



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**CATASTROFIZAÇÃO DA DOR E *COPING* NA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM DOR CRÓNICA**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Diana Guzun

Orientador: Joaquim António Toscano Ferreira Monteiro

Número da candidata: 30003341

Abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Depois de cinco anos de curso, escrevo o último capítulo de uma das fases mais importantes e bonitas da minha vida. Estes anos possibilitaram-me uma evolução como aluna e como pessoa, deram-me ferramentas para explorar o futuro que está à minha espera e memórias que irão estar guardadas para sempre num cantinho especial do meu coração.

Mas a conclusão desta fase não teria sido possível sem um conjunto de pessoas que estiveram ao meu lado desde o primeiro dia do curso. Em primeiro lugar quero agradecer a minha mãe e ao resto da minha família, pelo apoio e força que me deram durante o curso. Em segundo, quero agradecer também ao meu namorado e aos meus amigos por terem estado sempre do meu lado e pela ajuda que me deram.

Não podia deixar de agradecer ao professor doutor Joaquim Monteiro pela sua orientação e ajuda para a realização deste projeto e à Dr^a Teresa Pato e equipa da consulta de dor do Hospital dos Capuchos pela disponibilização que ofereceram na recolha da amostra.

Quero desejar um último agradecimento ao corpo docente do departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, pelos ensinamentos que me ofereceram ao longo destes cinco anos e pela ajuda oferecida na elaboração desta investigação.

Resumo

A dor crónica é uma condição de saúde debilitante que afeta milhões de indivíduos no mundo e que interfere significativamente com vários domínios da qualidade de vida. Nas últimas décadas, após uma maior aderência da visão biopsicossocial da dor, vários aspetos cognitivos e comportamentais têm sido alvo de estudo no campo da dor, incluindo a catastrofização da dor e as estratégias de *coping*, e a forma como estes impactam a qualidade de vida dos pacientes com dor crónica. O presente estudo tem como objetivo geral observar o impacto da dor crónica (intensidade e interferência da dor) na qualidade de vida dos indivíduos, e a forma como esta relação é mediada pela catastrofização da dor e estratégias de *coping*. Para tal, a relação da qualidade de vida, dor crónica, catastrofização da dor e estratégias de *coping* foram exploradas através de várias correlações e análises de regressão lineares. A investigação contou com uma amostra de 60 indivíduos com dor crónica, com idades compreendidas entre os 25 e 89 anos. Para a medição das variáveis do estudo, foram selecionados os seguintes instrumentos validados para a população portuguesa: Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*), Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale*), Brief COPE Inventory e WHOQOL-Bref (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde). **Resultados:** A catastrofização da dor associa-se de forma positiva e significativa com a interferência da dor, um maior uso de estratégias de *coping* focadas na emoção está associado a uma maior interferência da dor e a uma diminuição da qualidade de vida. Verificou-se que a interferência da dor estava associada a uma diminuição do domínio físico, psicológico e social da qualidade de vida dos participantes, tendo também sido observado no estudo que a catastrofização da dor e as estratégias de *coping* focadas na emoção mediavam esta relação. **Conclusão:** Após a divulgação dos resultados, concluiu-se que os fatores cognitivos e comportamentais influenciam a qualidade de vida dos participantes do estudo.

Palavras-Chave: Dor Crónica, Catastrofização da dor, *Coping*, Qualidade de vida

Abstract

Chronic pain is a debilitating health condition that affects millions of individuals worldwide and that significantly interferes with several areas of quality of life. In recent decades, following greater protection of the biopsychosocial view of pain, several cognitive and behavioral aspects have been the subject of study in the field of pain, including pain catastrophizing and coping strategies, and the way in which these impact quality of life of patients with chronic pain. **Objective:** The general objective of the present study is to observe the impact of chronic pain (pain intensity and interference) on individuals' quality of life, and the way in which this relationship is mediated by pain catastrophizing and coping strategies. To this end, the correlations between the dimensions of pain catastrophizing (rumination, magnification and helplessness) and the levels of pain intensity and interference were analyzed; between coping strategies and levels of pain intensity and interference; between the dimensions of pain catastrophizing and the domains of quality of life; between coping strategies and quality of life dimensions and finally, between pain intensity and interference levels and quality of life dimensions. The mediating roles of pain catastrophizing and coping strategies in the relationship between chronic pain and quality of life were also investigated. The investigation included a sample of 60 individuals with chronic pain, aged between 25 and 89 years old. To measure the study variables, the following instruments validated for the portuguese population were selected: Brief Pain Inventory, Pain Catastrophizing Scale, Brief COPE Inventory and WHOQOL-Bref (Instrument Abbreviated from World Health Organization Quality of Life Assessment). **Results:** Pain catastrophizing is positively associated with pain interference; greater use of emotion-focused coping strategies is associated with greater pain interference and a decrease in quality of life. It was found that pain interference was associated with a decrease in the participants' physical, psychological, and social quality of life, the study also showed that catastrophizing and emotion-focused coping strategies played a mediating role in this relationship. **Conclusion:** After publishing the results, it was concluded that cognitive and behavioral factors influence the quality of life of individuals with chronic pain in the study sample.

Keywords: Chronic Pain, Catastrophizing pain, Coping, Quality of life

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
1.1 Dor	4
1.1.1 Evolução do conceito de dor	4
1.1.2 Fisiopatologia da dor	6
1.1.3 Dor crónica	7
1.2 Fatores Psicológicos Dor Crónica	8
1.2.1 Interação dos fatores cognitivos e comportamentais	8
1.2.2 Catastrofização da Dor	9
1.2.3 Estratégias <i>Coping</i> na Dor	11
1.3 Qualidade de Vida	13
Parte II – Metodologia	15
2.1 Desenho de estudo	16
2.2 Participantes	17
2.3 Instrumentos	18
2.3.1 Inventário Resumido da Dor (<i>Brief Pain Inventory</i>)	18
2.3.2 Escala de Desânimo Associada à Dor (<i>Pain Catastrophizing Scale</i>)	19
2.3.3 Brief COPE Inventory	20
2.3.4 WHOQOL-Bref (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)	20
2.4 Procedimentos	20
2.5 Análise Estatística	21
Parte III – Resultados	22
3.1 Consistência interna das variáveis	23
3.2. Estatística descritiva	23
3.3 Análise das hipóteses	26
3.4 Análise das mediações das variáveis	27
3.4. Diferença entre grupos	32
Parte IV: Discussão dos resultados	36
4. Discussão	37
Parte V: Considerações finais	40
5.1 Limitações	41

5.2 Conclusão	41
Referências	43
Anexo 1: Questionário Sociodemográfico	51
Anexo 2: Consentimento Informado	52
Anexo 3: <i>Brief Pain Inventory</i>	54
Anexo 4: Pain Catastrophizing Scale	56
Anexo 5: Brief Cope Inventory	57
Anexo 6: WHOLQOL-BREF	59
Anexo 7: Parecer Favorável da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa	61
Anexo 8: Parecer Favorável da Comissão de Ética do Hospital dos Capuchos..	62

Lista das Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Tabela 2. Estatística descritiva da variável “dor crónica”

Tabela 3. Estatística descritiva da variável “catastrofização da dor

Tabela 4. Estatística descritiva da variável “*estratégias de coping*”

Tabela 5. Estatística descritiva da variável “qualidade de vida”

Tabela 6. Resultados das correlações entre as variáveis

Tabela 7. Mediação entre a catastrofização da dor na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Tabela 8. Mediação entre a catastrofização da dor na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

Tabela 9. Mediação entre o *coping* focado no problema na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Tabela 10. Mediação entre o *coping* focado na emoção na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Tabela 11. Mediação entre o *coping* focado na emoção na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

Tabela 12. Mediação entre o *coping* focado no problema na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

Tabela 13. Análise da relação do sexo da amostra e a dor crónica

Tabela 14. Análise da relação do sexo e a catastrofização na amostra

Tabela 15. Análise da relação do sexo e as estratégias de *coping* na amostra

Tabela 16. Análise da relação do sexo e os domínios da qualidade de vida da amostra

Tabela 17. Análise da relação da idade e as variáveis do estudo

Listas das Siglas e Acrónimos

BPI – *Brief Pain Inventory*

CI – *Intervalo de confiança*

CID – Classificação Internacional de doenças

IASP – *International Association of Studies of the Pain*

K-S - *Kolmogorov-Smirnov*

M-W - *Mann-Whitney*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCS – *Pain Scale Catastrophizing*

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

WHOQOL- Bref – *World Health Organization Quality of Life*

Introdução

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (2020), a dor crónica é uma dor que tem uma duração superior a 3 meses, afetando cerca de 20% da população mundial. A dor crónica pode persistir depois do processo de cura, e pode ser influenciada por uma interação de fatores biopsicossociais, que geram consequências em termos emocionais e financeiros, tanto a nível individual como para a sociedade (Sharma et al., 2020; Yang & Chang, 2019).

Estima-se que 1 em cada 5 habitantes na Europa sofra de dor crónica, constituindo-se como uma condição de doenças crónica prevalente. Em Portugal, um estudo elaborado por Antunes e colaboradores (2021) que contou com 8445 pacientes de 58 Unidades Cuidados Primários, identificou 2834 indivíduos com dor crónica, sendo que as localizações da dor mais frequentes incluíram a região lombar, sacro e cóccix, e a zona dos membros inferiores. Foi também revelado pelos autores que a dor impactava negativamente todas as dimensões da qualidade de vida dos pacientes, ao afetar a sua mobilidade e o desempenho das suas atividades quotidianas, levando ao desconforto, depressão e ansiedade (Antunes et al., 2021). Em relação à prevalência da dor crónica em Portugal, estima-se que aproximadamente 37% da população portuguesa sofra de dor crónica, havendo uma maior incidência nas mulheres e na população idosa e reformada. Em termos financeiros, os custos associados à dor crónica ultrapassam os 738,85 milhões de euros, representando 2,7% do PIB nacional (Antunes et al., 2021).

Os fatores psicológicos influenciam a experiência dolorosa, assim como podem contribuir para a transição da dor aguda para a dor crónica. Nestes fatores, podem estar incluídos a catastrofização da dor, estratégias de *coping*, perceção incorreta da doença, ansiedade, depressão e crenças de evitamento-receio, que contribuem para a intensidade e continuidade da dor crónica (Bilika et al., 2022; Sharma et al., 2020; Margiotta et al., 2016).

O estudo da associação entre a catastrofização da dor, as estratégias de *coping* e a qualidade de vida torna-se pertinente e essencial para a melhoria dos cuidados de saúde no tratamento da dor crónica. A qualidade de vida no contexto da dor crónica engloba domínios multidimensionais, incluindo o funcionamento físico, bem-estar psicológico, relações sociais e satisfação com a vida. Ao ser considerada um fenómeno subjetivo e complexo, torna-se importante compreender o tipo de perceção que o individuo possui da dor, das estratégias de

confronto adotadas para lidar com a dor, e como a qualidade de vida é afetada em vários campos (Lalkhen, 2021; Nelson, 2013).

É neste âmbito e dada a escassez a nível nacional de estudos relacionados com a temática, que o presente estudo pretende reforçar a literatura nacional e internacional relacionada com o papel da psicologia na dor crónica, através de uma investigação teórica e prática sobre o impacto dos fatores psicológicos na qualidade de vida de indivíduos com dor crónica.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1 Dor

1.1.1 Evolução do conceito de dor

A origem etimológica da palavra “dor” é oriunda do latim “*poena*” que significa pena ou punição e do anglo-saxónico “*peine*”, que significa dor e sofrimento. Ao longo da história da Humanidade, o fenómeno da dor tem sido encarado como uma forma do ser humano evitar situações de perigo que o colocassem em risco de vida (DeSantana et al., 2020; Nelson, 2013).

Na Grécia antiga, Aristóteles não atribuía ao cérebro uma influência direta à dor, sendo que de acordo com o filósofo, a percepção da dor era centrada no coração. Foi Hipócrates quem utilizou o termo “dor” como condição médica pela primeira vez para descrever um sintoma de uma doença (Fradelos et al., 2014; White & Stein, 2010).

Na idade moderna, o filósofo René Descartes detinha uma visão dualista do corpo e da mente, em que estes funcionariam de uma forma separada e independente. Descartes descreveu a dor como sendo uma percepção que ocorria no cérebro, fazendo a distinção do fenómeno neuronal de transdução sensorial, ou seja, a nocicepção. A sua visão mecanicista da dor permitiu uma abertura para que os mecanismos da dor fossem explicados pela Neurociência, levando ao reconhecimento da contribuição dos fatores psicológicos no impacto dos sintomas e respostas aos tratamentos. A percepção da dor passou a ser investigada desde o tempo de Descartes, sendo que várias teorias foram propostas na tentativa de explicar o motivo e o processo que leva o ser humano a sentir dor (Diamond & Coniam, 1999; Gatchel, 2007; White & Stein, 2010).

A Teoria do Portão para Controlo da Dor foi proposta em 1965 por Ronald Melzack e Patrick Wall, sendo a primeira teoria a permitir a percepção da dor através de uma ligação entre a mente e o corpo. A teoria tinha como premissa que a estimulação periférica produzia impulsos que eram transmitidos para três zonas do sistema da medula espinal, sendo estas a substância gelatinosa, coluna dorsal e um conjunto de células de primeira transmissão central (T) no corno dorsal. Na teoria, o corno dorsal foi representado como um portão, sendo que a abertura e o fecho dos sinais do corpo estariam dependentes de alguns fatores como variáveis cognitivas, como por exemplo a atenção e experiências prévias relacionadas com a dor (Trachsel et al., 2019; Penlington et al., 2019; Melzack & Wall, 1965). Os autores propõem que a substância gelatinosa funcionaria como um sistema de controlo de portão que modula impulsos aferentes antes da ativação das células T. O encerramento desse portão na medula e no tálamo, iria bloquear a transmissão da dor para o cérebro, ou seja, enquanto esse portão se mantiver encerrado, não ocorre a sensação da dor (de Alencar et al., 2023; Melzack & Wall, 1965).

George Engel introduziu o termo “biopsicossocial” na área da medicina, realçando a importância dos fatores psicossociais na contribuição da manutenção e da agravação das doenças. Esta perspectiva permitiu a substituição da visão dualista da separação e independência do corpo e da mente para uma abordagem biopsicossocial, que passou a ser adotada por vários investigadores na área da dor (Engel, 1977; Gatchel, 2007). Engel (1977) propôs o Modelo Biopsicossocial da Dor, que enfatizava na dor uma relação dinâmica entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo detém uma visão holística da dor crónica e ressalta que os fatores biológicos e psicológicos consistem em processos centrais, que incluem os fatores cognitivos, afetivos e somáticos, e os periféricos, que incluem fatores automáticos, endócrinos e imunológicos. É desencadeada uma interação entre os fatores sociais, como a cultura e o suporte social, e os fatores psicológicos e biológicos, que influencia a experiência do indivíduo que sofre de dor crónica (Gatchel, 2007; Miaskowski et al., 2020).

O médico John Loeser (1980) formulou um modelo original que consistia em explicar os fatores que contribuíam para a percepção e modulação da dor, dando ênfase a quatro dimensões, sendo estas a dimensão da nociceção, dor, sofrimento e comportamento na dor. A dimensão da nociceção, definida pelo autor como a percepção da entrada de um estímulo nocivo para o sistema nervoso e como um fenómeno periférico, desencadeia a dor, que é atribuída à medula espinhal e ao cérebro. Loeser (1980) refere ainda que a dor pode ocorrer sem um estímulo nocivo. Na dimensão do sofrimento, as respostas emocionais são desencadeadas pela nociceção e por outros eventos como a depressão ou medo. A dimensão do comportamento da dor consiste no que os indivíduos fazem ou dizem quando estão com dor ou em sofrimento, como por exemplo o evitamento de atividades por receio de possíveis ferimentos (Gatchel, 2007; Loeser, 1980).

Em 1979, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) apresentou uma definição da dor, como sendo uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos”. Segundo White & Stein (2010), esta definição foi importante ao permitir compreender que a dor nem sempre se deve a uma consequência de uma lesão tecidual, pois pode ocorrer com ausência de uma lesão. Em 2020, o IASP elaborou uma revisão da definição proposta em 1979, em que a dor foi definida como “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja et al., 2020).

1.1.2 Fisiopatologia da dor

A dor serve para exprimir informações sobre lesões corporais em potencial, sendo essa uma das importantes funções do sistema nervoso. É considerada uma percepção subjetiva resultando na transdução, transmissão e modulação da informação sensorial. Quanto à tipologia fisiopatológica, a dor pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e nociplástica (Azevedo, 2018; Gatchel, 2015).

A dor nociplástica é um tipo de dor proveniente de um processamento anormal do sinal doloroso, sem que ocorra nenhum dano tecidual ou haja patologias envolvidas no sistema somatossensorial. Esta dor pode incluir perturbações como a fibromialgia e a síndrome de intestino irritado (Azevedo, 2018; Cohen et al., 2021).

A dor nociceptiva é o resultado da atividade das vias neurais, que pode ser complementar aos estímulos reais ou potenciais, que danificam o tecido, sendo considerada a forma mais comum de dor crónica. Pode ser proveniente dos tecidos danificados pelos agentes físicos ou químicos, como procedimentos cirúrgicos, traumas ou queimaduras químicas. A dor neuropática pode ocorrer com a ausência de uma lesão tecidual ou inflamação, sendo oriunda da lesão e/ou disfunção do sistema nervoso, incluindo os níveis periféricos, medula espinhal e determinadas zonas do sistema nervoso central. Este tipo de dor pode influenciar no desenvolvimento da dor crónica, sendo estimado que entre 15 e 25% da dor crónica seja neuropática (Armstrong & Herr., 2019; Dydyk & Grandhe; 2023; Nicholson, 2006).

Do ponto de vista biológico, a dor pode ser considerada como um sistema de alerta precoce, cujo objetivo é identificar e reduzir o contacto com um estímulo prejudicial ou nocivo. Em termos de duração, a dor pode ser classificada como aguda e crónica (Cohen et al., 2021; Woolf, 2010). A dor aguda é considerada nociceptiva e é proveniente do sistema nervoso periférico, onde os recetores da dor produzem a sinapse no corno dorsal da medula espinhal e viajam ao longo do trato espinotalâmico até produzirem uma sinapse no tálamo. Quando o sistema nervoso central é atingido pelo sinal da dor, os potenciais da ação são disparados, em que após ser atingido o limiar, ocorre a sensação da dor. Desta forma, a dor aguda serve como um alarme adaptativo, que incentiva à prevenção do dano do tecido, proteção da zona do corpo afetada e ao evitamento de futuras ocorrências que possam provocar dor (Cohen et al., 2021; Dydyk & Conermann, 2022; Fregoso et al., 2019).

1.1.3 Dor crónica

A dor pode também ser considerada maladaptativa, ou seja, que não tem um papel de proteção, resultante de um funcionamento anómalo do sistema nervoso. Nesse caso, a dor pode ocorrer em condições em que não existem lesões neurais ou inflamatórias, sendo por isso considerada uma condição patológica do sistema nervoso. A dor neuropática é considerada sempre maladaptativa, estando associada a diminuição da qualidade de vida. Algumas das condições crónicas comuns que são estudadas incluem a fibromialgia, enxaquecas, dores lombares crónicas, artrite reumatoide, neuropatia diabética, osteoartrite, síndromes dolorosas neuropáticas periféricas e esclerose múltipla (Cohen et al., 2021; Khera & Rangasamy, 2021; Woolf, 2010).

Após o estabelecimento da transição da dor aguda para dor crónica, a dor deixa de ser um sintoma e passa a ser entendida como uma doença. De acordo com os critérios de diagnóstico do CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), a dor é considerada patológica se o período de persistência ou recorrência for superior a três meses.

O desenvolvimento da dor crónica ocorre pelo início de uma cascata patogénica, através de vários mecanismos que envolvem a ativação das vias de sensibilização central e periférica, assim como modificações nos neurónios do corno, espinhal dorsal e áreas cerebrais do sistema nervoso central (Dias, 2007; Trachsel et al., 2019). A neuroplasticidade em contexto da dor refere-se as alterações que ocorrem nas respostas do indivíduo face à dor através do desenvolvimento tanto da dor crónica como a uma hipersensibilidade. As adaptações neurais plásticas do cérebro para a dor crónica podem provocar a modulação dos domínios cognitivos, afetando a perceção da dor. Existe uma diferença interdividual na codificação dos estímulos dolorosos e nas memórias das experiências dolorosas baseadas na forma como o indivíduo manipula e molda o estímulo nocivo através da sua ansiedade (Khera & Rangasamy, 2021; Knotkova et al., 2021).

A dor crónica é um problema de saúde que provoca na vida do paciente alterações somáticas e psicossociais, que contribuem para o sofrimento prolongado e interferem na reabilitação. Para além de afetar o indivíduo, a dor também afeta a sua família e a sociedade, ao direcionar e limitar as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbilidade e subcarregando o sistema de saúde. Em termos somáticos, para além do sofrimento que causa, a dor crónica pode levar a alterações do sistema imunitário com uma consequente

diminuição das defesas do organismo e aumento da suscetibilidade às infecções (Dias, 2007; Hadi et al., 2019).

Como consequências psicológicas, os pacientes com dor crónica apresentam comorbidades como depressão, perturbações de sono e da sexualidade, ansiedade, abuso de substâncias, isolamento, problemas nas relações interpessoais e risco de ideação de suicídio (Cohen et al., 2021; Dias, 2007). Para além destes fatores, também podem apresentar disfunções cognitivas, alterações do comportamento, diminuição da produtividade nas tarefas domésticas e no trabalho, assim como diminuição da capacidade física. Estas consequências variam de individuo para individuo, sendo que a experiência da dor envolve também a infiltração das informações que são influenciadas pela genética, crenças, sexo, expetativas, motivações e contexto emocional do individuo (Queiroz et al., 2012; Lalkhen, 2021).

Barbosa e colaboradores (2007) apuraram numa investigação com 114 pacientes renais crónicos em hemodialise, que a depressão, o sexo masculino e a idade avançada apresentaram-se como um dos fortes preditores significativos entre uma pior qualidade de vida na amostra.

Outro estudo elaborado por Kanematsu e colaboradores (2022) com uma amostra de 379 participantes com dor crónica, apontou uma maior prevalência da dor crónica no sexo feminino e nos indivíduos com idade superior aos 50 anos.

Um estudo feito na Turquia que pretendeu apurar o impacto da dor crónica na qualidade de vida de uma amostra de 140 participantes com lesão medular, concluiu que para além do impacto significativo causado pela dor em todas as dimensões da qualidade de vida, foi também observada uma correlação entre a presença da dor crónica e o aumento de sintomas depressivos na amostra (Ataoglu et al., 2013).

1.2 Fatores Psicológicos Dor Crónica

1.2.1 Interação dos fatores cognitivos e comportamentais

De forma a ter uma compreensão mais ampla da perceção e das respostas que o individuo tem da dor, é necessário ter em conta as inter-relações existentes entre as alterações biológicas, do estado psicológico e do contexto sociocultural (Sabatini et al., 2021; Raja et al., 2020). Do ponto de vista psicológico, é presumido que as perturbações relacionadas com a dor sejam derivadas da junção dos processos somáticos com níveis significativos de *stress*, sendo

que ao longo do desenvolvimento da perturbação, os mecanismos psicológicos que contribuem para a cronificação da dor tornam-se em fatores para a manutenção da dor. Múltiplas áreas corticais e subcorticais do cérebro são envolvidas pela percepção, processamento e modulação da dor, sendo que cada vez mais há evidências de uma associação próxima entre sistemas neuronais de cognições e a dor, que demonstram um papel modulador bidirecional (Schulz-Gibbins, 2010; Khera & Rangasamy, 2021).

A cognição abrange a aquisição, processamento, armazenamento e recuperação das informações retidas pelo cérebro, sendo composta por elementos como a atenção, percepção, memória, capacidade motora, funcionamento executivo, aptidões verbais e linguísticas (Khera & Rangasamy, 2021). A percepção da dor tem influência a nível cognitivo e emocional, sendo que as respostas que o indivíduo dá face à experiência da dor depende dos fatores biopsicossociais. É importante apurar as expectativas, significados e as consequências que o indivíduo atribui à dor, pois é a partir daí que surgem as estratégias de adaptação à dor. Os fatores psicológicos considerados perpetuadores com a dor crónica incluem a depressão, ansiedade, pobres estratégias de *coping* e catastrofização da dor (Cohen et al., 2021; Gonçalves, 2002).

1.2.2 Catastrofização da Dor

Catastrofização é um termo inicialmente designado para descrever um padrão cognitivo relacionado com a depressão e ansiedade, sendo uma previsão irracional negativa de um evento futuro. Atualmente, o conceito de catastrofização tem sido expandido para dois campos de pesquisa, sendo estes as perturbações de ansiedade e depressão, e a dor (Azevedo, 2018; Petrini & Arendt-Nielsen, 2020).

Albert Ellis (1962) propôs na sua obra que a catastrofização decorria de um núcleo subjacente de crenças irracionais. De acordo com o autor, tanto as crenças racionais como irracionais guiavam o ser humano no seu comportamento, ações e objetivos, que por sua vez afetavam as respostas emocionais (Ellis, 1962). Foi desenvolvido por Aaron Beck um modelo de distorções cognitivas em que os pensamentos automáticos detinham um papel central. Neste modelo, a catastrofização é considerada como um erro cognitivo automático, sendo definida como a antecipação do perigo e uma percepção desastrosa. (Beck et al., 2005; Petrini et al., 2020; Sullivan et al., 2021).

Relativamente à dor, o indivíduo pode adotar uma percepção distorcida ou um padrão de pensamentos negativos e exagerados relacionados com a dor. A catastrofização da dor engloba três dimensões, sendo estas: a ruminação, em que o indivíduo não consegue deixar de pensar na quantidade de dor que tem; a magnificação, em que existe um medo de que algo de negativo aconteça e o desamparo, em que o indivíduo sente que não há nada a fazer para reduzir a intensidade da dor. No processo da catastrofização da dor, o estímulo doloroso é ampliado, provocando o desencadeamento do sentimento de desamparo e desesperança no combate à dor (Argoff et al., 2019; Azevedo, 2018; Pavlin et al., 2003).

De acordo com Sullivan et al., (2001), a catastrofização da dor é um conceito que descreve um estado mental negativo exagerado do indivíduo perante uma experiência que envolva uma dor real, ou a sua antecipação. Altos níveis de catastrofização e a sensação da perda de controlo constituem um importante preditor para o desenvolvimento da dor aguda para a dor crónica, assim como para a manutenção da dor que gera um maior sofrimento emocional do paciente (Martinez-Calderon et al., 2019).

Este padrão de pensamento pode ter um impacto neurobiológico significativo, ao aumentar os sinais dolorosos, assim como pode resultar numa maior sensibilidade ao alarme da dor, mesmo após a cicatrização dos tecidos previamente danificados, que resulta na evolução da dor aguda para a dor crónica. O cérebro suporta uma interação cíclica complexa entre a dor e um determinado estado emocional, sendo que as respostas defensivas são lideradas pelo circuito subcortical, no qual é envolvido um processo inconsciente do estímulo subjacente à associação entre estados emocionais e a dor persistente. Quando o circuito subcortical defensivo é desregulado, existe uma interação com o córtex cerebral, levando a uma experiência consciente do medo e da ansiedade, assim como a ruminação sobre as consequências da dor ou do ferimento (Lalkhen, 2021; Lumley et al., 2011; Petrini & Arendt-Nielsen, 2020; Penligton et al., 2019).

Na literatura, níveis altos de catastrofização da dor encontram-se associados com uma maior intensidade da dor, incapacidade, depressão, ansiedade e uso incorreto de opioides (Schütze et al., 2017). Um estudo de Cruz et al. (2009), feito em Portugal, envolveu uma amostra de 103 indivíduos com dor crónica lombar. Os autores encontraram uma correlação positiva e significativa entre níveis mais elevados de catastrofização da dor e níveis mais elevados de interferência na amostra, revelando que 6,2% da incapacidade funcional da amostra era causada pela catastrofização (Cruz et al., 2009). Rausa e colegas (2022) elaboraram um

estudo que contou com uma amostra constituída por 32 indivíduos que sofriam de cefaleias crónicas, que teve como finalidade observar o papel da catastrofização da dor como mediador das consequências desencadeadas pela dor na amostra. Os autores reportaram altos níveis de catastrofização da dor na amostra clínica, que por sua vez, influenciavam na interferência e intensidade da dor (Rausa et al., 2022).

Vlayen et al., (2000) desenvolveram um modelo cognitivo-comportamental, designado por “*Fear-Avoidance Model*” que defendia que a forma como a dor era interpretada pelo indivíduo, levava-o a ter diferentes tipo de resposta perante a dor. No esquema desse modelo, os autores explicam que quando o indivíduo encara a dor de uma maneira catastrófica, tende a entrar num círculo vicioso, que aumenta o medo sobre a dor e desencadeia comportamentos como hipervigilância e evitamento, que por sua vez, em casos de dor crónica, podem levar à depressão (Vlayen & Linton, 2000; Leuw et al., 2007). Os indivíduos que têm pensamentos catastróficos, tornam-se receosos da dor, levando a que evitem qualquer atividade que possa lhes provocar dor (Leuw et al., 2007; Ramírez-Maestre et al., 2014).

1.2.3 Estratégias *Coping* na Dor

Segundo Schwarzer & Scharzer (1996), o *coping* é considerado um processo intencional e um esforço que pode ser distinguido das emoções e comportamentos automáticos reativos em resposta a uma situação. Lazarus (1993) refere-se ao *coping* como um processo que está em constante mudança, conforme o contexto situacional em que ocorre. O autor define *coping* como um esforço cognitivo e comportamental com o objetivo de gerir determinadas exigências internas ou externas, que são consideradas como estando a exceder os recursos pessoais do sujeito, sendo por isso um regularizador do *stress* psicológico (Lazarus, 1993).

O modelo de Lazarus e Folkman é fundamentado em quatro conceitos, sendo o *coping* visto como: 1) processo/interação entre o sujeito e o ambiente; 2) função para gerir uma situação stressora; 3) processo que consiste numa avaliação, ou seja, como um determinado fenómeno é do ponto de vista cognitivo compreendido, interpretado e representando mentalmente pelo sujeito e 4) conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que visam reduzir ou tolerar demandas internas ou externas que surgem na interação com o ambiente (Dias & Pais Ribeiro, 2019).

Na teoria de Lazarus (1993), o *coping* é organizado em *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. No *coping* focado no problema, são incluídas estratégias que visam

modificar a relação problemática entre a pessoa e o ambiente, que atuam no próprio problema ou na pessoa. Essas estratégias são consideradas adaptativas, ao permitirem a mudança da situação e ao tentarem remover o problema ou diminuir o seu respetivo impacto. O indivíduo adota estratégias ativas que se aproximam da fonte de *stress*, na tentativa da sua resolução (Lazarus, 1993; Dias & Pais Ribeiro, 2019). O *coping* focado na emoção visa regular as emoções negativas, através da utilização de estratégias como o distanciamento, procura de suporte emocional e evitamento-escape. Existe uma atuação dos mecanismos defensivos, em que o sujeito ao tentar regular o impacto emocional causado pelo *stress*, evita confrontar a ameaça stressora (Dias & Ribeiro, 2019; Folkman, 2013).

Para lidar com o stress e o impacto advindos da dor, os indivíduos recorrem às estratégias de *coping*. As reações cognitivas e comportamentais podem interferir na dor, sendo por isso estudadas sob forma de *coping* na dor, que é um termo utilizado para descrever a tentativa comportamental e cognitiva do indivíduo para controlar e tolerar a sua dor e as suas consequências (Algorani & Gupta, 2023; Kraaimaat & Everyys, 2003).

Alguns estilos de *coping* podem contribuir para a resiliência e para um maior ajuste da dor, enquanto outros estilos podem levar a um maior sofrimento e impedir a recuperação funcional do paciente com dor crónica (Petrini et al., 2020; Rausa et., 2022).

Campos & Rodríguez (2013) organizaram um estudo que pretendia apurar o impacto da fibromialgia na qualidade de vida e os fatores psicológicos relacionados com a doença, numa amostra de 76 mulheres portuguesas. Os autores apuraram que todas dimensões da qualidade de vida foram afetadas pela fibromialgia, e que a ansiedade e o uso de estratégias de *coping* focadas na emoção eram um dos fatores que explicavam a relação entre a fibromialgia e a qualidade de vida (Campos & Rodríguez, 2013).

Um estudo realizado por Du et al., (2018) com uma amostra de 221 pacientes com lombalgia, concluiu que os estilos de *coping* constituíam uma variável mediadora importante entre a dor e a qualidade de vida. As estratégias de *coping* ativas foram apontadas como um fator protetor na qualidade de vida dos pacientes, e as estratégias de *coping* passivas foram apontadas como um fator de risco.

No seu estudo, Mills et al. (2019) afirma que indivíduos que utilizaram estratégias de *coping* passivas, como por exemplo descansar ou tomar medicação, recorreram três vezes mais a consultas médicas do que aqueles que adotaram estratégias de *coping* ativas, como por

exemplo a prática de exercício. Uma mudança de atitude da parte do sujeito perante a dor, pode reduzir a intensidade da dor e o impacto da mesma na sua qualidade de vida (Mills et al., 2019).

1.3 Qualidade de Vida

A partir da década de setenta, dado o avanço da medicina em relação a descobertas de curas de várias doenças infecciosas e crônicas, no que depois se traduziu num aumento da expectativa de vida, a qualidade de vida passou a ser um maior alvo de estudo no campo da saúde (Canavarro et al., 2011; Panzini et al., 2017).

Fleck (2000) menciona que apesar de não existir um consenso no que diz respeito a definição da qualidade de vida, existem três aspetos a ter em conta, nomeadamente a subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (mobilidade) e negativas (dor) na qualidade de vida.

Estes três elementos influenciaram a definição de qualidade de vida estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define a qualidade de vida como sendo “*a percepção que um individuo tem da sua posição na vida, que vai de acordo com a cultura e sistema de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações.*” (OMS, 1996, p.11). Este conceito percebe a qualidade de vida como sendo um conceito amplo e inter-relacional, influenciado pela saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e crenças individuais de um individuo (Fleck et al., 2000; Serra et al., 2006).

A qualidade de vida também pode ser considerada uma medida multidimensional que engloba aspetos físicos, psicológicos, sociais e emocionais e que pode ser entendida como um sinónimo do estado de saúde, funcionamento físico, felicidade, satisfação e bem-estar. Pode também ser considerada um termo categórico que determina no individuo, dentro de si e na sociedade, o grau de conforto, dignidade e liberdade que sente (Panzini et al., 2017; Pereira et al., 2012).

O reconhecimento da natureza multidimensional da qualidade de vida foi refletido no instrumento desenvolvido pela OMS, baseado em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, e crenças pessoais (Fleck et al., 2000).

A dor crónica é um problema de saúde, que para além de afetar a funcionalidade física, afeta de forma significativa, a qualidade de vida de quem a vivencia. Na literatura é sugerida que quanto maior a intensidade da dor, menor será a perceção de controlo do individuo sobre a sua vida, o que irá impactar de forma negativa os vários domínios da qualidade de vida (Castro et al., 2011; Kanematsu et al., 2022; Klemenc-Ketis, 2011; Hadi et al., 2019; Stefane et al., 2013; Lamé et al., 2005).

Tal como mencionado anteriormente, a limitação e o impacto negativo na atividade física, nas relações sociais, rotinas do quotidiano e no sono provocados pela dor crónica, pode desencadear no indivíduo raiva, frustração, assim como pode levar à depressão. Quando tal ocorre, os pacientes tendem a entrar num círculo vicioso, em que sentem mais dor, o que leva a uma diminuição da motivação para aderir a atividades físicas (Borgues-Duarte, 2019; Canavarro et al., 2011; Hadi et al., 2019). Hadi e colaboradores (2019) concluíram no seu estudo feito em Inglaterra, que os participantes que exibiram uma alta prevalência de dor crónica apresentaram uma baixa qualidade de vida em todas as dimensões, em comparação com a população geral, ao terem restrições causadas pela dor nas suas atividades físicas, tarefas, relações afetivas e no sono.

Parte II – Metodologia

2.1 Desenho de estudo

O presente estudo tem um cariz exploratório e correlacional. Recorreu-se a uma abordagem transversal e quantitativa, ou seja, a amostra foi avaliada em apenas um momento e os dados foram submetidos a uma análise estatística.

Face à problemática e a literatura exposta, o principal objetivo deste estudo consiste na observação do impacto da dor crónica (intensidade e interferência da dor) na qualidade de vida dos indivíduos, e a forma como esta relação é mediada pela catastrofização da dor (ruminação, magnificação e desânimo) e estratégias *coping* (*coping* focado na emoção e *coping* focado na resolução de problemas).

Com base no objetivo principal do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1 - Espera-se uma correlação positiva entre os níveis de catastrofização e os níveis de intensidade e interferência da dor;

Hipótese 2 - Espera-se uma correlação positiva entre as estratégias de *coping* focadas na emoção e os níveis de intensidade e interferência da dor;

Hipótese 3 - Espera-se uma correlação negativa entre as estratégias de *coping* focadas no problema e os níveis de intensidade e interferência da dor;

Hipótese 4 - Espera-se uma correlação negativa entre a catastrofização da dor e os domínios da qualidade de vida;

Hipótese 5 - Espera-se uma correlação positiva entre as estratégias de *coping* focadas no problema e os domínios da qualidade de vida;

Hipótese 6 - Espera-se uma correlação negativa entre as estratégias de *coping* focadas na emoção e os domínios da qualidade de vida;

Hipótese 7 - Espera-se uma correlação negativa entre a intensidade e interferência da dor nos domínios da qualidade de vida;

Hipótese 8 - A catastrofização da dor tem um papel mediador entre a dor intensidade e interferência da dor crónica e a qualidade de vida;

Hipótese 9 - As estratégias de *coping* têm um papel mediador entre a intensidade e interferência da dor crônica na qualidade de vida. Dado que a escala das estratégias de *coping* estão divididas em duas subescalas, esta hipótese será dividida em dois modelos:

Hipótese 9a - A estratégia de *coping* focada na emoção tem um papel mediador entre a intensidade e interferência da dor crônica na qualidade de vida;

Hipótese 9b - A estratégia de *coping* focada no problema em um papel mediador entre a intensidade e interferência da dor crônica na qualidade de vida.

2.2 Participantes

A amostra incluiu 60 indivíduos adultos com dor crônica. Os critérios de inclusão foram os participantes terem mais de 18 anos e com dor crônica superior a 3 meses. Como critério de exclusão, foi excluída a dor oncológica. A média das idades dos participantes foi de 48,9 anos (DP = 18,9) sendo que 66,7% dos participantes eram do sexo feminino e 33,3 % eram do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, constatou-se que 61,7% são casados, 23,3% são solteiros, 11,7% são divorciados e 3,3% são viúvos. No que diz respeito à escolaridade, verificou-se que 65% dos participantes tinha o ensino superior, 26,7% tinha o ensino secundário, 3,3% o 2º e o 3º ciclo e 5,0% o 1º ciclo. Em relação à atividade laboral, 68,3% dos participantes são trabalhadores a tempo inteiro, 5% são trabalhadores a tempo parcial, 16,7% são desempregados e 10% são domésticos. No que diz respeito a localizações de dor mais frequentes relatadas, estas incluíram as dores lombares, cefaleias, fibromialgia e dores nas articulações.

Tabela 1.

Características sociodemográficas dos participantes (N = 60)

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	37	61,7
Masculino	7	11,7
Idade		
>50	21	11,6
<50	39	88,4
Estado Civil		
Casado	37	61,7

Divorciado	7	11,7
Solteiro	14	23,3
Viúvo	2	3,3
Habilitações Literárias		
1º ciclo	3	5,0
2º/ 3º ciclo	2	3,3
Ensino Secundário	16	26,7
Ensino Superior	39	65,0
Atividade Laboral		
Trabalhador a tempo inteiro	41	68,3
Trabalhador a tempo parcial	3	5,0
Desempregado	10	16,7
Reformado/Pensionista	6	10

2.3 Instrumentos

De forma geral, os participantes demoraram aproximadamente entre 10 a 20 minutos para preencherem os questionários fornecidos. Em primeiro lugar, foi aplicado um questionário sociodemográfico com elaboração própria (consultar no anexo 1), no qual foram incluídas as variáveis sociodemográficas como sexo, estado civil, escolaridade e atividade laboral.

Para o estudo das relações entre a dor crónica, catastrofização da dor, estratégias de *coping* e qualidade de vida, foram aplicados os seguintes questionários validados para a população portuguesa e com a respetiva autorização dos seus autores: 1) Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*), 2) Escala de Desânimo Associada à Dor (*Pain Catastrophizing Scale*), 3) Brief COPE Inventory e WHOQOL-Bref (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde).

2.3.1 Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*)

Para a medição da intensidade e interferência da dor crónica nos participantes, foi utilizado a versão curta do Inventário Resumido da Dor, ou *Brief Pain Inventory* (BPI), originalmente desenvolvido por Charles Cleeland em 1991. Encontra-se destinado a indivíduos que sofrem de várias patologias crónicas ou condições como a dor lombar crónica, cancro e osteoporose. Também pode ser aplicado em pacientes pós-cirúrgicos (Cleeland, 1997). É um

instrumento de autorrelato constituído por 15 itens que incluem a avaliação da intensidade da dor, que contém 4 itens com escala numérica de 0 a 10 e interferência da dor no quotidiano (atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver) que contém 7 itens, com escala numérica de 0 a 10. Também inclui a indicação da localização da dor através de uma figura representativa do corpo humano, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor (Cleeland, 1997; Azevedo et al., 2007). Relativamente à consistência interna do instrumento original, esta apresentou-se notável, com alfas de Cronbach que variam de 0.77 a 0.91. Este instrumento foi adaptado para a versão portuguesa por Azevedo e colaboradores em 2007. Em semelhança com o original, o instrumento demonstrou uma consistência interna excelente, com alfas de Cronbach de 0.98 para a intensidade e 0.85 para a interferência (Azevedo et al., 2007). O instrumento tem duas versões em relação de períodos de referência, sendo que a que foi utilizada neste estudo foi a versão com período de referência de uma semana.

2.3.2 Escala de Desânimo Associada à Dor (Pain Catastrophizing Scale)

Para a medição do nível da catastrofização da dor, foi utilizada a Escala de Desânimo Associada à Dor (Pain Catastrophizing Scale), criada em 1995 por Michael Sullivan, Scott Bishop e Jayne Pivik e adaptada para a versão portuguesa em 2007, por Azevedo e colaboradores. É um instrumento de autorrelato, composto por 13 itens no total, relacionado com pensamentos, sentimentos e percepções dos indivíduos acerca da dor, sendo dividido por três subescalas: ruminação (4 itens), magnificação (3 itens) e desânimo (6 itens). Os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert*, com classificação de 5 pontos, que varia entre 0 (Nunca) a 4 (Sempre), que vão de acordo com a frequência dos pensamentos, percepções e sentimentos que o indivíduo possui sobre as suas recentes experiências com a dor. Relativamente ao cálculo do resultado, este é obtido através da soma dos 13 itens, cuja pontuação total varia entre 0 e 52 pontos (Sullivan et al., 1995; Azevedo et al., 2007). Na versão original do instrumento, este demonstrou uma boa consistência interna, com alfas de *Cronbach* de 0.87 para a ruminação, de 0.66 para magnificação e 0.78 para desânimo (Sullivan et al., 1995). Na versão portuguesa, foi também apresentada uma boa consistência interna para as três subescalas, com alfas de *Cronbach* de 0.80 para ruminação, 0.79 para magnificação e 0.90 para desânimo (Sullivan et al., 1995; Azevedo et al., 2007).

2.3.3 Brief COPE Inventory

O Brief COPE Inventory foi desenvolvido por Charles Carver em 1997. A versão original do questionário continha no total 52 escalas, tendo sido por isso criada uma versão curta do instrumento, passando para 14 escalas, de forma a ser mais acessível para os participantes em termos de duração do preenchimento (Carver, 1997). Este instrumento foi criado com base na teoria de Lazarus e Folkman. Cada escala contém 2 itens, sendo estas: “*Coping* ativo”; “Planear”; “Utilizar suporte instrumental”; “Utilizar suporte social emocional”; “Religião”; “Reinterpretação positiva”; “Auto-culpabilização”; “Aceitação”; “Expressão de sentimentos”; “Negação”; “Auto-distração”; “Desinvestimento Comportamental”; “Uso de substâncias” e “Humor”. Na pontuação final, cada subescala é agrupada em *coping* focado nas emoções e *coping* focado na resolução de problemas. Os itens são respondidos conforme a ação com que o sujeito se identifica, sendo a resposta dada numa escala ordinal que apresenta quatro alternativas, de 1 (“nunca faço isto”) a 4 (“faço sempre isto”) (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). A versão original do instrumento demonstrou uma adequada consistência interna, sendo que no total de cada escala, os alfas de *Cronbach* variam entre 0.50 e 0.90. O mesmo aplicou-se para a versão portuguesa, apresentando uma consistência interna adequada, sendo que no total, os alfas de *Cronbach* de cada escala, variam entre 0.50 e 0.90. (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

2.3.4 WHOQOL-Bref (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

O WHOQOL-Bref é um instrumento que avalia a qualidade de vida, organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É composto no total por 26 itens relacionados com sentimentos e pensamentos nas últimas duas semanas, sendo que as respostas são dadas numa escala de resposta tipo *likert* de cinco pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). A versão original foi criada pela Organização Mundial de Saúde em 1994 (Vaz Serra et al., 2006). O instrumento da versão portuguesa apresentou uma boa consistência interna, com alfas de *Cronbach* de 0.87 para a dimensão física, 0.84 para a dimensão psicológica, 0.64 para a dimensão das relações sociais e 0.78 para a dimensão do ambiente (Vaz Serra et al., 2006).

2.4 Procedimentos

Após o projeto ser aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL), foi estabelecido o primeiro contacto com a instituição selecionada para a

recolha da amostra, que mostrou interesse em participar no estudo. A fim de esclarecer e garantir os aspetos éticos, o projeto foi submetido à aprovação da comissão de ética de uma unidade hospitalar em Lisboa, que oficializou a autorização da aplicação dos instrumentos na instituição.

A aplicação dos questionários foi realizada de forma presencial, de forma a esclarecer eventuais dúvidas dos participantes. Antes de preencherem os questionários, os participantes que estivessem interessados e de acordo, assinaram um consentimento informado (consultar anexo 2), de forma a serem informados sobre os objetivos do estudo e garantir aos mesmos, o compromisso de confidencialidade e sigilo na recolha e tratamento de dados pessoais. No total, o trabalho em campo teve uma duração aproximada de dois meses. Durante o período da recolha de dados, verificou-se como principal dificuldade, a aderência dos utentes ao preenchimento dos questionários.

2.5 Análise Estatística

Após a cotação dos resultados dos questionários, estes foram submetidos para uma análise estatística através do software IBM SPSS *Statistics* - 29.0.0.0 (241) (*Statistical Package for Social Sciences*). Após a construção da base de dados, foram efetuados os cálculos das frequências descritivas de forma a realizar a análise descritiva das variáveis do estudo. Para confirmar se os instrumentos selecionados eram adequados para o estudo, realizou-se a análise da consistência interna, utilizando-se o alfa de *Cronbach*. Para testar a normalidade da amostra, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S), que revelou que variáveis do estudo não seguiam uma distribuição normal, indicando por isso a utilização a testes não paramétricos.

Posteriormente, foram realizadas as correlações das variáveis através do coeficiente de *Spearman*. Para testar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* (M-W) e *Spearman*. Na mediação das variáveis “catastrofização da dor” e “estratégias de *coping*” foi utilizado o “*PROCESS Hayes*”, onde foi realizado um *bootstrapping* (5000 amostras). Para testar o efeito indireto, construiu-se o Intervalo de Confiança (CI) de 95%.

Parte III – Resultados

3.1 Consistência interna das variáveis

Em primeiro lugar, foi analisado a consistência interna dos instrumentos aplicados, através do *Alpha de Cronbach* para cada variável. O BPI apresentou um *alpha de Cronbach* de .818, indicando uma boa consistência interna. A medida PCS revelou um *alpha de Cronbach* de .907, indicando uma alta consistência interna. A medida Brief COPE revelou um *alpha de Cronbach* de .727, indicando uma consistência interna adequada, e por fim, a medida WHOQOL-BREF revelou um *alpha de Cronbach* de .832, revelando uma ótima consistência interna. Estes valores são consistentes com os valores de *alpha de Cronbach* apresentados tanto pelos autores originais, como pelos autores das adaptações portuguesas dos instrumentos (Azevedo et al., 2007; Carver, 1997; Cleeland, 1997; Sullivan et al., 1995; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

3.2. Estatística descritiva

A tabela 2 indica que a média da “intensidade máxima” da dor na última semana relatada pela amostra no BPI é de 6,5, sendo que alguns participantes indicaram o valor máximo de dor possível. Verificou-se que a média da “intensidade mínima” é de 4,1 e a de “intensidade média” é de 5,5. Relativamente a subescala do BPI “interferência” e segundo a tabela 2, foi observado que a área mais afetada pela dor corresponde ao “trabalho normal” (M = 6.8; DP = 2.61), em seguida a “disposição” (M = 6.7; DP = 2.70) e o “sono.” (M = 6.7; DP = 2.70). A área “prazer de viver” (M = 5.0; DP = 2.97) foi a que obteve a menor pontuação na amostra.

Tabela 2.

Estatística descritiva da variável “dor crónica”

Variáveis	α	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Intensidade Média	.815	4	10	5.5	1.98
Intensidade Máxima	.817	1	10	6.5	1.57
Intensidade Momentânea	.820	1	10	5.0	2.49
Intensidade Mínima	.832	1	10	4.1	2.35
Interferência na atividade geral	.813	2	10	6.1	2.59
Interferência na disposição	.805	3	10	6.7	2.03
Interferência no sono	.806	1	10	6.7	2.70

Interferência em andar a pé	.777	1	10	6.3	2.85
Interferência no trabalho normal	.778	1	10	6.8	2.61
Interferência na relação com outras pessoas	.770	1	10	5.7	2.66
Interferência no prazer de viver	.812	1	10	5.0	2.97

Nota: α = Alfa de Cronbach de cada subescala

Relativamente ao nível de catastrofização reportado, verificou-se um valor médio na amostra total de 36,2 (DP = 11,218). Tendo em conta que a pontuação total do instrumento é de 0 a 52, o valor médio observado na amostra (36,2) é considerado elevado (< 22) (Sullivan et al., 2001). O Desamparo foi verificado como a subescala com um maior valor médio (M = 16.583; DP = 11.3) e Magnificação, com o menor valor (M = 8,083; DP = 3.00).

Tabela 3.

Estatística descritiva da variável “catastrofização da dor”

Variáveis	α	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ruminação	.803	1	4	11.6	4.42
Magnificação	.857	1	4	8.08	3.00
Desamparo	.798	1	4	16.5	11.3
Total	.898	5	51	36,2	11,2

Nota: α = Alfa de Cronbach de cada subescala

De acordo com a tabela 4, verificou-se que a amostra do estudo recorreu mais a estratégias de *coping* focadas na emoção (M = 7.52; DP = 1.71) do que as estratégias *coping* focadas no problema (M = 5.59; DP = 1.00).

Tabela 4.

Estatística descritiva da variável “estratégias de coping”

Variáveis	α	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<i>Coping</i> focado na emoção		1	4	7.52	1.71
<i>Coping</i> focado no problema		1	4	5.59	1.00

Subescalas					
<i>Coping</i> Ativo	.717	5	8	6.55	1.85
Planeamento	.681	3	8	5.90	1.24
Utilização do suporte instrumental	.649	3	8	5.30	1.46
Utilização do suporte emocional	.685	2	8	4.88	1.53
Religião	.669	2	8	5.18	1.62
Reinterpretação positiva	.706	2	8	4.60	1.38
Auto-culpabilização	.644	2	8	4.65	1.97
Aceitação	.711	2	8	5.80	1.30
Expressão de sentimentos	.660	2	8	5.45	2.02
Negação	.663	2	8	3.97	1.68
Auto-distração	.668	2	8	5.72	5.71
Desinvestimento comportamental	.688	2	6	4.10	1.46
Uso de substâncias (medicamento/álcool)	.714	2	8	2.93	1.48
Humor	.768	2	8	4.12	1.86

Nota: α = Alfa de *Cronbach* de cada subescala

Relativamente a pontuação do WHOQOL-Bref, os valores variam entre 0 e 100, sendo que 0 corresponde a “pouca qualidade de vida” e 100 a “boa qualidade de vida” (Canavarro et al., 2010). Através da tabela 5, verifica-se que o domínio que apresentou uma maior pontuação média foi o domínio ambiental ($M = 59.6$; $DP = 11.3$). O domínio que apresentou uma menor pontuação foi o domínio físico ($M = 49.2$; $DP = 14.22$). É também verificado que os domínios “Psicológico” ($M = 53$; $DP = 15.05$) e “Relações Sociais” ($M = 52.8$; $DP = 19,33$) apresentam valores médios próximos.

Tabela 5.

Estatística descritiva da variável “qualidade de vida”

Variáveis	α	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Domínio Físico	.887	21.43	71.43	49.2	14.22
Domínio Psicológico	.789	29.17	83.33	53.7	15.05
Domínio Ambiental	.825	34.38	100	59.6	11.3
Domínio Relação Sociais	.808	8.33	91.67	52.8	19,33
Domínio Geral	.741	36.20	84.52	53.8	12.17

Nota: α = Alfa de *Cronbach* de cada subescala

3.3 Análise das hipóteses

Correlações

Para testar as primeiras sete hipóteses do estudo e dado o tamanho da amostra, recorreu-se ao teste de correlações *Spearman*.

Como constatado na tabela 6, verifica-se uma correlação positiva fraca, mas não significativa ($r = .237$) entre a dimensão da ruminação e intensidade da dor reportada pelos participantes. Não foram observadas correlações significativas entre a intensidade da dor e as restantes dimensões da catastrofização da dor. Relativamente a interferência da dor, foram observadas correlações fortes e significativas com todas as dimensões da catastrofização, o que indica quanto maior forem os níveis de interferência da dor, maiores serão os níveis de catastrofização.

O *coping* focado na emoção apresenta uma correlação positiva fraca com a intensidade da amostra, enquanto o *coping* focado no problema apresenta uma correlação negativa forte ($r = -.82$) com a intensidade da dor, o que sugere que um maior uso desta estratégia diminui os níveis de intensidade de dor. No que diz respeito a interferência da dor, observa-se uma correlação positiva moderada e significativa com o *coping* focado na emoção ($r = .263$; $p > .05$).

Em relação à catastrofização da dor, observam-se correlações negativas entre a dimensão da ruminação e os domínios físico e psicológico. Constata-se uma correlação negativa e significativa ($r = -.352$; $p < .001$) da ruminação e o domínio das relações sociais, o que indica que um aumento de pensamentos ruminantes está associado a uma diminuição da qualidade de vida a nível social dos participantes. Na pontuação total da catastrofização da dor, a tabela 6 indica uma correlação negativa ($r = -.221$) entre a catastrofização da dor e a qualidade de vida.

O *coping* focado na emoção demonstrou uma correlação negativa moderada ($r = -.60$) com o domínio físico da qualidade de vida, correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas com o domínio psicológico ($r = -.569$; $p < .001$) e o domínio social ($r = .439$; $p < .001$), e uma correlação negativa forte e significativa com o domínio ambiental ($r = -.599$; $p < .001$). No que diz respeito à avaliação total da qualidade de vida, foi observada uma correlação negativa moderada ($r = -.517$; $p < .001$) com o *coping* focado na emoção.

Foi observada uma correlação negativa moderada e significativa ($r = -.276$; $p < .05$) entre interferência da dor e o domínio físico, assim como correlações negativas fortes e significativas entre a interferência da dor e o domínio psicológico ($r = -.418$; $p < .001$) e o domínio social ($r = -.506$; $p < .001$). Estas associações sugerem que a interferência da dor impacta negativamente os aspetos físicos, psicológicos e sociais dos participantes deste estudo.

Tabela 6.

Resultados das correlações entre as variáveis

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Intensidade da dor	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Interferência da dor	.041	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Ruminação	.237	.446**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Magnificação	.188	.390**	.773**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Desamparo	.140	.483**	.802**	.804**	1	-	-	-	-	-	-	-	-
6. PCS (Total)	.190	.510**	.918**	.913**	.936**	1	-	-	-	-	-	-	-
7. Coping/emoção	.15	.263*	.076	.067	.020	.126	1	-	-	-	-	-	-
8. Coping/problema	-.82	.144	.300**	.409**	.373**	.411**	.093	1	-	-	-	-	-
9. Qualidade de vida	-	.416**	-.222	-.121	-.147	-.221	-	.123	1	-	-	-	-
10. Domínio Físico	-.231	-.276*	-.094	-.128	-.114	-.123	-.60	.076	.556**	1	-	-	-
11. Domínio Psicológico	-.110	.418**	-.079	-.059	-.028	-.105	-.569**	.092	.818**	.009	1	-	-
12. Domínio Social	-.146	.506**	-.352**	-.177	-.177	-.266*	-.439**	-.345	.817**	.268*	.559**	1	-
13. Domínio Ambiental	-.193	-.217	-.087	.110	.093	.043	-.599**	-.580	.783**	.222	.703**	.502**	1

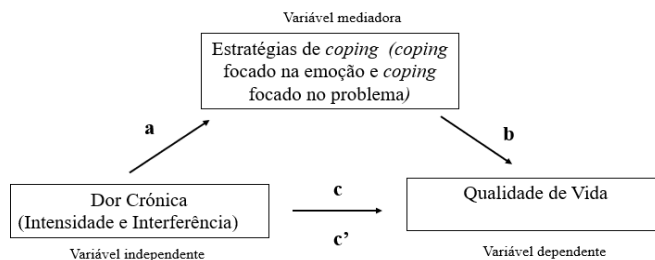
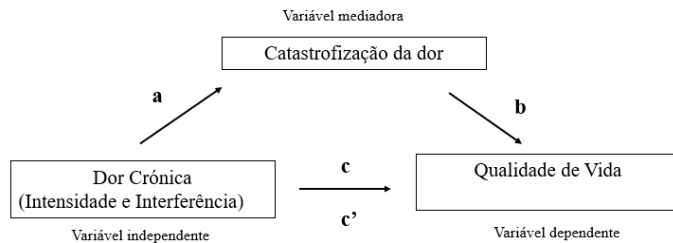
Nota: * $p > .05$, ** $p < .001$

3.4 Análise das mediações das variáveis

Para confirmar a oitava e a nona hipótese, recorreu-se a uma análise de mediação simples. Na figura 1 encontra-se a representação da operacionalização das variáveis. Como constatado, pretende-se apurar se a catastrofização da dor (variável mediadora) influencia a relação entre a dor crónica (variável independente) e a qualidade de vida (variável dependente), e se as estratégias de *coping* (variável mediadora) influenciam a relação entre a dor crónica (variável independente) e a qualidade de vida (variável dependente).

Figura 1.

Modelos de mediação simples



Para a verificação das variáveis mediadoras, foram aplicados as quatro condições descritas por Baron & Kenny (1986) que são necessárias para a confirmação da variável mediadora, sendo estas as seguintes: 1) Verificação de uma relação significativa da variável independente e a variável mediadora (via a); 2) Verificação de uma relação significativa entre a variável mediadora e a variável dependente (via b); 3) Verificação de uma relação significativa entre a variável dependente e a variável independente (via c); 4) Verificação da significância estatística do coeficiente da via indireta na relação entre a variável independente e variável dependente, através do controlo da variável mediadora (via c') (Baron & Kenny, 1986; Hayes & Rockwood, 2016).

O resultado da regressão linear do modelo como um todo, $[F(2,57) = .695, p = .503, R^2 = .024]$, da tabela 7 não apresentou significância estatística. A catastrofização da dor e da intensidade da dor foram responsáveis por 2.4% da variância na qualidade de vida. Conforme apresentado na tabela, o efeito da catastrofização da dor na qualidade de vida apresentou um efeito negativo, mas não foi estatisticamente significativo ($\beta = -.156; p = .278$). Verificou-se um

efeito negativo da intensidade da dor na qualidade de vida, mas que não alcançou a significância ($\beta = -.126$, $p = .668$).

Foi apurado um efeito indireto negativo e não significativo da intensidade da dor na qualidade de vida através da catastrofização da dor ($\beta = -.105$, $p = .720$), o que indica que a catastrofização da dor não pode ser considerada uma variável mediadora entre a relação da intensidade da dor crônica e a qualidade de vida neste estudo.

Tabela 7.

Mediação entre a catastrofização da dor na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Intensidade da dor ► Catastrofização (a)	.132	.268	.494	.623	-.404	.669
Catastrofização ► Qualidade de Vida(b)	-.156	.142	-.1.09	.278	-.441	.129
Intensidade da dor ► Qualidade de vida (c)	-.126	.291	-.432	.668	-.708	.457
Intensidade da dor ► Catastrofização ► qualidade de vida (c')	-.105	.291	-.361	.720	-.687	.478
Nota: coeff = non-standardized coefficient						

Os valores da regressão linear, $[F(2,57) = 23.170, p = .0000, R^2 = .448]$, indiciam que o efeito que a catastrofização da dor e a interferência exercem na variância da qualidade de vida é de 44.8%.

Conforme mostram os resultados da análise de mediação da tabela 8, verifica-se um efeito negativo e significativo da interferência da dor na qualidade de vida ($\beta = -.472$, $p < .01$) e um efeito positivo e significativo entre a interferência da dor e a catastrofização ($\beta = .530$, $p > .01$). Contrariamente, verificou-se que a catastrofização teve um efeito negativo, mas não significativo na qualidade de vida, ($\beta = -.135$, $p = .263$). Observou-se uma relação negativa e significativa entre as três variáveis ($\beta = -.472$, $p < .01$). Dado os valores, verifica-se que a catastrofização exerce um papel mediador parcial entre a interferência da dor e a catastrofização.

Tabela 8.

Mediação entre a catastrofização da dor na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Interferência da dor ► Catastrofização (a)	.530	.117	4.5221	.0000	.2953	.7646
Catastrofização ► Qualidade de Vida(b)	-.135	.119	-1.130	.263	-.375	.1403
Interferência da dor ► Qualidade de vida (c)	-.472	.108	-4.369	.0001	-.6881	-.2556
Interferência da dor ► Catastrofização ► qualidade de vida (c')	-.472	.108	-4.369	.0001	-.6881	-.2556

Nota: *coeff* = non-standardized coefficient

Os resultados da análise de regressão linear múltipla neste modelo como um todo, [F (2.57) = 1.385, $p = .259$, $R^2 = .046$], indicam que não existe uma significância estatística, e que o *coping* focado no problema e a intensidade da dor explicam 4,6% da variância na qualidade de vida. Tal como constatado na tabela 9, verifica-se um efeito positivo, mas não significativo do *coping* focado no problema e a qualidade de vida ($\beta = 2.14$, $p > .05$). O efeito mediador do *coping* focado no problema não alcança significância estatística entre a relação da intensidade da dor e a qualidade vida da amostra ($\beta = -.141$, $p < .05$).

Tabela 9.

Mediação entre o coping focado no problema na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Coping/ problema ► Intensidade da dor (a)	.007	.028	.257	.798	-.049	.064
Coping/ problema ► Qualidade de Vida(b)	2.135	1.330	-.361	.114	-.528	4.797
Intensidade da dor ► Qualidade de vida (c)	-.126	.291	-.432	.668	-.708	.457
Intensidade da dor ► Coping/ problema ► qualidade de vida (c')	-.141	.287	-.491	.625	-.716	.434

Nota: *coeff* = non-standardized coefficient

Os valores da regressão linear, $[F(2.57) = 4.630, p = .014, R^2 = .140]$, indicam que o modelo como um todo não é estatisticamente significativo, e que 14% da variância na qualidade de vida é explicada pela intensidade da dor e estratégia de *coping* focada na emoção.

Verifica-se na tabela 10 um efeito negativo e significativo ($\beta = -2.28, p > .05$) do uso do *coping* focado na emoção na qualidade de vida. O efeito mediador do *coping* focado na emoção não foi significativo ($\beta = -.113, p < .05$), na relação entre a intensidade da dor e qualidade de vida, ou seja, o *coping* focado na emoção não se constitui como variável mediadora nesta relação.

Tabela 10.

Mediação entre o coping focado na emoção na relação da intensidade da dor e a qualidade de vida

Relação	coeff	SE	t	p	95% Bootstrapping CI	
					LL	UL
Intensidade da dor ► Coping/emoção (a)	.006	.047	.117	.907	-.089	1.00
Coping/ emoção ► Qualidade de Vida(b)	-2.28	.758	-3,01	.004	-3.798	-.762
Intensidade da dor ► Qualidade de vida (c)	-.126	.291	-.432	.668	-.708	.457
Intensidade da dor ► Coping/ emoção ► qualidade de vida (c')	-.113	.273	-.414	.680	-.659	.433

Nota: coeff = non-standardized coefficient

Os valores da regressão linear, $[F(2.57) = 9.541, p = .0003, R^2 = .2741]$, revelaram que o modelo como um todo é estatisticamente significativo e que o *coping* focado na emoção e a interferência da dor explicam 27,41% da variância na qualidade de vida.

Foi apurado através dos valores apresentados pela tabela 11, um efeito positivo e significativo do *coping* focado na emoção na interferência da dor ($\beta = .061, p > .05$). Contrariamente, é observado um efeito negativo e significativo ($\beta = -.535, p > .01$) da interferência da dor na qualidade de vida. Verifica-se então que o *coping* focado na emoção constitui-se como variável mediadora na relação entre a interferência da dor e a qualidade de vida ($\beta = -2.71, p > .05$).

Tabela 11.

Mediação entre o coping focado na emoção na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

	95% Bootstrapping CI
--	----------------------

<i>Relação</i>	<i>coeff</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>
Interferência da dor ► Coping/emoção (a)	.061	.047	.117	.0001	-.089	1.00
Coping/emoção ► Qualidade de Vida(b)	-2.28	.758	-3.01	.0004	-3.80	-.762
Interferência da dor ► Qualidade de vida (c)	-.535	.139	-3.86	.0003	-.812	-.257
Interferência da dor ► Coping/emoção ► qualidade de vida (c')	-2.71	.703	-3.86	.0003	-4.12	-1.306
Nota: <i>coeff</i> = non-standardized coefficient						

Os valores da regressão linear no modelo como um todo, [F (2.57) =10.763, $p = .0001$, $R^2 = .2508$], revelam que o modelo é significativamente estatístico e que o *coping* focado no problema e a qualidade de vida explicam 25,08% da variância na qualidade de vida. Observa-se um efeito negativo e significativo ($\beta = -.025$, $p > .05$) entre a interferência da dor e o *coping* focado no problema, ao contrário acontece com a qualidade de vida, em que o efeito que o *coping* focado no problema exerce nessa variável é positivo, mas não alcança a significância ($\beta = 1.98$, $p < .05$). Não se verifica um papel mediador do *coping* focado no problema na relação entre a interferência da dor e a qualidade de vida, ($\beta = .509$, $p < .05$).

Tabela 12.

Mediação entre o coping focado no problema na relação da interferência da dor e a qualidade de vida

<i>Relação</i>	<i>coeff</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Bootstrapping CI	
					<i>LL</i>	<i>UL</i>
Interferência da dor ► Coping/problema (a)	-.025	.009	2.6108	.1150	-.005	.043
Coping/ problema ► Qualidade de Vida(b)	1.98	1.45	1.3610	.1789	-.932	4.89
Interferência da dor ► Qualidade de vida (c)	-.535	.139	-3.860	.0003	-.812	-.257
Interferência da dor ► Coping/problema ► qualidade de vida (c')	-.509	.110	-4.637	.1460	-.729	-.289
Nota: <i>coeff</i> = non-standardized coefficient						

3.4. Diferença entre grupos

34.1 Sexo

De modo a verificar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino da amostra em relação às variáveis do estudo, realizou-se o teste de *Mann-Whitney U* para amostras independentes.

Os valores da tabela 13 indicam que não existe uma diferença estatisticamente significativa na intensidade média e na interferência entre o sexo masculino e feminino da amostra. Porém verificou-se que o valor da intensidade média da dor é ligeiramente superior no sexo masculino e o valor médio da interferência da dor é superior no sexo feminino.

Tabela 13.

Análise da relação do sexo da amostra e a dor crônica (N = 60)

Variáveis	Masculino		Feminino		U	p
	M	SD	M	SD		
Intensidade da dor	5,60	2,088	5,425	1,960	375.500	.697
Interferência	5,97	1,834	6,214	1,932	393.500	.918

Em relação à catastrofização da dor, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões e na pontuação total do PCS entre o sexo masculino e feminino. É observado na tabela 14 que o sexo feminino apresentou uma média superior na dimensão do desamparo e magnificação, assim como na pontuação total do PCS, em comparação com o sexo masculino.

Tabela 14.

Análise da relação do sexo e a catastrofização na amostra (N = 60)

Variáveis	Masculino		Feminino		U	p
	M	SD	M	SD		
Ruminação	11,09	4,919	11,850	4,199	379.000	.735
Magnificação	7,40	3,251	8,45	2,854	379.000	.227
Desamparo	15,50	4,77	17,10	4,607	320.500	.209
Total	34,050	11.950	37,350	10,821	329,500	.267

Conforme observado na tabela 15, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema e o sexo feminino e masculino.

Tabela 15.*Análise da relação do sexo e as estratégias de coping na amostra (N = 60)*

Variáveis	Masculino		Feminino		U	p
	M	SD	M	SD		
Coping focado na emoção	7,592	1,337	7,486	1,872	.071	.789
Coping focado no problema	5,425	0,886	5,669	1,060	.272	.602

Conforme os resultados da tabela 16, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo da amostra e as dimensões da qualidade de vida. Em termos de valores médios, foram observados valores superiores no sexo feminino em quase todos os domínios da qualidade de vida, a exceção do domínio ambiental.

Tabela 16.*Análise da relação do sexo e os domínios da qualidade de vida da amostra (N = 60)*

Variáveis	Masculino		Feminino		U	p
	M	SD	M	SD		
Domínio Físico	46,250	10,516	50,714	13,490	.823	.364
Domínio Psicológico	52,292	16,122	54,375	16,122	.149	.669
Domínio Ambiental	60,000	12,276	59,453	17,080	.063	.801
Domínio Social	52,083	15,023	53,125	21,324	.004	.949
Geral	52,652	10,516	54,417	13,010	.167	.683

3.4.2 Idade

Para analisar a diferença entre a idade e as variáveis do estudo, recorreu-se aos coeficientes de *Spearman*. Com base nos resultados das correlações apresentadas na tabela 17, observa-se que não existem evidências estatísticas para determinar a existência de uma relação significativa entre a idade e as variáveis do estudo, dado o valor da significância ($p > .05$) com todas as correlações da tabela.

Tabela 17.*Análise da relação da idade e as variáveis do estudo*

Variáveis	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Intensidade Média da Dor	-.048	.714
Interferência da Dor	.065	.619
Catastrofização da dor	.135	.305
<i>Coping</i> focado no problema	.233	.073
<i>Coping</i> focado na emoção	.063	.635
Qualidade de Vida	-.103	.434

Parte IV: Discussão dos resultados

4. Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal observar as influências das variáveis cognitivas e comportamentais, nomeadamente a catastrofização da dor e as estratégias de *coping* na qualidade de vida de indivíduos adultos com dor crónica e a forma como estas variáveis relacionam-se entre si. Para tal, foi analisado um conjunto de hipóteses que pretendiam observar as relações entre as variáveis, assim como foi efetuado uma análise adicional, para apurar as relações entre as variáveis sociodemográficas, sexo e idade, e as variáveis do estudo.

Em relação à hipótese 1, observaram-se correlações positivas e significativas entre a interferência da dor e a catastrofização. Este resultado sugere que neste estudo, quanto mais os participantes percebem que a dor interfere nas suas vidas, mais tendem em aumentar os níveis de catastrofização, sendo consistente com alguns estudos realizados que apuraram esta associação (Rausa et al., 2022; Cruz et al., 2009; Lamé et al., 2005; Sullivan & D'Eon, 2001).

Relativamente à hipótese 2, que prevê que um maior uso das estratégias de *coping* focadas na emoção aumentam os níveis de intensidade e interferência da dor, foi observada uma associação positiva e significativa entre o *coping* focado na emoção e a interferência da dor.

Quanto à hipótese 3, que previa que o *coping* focado no problema diminuía os níveis de intensidade da dor, foi observado uma correlação negativa forte, mas não significativa com a intensidade da dor. Apesar de não se conseguir confirmar a hipótese com confiança, a direção desta correlação sugere no estudo, que o uso deste tipo de estratégia está associado a uma diminuição da intensidade da dor. Esta observação vai de acordo com alguns estudos feitos sobre o impacto das estratégias de *coping* na dor crónica, como por exemplo um estudo de Ramírez-Maestre et al. (2012), que contou com uma amostra de 98 sujeitos seguidos na Unidade da Dor Clínica, concluiu que os participantes com um maior nível de *coping* ativo, apresentaram menor níveis de intensidade da dor (Ramírez-Maestre et al., 2012). Higgins et al., (2014) observaram no seu estudo que os participantes com dor crónica que adotavam estratégias de *coping* focadas no problema apresentavam menos intensidade da dor.

Relativamente à hipótese 4, foi observada uma correlação negativa, embora não estatisticamente significativa entre a catastrofização e a pontuação total dos domínios da qualidade de vida. A direção desta correlação sugere que o aumento dos níveis de catastrofização levam à diminuição da qualidade de vida da amostra. Estes resultados são consistentes alguns estudos que foram realizados sobre o impacto da catastrofização na

qualidade de vida dos indivíduos com dor crónica (Kazi et al., 2021; Semeru & Halim, 2019; McPeak et al., 2018; Sewell et al., 2018).

Em relação à hipótese 6, em que espera-se que as estratégias de *coping* focadas na emoção estão negativamente correlacionadas com os domínios da qualidade de vida, a mesma é confirmada. No que diz respeito ao domínio físico, observa-se uma associação negativa moderada e não significativa. Foram reveladas correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas entre o *coping* focado na emoção e os domínios psicológico e social. Este resultado sugere que os participantes que recorrem mais vezes a este tipo de estratégia detêm uma pior perceção da qualidade de vida a nível psicológico e social. No que diz respeito à avaliação total da qualidade de vida, foi observada uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa com o *coping* focado na emoção. Este resultado na amostra do estudo indica que um maior uso do *coping* focado na emoção traduz-se na diminuição da perceção da qualidade de vida global. Estes resultados são paralelos com estudos anteriores feitos em pacientes com dor crónica, que também observaram correlações negativas entre o *coping* focado na emoção e as várias dimensões da qualidade de vida (Barberis et al., 2017; Mills et al., 2019; Schick-Makaroff et al., 2018; de Lira et al., 2015; Silva, 2011; Oliveira et al., 2009)

Na hipótese 7, em que se espera que os níveis de intensidade da dor estão negativamente correlacionados com os domínios da qualidade de vida, a mesma não se confirma ao não serem observadas correlações estatisticamente significativas entre a intensidade média e momentânea da dor com todas as dimensões da qualidade de vida. Este resultado sugere que apesar da dor estar presente nos participantes, a sua intensidade não parece ter uma relação direta com a perceção geral da qualidade de vida.

Verificaram-se correlações negativas moderadas a fortes, e estatisticamente significativas entre a interferência da dor com o domínio físico, domínio psicológico e o domínio das relações sociais. Este resultado sugere que quanto mais os participantes sentem que a interferência da dor impacta negativamente nas suas atividades diárias, sono, mobilidade física, interações sociais e estados emocionais, mais negativa será a perceção da qualidade de vida. Estes resultados são consistentes com os estudos mencionados anteriormente sobre o impacto da dor crónica na qualidade de vida, em que são evidenciados interferência da dor no bem-estar físico, psicológico e social (Hadi et al., 2019; Yamada et al., 2016; Lorena et al.,

2016; Ataoglu et al., 2013; Campos & Rodriguez, 2012; Cunha & Mayrink, 2011; Klemenc-Ketiš, 2011; Oliveira et al., 2009).

Na hipótese 8 “A catastrofização da dor desempenha um papel mediador na relação entre os níveis de intensidade e interferência e os domínios na qualidade de vida”, não foi verificada uma associação significativa no modelo de mediação no que diz respeito à intensidade da dor. Porém verificou-se que a catastrofização constitui-se como uma variável mediadora parcial na relação entre a interferência da dor crónica e a qualidade de vida dos participantes. Este resultado coincide com o estudo elaborado por Rausa e colaboradores (2022), que também verificou o papel mediador da catastrofização na interferência da dor e na qualidade de vida dos participantes.

Na hipótese 9, verificou-se também o papel mediador da estratégia de *coping* focada na emoção na relação entre a interferência da dor e a qualidade de vida, sendo consistentes com os resultados dos estudos mencionados anteriormente sobre esta relação, feitos por Campos & Rodriguez (2013) e Du e colaboradores (2018).

Um dos fatores biológicos incluídos na experiência dolorosa é o sexo e a idade (Miaskowski et al., 2020). Demario e colaboradores (2023) afirmam que as diferenças fisiológicas e comportamentais entre sexos têm sido reportadas na literatura, sendo colocada como hipótese que essas diferenças sejam causadas pelas hormonas, funcionamento do sistema imunitário e as distintas da percepção da dor (Demario et al., 2023). Face a esta situação, foi realizada uma análise adicional para verificar se existiam diferenças entre o sexo e idade da amostra com as variáveis do estudo, não tendo se verificado a existência de diferenças significativas.

Parte V: Considerações finais

5.1 Limitações

O objetivo deste estudo foi contribuir para a literatura nacional e internacional sobre a relação da influência cognitiva e comportamental na qualidade de vida de indivíduos com dor crónica. Mas dada a população alvo, a presente investigação deteve algumas limitações.

O facto de ser um estudo transversal e as escalas serem de autorrelato, em que a dor foi avaliada em apenas um momento e os resultados estarem dependentes da memória do participante, não possibilitou apurar uma sequência real dos pensamentos e comportamentos que o participante costuma ter em relação a dor. Outra limitação do estudo, foi o facto do tamanho da amostra ser pequena, o que não permitiu uma melhor exploração a nível da população geral.

A extensão dos questionários aplicados aos participantes pode ser considerada um fator de enviesamento, pois pode levar o participante ao cansaço ou até mesmo falta de tempo a meio do preenchimento, sendo estes, fatores que podem ter prejudicado em algumas respostas no sentido de não corresponderem com a situação real.

5.2 Conclusão

Azevedo et al., (2007) refere a importância de o paciente com dor crónica ser visto e tratado de acordo com o modelo biopsicossocial, que inclui para além dos fatores sensoriais, fatores psicológicos, sociais e culturais associados à patologia. Cohen et al., (2021) ressalta que com o tratamento adequado da dor crónica, as mudanças neuroplásticas que ocorrem na presença da dor e os indicadores baixos da qualidade de vida podem ser reversíveis.

Numa revisão de estudos elaborada por Polakowski et al., (2020), foi concluído que a Psicoeducação era uma das abordagens mais eficazes no tratamento psicológico entre pacientes com dor crónica, ao permitir-lhes um maior conhecimento, autonomia, conscientização e aderência ao tratamento da dor.

Carneiro (2022) ressalta também a eficácia que a Terapia Cognitiva Comportamental tem quando é intercalada com a fisioterapia em termos de benefício da redução da intensidade da dor. A Terapia Cognitiva Comportamental, que enfatiza o papel da cognição e das emoções na determinação da forma como o indivíduo lida com a dor, tem como objetivo modificar a perceção da intensidade dor e a forma como interfere nos vários aspetos do quotidiano. Também pretende promover estratégias comportamentais mais eficazes e adaptativas no combate a dor,

através da identificação e correção de comportamentos maldapatativos (Cohen et al., 2021; Driscoll et al., 2021; Shulz-Gibbins, 2010).

O propósito desta investigação foi reforçar a demonstração de que o estado emocional e os comportamentos que o indivíduo adota quando sente dor, interfere na sua experiência com esta patologia. Foi possível verificar na amostra deste estudo, que a catastrofização da dor e as estratégias de *coping* exercem influência na experiência dolorosa dos participantes. Como por exemplo, foi apurado que um maior nível de pensamentos ruminantes acerca da dor afeta de forma negativa e significativa a qualidade de vida a nível social dos participantes, assim como também foi apurado que um maior nível de catastrofização levava a uma maior interferência significativa da dor no quotidiano. Relativamente ao uso das estratégias de *coping*, concluiu-se que as adoções de comportamentos passivos face a dor interferiam de forma negativa em todos os domínios da qualidade de vida da amostra, em especial no domínio psicológico, social e físico. Por fim, verificou-se também que quanto mais os participantes observam a interferência da dor no seu sono, relações sociais, atividades gerais, capacidade de trabalho e prazer de viver, menor era a perceção da qualidade de vida.

Como já foi referido na revisão de literatura, a dor provoca consequências a nível físico, psicológico e social. A inatividade devida à dor e a toda sintomatologia pode causar e intensificar reações depressivas como passividade, maior tomada de meditação, falta de sono e diminuição da autoestima (Cohen et al., 2021; Dias, 2007).

Face aos resultados reportados e aos dados literários expostos, a presente investigação ressalta a necessidade de um aumento de intervenção na dor crónica a nível psicológico, de forma a identificar as crenças e os comportamentos que os pacientes adotam em relação à dor e melhorar a qualidade de vida de quem sofre desta patologia. Destaca-se também a necessidade de mais estudos e investigações a nível nacional e internacional sobre a relação dos fatores psicológicos com a dor crónica, tanto em amostras clínicas como comunitárias.

Referências

- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain and therapy*, 10(2), 1427-1437 <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Armstrong, S. A., & Herr, M. J. (2023). Physiology, Nociception. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunç, H., Ersöz, M., & Akkuş, S. (2012). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 51(1), 23–26. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.51>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., & Romão, J. (2007). Questionários sobre dor crônica. tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crônica. *Dor*, 15, 6-37.
- Barberis, N., Cernaro, V., Costa, S., Montalto, G., Lucisano, S., Larcán, R., & Buemi, M. (2017). The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *International journal of psychiatry in medicine*, 52(2), 111–123. <https://doi.org/10.1177/0091217417720893>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research. Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A. T., Emery, G., and Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Borges-Duarte, I. (2019). *À força de padecer: considerações sobre a dor como experiência ontológica* (Issue 2).
- Campos, R. P., & Vázquez, M. I. (2013). The impact of Fibromyalgia on health-related quality of life in patients according to age. *Rheumatology International*, 33(6), 1419–1424. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2568-0>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

- Cristina Polakowski, L., Rodrigues, K., & Benchaya, I. (2019). *Programa de Apoio à Iniciação Científica-PAIC*.
- Cunha, L. L., & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12, 120-124.
- de Hugo Silva, P. M. (2011). Estudo exploratório sobre a relação entre estratégias de Coping e qualidade de vida em pacientes diabéticos do tipo 1 com complicações.
- de Lira, C. L. O. B., de Avelar, T. C., & Bueno, J. M. M. H. (2015). Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 82-99.
- DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de, Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de, & Fonseca, P. R. B. da. (2020). Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal of Pain*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- Dias, A. (2007). Dor Crônica—Um problema de saúde pública. *O Portal dos Psicólogos*, 1-8.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Driscoll, M. A., Edwards, R. R., Becker, W. C., Kaptchuk, T. J., & Kerns, R. D. (2021). Psychological Interventions for the Treatment of Chronic Pain in Adults. *Psychological Science in the Public Interest*, 22(2), 52–95. <https://doi.org/10.1177/15291006211008157>
- Du, S., Hu, L., Bai, Y., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhu, Y. (2018). The Influence of Self-Efficacy, Fear-Avoidance Belief, and Coping Styles on Quality of Life for Chinese Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Multisite Cross-Sectional Study. *Pain Practice*, 18(6), 736–747. <https://doi.org/10.1111/papr.12660>
- Ellis, A. (n.d.). *REASON AND EMOTION IN PSYCHOTHERAPY*. <http://archive.org/details/reasonemotioninpOOelli>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Fleck, M. P. D. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (n.d.). *VOLUME 34 NÚMERO 2 ABRIL 2000 Revista de Saúde Pública Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref*. www.fsp.usp.br/rsp
- Folkman, S. (2013). Stress, coping, and hope. In *Psychological aspects of cancer* (pp. 119-127). Springer, Boston, MA. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Fradelos, E., Fradelou, G., & Kasidi, E. (2014). Pain: Aspects and treatment in Greek antiquity. *Journal of Medical Sciences and Public Health*, 2(2), 29-36.
- Fregoso, G., Wang, A., Tseng, K., & Wang, J. (2019). Transition from acute to chronic pain: evaluating risk for chronic postsurgical pain. *Pain physician*, 22(5), 479-488.
- Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crônica. *Biblioteca da dor*, 10(1), 5-9.
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of patient experience*, 6(2), 133–141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.001>
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (n.d.). [Icd.who.int. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1581976053](https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1581976053)
- Kanematsu, J. dos S., Atanazio, B., Cunha, B. F., Caetano, L. P. ., & Arada, D. M. Y. . (2022). Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista De Medicina*, 101(3), e-192586. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>

- Kazi, A., West, E., Rahman, S., Kim, S., Sima, A., & Schuman, T. A. (2021). Pain catastrophizing and quality of life in adults with chronic rhinosinusitis. *The Laryngoscope*, 131(9), 1939-1945.
- Ketiš, Z. K. (2011). Predictors of health-related quality of life and disability in patients with chronic nonspecific low back pain. *Slovenian Medical Journal*, 80(5).
- Khera, T., & Rangasamy, V. (2021). Cognition and Pain: A Review. *Frontiers in psychology*, 12, 673962. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673962>
- Kraaimaat, F. W., & Evers, A. W. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *International journal of behavioral medicine*, 10(4), 343-363. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1004_5
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., van Kleef, M., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9(1), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.006>
- Lazarus, R. S. (1993). *Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30(1), 77-94. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0>.
- Loeser, J.D. (1980). Perspectives on Pain. In: Turner, P., Padgham, C., Hedges, A. (eds) *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1007/978-1-349-05952-2_34
- Lorena, S. B. D., Pimentel, E. A. D. S., Fernandes, V. M., Pedrosa, M. B., Ranzolin, A., & Duarte, A. L. B. P. (2016). Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Revista dor*, 17, 8-11.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent

research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>

Manuel Castro Lopes Fisiopatologia da Dor José Manuel Castro Lopes, J., & Manuel Caseiro, J. (n.d.). *Fisiopatologia da Dor*.

Margiotta, F., Hannigan, A., Imran, A., & Harmon, D. C. (2017). Pain, perceived injustice, and pain catastrophizing in chronic pain patients in Ireland. *Pain Practice*, 17(5), 663-668. <https://doi.org/10.1111/papr.12501>

McPeak, A. E., Allaire, C., Williams, C., Albert, A., Lisonkova, S., & Yong, P. J. (2018). Pain catastrophizing and pain health-related quality-of-life in endometriosis. *The Clinical journal of pain*, 34(4), 349-356.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Number 3699 I (Vol. 150).

Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., & Ritchie, C. (2019). A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 21(9). <https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>

Nelson, D. (2013). *The mystery of pain*. Singing Dragon.

Nicholson B. (2006). Differential diagnosis: nociceptive and neuropathic pain. *The American journal of managed care*, 12(9 Suppl), S256–S262.

Overstreet, D. S., Strath, L. J., Jordan, M., Jordan, I. A., Hobson, J. M., Owens, M. A., Williams, A. C., Edwards, R. R., & Meints, S. M. (2023). A Brief Overview: Sex Differences in Prevalent Chronic Musculoskeletal Conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20054521>

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263–282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>

Pavlin, D. J., Sullivan, M. J., Freund, P. R., & Roesen, K. (2005). Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. *The Clinical journal of pain*, 21(1), 83-90. <https://doi.org/10.1097/00002508-200501000-00010>

- Penlington, C., Urbanek, M., & Barker, S. (2019). Psychological Theories of Pain. *Primary Dental Journal*, 7(4), 24–29. <https://doi.org/10.1177/205016841800700407>
- Peres, M. F., & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5), 331-338. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0137-3>
- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Queiroz, M. F., Barbosa, M. H., Lemos, R. C. A., Ribeiro, S. B. F., Ribeiro, J. B., de Andrade, É. V., ... & da Silva, K. F. N. (2012). Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínica multiprofissional. *Revista de enfermagem e atenção à Saúde*, 1(01).
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, Articles in Press(9). PubMed. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 286-294. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37335
- Rausa, M., Spada, G. E., Patron, E., Pierangeli, G., & Palomba, D. (2022). Do catastrophizing and autonomic-reduced flexibility mediate pain outcomes in chronic headache?. *Neurological Sciences*, 43(5), 3283-3295. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05732-y>
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1), 3-15.
- Schick-Makaroff, K., Molzahn, A. E., & Kalfoss, M. (2018). Symptoms, coping, and quality of life of people with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 45(4), 339-355.

- Schulz-Gibbins, C. Capítulo 46 Principios psicológicos en el manejo del dolor. *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*, 361.
- Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J. M., & O'Sullivan, P. (2018). How can we best reduce pain catastrophizing in adults with chronic noncancer pain? A systematic review and meta-analysis. *The journal of Pain*, 19(3), 233-256. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.09.010>
- Semeru, G. M., & Halim, M. S. (2019). Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *The Korean journal of pain*, 32(1), 22.
- Sewell, M., Churilov, L., Mooney, S., Ma, T., Maher, P., & Grover, S. R. (2018). Chronic pelvic pain–pain catastrophizing, pelvic pain and quality of life. *Scandinavian journal of pain*, 18(3), 441-448.
- Sharma, S., Ferreira-Valente, A., de C. Williams, A. C., Abbott, J. H., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2020). Group differences between countries and between languages in pain-related beliefs, *coping*, and catastrophizing in chronic pain: a systematic review. *Pain Medicine*, 21(9), 1847-1862. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz373>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Totlibayevich, Y. S. ., Alisherovna , K. M. ., Rustamovich, T. D. ., & Xudoyberdiyevich, G. X. . (2023). Quality of Life in the Pathology of the Cardiovascular System. *Miasto Przyszłości*, 33, 222–228. Retrieved from <https://miastoprzyszlosci.com.pl/index.php/mp/article/view/1220>
- Trachsel, L. A., Munakomi, S., & Cascella, M. (2019). Pain theory

- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. In *Pain* (Vol. 152, Issue SUPPL.3). <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>
- White, W., & Stein, C. (2010). Capítulo 1 Histórico, Definições e Opiniões Atuais. *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*, 1.
- WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION. (n.d.).
- Yamada, K., Matsudaira, K., Imano, H., Kitamura, A., & Iso, H. (2016). Influence of work-related psychosocial factors on the prevalence of chronic pain and quality of life in patients with chronic pain. *BMJ open*, 6(4), e010356.
- WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION. (n.d.).

Anexo 1: Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado civil: Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo/a ☐

Escolaridade: 1.o Ciclo incompleto ☐ 1.º Ciclo 2.o Ciclo 3.o Ciclo ☐

Secundário ☐ Ensino Superior ☐

Atividade Laboral: Trabalhador a tempo inteiro ☐ Trabalhador a tempo parcial ☐
Desempregado ☐ Doméstica ☐ Reformado/pensionista ☐ Outro ☐

Por favor, indique há quanto tempo é seguido na consulta:

Anexo 2: Consentimento Informado



Acordo de Consentimento Informado:

Por favor, leia com atenção as seguintes informações. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Apresentação do estudo:

O presente consentimento admite a participação num estudo a desenvolver pela aluna Diana Guzun, no âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa.

O seguinte estudo pretende explorar o impacto da catastrofização da dor e das estratégias de coping na qualidade de vida em pacientes com dor crónica. Para a participação do estudo, é obrigatório que o participante tenha uma idade igual ou superior a 18 anos; duração da dor superior a 3 meses e ter conhecimento da língua portuguesa.

Pretende-se realizar uma recolha de dados que consiste no fornecimento de respostas aos seguintes quatro instrumentos: 1) Inventário Resumido da Dor; 2) Escala de Desânimo Associada à Dor; 3) Brief COPE Inventory e 4) WHOQOL-Bref. Também irá ser aplicado um questionário sociodemográfico, que inclua os seguintes dados: sexo, idade, estado civil, escolaridade e atividade laboral.

O tempo de preenchimento total dos questionários, será de aproximadamente 20 minutos.

Arquivo e divulgação dos dados:

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação.

Participação voluntária:

A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os investigadores.

Se tiver dúvidas sobre o trabalho, ou quiser desistir do mesmo pode contactar os responsáveis pelo trabalho:

Diana Guzun: dyana.guzun@gmail.com ou através do número de telefone, 933105885.

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados.

O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e anónimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu, aceito participar de livre vontade.

Autorizo, de forma voluntária e informada, a utilização de minhas respostas, confiando que apenas serão usadas para esta investigação

Rubrica:

Lisboa, ____ de _____ de 2024

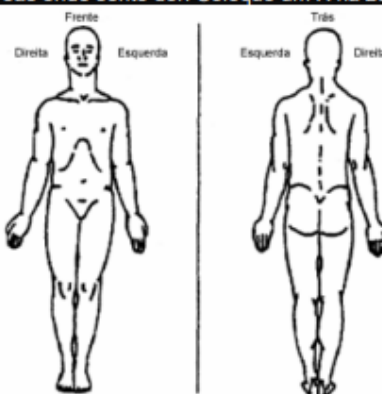
Anexo 3: Brief Pain Inventory

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim ___ Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

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

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

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

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

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

A Actividade geral

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

B Disposição

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

C Capacidade para andar a pé

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

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

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

E Relações com outras pessoas

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

F Sono

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

G Prazer de viver

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

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

Anexo 4: Pain Catastrophizing Scale



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

0 – Nunca 1 – Ligeiramente 2 – Moderadamente 3 – Bastante 4 – Sempre

Quando estou com dores ...

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1 | ☐ | Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim. |
| 2 | ☐ | Sinto que não consigo continuar. |
| 3 | ☐ | É terrível e penso que nunca mais vai melhorar. |
| 4 | ☐ | É horrível e sinto que me ultrapassa completamente. |
| 5 | ☐ | Sinto que já não aguento mais. |
| 6 | ☐ | Fico com medo que a dor piore. |
| 7 | ☐ | Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas. |
| 8 | ☐ | Quero ansiosamente que a dor desapareça. |
| 9 | ☐ | Não consigo deixar de pensar nisso. |
| 10 | ☐ | Estou sempre a pensar no quanto dói. |
| 11 | ☐ | Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe. |
| 12 | ☐ | Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor. |
| 13 | ☐ | Pergunto -me se poderá acontecer algo grave. |
-

Versão portuguesa do *Pain Catastrophizing Scale*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Michael J.L. Sullivan, PhD.

Anexo 5: Brief Cope Inventory

Brief-COPE Inventory

Autor: Charles S. Carver

Adaptado para a versão portuguesa por Pais Ribeiro & Rodrigues (2004)

Instruções: Por favor, leia as seguintes afirmações e assinale o quanto tem usado cada estratégia de coping para lidar com a dor crónica.

	Nunca faço isto	Quase nunca faço isto	Às vezes faço isto	Faço sempre isto
1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a dor	1	2	3	4
2. Tomo medidas para tentar melhorar a dor (desempenho)	1	2	3	4
3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho de fazer	1	2	3	4
4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a dor	1	2	3	4
5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a dor	1	2	3	4
6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	1	2	3	4
7. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)	1	2	3	4
8. Procuro o conforto e compreensão de alguém	1	2	3	4
9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	1	2	3	4
10. Rezo ou medito	1	2	3	4
11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	1	2	3	4
12. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer	1	2	3	4
13. Faço críticas a mim próprio	1	2	3	4
14. Culpo-me pelo que está a acontecer	1	2	3	4

15. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	1	2	3	4
16. Tento aprender a viver com a dor	1	2	3	4
17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	1	2	3	4
18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	1	2	3	4
19. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	1	2	3	4
20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	1	2	3	4
21. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da dor	1	2	3	4
22. Faço outras coisas para pensar menos na dor, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	1	2	3	4
23. Desisto de me esforçar para obter o que quero	1	2	3	4
24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo	1	2	3	4
25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	1	2	3	4
26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar a dor	1	2	3	4
27. Enfrento a dor levando-a para a brincadeira	1	2	3	4
28. Enfrento a dor com sentido de humor	1	2	3	4

Anexo 6: WHOLQOL-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 7: Parecer Favorável da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer (14/2023)

A Comissão de Ética do CIP – Universidade Autónoma de Lisboa, tendo analisado o projeto de investigação submetido pela aluna Diana Guzun (30003341), com o título “Catastrofização da dor e coping na qualidade de vida em pacientes com dor crónica”, sob a orientação científica do Professor Doutor Joaquim Monteiro (Universidade Autónoma de Lisboa), emite um parecer favorável.

Lisboa, 19 de Abril de 2023,

O Presidente da Comissão de Ética,

Professor Doutor João Hipólito

Anexo 8: Parecer Favorável da Comissão de Ética do Hospital dos Capuchos



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 20-12-2023

Processo nº 1460/2023

Título: " Catastrofização da dor e coping na qualidade de vida em pacientes com dor crónica"

Relator: Sandrina Bento

Investigador Principal: Dra. Diana Guzun, Psicóloga

Investigadores Associados: Dr. Joaquim Antonio Toscano Ferreira Monteiro, Assistente Graduado Sénior

Local: Consulta da Dor do Hospital Santo António dos Capuchos

O estudo em análise surge no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa, sob orientação científica do Professor Doutor Joaquim Monteiro.

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo que tem como objetivo principal observar o impacto da dor crónica (severidade e interferência da dor) na qualidade de vida dos indivíduos, e a forma como esta relação é mediada pela catastrofização da dor (ruminação, magnificação e desânimo) e estratégias coping (coping focado na emoção e coping focado na resolução de problemas).

Prevê-se que os instrumentos de colheita de dados a serem aplicados sejam os seguintes questionários, validados para a população portuguesa e com a respetiva autorização dos seus autores: Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory); Escala de Desânimo Associada à Dor (Pain Catastrophizing Scale); Brief COPE Inventory e o WHOQOL-Bref (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde). Espera-se que a amostra seja superior a cinquenta participantes e que a sua aplicação seja feita, presencialmente, durante as consultas de rotina, prevendo-se o tempo de 20 min para o seu preenchimento.

Após a cotação dos resultados dos questionários, estes serão submetidos para uma análise estatística através do software IBM SPSS Statistics.

Os dados serão codificados e tratados de forma agregada, salvaguardando a confidencialidade dos participantes.

O formulário de Consentimento Informado permite uma participação livre e informada. Salientamos, no entanto, que nele devem constar as duas assinaturas: a do participante e a do investigador.

O estudo está em conformidade com o RGPD.

Não estão previstos encargos financeiros para o CHULC.

O estudo reúne parecer favorável dos respetivos responsáveis de serviço.

Assim sendo, é do entender desta CES que o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que, se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

(João Alves)