia na forma de compreensão das próprias, mas também as emoções vivenciadas pelos outros, respeitando a visão de cada ser humano, fomenta as relações interpessoais, onde se destaca a aliança entre emoção, cognição e comportamento.

Um dos fatores que maior preponderância tem na Inteligência Emocional é a gestão e regulação emocional (Szczygiel & Mikolajczak, 2018; Kikanloo et al., 2019). A literatura salienta a existência de duas estratégias de regulação emocional frequentemente utilizadas: a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional (Curvello & Mendes, 2020). A primeira remete para a avaliação da situação que desencadeia a emoção, procurando reinterpretar a situação de um modo positivo, já a supressão emocional remete para a inibição de qualquer expressão vivenciada pelo indivíduo (John & Gross, 2004, citado por Urry & Gross, 2010; Silva & Freire, 2014). No âmbito da dor, principalmente com o diagnóstico de fibromialgia, a compreensão e interpretação das emoções pode ficar enviesada, ocorrendo frequentemente negação e repressão das emoções (Passos & Lima, 2017).

Bandura em 1997, declarou que crenças confiantes e positivas sobre as próprias competências fomentam o desenvolvimento de emoções positivas. Quando ocorre um recrutamento medíocre destas crenças, os indivíduos encontram-se mais expostos a experimentar emoções negativas (Bandura, 1997), como são exemplo a raiva, frustração e medo (Grant & Haverkamp, 1995), com tendência a visualizar a realidade como ameaçadora, sentindo-se pouco eficazes para a dominar. Além disso, tem impacto a nível biológico, nomeadamente alterando o potencial do sistema imunitário, já que tem uma ligação direta com a componente emocional (Bandura, 1994).

Este cenário ocorre na medida que as emoções negativas resultam em desorganização dos pensamentos, conduzindo a soluções menos assertivas (Bandura, 1997). Crenças resilientes sobre a capacidade de gerir e tolerar o momento de dor assumem-se como atenuantes para a intensidade de dor, aumentando assim a sua tolerância (Bandura, 1997).

Além disso, a resposta emocional que é aplicada mediante uma situação de dor interfere na avaliação cognitiva de competência, deste modo, é imperioso o indivíduo evitar a deterioração emocional para promover as suas crenças de autoeficácia (Salvetti et al., 2007).

Mediante a revisão da literatura efetuada, estudos que abordassem especificamente a relação entre a inteligência emocional e a autoeficácia em indivíduos com dor crónica foram escassos. No entanto, a ligação entre estes dois conceitos num universo de indivíduos saudáveis é visível. Um estudo levado a cabo por Di Fabio e Palazzeschi em 2008, culminou que existe uma relação significativa entre a autoeficácia e a componente emocional dos professores. Níveis mais elevados de inteligência emocional estiverem relacionados com uma maior autoeficácia, permitindo ao professor gerir, motivar e captar a atenção dos alunos, conseguindo recrutar estratégias de ensino tendo em conta as necessidades dos seus alunos (Di Fabio & Palazzeschi, 2008).

Uma investigação orientada por Endler, Kocovski e Macrodimitris em 2001, procurou explorar diferentes estratégias de *coping* para indivíduos com dor crónica, incluindo a autoeficácia e a perceção de dor. Neste sentido, levantaram como hipótese que os indivíduos que padeciam de um quadro de dor crónica apresentavam mais preocupações, menos capacidade emocional, menor autoeficácia e menor capacidade de controlo da dor do que indivíduos com outras patologias. Para a verificação desta hipótese, participaram 274 sujeitos, em que 82 eram homens e 192 mulheres. A média de idades do sexo masculino foi de 43,69 anos e do sexo feminino de 38,14 anos. Ao nível dos instrumentos recorreram ao *Coping with Health Injuries and Problems*, *The Personal Attitudes Scale* e *The Event Perception Measure*. Os resultados foram ao encontro da hipótese inicial e, além disso, a autoeficácia demonstrou estar significativamente relacionada com a componente emocional, uma vez que quem demonstrou níveis reduzidos de autoeficácia tendia a apresentar maiores preocupações e menor capacidade de gerir as suas emoções mediante o seu diagnóstico. Neste sentido, foi possível concluir que os indivíduos que não se sentem ou que não se perspetivam como sendo passível ter sucesso na ação alteram o seu foco para os aspetos emocionais menos positivo que a sua patologia crónica acarreta (Endler et al., 2001).

No Arizona, um estudo desenvolvido por Kratz e Zautra (2007), abordou 110 mulheres, tendo 35 um diagnóstico de osteoartrite e 75 fibromialgia, as idades eram compreendidas entre os 35 e os 72 anos, a média correspondia a 54.57 anos de idade e grande parte pontuava uma dor moderada. O objetivo relacionava-se com o modo como a aceitação de um diagnóstico se refletia a nível emocional e com a intensidade da dor. Ao nível de instrumentos estiveram presentes o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*, *The Worst*

Pain, o *The Positive and Negative Affect Schedule* e o *The Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory*. Deste modo, foi possível constatar que a aceitação do diagnóstico (não é uma atitude de desistência, ou de rendição) está relacionada com uma redução da percepção da dor, bem como redução de emoções negativas. Além disso, o recrutamento de estratégias cognitivas adaptativas ao contexto de dor, permite o aumento de emoções positivas, com uma avaliação mais realista do diagnóstico. Por consequência, os indivíduos que tinham mais dificuldade em compreender e aceitar o seu quadro algico desencadearam cognições mais resistentes e geriram de forma mais negativa as suas emoções.

Neste âmbito, um estudo conduzido com 100 participantes, predominantemente do sexo feminino, com uma idade média de 44 anos e com um diagnóstico de Fibromialgia, procurou compreender o papel das emoções na intensidade de dor, utilizando a VAS e o *Life Style Index*. Os resultados demonstram que os pacientes que pontuaram níveis mais intensos de dor recrutavam como estratégias emocionais a supressão, reprimindo as suas emoções, o que impacta na forma desajustada de lidar com este diagnóstico (Grekhoff, 2022).

Tendo em consideração a investigação prévia revista, o presente estudo tem como objetivos: caracterizar a autoeficácia de indivíduos com dor crónica, explorar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia em função da dor crónica e analisar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica (geral e para a dor crónica).

5. Método

5.1. Participantes

Inicialmente, a amostra foi concebida com 50 participantes, contudo, após constatar a recetividade dos pacientes, bem como a intenção de tornar o estudo mais rico e diversificado, foi solicitado uma adenda para incluir 120 participantes, que obteve o parecer positivo da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João. Assim, nesta investigação, a análise foi alicerçada em 120 participantes da consulta Psicologia-Dor desse Centro Hospitalar. Deste modo, destaca-se 92 sujeitos do sexo feminino e 28 do sexo masculino. Relativamente à idade, o participante mais novo tinha 22 anos e o mais velho 82 anos, com uma média de 54,42 anos. Para além disso, o desvio padrão é de

13,43, com uma dispersão moderada de 25%, ou seja, metade da amostra tem pelo menos 55 anos.

No que diz respeito à nacionalidade, praticamente todos os indivíduos são portugueses, com a exceção de um participante que tem dupla nacionalidade, portuguesa e espanhola (0,8%). Além disso, a maioria era casada, habitando, principalmente, no concelho do Porto e no concelho da Maia; os restantes concelhos também se encontram inseridos no distrito do Porto não excedendo os 5,8%. Ao nível das habilitações literárias, o 3º Ciclo é a escolaridade com maior prevalência, sendo que na sua maioria os participantes estavam a exercer a sua atividade profissional (Tabela 1).

TABELA 1

Composição Sociodemográfica da Amostra (n = 120)

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	92	76,7%
Masculino	28	23,3%
Estado Civil		
Solteiro	18	15%
Casado	94	78,3%
União de Facto	0	0%
Separado (a)	0	0%
Divorciado (a)	4	3,3%
Viúvo (a)	4	3,3%
Outra situação	0	0%
Concelho de Residência		
Maia	17	14,2%
Porto	36	30%
Habilitações Literárias		
Não sabe ler e/ou escrever	1	0,8%
1º Ciclo (1º ao 4º ano)	25	20,8%
2º Ciclo (5º ao 6º ano)	21	17,5%
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	32	26,7%
Secundário (10º ao 12º ano)	21	17,5%

Licenciatura	15	12,5%
Mestrado	4	3,3%
Doutoramento	1	0,8%
Situação Profissional		
Empregado (a)	55	45,8%
Estudante	3	2,5%
Desempregado (a)	25	20,8%
Reformado (a)	37	30,8%

5.1.1. Caracterização Clínica

Tendo em conta as características clínicas, o diagnóstico mais prevalente nesta amostra é o de fibromialgia, com 22 indivíduos a indicar esta patologia, seguido pela Doença Arterial Periférica, indicada por 18 sujeitos (Tabela 2).

TABELA 2

Diagnósticos Presentes na Amostra (n = 120)

Características Clínicas	n	%
Diagnóstico		
Artrite Psoriática	1	0,80%
Cervicalgia	1	0,80%
Cifoescoliose Torácica	1	0,80%
Dor Musculoesquelética Cervical e Lombar	1	0,80%
Dor Intercostal	1	0,80%
Dor Lombar	1	0,80%
Encefalopatia Hipáxico Isquémica	1	0,80%
Espondilartrite	1	0,80%
Gonalgia Bilateral	1	0,80%
Hemorroidectomia	1	0,80%
Linfoma Mediastinal	1	0,80%
Lombociatalgia	1	0,80%
Osteoartrose	1	0,80%
Patologia Raquidiana	1	0,80%

Algodistrofia	2	1,70%
Cancro da Mama	2	1,70%
Esclerose Múltipla	2	1,70%
Mielite	2	1,70%
Espondilite Anquilosante	3	2,50%
Mieloma Múltiplo	3	2,50%
Síndrome Doloroso Generalizado	3	2,50%
Cefaleia	4	3,30%
Dor Membro Fantasma	5	4,20%
Nevralgia do Trigêmeo	5	4,20%
Doença Neurológica Funcional	6	5,00%
Artrite Reumatoide	9	7,50%
Dor Neuropática	10	8,30%
Lombalgia	10	8,30%
Doença Arterial Periférica	18	15,00%
Fibromialgia	22	18,30%

A vivência com a dor crónica, incluindo a sua quantificação no momento da administração dos questionários merece ser explorada (Tabela 3).

TABELA 3

Características Clínicas da Amostra (n = 120)

Características Clínicas	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
De 0 a 10, como classifica a sua dor neste momento?				
Dor Leve (0-2/10)	9	7,5%		
Dor Moderada (3-7/10)	71	59,2%	2,26	2,00
Dor Intensa (8-10/10)	40	33,3%		

5.2. Material

Num primeiro momento, foi administrado um Questionário Sociodemográfico desenvolvido pelas autoras para efeito, composto por 8 itens, que incide em variáveis como a idade, sexo, nacionalidade, estado civil, concelho de residência, habilitações literárias e, por último, situação profissional. Seguiu-se a avaliação de características clínicas, extraídas mediante o Questionário clínico também desenvolvido pelas autoras para o efeito, que integrou 8 itens acerca do diagnóstico, perceção de saúde e qualidade de vida, serviço que encaminhou para a consulta da dor, há quanto tempo sente dor, as características da dor do participante, a interferência da dor na realização de tarefas e a medicação que toma. A VAS apresentada pela DGS, em 2003, também se encontra inserida neste questionário, com vista a numerar de 0 a 10 a dor do paciente, onde 0 corresponde a uma dor leve e 10 a uma dor intensa, sendo que uma dor de 0 a 2 foi classificada como dor leve, de 3 a 7 uma dor moderada e de 8 a 10 uma dor intensa. Num terceiro momento, recorreu-se ao Questionário de Regulação Emocional, cuja versão original foi desenvolvida por J. Gross e O. John, em 2003, e a adaptação para a população portuguesa foi efetuada por Vaz e Martins, em 2008. Este questionário engloba 10 itens com uma escala de resposta tipo *Likert* de sete pontos, onde 1 significa “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”, que avaliam dois processos de regulação emocional, nomeadamente, o fator reavaliação cognitiva, que inclui os itens 1,3,7,8 e 10, e o fator supressão emocional, que abarca os itens 2,4,5,6 e 9 da versão portuguesa. Neste estudo, o Alfa de Cronbach é de 0,933 na reavaliação cognitiva e da supressão emocional de 0,566. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de reavaliação cognitiva e de supressão emocional (Vaz & Martins, 2008). A *General Self-Efficacy Scale* possibilitou obter as respostas relativas ao construto autoeficácia, tendo sido construído originalmente por Matthias Jerusalem e Ralf Schwarzer, em 1995, e a adaptação para a população portuguesa foi conduzida por Miguel Araújo e Octávio Moura, em 2011. Este instrumento apresenta 10 itens, todos formulados no sentido positivo, tendo por base uma escala de resposta tipo *Likert*, onde 1 corresponde a “De modo nenhum é verdade”, 2 “Difícilmente é verdade”, 3 “Moderadamente verdade” e 4 “Exatamente verdade”. A pontuação total varia entre os 10 e os 40 pontos, onde um score mais elevado corresponde a maiores níveis de autoeficácia. O valor do *Alfa de Cronbach* neste estudo de 0,923. A média e o desvio padrão deste instrumento para a população portuguesa é ($M = 21,6$; $DP = 6,4$) (Araújo & Moura, 2011). Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de autoeficácia.

Por último, foi administrado o Módulo de Autoeficácia para a Dor Crónica, desenvolvido pelas autoras especialmente para o presente estudo. A necessidade de desenvolver este Módulo advém da escassez de instrumentos identificados que avaliassem a autoeficácia especificamente em indivíduos com dor crónica. Por este motivo, foram elaborados 6 itens, sustentados por uma escala de resposta tipo *Likert* que varia de 1 a 4, em que 1 significa “De modo nenhum é verdade”, 2 “Difícilmente é verdade”, 3 “Moderadamente verdade” e 4 “Exatamente verdade”, i.e., as mesmas opções de resposta da *General Self-Efficacy Scale*. Os itens são sobre autoeficácia, estando, contudo, adaptados para a realidade concreta de um doente crónico. A pontuação total varia entre os 10 e os 40 pontos, com exceção dos itens 13 e 14, que têm uma pontuação no sentido inverso. Um *score* mais elevado corresponde a maiores níveis de autoeficácia para a dor. De salientar que o *Alfa de Cronbach* foi de 0,691. Por questões éticas, e por indicação da orientadora, uma cópia do protocolo de avaliação e das autorizações solicitadas e obtidas é fornecida apenas aos membros do júri, em dossier à parte.

5.3. Procedimentos

Este projeto obteve o parecer positivo da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João. Paralelamente, foi levada a cabo uma rigorosa revisão da literatura, com o intuito de selecionar a literatura científica que melhor abordasse esta temática. Seguidamente, com o estágio curricular a decorrer na consulta da dor, e tendo por base o anonimato e a confidencialidade inerente a este processo, foi elaborado um documento de informação complementar para o (potencial) participante, com o intuito de garantir o anonimato, a confidencialidade, bem como todas as condições inerentes a este estudo. Deste modo, foi possível recolher os dados necessários para desenvolver o estudo, mediante os instrumentos citados. Todos os participantes com idade mínima de 18 e com um diagnóstico de Dor Crónica contactados mostraram-se recetivos a colaborar.

Uma vez chegada esta etapa, foram entregues o Questionário Sociodemográfico, o Questionário Clínico e o Questionário de Regulação Emocional, a *General Self-Efficacy Scale* e o Módulo de Autoeficácia para a Dor Crónica. Perante a obtenção de todas as respostas, foi levada a cabo uma rigorosa análise quantitativa, dissecando o que foi registado pelos participantes.

Para operacionalizar a análise dos dados obtidos, foi utilizado o *IBM SPSS, versão 28 - Statistical Package for the Social Sciences*. Para as análises efetuadas recorreu-se à Correlação de *Pearson*.

5.4. Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta etapa, e face ao volume de resultados obtidos, pretende-se apresentar e discutir os resultados, colocando-os em confronto com a literatura recolhida.

5.4.1. Caracterização da Autoeficácia

Autoeficácia geral. A *General Self-Efficacy Scale (GSE)* permitiu extrair dados relativamente à autoeficácia, e neste sentido o item com a média mais elevada foi o item 2: “Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero”, em contraste com o item 7: “Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades”, que se revelou como tendo a média mais baixa (Tabela 4).

TABELA 4

Caracterização da Autoeficácia (n = 120)

<i>General Self- Efficacy Scale (GSE)</i>					
<i>n(%)</i>					
1	2	3	4	M	DP
1. Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.					
11 (9,2%)	12 (10,0%)	43 (35,8%)	54 (45,0%)	3,17	0,947
2. Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.					
10 (8,3%)	12 (10,0%)	41 (34,2%)	57 (47,5%)	3,21	0,934
3. Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.					
14 (11,7%)	16 (13,3%)	45 (37,5%)	45 (37,5%)	3,01	0,992
4. Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.					

	25 (20,8%)	23 (19,2%)	29 (24,2%)	43 (35,8%)	2,75	1,154
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.						
	21 (17,5%)	22 (18,3%)	34 (28,3%)	43 (35,8%)	2,83	1,105
6. Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.						
	10 (8,3%)	13 (10,8%)	45 (37,5%)	52 (43,3%)	3,16	0,926
7. Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.						
	25 (20,8%)	21 (17,5%)	37 (30,8%)	37 (30,8%)	2,72	1,117
8. Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.						
	14 (11,7%)	24 (20,0%)	36 (30,0%)	46 (38,3%)	2,95	1,028
9. Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.						
	12 (10,0%)	22 (18,3%)	40 (33,3%)	46 (38,3%)	3,00	0,987
10. Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.						
	13 (10,8%)	18 (15,0%)	48 (40,0%)	41 (34,25)	2,98	0,965
Total					29,78	10,155

Nota: 1: De modo nenhum é verdade; 2: Dificilmente é verdade; 3: Moderadamente verdade; 4: Exatamente verdade.

Autoeficácia para a Dor Crónica. A necessidade de elaborar um instrumento para a Autoeficácia na Dor Crónica veiculou que os itens 13 e 14 fossem formulados no sentido inverso dos restantes, sendo o item 13: “Encaro a dor como uma dificuldade na minha vida” ($M = 1,475$; $DP = 0,897$) o que espelha a dificuldade dos participantes em gerir o seu quadro algíco (Tabela 5).

TABELA 5*Caracterização da Autoeficácia para a Dor Crónica (n = 120)*

Módulo de Autoeficácia para a Dor Crónica					
<i>n</i> (%)					
1	2	3	4	M	DP
11. Estou confiante que posso lidar eficazmente com a dor, mesmo quando é muito intensa.					
13 (10,8%)	21 (17,5%)	41 (34,2%)	45 (37,5%)	2,98	0,996
12. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações dolorosas.					
14 (11,7%)	23 (19,2%)	34 (28,3%)	49 (40,8%)	2,98	1,037
13. Encaro a dor como uma dificuldade na minha vida. (Revertida)					
8 (6,7%)	9 (7,5%)	15 (12,5%)	88 (73,3%)	1,475	0,897
14. Nos momentos de dor intensa sinto-me incapaz de realizar alguma atividade (Revertida)					
8 (6,7%)	20 (16,7%)	22 (18,3%)	70 (58,3%)	1,716	0,971
15. Consigo identificar soluções para gerir os momentos em que sinto dor.					
12 (10,0%)	20 (16,7%)	44 (36,7%)	44 (36,7%)	3,00	0,970
16. Num momento de dor sou capaz de manter a calma, pois confio nas minhas capacidades					
24 (20,0%)	23 (19,2%)	38 (31,7%)	34 (28,3%)	2,69	1,095
Total				14,841	5,896

Nota: 1: De modo nenhum é verdade; 2: Dificilmente é verdade; 3: Moderadamente verdade; 4: Exatamente verdade.

De um modo global, o valor da autoeficácia, apesar de ligeiramente inferior, é bastante próximo ao descrito na literatura (M= 30,23; DP=4,8). Paralelamente, ao compararmos com os valores médios da população portuguesa (M= 32,43; DP= 3,921), os dados da

autoeficácia neste estudo também se revelaram inferiores (Araújo & Moura, 2011). O facto da autoeficácia não ser tao robusta como o estado da arte, também justifica a significativa intensidade de dor referida pela maior parte dos inquiridos, já que de acordo com a literatura, quanto mais elevado é o nível de dor menor é o nível de autoeficácia (Salvetti et al., 2012).

5.4.2. Caracterização da Inteligência Emocional

Antes de analisar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica, torna-se relevante caracterizar a IE da amostra. Por intermédio do Questionário de Regulação Emocional, foi possível obter dados sobre dois fatores a reavaliação cognitiva e a supressão emocional.

As respostas recolhidas acerca da reavaliação cognitiva permitem concluir que o item com a média mais elevada diz respeito ao item 8: “Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro” e que o item com a pontuação média mais baixa refere-se ao item 3: “Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar” (Tabela 6).

TABELA 6

Caracterização da Reavaliação Cognitiva (n = 120)

Reavaliação Cognitiva								
(n%)								
1	2	3	4	5	6	7	M	DP
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.								
37 (30,8%)	7 (5,8%)	0 (0%)	23 (19,2%)	0 (0%)	3 (2,5%)	50 (41,7%)	4,26	2,617
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.								
42 (35,0%)	5 (4,2%)	1 (0,8%)	19 (15,8%)	2 (1,7%)	10 (8,3%)	41 (34,2%)	4,07	2,608
7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.								

39 (32,5%)	8 (6,7%)	0 (0%)	22 (18,3%)	0 (0%)	3 (2,5%)	48 (40,0%)	4, 14	2, 632
8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.								
32 (26,7%)	4 (3,3%)	0 (0%)	29 (24,2%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	50 (41,7%)	4, 44	2,496
10. Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.								
38 (31,7%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	21 (17,5%)	2 (1,7%)	5 (4,2%)	47 (39,2%)	4, 22	2, 598

Nota: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Discordo; 4: Não concordo, nem discordo; 5: Concordo Parcialmente; 6: Concordo; 7: Concordo Totalmente.

As respostas obtidas no parâmetro da supressão emocional revelam que o item com a média mais elevada é o item 2: "Guardo as minhas emoções para mim próprio", tendo os participantes respondido com opções de resposta mais baixas ao item 4: "Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar" (Tabela 7).

TABELA 7

Caracterização da Supressão Emocional (n = 120)

	Supressão Emocional							M	DP
	1	2	3	4	5	6	7		
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio.					<i>n</i> (%)				
	24 (20%)	1 (0,8%)	0 (0%)	16 (13,3%)	1 (0,8%)	0 (0%)	78 (65,0%)	5,34	2,437
4. Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.									
	79 (65,8%)	3 (2,5%)	0 (0%)	15 (12,5%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	21 (17,5%)	2,53	2,348
5. Quando estou perante uma situação stressante forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.									

35 (29,2%)	2 (1,7%)	3 (2,5%)	25 (20,8%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	51 (42,5%)	4,38	2,551
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.								
36 (30,0%)	2 (1,7%)	0 (0%)	26 (21,7)	5 (4,2%)	6 (5,0%)	45 (37,5%)	4,33	2,515
9. Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.								
45 (37,5%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	12 (10,0%)	4 (3,3%)	3 (2,5%)	54 (45%)	4,28	2,754

Nota: 1: Discordo Totalmente; 2: Discordo Parcialmente; 3: Discordo; 4: Não concordo, nem discordo; 5: Concordo Parcialmente; 6: Concordo; 7: Concordo Totalmente.

5.5. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica

Para analisar a relação entre a Inteligência Emocional e a Autoeficácia na Dor Crónica, foi calculado o coeficiente de Correlação linear de *Pearson* e testada a sua significância estatística. Os valores de referência para a classificação da magnitude da correlação são os definidos em Pestana e Gageiro (2014): valores absolutos inferiores a 0,20 - muito fraca; entre 0,20 e 0,39 - fraca; entre 0,40 e 0,69 - moderada; de 0,70 a 0,89 - forte; e pelo menos 0,90 - muito forte. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Primeiramente, foi analisada a existência de correlação entre os dois *scores* dos dois constructos (Tabela 8). Observou-se que quanto maior a autoeficácia maior a reavaliação cognitiva e a supressão emocional, sendo ambas as relações lineares, positivas e estatisticamente significativas. A correlação entre a autoeficácia e a reavaliação cognitiva é forte e entre a autoeficácia e a supressão emocional é moderada.

TABELA 8

Correlação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crónica (n = 120)

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
<i>General Self-Efficacy Scale</i>	<0,001**	0,001**

**Módulo de Autoeficácia para
a Dor**

0,193

0,447

* $p < 0,05$. ** $p < 0.001$.

Segundo a literatura, a relação entre a Autoeficácia e a Reavaliação Cognitiva é inequívoca, atestando os resultados obtidos. De facto, um indivíduo com dor apresenta uma maior predisposição para apresentar mais distorções cognitivas, o que conduz a que o seu nível de tolerância à dor esteja reduzido, bem como a sua disponibilidade mental para gerir um quadro de dor encontra-se alterada, por isso, os níveis de regulação emocional veiculam-se como fundamentais (Salveti et al., 2012). Sujeitos que, apesar de viverem com dor, investem na reestruturação dos seus pensamentos e atitudes, acreditando que podem encontrar estratégias para suportar um momento de dor, ativam as suas ferramentas emocionais para auxiliar neste processo e, por este motivo, ocorre um desenvolvimento da ferramenta de reavaliação cognitiva (Endler et al., 2001; Bandura, 1997).

Por outro lado, o facto de existir uma correlação linear positiva entre a Autoeficácia e a Supressão Emocional não espelha os dados da literatura. A investigação científica revista considera que, perante níveis de Autoeficácia elevados, a probabilidade de experienciar emoções mais negativas e, conseqüentemente, as reprimir diminui (Bandura, 1997). Em contrapartida, em indivíduos com baixos níveis de Autoeficácia, que ao analisar a situação sentem-se menos capazes de a superar, tende a existir deterioração emocional (Bandura, 1994; Salvetti et al., 2007). O resultado que contrasta com a literatura analisada pode ser explicado pela prevalência do diagnóstico de Fibromialgia. De facto, neste diagnóstico a compreensão e interpretação das emoções altera-se, ocorrendo frequentemente negação e repressão das emoções (Passos & Limas, 2017).

Não só pela experiência que obtive no Centro Hospitalar Universitário de São João, mas também pela literatura, a personalidade de uma paciente com fibromialgia é propensa à dor, o que torna a sua interpretação distorcida. Por outras palavras, a forma como interagem com um processo de dor, para além de subjetiva, é associado ao autocontrolo e à introversão emocional (Grouper et al., 2021). Embora a Vas seja pontuada no seu mínimo, a versão vivenciada pelas utentes tem um carácter catastrófico com inibição das suas emoções, existindo estudos que denotam uma relação significativa entre a componente da alexitimia e a fibromialgia (Luna et al., 2021).

A seguir, considerando a intensidade declarada de dor crónica (de 0 a 10), foi analisada a sua correlação com cada dimensão psicossocial considerada. Todas as correlações são negativas e estatisticamente significativas (Tabela 9), ou seja, quando maior for a intensidade de dor, menor é a reavaliação cognitiva (correlação muito fraca); menor a supressão Emocional (correlação muito fraca); menor a autoeficácia (correlação fraca); e quanto menor é a intensidade dor menor é a autoeficácia para a dor (correlação fraca).

TABELA 9

Correlação entre as dimensões da Inteligência Emocional, Autoeficácia e a Intensidade da dor (n = 120)

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional	Autoeficácia Geral	Autoeficácia para a Dor
Intensidade da dor (0-10)	0,041*	0,038*	<0,001**	<0,001**

Nota: Os valores de significância observados correspondem aos testes de hipóteses unilaterais; * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

A literatura atesta parte dos resultados, na medida que quanto mais dor um indivíduo sentir, maiores serão as repercussões emocionais e cognitivas. Indivíduos com um quadro de dor intenso pontuam níveis mais reduzidos de autoeficácia e, por isso, apresentam maiores dificuldades em gerir este quadro, sendo comum surgirem pensamentos relacionados com a perceção de incapacidade e de uma débil mobilidade (Salveti et al., 2012; Silva et al., 2016). Alguns autores consideram que o construto autoeficácia é o melhor preditor para verificar o sofrimento psicológico nestes pacientes (Wu et al., 2004), sendo um fator de proteção que atua como prevenção no desenvolvimento de dor crónica (KarasawaIe et al., 2019). Por consequência, um quadro de dor também interfere a nível emocional, sendo que o papel desempenhado pelas emoções tem impacto na perceção de dor no momento (Loor-Rivadeneira et al., 2018).

A literatura refere que com um quadro de dor latente existe uma menor capacidade emocional, que conduz a uma menor capacidade de controlo da dor, apresentando assim níveis de intensidade mais elevados (Endler et al., 2001; Kratz & Zautra (2007). Por este motivo, à medida que aumenta a intensidade de dor, a reavaliação cognitiva diminui. Esta desorganização emocional, de acordo com a investigação científica, contribui para o desenvolvimento da supressão emocional, onde níveis mais elevados de dor estão

associados a maior supressão emocional (Grekhoff, 2022), o que, todavia, não se verificou no presente estudo.

Os resultados encontrados justificam a análise das correlações entre os construtos e os níveis de dor crónica que seguidamente se apresenta.

5.5.1. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Leve

Relativamente aos coeficientes da correlação de *Pearson* obtidos entre os *scores* de inteligência emocional e de autoeficácia verificaram correlações que variaram entre fraca e moderada, mas sem significância estatística (Tabela 10).

Tabela 10

Correlação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Leve (n = 9)

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
Autoeficácia	0,304	0,147
Autoeficácia para a Dor	0,121	0,316

Nota: Os valores de significância observados correspondem aos testes de hipóteses unilaterais; * $p < 0,05$. ** $p < 0.001$.

Surpreendentemente, o facto de nenhum ser estaticamente significativo poderá relaciona-se com a reduzida amostra.

5.5.2. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Moderada

No âmbito da dor moderada, os valores obtidos demonstram a presença de uma correlação linear positiva fraca muito fraca entre a autoeficácia e a supressão emocional. Por outras palavras, quanto maior for *score* da autoeficácia, maior será a supressão emocional. (Tabela 11).

TABELA 11*Correlação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Moderada (n = 71)*

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
Autoeficácia	0,477	0,020*
Autoeficácia para a Dor	0,470	0,325

Nota: Os valores de significância observados correspondem aos testes de hipóteses unilaterais; * $p < 0,05$. ** $p < 0.001$.

A correlação positiva entre a autoeficácia e a supressão emocional não se encontra visível na literatura. Indivíduos maioritariamente com dor moderada, revelaram que o facto de adotarem cognições ajustadas à situação vivencial, evitando a catastrofização, conduziu ao recrutamento de estratégias emocionais adaptativas (Kratz & Zautra, 2007; Salvetti, Pimenta, Lage, Junior & Rocha, 2007), o que contradiz os resultados obtidos.

6.4.3. Relação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Intensa

No que diz respeito à Dor Intensa, verificou-se entre a autoeficácia e a reavaliação cognitiva, uma correlação linear, negativa, estatisticamente significativa e fraca (Tabela 12).

TABELA 12*Correlação entre Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Intensa (n = 40)*

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
Autoeficácia	0,015	0,300
Autoeficácia para a Dor	0,135	0,214

Nota: Valores de significância observada correspondes aos testes de hipóteses unilaterais

A literatura refere dados contrários aos expostos quanto à correlação entre a autoeficácia e a reavaliação cognitiva, onde existe uma correlação negativa, ao invés de positiva, conforme indica a investigação científica. Em pacientes com dor intensa, o facto de os indivíduos estarem perante um momento fisicamente desconfortável e limitativo, influencia na perceção emocional, o que poderá estar na base da correlação negativa entre estas duas variáveis.

Deste modo, mesmo que os pacientes acreditem na sua capacidade de ultrapassar o momento de dor, a interpretação que fazem da realidade encontra-se emocionalmente alterada, estando a dimensão emocional mais desgastada, conforme comprova a literatura (Pimenta, 1999; Salvetti et al., 2007). Além do mais, o facto de a dor ser intensa, enviesada a leitura positiva da realidade, que está subjacente à reavaliação cognitiva.

Conclusão

Neste estudo verificou-se que a Inteligência Emocional e a Autoeficácia dos 120 participantes tinham uma relação significativa com a Dor Crónica. No entanto, os valores baixos de autoeficácia comparativamente com a média da literatura exposta salientam a necessidade deste construto ser explorado.

No que diz respeito às limitações do estudo, o facto de o Questionário de Regulação Emocional apenas ter descrito as opções de resposta 1: “Discordo Totalmente”, 4: “Não Concordo, nem Discordo”, e 7: “Concordo Totalmente”, veiculou a que grande parte da amostra concentrasse as suas respostas nestes itens, o que poderá enviesar a interpretação dos resultados obtidos.

Para além disso, o facto de a recolha dos dados se ter efetuado em indivíduos com um quadro de dor latente pode ter contribuído para a existência de constrangimentos na capacidade de resposta, ainda que se tenha tido o cuidado de não utilizar um protocolo de avaliação muito extenso.

É crucial sublinhar que os resultados dizem respeito à amostra estudada, limitada em termos de dimensão e por envolver apenas pacientes do Centro Hospitalar Universitário

de São João da consulta da dor. Deste modo, a generalização dos resultados carece de uma maior robustez da dimensão da amostra e inclusão de outros pacientes de outras instituições clínicas.

Adicionalmente, De facto, é pertinente que continuem a ser desenvolvidos estudos neste âmbito dada a sua relevância, com amostras de maior dimensão, mais heterógenas e de unidades hospitalares e clínicas diferentes, com vista a obter dados mais fidedignos ao nível de características sociodemográficas. Além do mais, numa futura investigação deve ser testado o módulo, a fim de estudar as suas propriedades psicométricas.

Assim, é necessário promover uma reflexão sobre o reportório de competências emocionais e de autoeficácia, com o intuito de avaliar as dimensões que estão em défice, independentemente da intensidade de dor referida, já que a literatura identificada que analisava os três construtos e que atendia à perceção de dor por parte do paciente foi escassa. Deste modo, apesar das limitações deste estudo, a relação estatisticamente significativa encontrada merece a atenção dos profissionais de saúde com vista a promover uma melhor resposta e adesão no tratamento da dor crónica.

Referências bibliográficas

Anderson, K. O., Dowds, B. N., Pelletz, R. E., Edwards, T. W., & Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, 63(1), 77–83. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00021-j](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00021-j)

Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura Factorial da General self-efficacy scale (Escala de auto-Eficácia geral) Numa Amostra de Professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-10-5. <https://doi.org/10.14417/lp.638>

Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (1st ed.). Prentice-Hall.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 61–90). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (1st ed.). New York: Freeman.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>

Bandura, A. (2009). Social cognitive theory goes global. *The Psychologist*, 22(6), 504–506. <https://files.givewell.org/files/DWDA%202009/PMC/PMC.Claremont%20%20%20Going%20Global%20With%20Social%20Cognitive%20Theory%20-%20From%20Prospect%20to%20Paydirt.pdf>

Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva? Muito prazer!. *Psicologia em Pesquisa*, 2(02), 96-98. <http://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23673/13145>

Barber J., & Adrian, C. (1982). *Psychological approaches to the management of pain* (1st ed.). Brunner/Mazel Publishers.

Barlow, J., Williams, B. & Wright, C. (1996). The generalized self-efficacy scale in people with arthritis. *Arthritis care and research : the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 9(3), 189-1996. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199606\)9:3<189::AID-ANR1790090307>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199606)9:3<189::AID-ANR1790090307>3.0.CO;2-#)

Barros, J. R. F., Duarte, M. G., & Lopes, A. P. (2014). *A Terapia Cognitivo -Comportamental no Tratamento de Pacientes com Dor Crônica. Cadernos de Graduação*, 2(2), 77-90. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaudef/article/view/1536/1045>

Bento, P. A., & Moreira, M. C. (2018). Quando os olhos não veem o que as Mulheres Sentem: A Dor NAS Narrativas de Mulheres Com endometriose. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 28(3), 1-20. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280309>

Bernardo, A., Lopes, B. C., Verdasca, E., Cardoso, M. A., Correia, D., & Raposo, M. (15 de Outubro de 2010). A dor em Portugal-um compromisso para o futuro [Poster presentation]. *Diário de Notícias*, Lisboa.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

Casiraghi, B., Boruchovitch, E., & Almeida, L. (2020). Crenças de autoeficácia, estratégias de aprendizagem e o sucesso acadêmico no Ensino Superior. *Revista E-PSI*, 9(1), 27-38. <https://artigos.revistaepsi.com/2020/Ano9-Volume1-Artigo2.pdf>

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62–83. <https://doi.org/10.1177/109442810141004>

Curvello, R. P., & Mendes, D. M. L. F.. (2020). Estratégias de regulação emocional de pais: uma revisão da literatura. *Psicologia Clínica*, 32(2), 231-250. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n02A02>

Damásio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351(1346), 1413–1420. <https://doi.org/10.1098/rstb.1996.0125>

Di Fabio, A. & Palazzeschi, L. (2008). Emotional intelligence and self-efficacy in a sample of Italian high school teachers. *Social Behavior and Personality*, 36(3), 315-326. <https://www.doi.org/10.2224/sbp.2008.36.3.315>

Dionísio, G. H., Salerno, V. Y., & Padilha, A. (2020). Central sensitization and beliefs among patients with chronic pain in a primary health care unit. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(1), 42-47. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200010>

Endler, N. S., Kocovsky, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute versus chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 617–625.

Fernández-Ríos, L., & Garcia-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 133-154). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>

Goleman, D. (1995). *A inteligência emocional: a teoria revolucionaria que define o que é ser inteligente* (1st). Objetiva.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. (1st). Bantam Books.

Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. (1st ed.). Permyer Portugal.

Grace, P. M., Hutchinson, M. R., Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2014). Pathological pain and the neuroimmune interface. *Nature Reviews Immunology*, 14(4), 217–231. <https://doi.org/10.1038/nri3621>

Grant, L. D., & Haverkamp, B. E. (1995). A cognitive-behavioral approach to chronic pain management. *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 25–32. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01818.x>

Grekhoff, R. (2022). AB1550-HPR correlations between pain and emotional status in patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 81 (1). <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.3784>

Hanson, R. W., & Gerber, K. E. (1990). *Coping with chronic pain: A guide to patient self-management* (1st ed.). Guilford Press.

IASP, (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain*, 6(3), 249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/460932>

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 655–662. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.4.655>

Joyce-Moniz L, Barros L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção* (1st ed.). Edições Asa.

Karasawa, Y., Yamada, K., Iseki, M., Yamaguchi, M., Murakami, Y., Tamagawa, T., Kadowaki, F., Hamaoka, S., Ishii, T., Kawai, A., Shinohara, H., Yamaguchi, K., & Inada, E. (2019). Association between change in self-efficacy and reduction in disability among patients with chronic pain. *Plos One, 14*(4), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215404>

Keefe, F. J., Kashikar-Zuck, S., Robinson, E., Salley, A., Beuapre, P., Caldwell, D., Baucom, D., & Haythornthwaite, J. (1997). Pain coping strategies that predict patients' and spouses' ratings of patients' self-efficacy. *Pain, 73*(2), 191-199. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00109-7)

Keefe, F. J., Porter, L., Somers, T., Shelby, R., & Wren, A. V. (2018). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: Outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia, 111*(1), 89–94. <https://doi.org/10.1093/bja/aet129>

Kikanloo A, Jalali K, Asadi Z, Shokpour N, Amiri M, Bazrafkan L. (2019). Emotional intelligence skills: is nurses stress and professional competence related to their emotional intelligence training? a quasi experimental study. *J Adv Med Prof, 7*(3), 138-143. <https://www.doi.org/10.30476/JAMP.2019.74922>

Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(3), 291–301. <https://doi.org/10.1007/bf02879911>

Larsson, C., Ekvall Hansson, E., Sundquist, K., & Jakobsson, U. (2016). Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatrics, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0302-6>

Lemos, B. de, Cunha, A. M., Cesarino, C. B., & Martins, M. R. (2019). The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *Brazilian Journal Of Pain, 2*(3), 237-241. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>

Loor-Rivadeneira, R. M., Durán-Solórzano, S. A., & Guerrero-Saltos, D. R. (2018). Inteligencia emocional y su relación con la autoeficacia generalizada en Estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica de Manabí. *Portoviejo, Ecuador. Polo Del Conocimiento, 3*(12), 284-297. <https://doi.org/10.23857/pc.v3i12.835>

Martins, B. A., & Chacon, M. C. (2020). Escala de Eficácia docente para práticas inclusivas: Validação da teacher efficacy for Inclusive Practices (TEIP) scale. *Revista Brasileira De Educação Especial, 26*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382620000100001>

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: *Principles and updates*. *Emotion Review*, 8(4), 290–300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>

Medeiros, P., C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B., & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os Aspectos Comportamentais de crianças com dificuldade de Aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 327-335. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722000000300002>

Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais* (1st ed.). Universidade Fernando Pessoa.

Meneses, R. F. (2010). Envolvimento em actividades de lazer e auto-eficácia. *CADERNOS DE ESTUDOS MEDIÁTICOS*, 7(1), 65-79. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3150/3/65-80.pdf>

Merskey, H. and Bogduk, N. (1994) Classification of Chronic Pain. IASP Task Force on Taxonomy, 2
<http://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx?ItemNumber=1698>

Neves, S., & Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6(1), 206-218. <http://hdl.handle.net/10284/1330>

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (2nd ed.). Climepsi.

O'Leary, A. (1985). Self-Efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23(4), 437-451. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90172-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90172-X)

O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 229-245. <https://doi.org/10.1007/BF01173490>

Oliveira, T. F., Silva, N., & Bardagi, M. P. (2019). Aspectos históricos e epistemológicos sobre crenças de autoeficácia: *Uma Revisão da Literatura*. *Barbarói*, 1(51), 133–153. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v5i1i.6391>

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Eds.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31- 49). Textiverso.

Pais-Ribeiro, J.L. (1993). Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto [Unpublished master's thesis]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Pajares, F. & Olaz, F (2008). Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In A. Bandura, R.G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. (pp. 97-114). Artmed.

Passos, C. H., & Lima, R. (2017). Contribution of calatonia as auxiliary technique in the treatment of fibromyalgia: possibilities and reflections. *Bol. Psicologia*, 67(146), 13-24. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v67n146/v67n146a03.pdf>

Petres, A., & Ros, M. (2018). A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47(3), 183-196. <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375/282>

Pimenta, C.,A.,M. (1999). Atitudes de doentes com dor crónica frente à dor [Unpublished master's]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Salveti, M. de, & Pimenta, C. A. (2007). Dor Crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 41(1), 135–140. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000100018>

Salveti, M. de, Pimenta, C. A., Braga, P. E., & Corrêa, C. F. (2012). Incapacidade relacionada à Dor Lombar Crônica: Prevalência e Fatores Associados. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(1), 16–23. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000700003>

Santos, A. A., Zanon, C., & Ilha, V. D. (2019). Autoeficácia na Formação Superior: Seu Papel Preditivo na Satisfação com a Experiência Acadêmica. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 36. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e160077>

Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 32(2), 187-198. <https://www.doi.org/10.14417/ap.746>

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. P., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1048/1/PSD%202003%204%281%29%2021-32.pdf>

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2012). Qualidade de Vida E Complicações Crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 21(2), 185–194. <https://doi.org/10.14417/ap.108>

Silva, J. D. I., Ferreira, M. C., Valentini, F., & Morelo Pereira, M. (2018). Evidências de Validade da Escala de autoeficácia de professores em Amostras Brasileiras. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 18(3), 405–411. <https://doi.org/10.17652/rpot/2018.3.13925>

Silva, M. S., Hortense, P., Napoleão, A. M., & Stefane, T. (2016). Autoeficácia, Intensidade de Dor E Qualidade de Vida em indivíduos com Dor Crónica. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 18(1145), 1-9. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.29308>

Smith, B. H., Elliott, A. M., Chambers, W. A., Smith, W. C., Hannaford, P. C., & Penny, K. (2001). *The impact of chronic pain in the community. Family Practice*, 18(3), 292–299. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.3.292>

Strecher, V., DeVellis, B., Becker, M., Rosenstock, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92. <https://doi.org/10.1177/109019818601300108>

Szczygiel D, Mikolajczak M. (2018). Emotional intelligence buffers the effects of negative emotions on job burnout in nursing. *Front. Psychol*, 9(2649),1-10. <https://www.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02649>

Teixeira, M. J, Marcon, R. M, & Rocha, R. O. (2001). Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. *Revista médica São Paulo* (pp.1-7).

Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352–357. <https://doi.org/10.1177/0963721410388395>

Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., da Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic Portuguese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-3>

Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8(1), 21–28. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613293>

Ziegler, F. G., Cabrera, M. A., Almeida, A. S., Alexandre, T. M., Pereira, A. da, Wesgueber, J., & Aoyagui, K. M. (2020). Evaluation of self-efficacy determinants in community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal pain. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 14(3), 160–165. <https://doi.org/10.5327/z2447-212320202000039>

Conclusão Geral

A presente dissertação de mestrado foi alicerçada em dois artigos científicos, mediante os seguintes objetivos: caracterizar a Inteligência Emocional em indivíduos com Dor Crónica; explorar a relação entre Inteligência Emocional e variáveis sociodemográficas e clínicas (Estudo 1); caracterizar a autoeficácia de indivíduos com dor crónica, explorar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia em função da dor crónica e analisar a relação entre inteligência emocional e autoeficácia na dor crónica (geral e para a dor crónica (Estudo 2).

No estudo descrito no primeiro artigo, verificou-se que mais de metade da amostra classificou a sua dor como moderada. (Falta caracteriza a ir) No que se refere à relação entre a inteligência emocional e as variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas foram

encontradas diferenças estatisticamente significativas na reavaliação cognitiva em função do sexo, onde os homens apresentaram valores significativos com este construto. Deste modo, outros dados sociodemográficos e clínicos não demonstraram associação com a inteligência emocional nos indivíduos com dor crónica estudados. No entanto, é de salientar a necessidade de serem desenvolvidas ferramentas para reduzir os níveis de supressão emocional, tendo em consideração a literatura e a prática clínica.

No estudo apresentado no segundo artigo, constatou uma correlação estatisticamente significativa entre a intensidade de dor e todas as outras dimensões analisadas. Além do mais, a autoeficácia demonstrou uma relação com a supressão emocional em indivíduos com dor moderada. Na dor intensa, verificou-se uma correlação entre a autoeficácia e a reavaliação cognitiva.

A nível de limitações da dissertação, destaca-se a homogeneidade da amostra, já que a maior parte dos inquiridos é do sexo feminino, habitando no distrito do Porto, frequentando as consultas de Psicologia-Dor da mesma instituição hospitalar. Por isso, é pertinente, em estudos futuros, o alargamento da amostra para permitir uma maior heterogeneidade da mesma, obtendo uma maior variabilidade dos dados e representatividade dos mesmo.

Durante a seleção dos instrumentos, foi tida em atenção a extensão dos mesmos, no entanto, para pacientes com um quadro de dor, o seu preenchimento pode-se ter traduzido numa experiência algo (ou bastante) cansativa, o que poderá ter tido impacto nos resultados obtidos.

Mediante os objetivos delineados para a presente dissertação, foi intenção da autora fornecer o seu contributo para ampliar o conhecimento sobre os construtos analisados, bem como contribuir para aumentar os estudos nesta área, idealmente com pertinência ao nível da prestação de cuidados. Assim, considera-se vital a incidência de estudos, no âmbito científico, sobre estes construtos, para que haja mais informação, de forma a trazer um novo olhar para a promoção e valorização das competências emocionais, possibilitando o desenvolvimento de intervenções e políticas voltadas para os aspetos emocionais, em vários contextos. Perante este facto, é imperativa a sensibilização e a consciencialização da importância de uma simbiose entre as emoções, a dor e a cognição, designadamente, em termos de autoeficácia.

