

**Daniela Alexandra Franco Batista**

**Autodeterminação, Estratégias de Coping e Aceitação da  
Dor na Dor Lombar Crónica**

**Orientador(a): Barbara Gonzalez**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2017**

**Daniela Alexandra Franco Batista**

**Autodeterminação, Estratégias de Coping e Aceitação da  
Dor na Dor Lombar Crónica**

Dissertação apresentada para defesa pública para obtenção do grau de Mestre, no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias segundo o Despacho de Nomeação de Jurí nº. 196/2017, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Américo Baptista

Arguente: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Orientadora: Professora Doutora Barbara Gonzalez

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2017**

## **Epígrafe**

*Sentimos a dor mas não a sua ausência.*

*(Arthur Schopenhauer)*

*Não há dores eternas, e é da nossa miserável  
condição não poder deter nada que o tempo  
leva, que o tempo destrói: nem as dores mais  
nobres, nem as maiores.*

*(Florbela Espanca)*

## **Dedicatória**

Dedico a presente Dissertação à minha mãe, que tem dor lombar crónica e que é para mim um exemplo a seguir. Cuida sempre da nossa família, com todo o amor que tem. Fica aqui esta homenagem de forma a retribuir-lhe um pouco de tudo o que faz por nós.

## **Agradecimentos**

Agradeço profundamente à minha família por todo o amor, motivação, preocupação e paciência que tiveram para comigo ao longo destes 5 anos.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e me acompanharam neste percurso, que nem sempre foi fácil, mas que juntos conseguimos.

À professora Barbara Gonzalez, a minha orientadora do Seminário de Dissertação de Psicologia Clínica e da Saúde, por toda a disponibilidade e por todos os conhecimentos que me passou ao longo destes meses.

Ao Centro Hospitalar do Oeste que me possibilitou a recolha de amostra com a população que desejava desde início e por sempre me receber tão bem.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias que foi a minha segunda casa e será sempre o local que me possibilitou ter uma formação com professores que souberem como nos passar a paixão pela Psicologia.

Com o apoio de todas as pessoas e instituições que referi, esta investigação tornou-se possível, um grande obrigado!

## Resumo

**Objetivos:** Este estudo foca-se na Dor Lombar Crónica e pretende compreender as relações entre variáveis motivacionais de nível personológico, estratégias que os pacientes utilizam para lidar com a dor e aceitação da dor, e níveis de dor e de incapacidade reportados. Método: A amostra foi constituída por 50 indivíduos entre os 20 e os 89 anos ( $M=53,72$ ;  $DP=16,82$ ) com diagnóstico de Dor Lombar Crónica. Os participantes preencheram os instrumentos Questionário Sócio Demográfico e Clínico, Escala de Autodeterminação, Questionário da Satisfação das Necessidades Básicas, Inventário de Estratégias de Coping, Questionário de Aceitação da Dor Crónica, e Escala Numérica de Dor. Resultados: As estratégias de coping passivas evitação e preocupação têm relação positiva com a dor e incapacidade. A aceitação da dor está negativamente associada ao nível de dor. A evitação, a preocupação e a menor realização de atividades estão associadas a menor escolha percebida e autoconsciência. A realização de atividades tem relação positiva com a autonomia, competência, escolha percebida e autoconsciência. As estratégias de coping passivas medeiam parcialmente a relação entre a autodeterminação e o nível de dor reportado, ao contrário da aceitação da dor, que não medeia esta relação. Conclusão: Os resultados, na generalidade, são concordantes com a literatura, no sentido em que as estratégias de coping ativas, a satisfação das necessidades psicológicas básicas e a autodeterminação são preditoras de melhores resultados em pessoas com dor crónica.

**Palavras-chave:** Dor Lombar Crónica, Autodeterminação, Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas, Estratégias de Coping, Aceitação da dor, Nível de dor.

## Abstract

**Objectives:** This study focuses on Chronic Low Back Pain and intends to understand the relationships between motivational variables at the personological level, strategies that patients use to deal with pain and acceptance of pain, and levels of pain and disability reported. **Method:** The sample consisted of 50 individuals between 20 and 89 years ( $M = 53.72$ ;  $SD = 16.82$ ) with diagnosis of Chronic Low Back Pain. Participants filled out a demographic social and clinical questionnaire, plus the following instruments: Self-Determination Scale, Basic Needs Satisfaction Questionnaire, Pain Coping Inventory, Chronic Pain Acceptance Questionnaire, and Numerical Pain Scale. **Results:** The strategies of passive coping avoidance and concern have a positive relationship with pain and disability. The acceptance of pain is negatively associated with the level of pain. Avoiding, concern, and lowest realization of activities are associated with less perceived choice and self-awareness. The realization of activities has a positive relationship with autonomy, competence, perceived choice and self-awareness. Passive coping strategies partially mediate the relationship between self-determination and reported pain level, as opposed to acceptance of pain, which does not mediate this relationship. **Conclusion:** The results are generally in agreement with the literature, in the sense that active coping strategies, satisfaction of basic psychological needs and self-determination are predictive of better results in people with chronic pain.

**Keywords:** Chronic Low Back Pain, Self-Determination, Satisfaction of Basic Needs, Coping Strategies, Acceptance of Pain, Pain Level.

## Abreviaturas, Siglas e Símbolos

$\alpha$	Alfa de Cronbach
%	Percentagem
APA	American Psychological Association
CHO	Centro Hospitalar do Oeste
DP	Desvio Padrão
M	Média
p	Nível de significância
b	Beta
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

## Índice geral

<b>Introdução.....</b>	<b>11</b>
Dor Lombar Crónica.....	11
Autodeterminação e satisfação das necessidades psicológicas básicas.....	12
Estratégias de coping.....	14
Aceitação da dor .....	16
Autodeterminação e coping.....	17
Objetivos.....	18
Hipóteses.....	18
<b>Método.....</b>	<b>18</b>
Participantes.....	18
Procedimento.....	20
Instrumentos.....	21
Análises estatísticas.....	24
<b>Resultados.....</b>	<b>25</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>31</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>34</b>
Limitações do estudo.....	34
Implicações para a Prática Clínica e Investigação.....	34
<b>Referências.....</b>	<b>37</b>

## Índice de tabelas e figuras

**Tabela 1.** Variáveis descritivas.

**Tabela 2.** Correlações entre as variáveis em estudo

**Figura 1.** Modelo de mediação das estratégias de coping passivas e da aceitação da dor entre a autodeterminação e o nível de dor.

## **Introdução**

### **Dor Lombar Crónica**

A dor crónica é definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses (APED, 2013). A psicologia tem um papel fulcral para a determinação dos fatores psicológicos envolvidos no desenvolvimento, manutenção, tratamento e / ou recuperação da dor crónica (Moix, Casado, & Dolor, 2011).

A evidência psicológica sobre a dor não suporta a relação exclusiva entre a perceção dolorosa e intensidade do estímulo. Pelo contrário, evidencia que a quantidade e a qualidade da dor percebida são determinadas por diversas variáveis psicológicas. Estas observações sugerem que a experiência de dor pode sofrer variações de indivíduo para indivíduo. A forma como cada indivíduo responde à dor pode, por si só, aumentar ou diminuir a perceção da mesma (Oliveira, 2012).

A dor lombar crónica idiopática, atualmente denominada de dor lombar crónica sem especificação, é a forma mais prevalente das causas de natureza mecânico-degenerativa (Brazil, Ximenes, Radu, Femades, Appel, Maçaneiro et al., 2004). A dor lombar crónica idiopática tem sido definida por vários autores como a dor lombar que não tem uma causa física específica, é de origem desconhecida (Rodrigues, 2011).

A dor enquanto problema multidimensional, tem uma complexidade biológica, psicológica e social, o que favoreceu a inclusão de procedimentos psicológicos no tratamento da dor (Araújo-Soares & McIntyre, 2000). Neste sentido, o investimento em consultas especializadas na prevenção e tratamento da dor e a valorização do trabalho integrado das equipas multidisciplinares começa a ser mais saliente (Coniam & Diamond, 2001), concretizando, na prática, a visão holística do paciente, as necessidades de conjugar diferentes especialidades para um eficaz controlo da dor (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004), favorecendo a sua autonomia e o tratamento (Gomes, 2008).

Diversas variáveis psicológicas foram sugeridas para influenciar o funcionamento psicossocial em pacientes com dor lombar crónica, incluindo a personalidade, o coping, a perceção de suporte social e avaliações cognitivas relacionadas com a dor (Janowski, Steuden & Kuryłowicz, 2010).

Vários estudos demonstraram que os doentes com dor lombar crónica apresentam uma deterioração na qualidade de vida comparativamente com a população saudável (Rabini et al. 2006). Esta deterioração tem repercussões negativas tanto a nível funcional como emocional (Krismer & Van Tulder, 2007). Encontram-se comprometidas as atividades da vida diária, atividades vigorosas, moderadas e de lazer, atividade profissional e a independência individual, necessitando muitas vezes dos cuidados de terceiros (Krismer & Van Tulder 2007).

A incapacidade devido a dor lombar crónica é um fenómeno complexo e multifactorial, associado a elevados custos sociais e de saúde. A complexidade pode ser explicada pelo facto de que interagem entre si influenciando-se mutuamente na determinação da incapacidade (Vlaeyen & Linton, 2000; Woby et al. 2007).

### **Autodeterminação e Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas**

O interesse pela natureza das necessidades psicológicas e o seu impacto no funcionamento humano iniciou-se nos princípios do século XX, tendo sido estudadas por diversos autores, os quais propuseram listas de necessidades universais (Sheldon, Elliot, Kim & Kasser, 2001). No princípio dos anos 80, com o aparecimento da Teoria da Autodeterminação, resumiu-se o estudo das necessidades psicológicas e o seu impacto em vários domínios do comportamento humano (Ryan, Huta & Ryan, 2008). Contudo, apesar da multiplicidade de contextos nos quais a Teoria da Autodeterminação foi aplicada e investigada ao longo de vários anos, houve um domínio que mereceu um destaque consistente: o bem-estar psicológico. Este interesse tem origem, pelo menos parcialmente, na legitimação do próprio conceito de necessidade. Isto é, os autores consideram que qualquer necessidade básica terá inevitavelmente efeitos em termos de bem-estar psicológico (Ryan, 1995). A Teoria da Autodeterminação associa o bem-estar humano a três necessidades psicológicas – Autonomia, Competência e Relações de Pertença (Deci & Ryan, 2000). Para os autores, as necessidades são requisitos essenciais à regulação de níveis de bem-estar e mal-estar psicológico. De uma forma mais específica, propõem que a satisfação destas três necessidades promove o bem-estar, sendo o inverso igualmente válido: a sua ameaça ou privação potencia mal-estar psicológico. A investigação empírica realizada tem sustentado os pressupostos teóricos apresentados pela Teoria da Autodeterminação, na medida em que a satisfação de necessidades associa-se positivamente com medidas de bem-estar psicológico (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Sheldon & Deci, 1996).

A Teoria da Autodeterminação proposta por Deci e Ryan, (1985, 2000) explica os antecedentes e as consequências da motivação pessoal (Ng, Ntoumanis, Thøgersen-Ntoumani, Stott & Hindle, 2013).

A Teoria da Autodeterminação é a macro teoria da motivação humana, desenvolvimento e bem-estar e da personalidade. A teoria centra-se em tipos, e não apenas quantidade, de motivação, prestando particular atenção à motivação autónoma, motivação controlada, e a motivação como preditores de resultados de desempenho, relacionais e bem-estar. Aborda também as condições sociais que melhoram a relação diminuir esses tipos de motivação (Ntoumanis, Edmunds & Duda, 2009).

Uma das mini-teorias da Teoria de Autodeterminação, é a satisfação das necessidades psicológicas básicas, que são compostas pela autonomia, a competência e as relações de pertença. A autonomia refere-se à experiência de integração e liberdade, é um aspeto essencial do funcionamento humano saudável e refere-se à auto-organização do comportamento. A competência refere-se ao indivíduo sentir-se capaz. As relações de pertença refere-se ao desejo de sentir-se conectado aos outros (Deci & Ryan, 2000).

A satisfação das necessidades psicológicas básicas são como propensões inatas ao nível da análise de personalidade que são necessárias para o desenvolvimento saudável e um funcionamento eficaz. Esta definição não só dá conteúdo à natureza humana por especificar o que é essencial para processos naturais de funcionamento de forma ideal, mas também é de importância empírica que permite a previsão das condições sociais que promovam o desenvolvimento de alta qualidade e desempenho da pessoa (Deci & Ryan, 2000).

As necessidades psicológicas básicas constituem-se como forças motivacionais, sendo que a satisfação das mesmas é crucial para o bem-estar. Em particular, são estudadas as três necessidades psicológicas básicas como particularmente importante para o florescimento humano pela teoria da autodeterminação, uma teoria proeminente de motivação e personalidade (Molix & Nichols, 2013).

A escolha percebida e a autoconsciência são as duas componentes da autodeterminação, estando também relacionadas com a satisfação das necessidades psicológicas básicas. A escolha percebida avalia como indivíduos se sentem quando se envolvem numa atividade e a razão pela qual a realizam (Monteiro, Mata & Peixoto, 2015). Os indivíduos em ambientes interpessoais têm a flexibilidade de tomada de decisões e de

escolha entre opções que lhes são apresentadas, o que pode facilitar as suas perceções de escolha (Reeve, Hamm & Nix, 2003). Os aspetos adaptativos da autoconsciência surgiram como um tema de pesquisa, principalmente na década de 1990, e elevados níveis de autoconsciência podem ser associados com o bem-estar psicológico (DaSilveira, DeSouza & Gomes, 2015).

## **Estratégias de Coping**

A palavra coping é derivada do verbo "lidar" e significa luta, competição, confrontação, é utilizada como sinónimo de estratégias que o indivíduo utiliza para enfrentar situações de stress e de ansiedade ou quando um problema é exposto. Para Lazarus & Folkman (1984) e as estratégias de coping são um processo que compreende, os esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo com a intenção de confrontar a necessidades externas ou internas (Costa, Darbello da Silva & Mendoza, 2010). Os indivíduos utilizam as estratégias de coping para aliviar essa dor (Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Esteban et al., 2008).

Existem diferentes formas de lidar com a dor, assim como existem diferentes maneiras de regular emoções associadas com a dor crónica. Os pacientes devem descobrir estratégias para se adaptarem a uma longa duração da doença e também para manterem a saúde física, emocional e espiritual (Büssing, Ostermann, Neugebauer, & Heusser, 2010).

Iwasaki, Mannell, Smal e Butcher (2005) referem que existe evidência de que determinados problemas de saúde, requerem resposta de coping, uma vez que deles emergem sentimentos de medo e ansiedade, aumento da dependência de outros, limitações físicas, dificuldade para mudar estilos e hábitos de vida, mudanças na rotina da vida diária e, em especial nos casos de dor crónica (Pimenta, Cruz & Kurita, 2004).

As estratégias de coping utilizadas pelos doentes com dor crónica dependem das suas características individuais, da origem e cronicidade da dor, da avaliação das experiências dolorosas anteriores (Oliveira et al., 2009).

A literatura tem sugerido que os fatores psicológicos e as estratégias de coping influenciam a suscetibilidade à dor e que estes fatores parecem ser mais importantes do que os aspetos fisiológicos no desenvolvimento da dor crónica e na subsequente incapacidade

(Boersma & Linton, 2005, Storheim, Brox, Holm & Bo, 2005; Gheldof, Vinck, Van den Bussche, Vlaeyen, Hidding & Crombez, 2006, Woby & Watson, 2007).

Lidar com a dor pode ser classificado em estratégias de coping ativas, que implicam um esforço para aliviar ou controlar a dor e realização de atividades diárias apesar da dor, e em estratégias de coping passivas, que incluem a retirada, a fuga e afirmações negativas sobre a dor. Além disso, as estratégias de coping com a dor podem ser divididas em estratégias cognitivas e comportamentais, podem ser positivas ou negativas e respetivamente adaptativas ou mal-adaptativas, dependendo das suas consequências imediatas ou a longo prazo sobre a dor e o nível do funcionamento físico e psicossocial (Jensen, Turner, Romano, e Strom, 1995). Existe uma associação entre estratégias de coping adaptativas e interpretações positivas da doença (Büssing, Ostermann, Neugebauer & Heusser, 2010).

O uso de estratégias passivas está associada com o aumento de dor, de pressão e de pior ajustamento psicológico. As estratégias de coping ativas estão associadas positivamente com bons índices de funcionamento físico e psicológico. As estratégias mais eficazes na dor crónica são aquelas que afastam a atenção individual da dor para atividades como o relaxamento ou para os relacionamentos sociais (Torre et al., 2008).

As estratégias de coping passivas associam-se com aspetos negativos em termos físicos, psicológicos e sociais (Oliveira et.al., 2009).

As estratégias de coping transformação da dor e distração são estratégias ativas, pois refletem os esforços cognitivos e comportamentais de pacientes para se distraírem da dor ou para manterem as suas atividades apesar da dor (Kraaimaat & Evers, 2003). A evitação, a preocupação e a redução do nível de atividade são estratégias passivas, sendo que refletem a continuação da realização das atividades diárias mas num ritmo, exatidão e esforços inferiores e têm tendência para evitar potenciais estímulos dolorosos devido à interpretações da dor (Oliveira & Costa, 2012).

Existe uma tendência para utilizar a estratégias de coping ativas para lidar com a dor. O aumento na intensidade da dor foi positivamente relacionada com o aumento do uso de estratégias de procura de informação e estratégias de coping ativas (Torre et al., 2008).

## **Aceitação da dor**

A literatura tem vindo a valorizar a aceitação da dor como um construto determinante na forma como o indivíduo reage e se adapta a situações relativa à dor crónica. A aceitação traduz assim uma disponibilidade ativa e consciente para acontecimentos internos indesejados, na procura dos seus próprios valores e objetivos. A aceitação da dor crónica foi definida como o viver com a dor sem reação, desaprovação, ou tentativas para reduzi-la ou evitá-la (McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair, & Wetzel, 1999). A aceitação passa pela disponibilidade do indivíduo para aprender a observar experiências internas sem as tentar evitar, modificar ou controlar (Costa & Pinto-Gouveia, 2009).

O conceito de aceitação da dor crónica é composto por duas dimensões, a realização de atividade e a disposição para a dor, que como tal constituem as duas subescalas do Questionário de Aceitação de Dor Crónica, sendo que são múltiplas as referências encontradas na literatura sobre a importância e as propriedades psicométricas deste instrumento, uma vez que foi criado para avaliar especificamente a aceitação da dor e o seu construto é mais delimitado (Costa & Pinto-Gouveia, 2009). Os indivíduos que relataram manter-se em atividades diárias, independentemente da dor - realização de atividade - ou que sentiram pouca necessidade de evitar ou controlar experiências dolorosas - disposição para a dor - eram mais propensos a relatar menos dor, menos utilização de medicamentos, melhor funcionamento físico e menos angústia. Estudos anteriores mostraram que a aceitação da dor crónica está associada com relatos de menor intensidade da dor e menos incapacidade física e psicológica, bem como mais tempo de atividade diária (McCracken, 1998; McCracken et al., 1999; Summers et al., 1991) menor número de sintomas (Reneman, Dijkstra, Geertzen & Dijkstra, 2010) e maior bem-estar psicológico (Viane et al., 2003). De forma similar, os indivíduos com níveis mais elevados de aceitação da dor eram mais propensos a responder de forma adaptativa à dor (McCracken et al., 1999; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004).

Esteve, Ramírez-Maestre e López-Martinez (2007) afirmam que a aceitação desempenha um papel fundamental na manutenção da função e, com este objetivo, os tratamentos baseados na aceitação visam contrariar o desenvolvimento da incapacidade.

No que respeita à relação entre a aceitação da dor e o coping com a dor, o construto de aceitação da dor não é capturado pelas conceptualizações de coping com a dor e tendem a não correlacionar de forma elevada entre si, verificando-se apenas associações modestas entre

a aceitação da dor e algumas estratégias de coping com a dor (McCracken & Eccleston, 2003). A aceitação da dor foi positivamente associada a estratégias de coping ativas e negativamente associadas a estratégias de coping passivas (Reneman, Dijkstra, Geertzen & Dijkstra, 2010).

A disposição da dor e realização de atividade foram negativamente associadas à depressão, ansiedade relacionada à dor e incapacidade psicossocial (McCracken, Vowlesb & Eccleston, 2004).

### **Autodeterminação e coping**

Não conhecemos nenhum estudo que relacione a autodeterminação e o coping específico com a dor. No entanto, vários estudos, embora não centrados na dor crônica e no coping com a mesma, abordam a importância que a autodeterminação, enquanto variável de nível distal, tem no coping.

Ntoumanis et al. (2009), adotando a perspectiva de stress e coping de Lazarus (1991, como citado em Ntoumanis et al., 2009) realça o papel da autodeterminação no processo de coping, propondo que a satisfação das necessidades psicológicas básicas pode desempenhar um papel importante como antecedente e influência direta nas avaliações cognitivas relacionadas com o stress, tanto no que respeita à avaliação de nível primário, como à avaliação de nível secundário, promovendo percepção de controlo situacional.

Resultados empíricos têm mostrado a associação negativa significativa entre motivação autodeterminada e formas de coping menos adaptativas, nas quais se inclui o evitamento e a retirada comportamental e cognitiva, e, a associação positiva com estratégias mais adaptativas e ativas, em estudantes universitários (Amiot, Blanchard, & Gaudreauk, 2008; Knee & Zuckerman, 1998) e atletas (Amiot, Blanchard, & Gaudreauk, 2004). Sendo que a motivação autodeterminada é a que se traduz em comportamentos intrinsecamente motivados, que satisfazem as necessidades psicológicas, comportamentos estes que são o protótipo de comportamento auto-determinado (Ryan & Deci, 2000) estabelecemos o paralelismo entre a motivação autodeterminada como preditora de padrões de coping, referida na literatura, e a satisfação das necessidades psicológicas básicas como preditoras de padrões de coping.

Face à literatura atrás exposta, este estudo tem a sua pertinência no facto de não existir, segundo o nosso conhecimento, nenhum estudo sobre a satisfação das necessidades psicológicas básicas e a autodeterminação em doentes com dor crónica.

## **Objetivos**

Este estudo foca-se na Dor Lombar Crónica e pretende compreender as relações entre variáveis motivacionais de nível personológico (autodeterminação e satisfação das necessidades psicológicas básicas), estratégias que os pacientes utilizam para lidar com a dor e aceitação da dor, e níveis de dor e de incapacidade reportados. Para além do padrão de relações entre as variáveis mencionadas, pretende-se ainda, mais especificamente, verificar se a autodeterminação, enquanto variável de nível distal, é preditora do nível de dor percebido, numa relação mediada quer pela utilização de estratégias de coping passivas, que a literatura associa a maior nível de dor e a piores resultados de saúde, quer pela aceitação da dor que, em sentido contrário, está associada a menor percepção de dor.

## **Hipóteses**

Foram definidas as seguintes hipóteses: H1 - Estratégias de coping ativas estarão negativamente associadas aos níveis de dor e de incapacidade. H2 – Estratégias de coping passivas estarão positivamente associadas aos níveis de dor e de incapacidade. H3 – A aceitação da dor estará negativamente associada ao nível de dor.

## **Método**

### **Participantes**

Esta investigação realizou-se no Centro Hospitalar do Oeste, que se situa em Torres Vedras. A população alvo são pacientes com Dor Lombar Crónica Idiopática que estão inseridos na Consulta da Dor, sendo que esta consulta é dirigida para pacientes com doenças crónicas.

Foi recolhida uma amostra composta por um total de 50 participantes com dor lombar crónica, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: serem pacientes com o diagnóstico de Dor Lombar Crónica e não possuírem uma doença considerada severa e ameaçadora da vida (e.g., uma neoplasia).

**Tabela 1.** Variáveis descritivas.

<b>Idade</b>	20 a 89 anos (M=53.72; DP =16.82).
<b>Género</b>	29 (58%) femininos 21, (42%) masculinos.
<b>Estado Civil</b>	9 (18%) são solteiros, 33 (66%) casados, 4 (8%) em união de facto, 1 (2%) divorciado.
<b>Situação profissional</b>	15 (30%) empregados, 8 (16%) desempregados, 8 (16%) domésticos, 16 (32%) reformados, 3 (6%) estudantes, Nenhum trabalhador-estudante.
<b>Escolaridade</b>	3 (6%) que nunca frequentaram a escola, 11 (22%) com a 4ª classe, 9 (18%) com o 6º ano, 9 (18%) com o 9º ano, 11 (22%) com o 12º ano, 3 (6%) com Bacharelato/ licenciatura, Nenhum participante com Pós-graduação/ Mestrado/ Doutoramento, 4 (8%) participantes que colocaram “Outro”, 2 participantes com a 1ª classe, 1 participante com o 5º ano e 1 participante

	com o 7ºano.
<b>Tempo médio de diagnóstico da doença</b>	8,28 anos (DP =9.58)
<b>Tempo médio de sintomas</b>	9,62 (DP =9.71)
<b>“Tem alguma doença, para além da sua dor crónica, que prejudique a sua qualidade de vida?”</b>	16 (32%) responderam “Sim” e 34 (68%) responderam “Não”.
<b>Grau de incapacidade devido à dor crónica</b>	3.36 (DP =.563), nenhum participante respondeu “Nenhuma”, 2 participantes responderam “Pouca”, 28 participantes responderam “Média”, 20 participantes responderam “Muita”.

## Procedimento

Este estudo foi aprovado pela Comissão Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa em Janeiro de 2016. Para poder realizar esta investigação no Centro Hospitalar do Oeste foi efetuado um pedido por escrito ao Conselho Diretivo, de forma a obter a sua autorização. Este pedido incluiu o objetivo da investigação, a amostra pretendida o consentimento informado e os instrumentos a utilizar.

Este projeto teve um desenho quantitativo transversal, de natureza correlacional. Os dados foram recolhidos através de um conjunto de questionários, sendo que na maior parte

dos casos foram os próprios pacientes a preenchê-los e apenas nos 3 casos em que os indivíduos não frequentaram a escola, as questões foram-lhes lidas oralmente e preenchidas pela investigadora. Para a recolha de dados, os indivíduos foram convidados a participar no estudo de forma voluntária, através do consentimento informado, onde foram descritos os objetivos do estudo e o papel dos participantes e lhes foi garantido o anonimato das suas respostas e a confidencialidade relativa aos dados a obter, de acordo com os princípios éticos na investigação (APA, 2010).

A administração do protocolo foi realizada de forma individual.

A recolha de dados deu-se entre o início de Julho de 2016 e Novembro de 2016. Os questionários foram preenchidos pelos pacientes em gabinetes de consultas do CHO que se encontravam disponíveis. De todos os pacientes com dor lombar crónica que estiveram na Consulta da Dor, nenhum rejeitou participar no estudo.

## **Instrumentos**

A Escala Numérica para a Dor é um instrumento que tem um uso clínico generalizado devido à sua fácil administração (Hartrick, Kovan, & Shapiro, 2003). É uma escala de resposta de *Likert* de 11 pontos e de auto preenchimento, sendo pedido à pessoa que pontue a dor que sente numa escala de 0 a 10, em que o 0 representa “Sem dor” e o 10 representa “Dor máxima”. O objetivo é que a pessoa responda no item o número que para si é correspondente.

A Escala de Autodeterminação (Sheldon & Deci, 1996), na versão portuguesa de Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos & Sardinha (2010). A Escala de Autodeterminação foi desenvolvida para avaliar diferenças individuais, ao nível de traço, na forma como as pessoas tendem a funcionar de uma forma autodeterminada, que retrata estar mais consciente dos seus sentimentos e do modo como se vê a si mesmo, e possuir um sentimento de escolha face aos seus comportamentos. Esta escala é composta por 10 itens, num formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (1 -“Só A é Verdadeiro”; 5 -“Só B é Verdadeiro”). Contêm duas dimensões “ Autoconsciência” e “Escolha percebida”. Para se obter a pontuação de cada fator, é necessário inverter os itens 1, 3, 5, 7, 9 da subescala escolha percebida. A pontuação obtida é feita pelo somatório da cotação dos itens para cada subescala. Existe a possibilidade nesta escala de realizar o somatório da subescala autoconsciência e da subescala escolha percebida e obter uma subescala de autodeterminação total. Os resultados elevados indicam maiores

níveis de autodeterminação. O *Alpha de Cronbach* para subescala autoconsciência  $\alpha = .67$ , para a subescala escolha percebida  $\alpha = .84$  e para a autodeterminação global  $\alpha = .81$  (Sheldon & Deci, 1996). O *Alpha de Cronbach* do presente estudo para a subescala de autoconsciência  $\alpha = .79$ ; para a subescala escolha percebida  $\alpha = .89$  e para a escala de autodeterminação total  $\alpha = .88$ .

O Questionário de Satisfação das Necessidades Básicas (Gagné; 2003; Johnston & Finney, 2010), na versão portuguesa (Sousa, Ribeiro, Palmeira, Teixeira & Silva, 2012). A satisfação das necessidades psicológicas básicas é o processo psicológico central pelo qual a motivação intrínseca, a tendência inata integrativa e os objetivos intrínsecos são facilitados, resultando em bem-estar e um ótimo funcionamento (Deci & Vansteenkiste, 2004). É constituído por 21 itens e tem uma escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos. A pessoa deve responder em cada item o número que para si é correspondente. É dividido por 3 subescalas, que correspondem às três necessidades psicológicas básicas, com os itens 1, 4, 8, 11, 14, 17, 20 na subescala de autonomia, com os itens 3, 5, 10, 13, 15 e 19 na subescala de competência e com os itens 2, 6, 7, 9, 12, 16, 18 e 21 na subescala de relações de pertença. A pontuação é efetuada pela média das respostas de cada subescala, após a inversão da pontuação dos itens negativos. Os valores mais elevados correspondem a um maior grau de satisfação das necessidades. Na fiabilidade, o *Alpha de Cronbach* variou entre .46 e .72 para autonomia e competência, .33 e .79 para autonomia e relações de pertença, e .27 e .80 para relações de pertença e competência (Conroy & Coatsworth, 2007a; Gagné, 2003; Kashdan et al., 2009; Meyer et al., 2007; Thøgersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2007; Vansteenkiste et al., 2006; Wei et al., 2005). No presente estudo o *Alpha de Cronbach* para a subescala autonomia  $\alpha = .72$ ; para a subescala competência  $\alpha = .68$ , para a subescala relações de pertença  $\alpha = .64$  e para a escala total  $\alpha = .85$

Inventário de Estratégias de Coping (Kraaimaat & Evers, 2003), versão portuguesa (Oliveira & Costa, 2012). O racional desta escala enquadra-se no coping com a dor crônica que é definido como os pensamentos e comportamentos adotados pelo indivíduo para lidar ou para diminuir a dor, assim como os seus efeitos nas rotinas diárias. O Inventário de Estratégias de Coping é um questionário de auto relato composto por 33 itens, sendo a escala de resposta de 4 pontos em que resultados superiores indicam uma maior frequência da utilização das estratégias de coping com a dor crônica. O instrumento apresenta seis subescalas de natureza cognitiva e comportamental: transformação da dor, distração, redução

do nível de atividade, evitação, preocupação e repouso. Os autores desenvolveram uma análise fatorial de 2ª ordem, a qual apontou uma solução bifatorial - coping passivo e coping ativo. A versão portuguesa é composta por 29 questões, com uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos. Nesta escala o 1 corresponde a “Quase nunca” e o 4 a “Quase sempre”. O instrumento apresenta cinco subescalas de natureza cognitiva e comportamental: das estratégias de coping passivas: evitação: 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 27 e 28; preocupação: 15, 21, 22, 23, 24, 25 e 26; redução do nível de atividade: 2, 3, 4, 5; das estratégias de coping ativas: distração: 17, 18, 19, 20; transformação da dor: 13, 14, 16. O estudo da fiabilidade da escala foi feito através da avaliação da consistência interna das subescalas mediante o cálculo dos valores de alpha de Cronbach. Os níveis de consistência interna verificados foram de  $\alpha = .87$  na Evitação,  $\alpha = .81$  na Preocupação,  $\alpha = .76$  na Transformação da dor,  $\alpha = .75$  na Distração e  $.72$  na Redução do nível de atividade (Oliveira & Costa, 2012). No presente estudo o Alpha de Cronbach para a subescala Distração  $\alpha = .78$ ; a subescala Transformação da Dor  $\alpha = .67$ ; a subescala Redução do nível de atividade  $\alpha = .73$ ; a subescala Evitação  $\alpha = .83$  e a subescala Preocupação  $\alpha = .71$ .

O Questionário de Aceitação da Dor Crónica (Costa & Pinto-Gouveia, 2007), versão portuguesa do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). Esta medida avalia a persistência na realização de atividades, consistentes com os objetivos e valores pessoais. Existem diversas referências na literatura relativas a importância deste constructo no contexto da dor, que está relacionado com um melhor funcionamento emocional, físico e social e com um menor recurso a medicação e aos cuidados de saúde. É um questionário de auto preenchimento, com 20 itens, organizados em duas subescalas: a disposição para a dor que engloba os itens 4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18 e 20 e a realização de atividades que engloba os itens 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15 e 19, com um formato de resposta tipo Likert de 7 pontos (0 - Nunca a 7 - Sempre), em que os resultados mais elevados significam mais aceitação da dor. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais. As duas escalas apresentam valores de consistência interna, alfa de Cronbach, da subescala realização de atividades  $\alpha = .78$  e da subescala Disposição para a Dor  $\alpha = .82$ , respetivamente para a disponibilidade para a dor e para a realização de atividades, e valores de correlação entre as escalas de  $\alpha = .36$  (McCracken et al., 2004). A validade foi mostrada pelas associações encontradas entre a aceitação da dor, a intensidade da dor, a procura de cuidados médicos, a utilização de medicação, o funcionamento físico e questões psicossociais (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). No presente estudo o Alpha de Cronbach para a

subescala Realização de Atividades  $\alpha = .87$ ; para a subescala Disposição para a Dor  $\alpha = .69$  e para a Aceitação da Dor total  $\alpha = .72$ .

Foi ainda elaborado um questionário Sócio Demográfico e Clínico, com vista à caracterização de dados sócio demográficos e clínicos. É composto por 9 questões que foram desenvolvidas especificamente para este estudo. A primeira parte do questionário contém questões relativas à idade, género, estado civil, situação profissional e habilitações literárias. A segunda parte do questionário diz respeito a aspetos clínicos, como dados relativos a outras doenças, o tempo de diagnóstico e de sintomas, e o grau de incapacidade derivado da dor crónica.

### **Análises Estatísticas**

Após a recolha dos dados, estes foram inseridos numa base de dados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As análises estatísticas foram efetuadas a um intervalo de confiança de 95% (Aguinis, 1995).

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi avaliada através do cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach. considerando os valores entre 0.10 e 0.30 = correlação fraca; entre 0.30 e 0.50 = correlação moderada; entre 0.50 e 0.70 = correlação forte e  $> 0.70$  = correlação muito forte (Nunnally & Bernstein, 1994).

Para efeitos de caracterização da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis clínicas e sociodemográficas.

Foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis em estudo para avaliar as associações entre elas.

Na medida em que a variável autodeterminação, avaliada pela escala de autodeterminação e a variável satisfação das necessidades psicológicas básicas, avaliada pela escala de satisfação das necessidades psicológicas básicas, correspondem a duas componentes ou subteorias da macro teoria Autodeterminação (Decy & Ryan, 2000), foi calculado um compósito composto pela média das variáveis total de satisfação das necessidades psicológicas básicas e autodeterminação total, denominado índice de autodeterminação. Este índice tem um valor de consistência interna  $\alpha = .91$ . De forma similar, foi calculado um compósito de variáveis relativas a estratégias de coping passivas, composto pelas três

variáveis: estratégias de coping evitação, preocupação e redução do nível de atividade. Este compósito tem um valor de consistência interna  $\alpha = .82$ . Estes compósitos foram criados com o propósito de utilização dos mesmos na análise de mediação.

Foi efetuada uma análise de mediação com duas variáveis mediadoras, conforme descrito por Hayes (2013), usando o processo de macro para testar se o compósito de estratégias de coping passivas e se a aceitação da dor são mediadoras da relação entre a autodeterminação e o nível de dor reportado.

## **Resultados**

O presente capítulo inicia-se com a apresentação dos resultados relativos à relação entre os dados sócio demográficos e clínicos e as dimensões da autodeterminação, das estratégias de coping, da aceitação de dor e da satisfação das necessidades psicológicas básicas, podendo-se observar os coeficientes de correlação de Pearson na Tabela 1.

**Tabela 2.** Correlações entre as variáveis em estudo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
<b>Questionário Sócio Demográfico e Clínico</b>																					
<b>1. Idade</b>	-																				
<b>2. Tempo de diagnóstico em anos</b>	.342*	-																			
<b>3. Tempo de sintomas da doença</b>	.333*	.977**	-																		
<b>4. Grau de incapacidade devido à dor crónica</b>	.446**	-.065	-.049	-																	
<b>Escala Numérica para a Dor</b>																					
<b>5. Nível de dor</b>	.345*	-.094	-.073	.630**	-																
<b>Inventário de Estratégias de Coping (PCI)</b>																					
<b>6. Evitação</b>	.317*	.054	.044	.606**	.531**	-															
<b>7. Preocupação</b>	.160	-.031	-.065	.575**	.558**	.539**	-														
<b>8. Distração</b>	-.201	.150	.144	-.104	-.179	-.329*	-.173	-													

<b>9. Transformação da dor</b>	-.048	-.131	-.115	-.088	.100	-.103	-.025	.159	-										
<b>10. Redução do nível de atividade</b>	-.043	-.141	-.117	-.006	-.147	.065	.102	.138	.013	-									
<b>Questionário de Aceitação da Dor Crónica (CPAQ)</b>																			
<b>11. Realização de atividade</b>	-.035	.047	.007	-.290*	-.405**	-.400**	-.404**	.580**	.298*	.187	-								
<b>12. Disposição para a dor</b>	.113	.044	.071	.186	-.029	.238	.226	-.194	.185	.428**	.214	-							
<b>13. Total</b>	.033	.071	.049	-.165	-.399**	-.139	-.248	.434**	.391**	.428**	.818**	.387**	-						
<b>Questionário de Satisfação das Necessidades Básicas (BNSG)</b>																			
<b>14. Autonomia</b>	.158	.083	.062	-.175	-.472**	-.189	-.387**	.174	-.031	.269	.423**	.126	.473**	-					
<b>15. Relações de Pertença</b>	.203	-.045	-.056	-.025	-.179	-.007	-.234	.102	-.048	.249	.214	.220	.331*	.714**	-				
<b>16. Competência</b>	-.247	-.115	-.108	-.332*	-.433*	-.176	-.537**	.287*	.091	.117	.535**	-.024	.491**	.605**	.458**	-			
<b>17. Total</b>	.029	-.026	-.036	-.224	-.444**	-.158	-.467**	.228	.010	.244	.476**	.113	.516**	.913**	.815**	.827**	-		
<b>Escala de Autodeterminação (SDS)</b>																			
<b>18. Escolha percebida</b>	.137	.334*	.293*	-.174	-.416**	-.238	-.307*	.208	-.018	.131	.368**	-.033	.328*	.718**	.515**	.373**	.630**	-	

<b>19. Autoconsciência</b>	-0.059	-.116	-.086	-.280*	-.509**	-.379**	-.444**	.225	.090	.225	.590**	-.116	.489**	.610**	.405**	.558**	.627**	.543**	-	
<b>20. Total</b>	.052	.141	.132	-.254	-.522**	-.346*	-.422**	.245	.037	.199	.537**	-.082	.458**	.760**	.528**	.523**	.715**	.895**	.860**	-

\*p < .05; \*\* p < .01

Numa abordagem às correlações estatisticamente significativas, verifica-se que existe associação positiva moderada (Nunnally & Bernstein, 1994) entre a idade com tempo de diagnóstico em anos, tempo de sintomas da doença, grau de incapacidade devido à dor crónica, o nível de dor e a estratégia de coping evitação. O grau de incapacidade devido à dor crónica tem uma relação positiva forte com o nível de dor, as estratégias de coping evitação e preocupação e uma relação negativa fraca com a aceitação da dor realização de atividade. O nível de dor tem uma associação positiva forte com a estratégias de coping evitação e preocupação e uma associação negativa moderada com a aceitação da dor realização de atividade e aceitação da dor total. As estratégias de coping evitação e preocupação têm ambas uma relação negativa moderada com a aceitação da dor realização de atividade. As estratégias de coping distração e transformação da dor têm ambas uma relação positiva com a aceitação da dor realização de atividade e aceitação da dor total, e a estratégia de coping redução do nível de atividade tem uma relação positiva moderada com a aceitação da dor disposição para a dor e aceitação da dor total.

Por fim, no que se refere às relações das variáveis do âmbito da autodeterminação com as restantes, o tempo de diagnóstico e o tempo de sintomas da doença têm uma relação positiva com a autodeterminação escolha percebida. O grau de incapacidade devido à dor crónica tem uma relação negativa com a satisfação da necessidade psicológica básica competência e com autodeterminação autoconsciência. O nível de dor tem relação negativa com a satisfação de todas as necessidades psicológicas básicas e com as duas dimensões da autodeterminação e respetivos totais, com exceção da necessidade básica relações de pertença. As estratégias de coping evitação e preocupação têm ambas relação negativa com a autodeterminação autoconsciência e o total de autodeterminação, a preocupação tem ainda relação negativa com autodeterminação escolha percebida e com a satisfação de todas as necessidades psicológicas básicas, excetuando a relações de pertença. A estratégia de coping distração tem relação positiva com a competência. O total de aceitação da dor tem relação positiva com a satisfação das três necessidades psicológicas básicas e com as duas dimensões da autodeterminação e com os respetivo totais, assim como a aceitação da dor realização de atividades, que só não tem relação com a necessidade básica relações de pertença. Por último, existe uma associação positiva entre moderada a muito forte entre a satisfação das três necessidades psicológicas básicas e o total de satisfação das necessidades e as duas dimensões da autodeterminação e a autodeterminação total.

Em suma, enfatizando os resultados mais relevantes, pode-se concluir que quanto mais dor e incapacidade: mais evitação, preocupação, menos realização de atividade e menos escolha percebida e autoconsciência. As estratégias de evitação e preocupação têm relação positiva uma com a outra e negativa com a aceitação da dor realização de atividade. As estratégias de distração e transformação da dor têm relação positiva com a aceitação da dor realização de atividade. O total de aceitação da dor tem, na generalidade, relação positiva com a satisfação das necessidades psicológicas básicas e com a autodeterminação.

Relativamente ao modelo de Mediação (Hayes, 2013), que pretendia verificar se o compósito de autodeterminação é preditor do nível de dor reportado, sendo esta relação mediada pela aceitação da dor e pelas estratégias de coping passivas, a regressão da autodeterminação sobre o nível de dor reportado, ignorando as mediadoras, foi significativa:  $\beta = -.21$ ,  $t(48) = -4.35$ ,  $p = .000$ . A regressão da autodeterminação sobre a mediadora estratégias de coping passivas, foi também significativa:  $\beta = -.03$ ,  $t(48) = -2.45$ ,  $p = .018$ , assim como a regressão da autodeterminação sobre a mediadora aceitação da dor:  $\beta = 1.24$ ,  $t(48) = 3.95$ ,  $p = .000$ . Controlando a autodeterminação, a mediadora aceitação da dor não tem um efeito significativo no nível de dor reportado:  $\beta = -.038$ ,  $t(46) = -1.89$ ,  $p = .065$ . Controlando a autodeterminação, a mediadora estratégias de coping passivas tem um efeito significativo no nível de dor reportado:  $\beta = 1.97$ ,  $t(46) = 3.71$ ,  $p = .000$ . Controlando as mediadoras, a autodeterminação continua a ser um preditor significativo do nível de dor reportado:  $\beta = -.109$ ,  $t(46) = -2.06$ ,  $p = .044$ .

Foi realizado o teste de Sobel e identificada mediação parcial no modelo, no que respeita às estratégias de coping passivas ( $z = -1.99$ ,  $p = .046$ ), mas rejeitando-se a existência de mediação da aceitação da dor ( $z = -1.66$ ,  $p = .096$ ), concluindo-se assim que apenas as estratégias de coping passivas medeiam parcialmente a relação entre a autodeterminação e o nível de dor reportado.

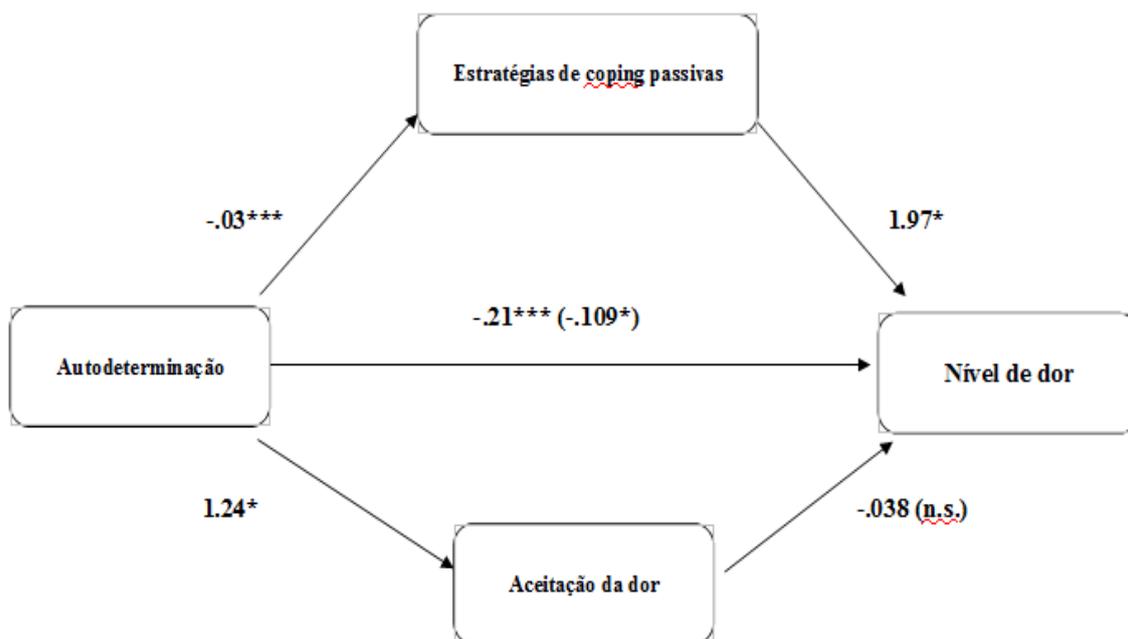


Figura 1. Modelo de mediação das estratégias de coping passivas e da aceitação da dor entre a autodeterminação e o nível de dor. \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

## Discussão

Este trabalho investigou a autodeterminação, a satisfação das necessidades psicológicas básicas, as estratégias de coping e a aceitação da dor na dor lombar crónica.

Relativamente à primeira hipótese, era esperado que as estratégias de coping ativas estivessem negativamente associadas aos níveis de dor e incapacidade e os resultados do presente estudo não confirmaram esta hipótese no sentido em que não existe relação entre a estratégia de coping transformação da dor e a estratégia de coping distração e a intensidade da dor e a incapacidade. Embora vários estudos apontem no sentido de uma relação negativa entre estratégias de coping ativas e a intensidade de dor, como no estudo de pacientes com dor crónica de Torre et al. (2008) em que os pacientes utilizavam estratégias de coping ativas, como a procura de informação sobre o problema e a auto-afirmação, os resultados indicaram que quanto mais ativas são as estratégias de coping menor a intensidade de dor e consequentemente menor nível de ansiedade, depressão e melhor qualidade de vida. Também em estudos com diferentes amostras de pacientes com dor crónica, indicaram que

as estratégias de coping ativas estão associadas a diminuições na intensidade da dor, ao aumento da incapacidade, da depressão e da angústia, bem como ao aumento do funcionamento físico e psicológico (Dysvik et al., 2005; Jensen et al., 1991; López-Martínez et al., 2008; Newth & Delongis, 2004; Turner et al., 2005).

Relativamente à segunda hipótese, era esperado que as estratégias de coping passivas estivessem positivamente associadas aos níveis de dor e incapacidade, esta hipótese confirma-se nos resultados do presente estudo, na medida em que existe uma relação positiva do nível de dor e incapacidade com a estratégia de coping evitação e preocupação. A literatura sobre as estratégias de coping passivas refere que a utilização destas estratégias está associada com o aumento da dor, pressão, impotência e pior ajustamento psicológico (Torre et al., 2008), nomeadamente relação positiva entre utilização da evitação e o nível de dor (Janowski, Steuden & Kuryłowicz, 2010). Na dor crónica, as estratégias de coping passivas estão relacionadas com um conjunto de resultados negativos e maior incapacidade física (IASP, 2009). A evitação, preocupação e redução do nível de atividade, são estratégias passivas, pois refletem tendências de comportamento dos pacientes para restringir o funcionamento e cognições negativas sobre a dor (Kraaimaat & Evers, 2003).

Relativamente à terceira hipótese, era esperado que a aceitação da dor estivesse negativamente associada ao nível de dor e os resultados do presente estudo confirmam esta hipótese, na medida em que a dimensão realização de atividades e a aceitação de dor total estiveram associadas a menor dor auto reportada. A literatura refere que a aceitação da dor crónica está associada com relatos de menor intensidade de dor, menos sofrimento psicológico, menos evitação e ansiedade, menor incapacidade física e psicológica e melhor funcionamento diário, sendo demonstrado que os indivíduos que obtiveram os níveis mais elevados de adesão relativa à dor eram mais propensos a responder de forma adaptativa à dor (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). A aceitação da dor está associada a menos dor, sofrimento e incapacidade (McCracken, 1998; McCracken et al., 2004), e maior bem-estar psicológico (Viane et al., 2003). A aceitação tem um papel significativo a desempenhar no sofrimento e na incapacidade de pacientes com dor crónica (McCracken & Zhao-O'Brien, 2009).

Por fim, verificou-se que as estratégias de coping passivas são mediadoras parciais da relação existente entre a autodeterminação e o nível de dor reportado, enquanto que a aceitação da dor não se revelou mediadora significativa desta relação. Não existindo,

segundo o nosso conhecimento, nenhum estudo que explore esta relação, pareceu-nos de grande interesse explorá-la, na medida em que as estratégias de coping e a aceitação da dor são variáveis do mesmo nível, relacionadas mas que se diferenciam claramente e ambas têm um importante papel previsto pela teoria no âmbito dos aspetos psicológicos relacionados com a dor crónica. O facto da aceitação da dor não se ter revelado mediadora significativa, é contrário a resultados de análises de regressão, nos quais a aceitação da dor repetidamente explicou mais variância de indicadores importantes de ajustamento em relação à dor crónica, como dor e incapacidade (McCracken & Eccleston, 2003). Estudos entre pacientes com dor sugerem que as estratégias de coping passivas estão associadas a resultados mais pobres, como o funcionamento físico reduzido e pior ajustamento psicológico (Smith, Wallston, Dwyer & Dowdy, 1997). Parece-nos então que, na presente amostra, a utilização de estratégias de coping passivas, há mais tempo destacadas na literatura como tendo um papel negativo em vários resultados de saúde na dor crónica se mostrou de maior importância e peso que a aceitação da dor, conceito que mais recentemente tem vindo a ser estudado no âmbito da dor crónica.

A teoria da autodeterminação postula que pacientes intrinsecamente motivados são mais propensos a adotar comportamentos positivos de saúde (Ryan e Deci 2000; Williams et al., 1998). A teoria argumenta ainda que, maximizando a experiência de autonomia, competência e relações de pertença do paciente na saúde, é mais provável que a regulação dos comportamentos relacionados com a saúde seja interiorizada e que os comportamentos sejam mantidos (Williams, Deci & Ryan, 1998).

Apesar da satisfação das necessidades psicológicas básicas e a autodeterminação serem ainda variáveis relativamente pouco estudadas, com exceção da sua aplicação à área da educação e da prática desportiva, a literatura permitia-nos prever que quanto maior a satisfação das necessidades psicológicas básicas, menor a perceção de dor e incapacidade. Vários estudos indicam que a satisfação das necessidades psicológicas básicas relaciona-se positivamente com o bem-estar - por exemplo satisfação com a vida e auto-estima e negativamente com mau-estar - por exemplo, sintomas depressivos e ansiedade (Campbell, Vansteenkiste, Delesie, Marima, Soenens, Tobbac, et al., 2015). A satisfação das necessidades psicológicas básicas são propensões inatas ao nível da análise de personalidade que são necessárias para um desenvolvimento saudável e um funcionamento eficaz.

No respeitante às estratégias de coping, de acordo com os resultados do presente estudo e de acordo com a literatura, quanto mais estratégia de coping preocupação, maior a percepção de dor (Kraaimaat & Evers, 2003). O aumento na intensidade da dor foi relacionada positivamente com o aumento de estratégias de coping passivas (Torre et al., 2008). Na dor crónica, as estratégias de coping passivas estão relacionadas com relatos de mais depressão, mais dor e auto-eficácia inferior (Büssing, Ostermann, Neugebauer & Heusser, 2010).

## **Conclusão**

### **Limitações do Estudo**

Em primeiro lugar, há que referir que a ideia inicial que norteou esta dissertação não se concretizou, visto que o objetivo inicial era o de comparar doentes com dor lombar crónica com doentes com fibromialgia, cuja existência e disponibilidade na Consulta da Dor do Centro Hospitalar do Oeste foram inicialmente asseguradas; no entanto, o número excessivamente reduzido destes pacientes não veio a permitir a sua inclusão, tornando o estudo apenas correlacional e com amostra de dor lombar crónica idiopática. A dimensão relativamente reduzida da amostra é outra potencial limitação, relacionada com o facto de a autorização relativa à recolha da amostra só ter sido dada cerca de seis meses após o pedido efetuado. Por fim, o facto de o intervalo etário dos participantes ser tão alargado tem implicações desenvolvimentais que, não sendo consideradas, podem afetar a interpretação dos dados.

### **Implicações para a Prática Clínica e Investigação**

O presente estudo sugere que, sendo a dor um fenómeno biopsicossocial, é importante que a análise funcional do problema compreenda as diversas dimensões que se conhece estarem envolvidas na experiência de dor (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A memória de experiências com a dor, as capacidades e estratégias percebidas, as expectativas relacionadas com as implicações da dor crónica para o bem-estar próprio, as atitudes e crenças relacionadas com o efeito da dor no próprio e nos outros, representam um papel importante na percepção da dor e na sua intensidade e por isso, a tomada de consciência da existência dos mesmos ajuda o doente a encontrar formas mais eficazes de lidar com esta (Hanson & Gerber, 1990). No que se refere à dimensão cognitiva, é importante entender

qual o significado da dor para o paciente, como interpreta a situação e o tipo de crenças que desenvolve sobre a mesma. A modificação das crenças sobre a dor e das expectativas do seu controlo podem conduzir a uma maior perceção da capacidade de gestão da dor (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

É necessário que os pacientes aprendam estratégias para lidar com a dor, de forma mais ativa, reduzindo os seus efeitos negativos. A definição de objetivos mais específicos e individualizados, e a elaboração de estratégias de intervenção psicológicas adaptadas ao paciente, que o ajudem no processo de ajustamento e adaptação à situação de doença é essencial para lidar com a dor (Hanson & Gerber, 1990). No mesmo sentido, tentativas continuadas de evitar, controlar ou modificar a dor, revelam-se disruptivas, na medida em que promovem o afastamento de um funcionamento adaptativo. De acordo com a Terapia de aceitação e compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), as tentativas de controlo da experiência dolorosa, promovem o aumento do sofrimento e afastam o indivíduo do momento presente, dos objetivos valorizados e de um funcionamento adaptativo. Deste modo, se o que torna uma determinada experiência interna disfuncional são as tentativas de evitar, controlar ou modificar os pensamentos, sentimentos e sensações associados, e não os pensamentos, sentimentos ou sensações em si (Costa & Gouveia, 2009). Consideramos que a promoção da aceitação da dor, eventualmente contextualizada na promoção da aceitação de experiências e acontecimentos quotidianos, de forma mais lata, deve ser adotada na intervenção com doentes com dor lombar crónica.

Sendo a autonomia uma das necessidades psicológicas básicas, deve ser reforçada e criado um ambiente terapêutico que suporte a autonomia do paciente, já que a mesma encoraja-o a encontrar formas mais adaptativas e com menor sofrimento para lidar com a dor (Hanson & Gerber, 1990). No que respeita às necessidades de pertença e competência, estudos realizados (Ferrel, Taylor, Grant, Fowler & Corbisiero, 1993) mostram que as famílias fornecem o contexto para as respostas dos pacientes à dor e afetam o tipo de cuidados que o doente tem consigo próprio e a qualidade da sua adesão aos tratamentos e às prescrições médicas. O reforço por parte da família e das redes sociais tem sido referido como um dos aspetos mais importantes para a continuidade dos comportamentos de adesão aos tratamentos de doenças crónicas, e para o desenvolvimento de sentimentos de auto-eficácia no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis na doença (Gomes, 2008).

Investigações futuras deverão avaliar a perceção de suporte à autonomia por parte dos doentes com dor crónica (Julien, Senécal & Guay, 2009), relativamente aos profissionais de saúde com quem lidam, na medida em que, no contexto de outras doenças e problemas de saúde, esta perceção tem-se revelado um aspeto valorizado e importante para melhores práticas e resultados de saúde nos pacientes (Williams & Deci, 1998; Williams & Deci, 2001).

## Referências

Aguinis, H. (1995). Statistical power with moderated multiple regression, Management research. *Journal of Management*, 21, 1141-1158. doi:10.1177/014920639502100607

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

Amiot, E. C., Blanchard, M. C., & Gaudreau, P. (2008). The Self in Change: A Longitudinal Investigation of Coping and Self-determination Processes. *Psychology Press*, 7, 204-224.

Amiot, E. C., Gaudreau, P., & Blanchard, M. C. (2004). Self-Determination, Coping, and Goal Attainment in Sport. *Journal of sport & psychology*, 26, 396-411. doi:<https://doi.org/10.1123/jsep.26.3.396>

Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!.. Avaliação da eficácia de um programa de intervenção multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 101-112. Retirado: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a11.pdf>

Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (2013). *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. Retirado: <http://www.aped-dor.org/>

Bennett, P. (2002). Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: *Climepsi Editores*.

Boersma, K. & Linton, S. J. (2005). How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behavior Research and Therapy*, 43, 495-507.

Borrell-Carrió, F., Suchman A. L., & Epstein R. M.. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2(6), 576-82. Retirado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

Brazil, A. V., Ximenes, A. C., Radu, A. S., Femades, A. R., Appel, C., Maçaneiro, C. H., Ribeiro, C. H. et al. (2004). Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. *Revista Bras Reumatologia*, 44(6), 419-25. Retirado: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n6/05.pdf>

Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, A. M. E., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC Public Health*, 10, 507. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-507>

Campbell, R., Vansteenkiste, M., Delesie, M. L., Mariman, N. A., Soenens, B., Tobbac, E., Van der Kaap-Deeder, J., & Vogelaers, P. D. (2015). Examining the role of psychological need satisfaction in sleep: A Self-Determination Theory perspective. *Personality and Individual Differences*, 77, 199–204. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.003>.

Cederberg, T. J., Cernvall, M., Dahl, J., Von Essen L., & Ljungman, G. (2015). Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain?. *Int. J. Behav. Med*, 23, 21–29. doi:10.1007/s12529-015-9494-y

Coniam, S., & Diamond, A. (2001). Controlo da dor (2.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: *Climepsi Editores*.

Conroy, D. E., & Coatsworth, J. D. (2007a). Assessing autonomy-supportive coaching strategies in youth sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 671–684. doi:10.1016/j.psychsport.2006.12.001

Costa, S. L. A., Darbello da Silva, K., & Mendoza, Q. Y. I. (2010). Variables sociodemográficas y procesos de enfrentamiento al estrés en pacientes portadores de Rectocolitis Ulcerativa Idiopática. *Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica, Escuela de Enfermería, Universidad de San Pablo (USP)*. Retirado: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300005)

Costa, J., & Gouveia, P. J. (2009). Aceitação da Dor: Abordagem Psicométrica do Chronic Pain Acceptance Questionnaire numa amostra portuguesa com Dor Crónica. *Psicologia*, Vol. XXIII (1), Edições Colibri, Lisboa, 103-126. Retirado: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v23n1/v23n1a05.pdf>

DaSilveira, A., DeSouza, L. M., & Gomes, B. W. (2015). Self-consciousness concept and assessment in: self-report measures. *Frontiers in Psychology*, 6, 930. doi:10.3389/fpsyg.2015.00930.

Deci, E. L., & Ryan, M. R. (2007). A Dor. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Retirado: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>

Deci, E. L., & Ryan, M. R. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York, NY: *Plenum*.

Deci, E. L., & Ryan, M. R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 4, 227–268. Retirado: [http://users.ugent.be/~wbeyers/scripties2011/artikels/Deci&Ryan\\_2000.pdf](http://users.ugent.be/~wbeyers/scripties2011/artikels/Deci&Ryan_2000.pdf)

Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self Determination Theory and Basic Need Satisfaction: Understanding Human Development in Positive Psychology. *Ricerche di Psicologia*, 1, 27. Retirado: [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2004\\_DeciVansteenkiste\\_SDTandBasicNeedSatisfaction.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2004_DeciVansteenkiste_SDTandBasicNeedSatisfaction.pdf)

Dysvik, E., Natvig, G., Eikeland, O., & Lindstrom, T. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305. Retirado: [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/coping\\_w\\_chronic\\_pain\\_sdarticle1.pdf](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/coping_w_chronic_pain_sdarticle1.pdf)

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. & Lopez-Martinez, A. (2007). Ajustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (2), 179-188.

Ferrel, B. R., Taylor, E., Grant, M., Fowler, M., & Corbisiero, R. (1993). Pain management at home: Struggle comfort and mission. *Cancer Nursing*, 16(3), 169-78.

Friederichs, A. H. S., Bolman, C., Oenema, A., Verboon, P., & Lechner, L. (2015). Exploring the working mechanisms of a web-based physical activity intervention, based on self-determination theory and motivational interviewing. *Internet Interventions*, 3, 8–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2015.11.003>.

Gadanhó, P. F. T. (2014). Relação entre estratégias de coping e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático. Dissertação apresentada à Secção

de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica da Universidade de Lisboa para a obtenção de grau de Mestre. Retirado: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19916/1/ulfpie047308\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19916/1/ulfpie047308_tm.pdf)

Gagné, M. (2003). The Role of Autonomy Support and Autonomy Orientation in Prosocial Behavior Engagement. *Motivation and Emotion*, 27(3). Retirado: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003\\_Gagne\\_MOEM.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_Gagne_MOEM.pdf)

Gheldof, E. L. M., Vinck, J., Van den Bussche, E., Vlaeyen, W. S., Hidding, A. & Crombez, G. (2006). Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear. *European Journal of Pain*, 10, 513-525.

Gomes, A. (2008). Abordagem Psicológica no Controlo da Dor. Biblioteca da Dor. Lisboa: *Permanyer Portugal*. Retirado: [http://www.apeddor.org/images/biblioteca\\_dor/documentos/Abordagem\\_Psicologica\\_no\\_Controlo\\_da\\_Dor.pdf](http://www.apeddor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Abordagem_Psicologica_no_Controlo_da_Dor.pdf)

Hanson, R., & Gerber, K. (1990). Coping with chronic pain: a guide to patient self-management. Londres: *The Guilford Press*

Hartrick, C. T., Kovan, J. P., & Shapiro, S. (2003). The numerical rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure?. *Pain Practice*, 3(4), 310-316. doi:10.1111/j.1530-7085.2003.03034.x

Hayes, A. F. (2013). Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis. *New York: Guilford Press*. Retirado: <http://www.personal.psu.edu/jxb14/M554/specreg/templates.pdf>

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behaviour change. New York: *The Guilford Press*.

Hofer, J., & Holger B. (2011). Satisfying One's Needs for Competence and Relatedness: Consequent Domain-Specific Well-Being Depends on Strength of Implicit Motives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(9), 1147–1158. doi:10.1177/0146167211408329

Horn, S., & Munafo, M. (1997). *Pain: Theory, Research and Intervention*. UK: *McGraw-Hill Education*.

International Association for the Study of Pain. (2009). Washington, DC. Retirado: <http://www.iasp-pain.org/>

Iwasaki, Y., Mannell, R., Smale, P. & Butcher, J. (2005). Contributions of leisure participation in predicting stress coping and health among police and emergency response service workers. *Journal of Health of Psychology*, 10(1), 79-99.

Janowski, K., Steuden, S., & Kuryłowicz, J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur Spine J*, 19, 613–623. Retirado: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2899840/pdf/586\\_2009\\_Article\\_1151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2899840/pdf/586_2009_Article_1151.pdf)

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

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203–16.

Jochems, C. E., Duivenvoorden, J. H., Van Dam, A., Van der Feltz-Cornelis, M. C., & Mulder, C. (2016). Motivation, treatment engagement and psychosocial outcomes in outpatients with severe mental illness: a test of Self Determination Theory. *Int J Methods Psychiatr Res*, 1–10. doi:10.1002/mpr.1537

Johnston, M. M., & Finney, J. S. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, 35, 280–296.

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

Julien, E., Senécal, C., & Guay, F. (2009). Longitudinal Relations among Perceived Autonomy Support from Health Care Practitioners, Motivation, Coping Strategies and Dietary Compliance in a Sample of Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14(3). doi: 10.1177/1359105309102202.

Kashdan, T. B., Mishra, A., Breen, W. E., & Froh, J. J. (2009). Gender differences in gratitude: Examining appraisals, narratives, the willingness to express emotions, and changes in psychological needs. *Journal of Personality*, 77, 691–730. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00562.x.

Knee, C. R., & Zuckerman, M. (1998). A nondefensive personality: Autonomy and control as moderators of defensive coping and self-handicapping. *Journal of Research in Personality*, 32, 115–130.

Kraaimaat, W. F., & Evers, M. W. A. (2003). Pain-Coping Strategies in Chronic Pain Patients: Psychometric Characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 10(4), 343–363. Retirado: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.581.7355&rep=rep1&type=pdf>

Krismer, M. & Van Tuler, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21 (1), 77-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>

Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: *Oxford University Press*.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: *Springer*.

López-Martínez, A., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 373-379. Retirado: <http://dolorcronicoy psicologia.es/wp-content/uploads/2015/03/10.pdf>

Magalhães, F., Soares, S., Torres, J., Ungaretti, A., Cacciacarro, M., Teixeira, M., & Fonoff, E. (2013). Effects of ozone applied by spinal endoscopy in patients with chronic pain related to failed back surgery syndrome: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Retirado: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833839/>

McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–7. doi:[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00146-2) McCracken L. M., & Eccleston C.

(2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105(1–2),197–204.

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2006). Chronic Pain Acceptance Questionnaire – Revised. Retirado: <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/06/Chronic-Pain-Acceptance-Questionnaire-Revised.pdf>

McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A.S., Sinclair, D., & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283–9. doi: [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00219-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00219-X)

McCracken, M. L., & Zhao-O'Brien, J. (2009). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*. doi:10.1016/j.ejpain.2009.03.004.

Meyer, B., Enstrom, M. K., Harstveit, M., Bowles, D. P., & Beevers, C. G. (2007). Happiness and despair on the catwalk: Need satisfaction, well-being, and personality adjustment among fashion models. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 2–17.

Moix, J., Casado, I. M., & del Manual del Dolor, C. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1) 41-50. Retirado: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003)

Molix, A. L., & Nichols, P. C. (2013). Satisfaction of basic psychological needs as a mediator of the relationship between community esteem and wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 20-34. doi:10.5502/ijw.v3i1.2.

Monteiro, V., Mata, L., & Peixoto, F. (2015). Intrinsic Motivation Inventory: Psychometric Properties in the Context of First Language and Mathematics Learning. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(3), 434-443. doi:10.1590/1678-7153.201528302.

Moore, H., Stewart, I., Barnes-holmes, D., Barnes-holmes, Y., & Mcguir, E. B. (2015). Comparison of acceptance and distraction strategies in coping with experimentally induced pain. *Journal of Pain Research*, 8, 139–151. Retirado:

<https://www.dovepress.com/comparison-of-acceptance-and-distraction-strategies-in-coping-with-exp-peer-reviewed-fulltext-article-JPR>

Muraven, M., Gagné, M., & Rosman, H. (2008). Helpful self-control: Autonomy support, vitality, and depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 573–585. Retirado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390997/pdf/nihms47719.pdf>

Newth, S., & DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology and Health*, 19, 283-305.

Ng, Y. Y. J., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Stott, K., & Hindle, L. (2013). Predicting Psychological Needs and Well-Being of Individuals Engaging in Weight Management: The Role of Important Others. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 5(3), 291–310. doi:10.1111/aphw.12011.

Ntoumanis, N., Edmunds, J., & Duda, J. (2009). Understanding the coping process from a selfdetermination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 249–260. Retirado: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009\\_NtoumanisEdmundsDuda\\_BJHP.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009_NtoumanisEdmundsDuda_BJHP.pdf)

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd ed.). *New York: McGraw-Hill*. Retirado: <http://psychology.concordia.ca/fac/kline/library/k99.pdf>

Oliveira, M. C. (2012). Dor Crónica, Vinculação e Acontecimentos de Vida Stressantes. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais para a obtenção de grau de Mestre. Retirado: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3662/1/Dor%20Cr%C3%B3nica,%20Vincula%C3%A7%C3%A3o%20e%20Acontecimentos%20de%20Vida%20Stressantes.pdf>

Oliveira, P., & Costa, M. E. (2012). Validade e fiabilidade da versão portuguesa do Pain Coping Inventory. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 37, 126-133. Retirado: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Validade\\_e\\_fiabilidade.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Validade_e_fiabilidade.pdf)

Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M.m Costa, M. & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta*

*Reumatológica Portuguesa*, 34, 511\_519. Retirado: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/782/1/Qualidade%20de%20Vida.pdf>

Pimenta, C., Cruz, D. & Curita, G. (2004). “Coping” no doente com dor crónica. *Prática Hospitalar*, 35.

Rabini, A., Aprile, I., Padua, L., Piazzini D. B., Maggi, L., Ferrara, P. E., Amabile, E., Bertolini, C. (2007). Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. *Eura Medicophys*, 43 (1), 49-54.

Reeve, J., Nix, G., & Hamm, D. (2003). Testing Models of the Experience of Self-Determination in Intrinsic Motivation and the Conundrum of Choice. *Journal of Educational Psychology, American Psychological Association, Inc.*, 95 (2), 375–392. doi: 10.1037/0022-0663.95.2.375.

Reis, H., Sheldon, K., Gable, S., Roscoe, J. & Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, pp. 419–435.

Reneman, F. M., Dijkstra, A., Geertzen, H. J., & Dijkstra, U. P. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaire: A systematic review. *European Journal of pain*, 457–465. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.08.003.

Richard, R., & Edward, D. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54–67. doi:10.1006/ceps.1999.1020, available online at <http://www.idealibrary.com>

Rodrigues, C. (2011). Incapacidade auto-reportada em trabalhadores de saúde e sua relação com factores psicossociais e intensidade da dor. Dissertação apresentada ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção de grau de Mestre. Retirado: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8867/1/artigo1\\_vol3\\_n1.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8867/1/artigo1_vol3_n1.pdf)

Ryan, M. R., & Deci, L. E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78. doi:10.1037/110003-066X.55.1.68.

Ryan, M. R., Patrick, H., Deci, L. E., & Williams, C. G. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(3). Retirado: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/39-70-1-SM.pdf

Ryan, R. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397–427. doi: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00501.x

Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008) Living Well: a Self-Determination Theory Perspective on Eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, pp. 139-170.

Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal Behaviour Medicine*, 33(2), 110-22. doi: 10.1007/s10865-009-9239-y.

Sheldon, K., Elliot A., Kim, Y. & Kasser, T. (2001). What Is Satisfying About Satisfying Events? Testing 10 Candidate Psychological Needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, (2), pp. 325-339. Retirado: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp802325.pdf>

Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (1996). The Self-Determination Scale. Unpublished manuscript. University of Rochester. Retirado: <http://repositorio.fmh.ulisboa.pt/catalogo-de-instrumentos/lista-por-ordem-alfabetica/49?view=instrument&name=SDS>

Sheldon, K., Ryan, R., & Reis, H. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day, and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, pp. 1270-1279. Retirado: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/1996\_SheldonRyanReis.pdf

Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 11–21.

Smith, C. A. Wallston, K. A. Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (2003). Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric Characteristics of the pain-coping inventory. *International Journal of behavioral medicine*.

Sousa, M., Pires, M., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160. Retirado: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a16.pdf>

Sousa, S. S., Pais Ribeiro, L. J., Palmeira L. A., Teixeira, J. P., & Silva, N. M. (2012). Estudo da Basic Need Satisfaction in General Scale para a língua Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 209 – 219. Retirado: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a06.pdf>

Sripada, K. R. Bowersox, W. N., Ganoczy, D., Valenstein, M., & Pfeiffer, N. P. (2014). Self-Determination Theory and Outpatient Follow-Up After Psychiatric Hospitalization. *Community Ment Health J*, 52, 662–666. doi:10.1007/s10597-015-9929-6.

Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I. & Bo, K. (2005). Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12 month follow-up study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 365-37. doi: 10.1080/16501970510040344

Summers, J. D., Rapoff, M. A., Varghese, G., Porter, K., & Palmer R. E. (1991). Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 58, 280–2.

Teixeira, S. C. (2012). Coping através do Lazer na Dor Crónica. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de Mestre, orientada por Rute Meneses. Retirado: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3361/3/DM\\_9500.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3361/3/DM_9500.pdf)

Thøgersen-Ntoumani, C., & Ntoumanis, N. (2007). A self-determination theory approach to the study of body image concerns, self-presentation and self-perceptions in a sample of aerobic instructors. *Journal of Health Psychology*, 12, 301–315.

Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C. La Torre, S., Esteban, I., M<sup>a</sup> Vallejo, R., & Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5(2), 83-93.

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *International Association for the Study of Pain*, 156(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>.

Turner, J., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 6, 471-479. doi:10.1016/j.jpain.2005.02.011

Vansteenkiste, M., Lens, W., Soenens, B., & Luyckx, K. (2006). Autonomy and relatedness among Chinese sojourners and applicants: Conflictual or independent predictors of well-being and adjustment? *Motivation and Emotion*, 30, 273-282.

Valente, M., Ribeiro, J., & Jensen, M. (2009). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicología*, 2(3), 8-17. Retirado: [http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo\\_2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_2.pdf)

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65-72.

Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-32.

Wei, M., Philip, A. S., Shaffer, A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: The mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 591-601. Retirado: [http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2005\\_WeiShafferYoungZakalik\\_RelNeedSat\\_JCP.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2005_WeiShafferYoungZakalik_RelNeedSat_JCP.pdf)

Williams, C. G., & Deci, L. E. (2001). Activating Patients for Smoking Cessation Through Physician Autonomy Support. *Medical Care*, 39(8), 813-823.

Williams, C. G., Freedman, Z., & Deci, L. E. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.

Woby, S. R., Urmston, M. & Watson, P. J. (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, 711-718. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.10.009