

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Suporte Social Informal para a Autonomia e Dependência Funcional na Dor Crónica: o Papel Mediador da Autoeficácia**

Carolina da Silva Martins

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação,  
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

novembro, 2020



CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

## **Suporte Social Informal para a Autonomia e Dependência Funcional na Dor Crónica: o Papel Mediador da Autoeficácia**

Carolina da Silva Martins

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação,  
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

novembro, 2020

## **Agradecimentos**

Os meses que antecederam o desenvolvimento do presente trabalho foram marcados por alguma instabilidade, momentos positivos e alguns menos positivos, mas que consegui ultrapassar com o apoio que tive por parte daqueles que me são queridos. Assim, quero desde já transmitir um grande obrigada:

- À professora Doutora Sónia Bernardes por toda a paciência que teve para com as minhas dúvidas, por me ouvir nos momentos em que mais precisei, pelos esclarecimentos e pelos conselhos. Obrigada pela confiança que me transmitiu. Estou-lhe imensamente grata por tudo o que fez por mim;

- Aos meus pais, que são a minha base e a minha maior inspiração. Se aqui estou hoje, a concluir esta etapa tão importante, a vocês o devo.

- Aos meus avós por mesmo longe estarem sempre perto;

- Quero também agradecer a três pessoas muito especiais para mim: Inês Fialho, Inês Ferreira e Carolina Oliveira, obrigada por estarem sempre comigo, por me acompanharem em cada etapa da minha vida, e por me apoiarem em tudo o que faça;

- Ao Miguel Néri e à Isabel Cabral, por desde o primeiro dia da licenciatura terem estado comigo, por me ouvirem e por me acalmarem. A vida traçou-nos caminhos diferentes, mas nós temos feito com que esses caminhos se juntem;

- À Ana Sérgio, à Bruna Luiza e à Margarida Alves, as minhas companheiras de mestrado.

Obrigada por estes dois anos, sem vocês teria sido tudo certamente mais difícil;

- Por fim, mas não menos importante, a todos os participantes do estudo e que permitiram que o mesmo fosse realizado.



## Resumo

Cerca de 30% da população mundial tem dor crónica, implicando inúmeros impactos negativos para os indivíduos e para a sociedade. A literatura tem dado um grande destaque ao papel do suporte social em casos de dor crónica. Contudo, estudos realizados neste âmbito demonstraram que o impacto do suporte social na incapacidade relacionada à dor pode ter efeitos díspares no indivíduo dependendo de este ter uma função de promoção de autonomia ou dependência funcional. Neste trabalho procuramos explorar a relação entre Perceção de Promoção de Autonomia (PPA)/Perceção de Promoção de Dependência (PPD) e a adaptação à dor em contexto informal, isto é, fornecido pelos parceiros amorosos, e ainda, investigar o papel mediador da autoeficácia para lidar com a dor. No presente estudo correlacional participaram 110 indivíduos com dores crónicas e envolvidos numa relação romântica (91,8% sexo feminino;  $M_{idade} = 42,44$ ), tendo-se administrado quatro instrumentos, nomeadamente, (1) ESIAD\_DOR; (2) BPI; (3) EADS-21 e (4) Escala de Autoeficácia para a dor Crónica. Os resultados demonstraram que a PPD não está associada ao ajustamento à dor crónica, contudo, a PPA demonstrou ser um recurso importante via autoeficácia, verificando-se que indivíduos que reportam mais PPA demonstram ter menor incapacidade associada à dor, menos ansiedade, depressão e stress, porque têm uma maior autoeficácia para lidar com a dor. Esta investigação contribui para que se conseguisse entender a relação entre PPA/PPD e adaptação à dor em contextos informais, ao mesmo tempo que se explorou o papel da autoeficácia.

Palavras-chave: dor crónica, PPD, PPA, suporte social, autoeficácia.

Classificação APA PsycINFO:

2226 Mediação em Psicologia da Saúde  
2950 Casamento e Família  
3365 Promoção e Manutenção da Saúde e do Bem Estar



## Abstract

About 30% of the world's population has chronic pain, with numerous adverse impacts on individuals and society. The literature has placed great emphasis on the role of social support in cases of chronic pain. However, studies have shown that the impact of social support on pain-related disability can have diverse effects on individuals depending on whether they have a function to promote autonomy or functional dependence. In this work we seek to explore the relationship between Perceived Promotion of Autonomy (PPA)/ Perceived Promotion of Dependence (PPD) and pain adaptation in an informal context, i.e., provided by loving partners, and also to investigate the mediating role of self-efficacy in dealing with pain. In this correlational study 110 individuals with chronic pain and involved in a romantic relationship (91.8% female;  $M_{age}=42.44$ ) participated, and four instruments were administered, namely, (1) ESIAD\_DOR; (2) BPI; (3) EADS-21 and Chronic Pain Self-efficacy Scale. The results showed that PPD is not associated with adjustment to chronic pain, however, PPA has been shown to be an important resource via self-efficacy, with individuals reporting more PPA showing less pain associated disability, less anxiety, depression and stress because they have greater self-efficacy to deal with pain. This research helps to understand the relationship between PPA/PPD and pain adaptation in informal settings, while exploring the role of self-efficacy.

Key Words: chronic pain, PPD, PPA, social support, self-efficacy

APA PsycINFO Classification:

2226 Health Psychology Testing

2950 Marriage & Family

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness



## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo I- Enquadramento Teórico .....</b>	<b>17</b>
1.1. Dor crónica- Definição, Prevalência e Impacto .....	17
1.1.1. Dor Crónica: Modelos Explicativos do Fenómeno da Dor.....	19
1.1.2. Modelos Teóricos Sobre a Influência das Interações Sociais na Adaptação à Dor Crónica.....	21
1.2. O Conceito Geral de Suporte Social .....	22
1.2.1. Perceção de Promoção de Autonomia/Perceção de Promoção de Dependência e Adaptação à Dor Crónica .....	25
1.3. Autoeficácia e Dor Crónica.....	26
1.3.1. Autoeficácia, Suporte Social e Adaptação à Dor Crónica .....	29
<b>Capítulo II- Método .....</b>	<b>31</b>
2.1. Amostra .....	31
2.2. Design do Estudo e Instrumentos.....	32
2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR).....	32
2.2.2. Inventário Resumido da Dor (BPI) .....	33
2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) .....	34
2.2.4. Escala de Autoeficácia para a Dor Crónica .....	35
2.3. Procedimento.....	35
2.4. Análise de dados.....	36
<b>Capítulo III- Resultados.....</b>	<b>37</b>
3.1. Estatísticas Descritivas e Correlações .....	37
3.2. Resultados PPA .....	38
3.3. Resultados PPD .....	39
<b>Capítulo IV- Discussão .....</b>	<b>41</b>
4.1. Limitações e Contribuições do Estudo.....	42
<b>Referências .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>51</b>



## Índice de Quadros

<b>Quadro 3.1:</b> <i>Estatísticas descritivas das variáveis do modelo</i> .....	37
<b>Quadro 3.2:</b> <i>Correlações entre as variáveis do modelo</i> .....	38
<b>Quadro 3.3:</b> <i>Resultados dos modelos de mediação testados com PPA como variável preditora e autoeficácia para lidar com a dor como processo mediador</i> .....	39
<b>Quadro 3.4:</b> <i>Resultados dos modelos de mediação testados com PPD como variável preditora e autoeficácia para lidar com a dor como processo mediador</i> .....	39



## **Glossário de siglas**

**IASP-** Associação Internacional para o Estudo da Dor

**PAS-** Pressão Arterial Sistólica

**PAD-** Pressão Arterial Diastólica

**PPA-** Perceção de Promoção de Autonomia

**PPD-** Perceção de Promoção de Dependência

**ESIAD\_DOR-** Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor.

**BPI-** Inventário Resumido da Dor.

**EADS\_21-** Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**OPP-** Ordem dos Psicólogos Portugueses

**APJOF-** Associação Portuguesa de Fibromialgia



## Introdução

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (Harstall & Ospina, 2003) define dor crónica como uma dor que persiste após o tempo de cicatrização normal do tecido, ou seja, usualmente uma dor contínua ou recorrente com duração superior a três meses. A Dor Crónica é uma doença bastante comum, que acarreta consigo um grau de complexidade e de stress elevados, e que tem profundos impactos nos indivíduos, bem como, na sociedade em que vivemos (Fayaz, Croft, Langford, Donaldson & Jones, 2016). Sensivelmente 30% das pessoas em todo o mundo vivem com alguma dor crónica, a maioria delas com uma causa desconhecida (LeFort et al., 2015), o que demonstra de facto o grande impacto da dor crónica em grande escala. Na Europa, em média, é estimado que um em cada cinco adultos seja afetado pela dor crónica, tendo custos pesados para os próprios indivíduos, para a sua família, para a economia dos países e sistemas de saúde (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). No caso específico de Portugal, considera-se que cerca de 36,7 % da população adulta portuguesa tenha dor crónica (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012).

Com a imensidão de custos associados à dor crónica para o indivíduo, a investigação tem procurado identificar quais os fatores de risco e protetores para a persistência da dor e o seu impacto na vida das pessoas. Recentemente, a literatura tem dado um grande destaque ao papel das respostas dos outros significativos e, mais especificamente, às respostas de suporte social perante comportamentos de dor. Suporte social pode definir-se, de uma forma geral, como a edificação de redes sociais e de contactos significativos para o indivíduo (Guterres, 2002), sendo frequentemente encarado como um dos grandes aliados para a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar (Cohen, 2004), na adaptação às doenças (Gallant, Spitze & Grove, 2010; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003), e na diminuição do impacto de eventos stressores (Cohen & Wills, 1985). O suporte social provém também de fontes distintas: (a) de estruturas formais tais como, médicos, psicólogos, programas governamentais e assistentes sociais ou (b) fontes informais, isto é, o suporte que é transmitido por familiares, círculos de amigos ou conhecidos (Ribeiro, 2011), sendo que o presente trabalho se irá focar neste último.

Estudos realizados no âmbito do suporte social e da dor crónica com cuidadores formais de idosos institucionalizados (Matos & Bernardes, 2013; Matos, Bernardes & Goubert, 2016) demonstraram que o impacto do suporte social na incapacidade relacionada à dor pode ter efeitos distintos dependendo de este ter uma função de promoção de autonomia ou dependência funcional. O papel destas funções do suporte social em contextos de dor tem sido pouco

investigado em contextos informais, sendo este um dos principais objetivos deste trabalho. Especificamente, o primeiro objetivo desta dissertação passará por investigar no contexto de relações amorosas, o papel destas duas funções do suporte social na adaptação à dor crónica, nomeadamente, no grau de incapacidade associado à dor e outras comorbilidades tais como os níveis de stress, ansiedade e depressão. Investigaremos também o papel de um processo mediador que se afigurou relevante em estudos anteriores em contexto formal (Matos & Bernardes, 2013; Matos et al., 2016) – a autoeficácia para lidar com a dor.

Assim, e para enquadrar este trabalho, este capítulo introdutório começa por clarificar as dimensões e implicações deste problema de saúde pública – a dor crónica - seguindo-se uma breve apresentação de alguns modelos explicativos do fenómeno da dor. Posteriormente será introduzida a temática do suporte social, onde será feita uma revisão de alguns modelos existentes sobre o papel do suporte social nas experiências de dor, serão introduzidos os conceitos centrais de Perceção de Promoção de Autonomia (PPA) e Perceção de Promoção de Dependência (PPD) a sua relação com a adaptação à dor crónica e seus potenciais media

## Capítulo I- Enquadramento Teórico

### 1.1. Dor crónica- Definição, Prevalência e Impacto

Nos dias atuais existe cada vez mais um enfoque na definição concreta da dor e nas dimensões que esta abrange. Assim, esta é entendida como uma experiência desagradável que pode acarretar consigo dimensões sensoriais, afetivas ou cognitivas, associando-se a uma lesão corporal real ou potencial, e não somente e apenas como uma experiência sensorial em resultado de uma lesão tecidular (Merskey & Bogduk, 1994) apresentando um carácter subjetivo e associada à experiência pessoal do indivíduo (Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens, 2009). No que diz respeito a tipos de dor, é possível distingui-la em dor aguda e em dor crónica. A dor aguda é encarada, de uma maneira geral, como um sinal da presença de uma ameaça à integridade física e/ou sobrevivência dos indivíduos (Merskey & Bogduk, 1994), caracterizando-se por uma duração demarcada e geralmente reduzida, associada a uma lesão tecidular passível de ser identificada por um médico especialista (Queiroz et al., 2012). Contrariamente à dor aguda, a dor crónica é caracterizada pela sua persistência temporal, prolongando-se após os processos de cura e de cicatrização da lesão, ou seja, quando apresenta uma durabilidade superior a três ou seis meses (Smith, Hopton, Chambers, 1999). A dor crónica é uma experiência contante ou intermitente, apresentando variações de intensidade e duração (Antunes, 2017), profundamente complexa, de difícil avaliação e controlo (Salvetti, Pimenta, Lage, Junior & Rocha, 2007) incitando aos pacientes um amplo combinado de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que resultam num sofrimento persistente para os indivíduos, afetando a sua qualidade de vida, e exigindo por si uma equipa multidisciplinar que vá ao encontro das necessidades do paciente (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico & Failde, 2016).

Quando falamos na origem da dor crónica esta pode dever-se a quadros clínicos específicos, como a artrite, o cancro e a diabetes, ou a distintos fatores como traumatismos, cirurgias, infeções, escoriações, ou podendo mesmo não ter causa alguma perceptível (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010; Gouveia & Augusto, 2011). Efetivamente, na maioria das vezes a sua causa não é conhecida (Antunes, 2017). A dor crónica é um fator altamente incapacitante, contribuindo expressivamente para a diminuição da capacidade dos indivíduos em realizar as suas atividades do dia-a-dia (Andrade, Pereira & Sousa, 2006). Segundo Gouveia e Augusto (2011), os dados epidemiológicos associados à dor crónica, demonstram que esta tem um grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, encontrando-se profundamente interligada à sua saúde e à capacidade produtiva dos mesmos, originando uma ameaça à sua

integridade, aos seus relacionamentos sociais, às dinâmicas familiares, e estando intimamente relacionada com altos níveis de stress, ansiedade e depressão. Segundo Cunha e Mayrink (2011), os doentes com dor crónica tendem a sentir frequentemente fadiga e a ter um sono excessivamente desregulado, o que contribui de forma significativa para agravar a sua participação ativa na sociedade, e contribuindo ao mesmo tempo para a degradação dos seus relacionamentos sociais, o que demonstra de facto as limitações que a doença pode trazer de forma incalculável à vida dos indivíduos (Clarke, Anthony & Gray, 2012).

No que diz respeito à epidemiologia da dor crónica na Europa, estima-se que um em cada cinco europeus adultos sejam afetados, sendo que esta é responsável por provocar alterações significativas nos pacientes, no seio familiar e nos seus cuidadores (Breivik et al., 2006). Estudos recentes mostram que na Alemanha pelo menos oito a 10 milhões de indivíduos sofrem de dores crónicas, o que representa cerca de 10% da população (Friessem, Willweber–Strumpf, Zenz, 2009). Um estudo levado a cabo pela European Commission (2007), no sentido de entender a extensão da dor crónica, verificou que 25% dos europeus que tinham participado no estudo tinham dor crónica, tendo a Áustria (35%) e a Finlândia (33%) apresentado os maiores índices de incidência da doença, e contrariamente, a Grécia apresentou os níveis mais reduzidos da dor crónica, com apenas 13%.

Em Portugal, é estimado que cerca de 36% da população sofra de dores crónicas, tendo consequências dramáticas para o seu bem-estar, a sua saúde física e emocional, no emprego e até mesmo na capacidade para realizar atividades da vida quotidiana (Azevedo et al., 2012). Segundo os autores, 16% da população com dor crónica considera a sua dor de moderada a forte, sendo que a sua prevalência é superior nas mulheres, e tem propensão a amplificar com a idade em ambos os sexos. Quanto à localização geográfica, é junto ao litoral onde existe uma menor propensão de indivíduos com dores crónicas, exceto no litoral alentejano, que apresenta índices superiores, e são as lombalgias, a osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatoide e as cefaleias, as principais causas de dor referenciadas pelos portugueses (Castro-Lopes et al, 2010). De acordo com os autores, e no que diz respeito ao impacto da dor crónica na vida dos indivíduos, verificou-se que aproximadamente 50% destes afirmam que a dor crónica afeta de forma moderada a grave as suas lides domésticas e laborais, 17% foram diagnosticados com depressão, 13% obtiveram reforma antecipada e 4% ficaram sem emprego.

A dor crónica é também responsável por acarretar consigo elevados custos diretos e indiretos anuais fomentados pelo incremento do absentismo e da diminuta produtividade de

trabalho, levando a que nos EUA, por exemplo, a dor crónica esteja no topo das razões elementares na procura dos cuidados de saúde e sendo responsável por 100 biliões de dólares anuais de custos indiretos (McCarberg & Billington, 2006). Quanto ao impacto económico da doença em Portugal, e através de um estudo realizado por Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias e Castro-Lopes (2016), onde estes averiguaram quais os custos diretos e indiretos anuais da dor crónica no país, concluiu-se que os custos superavam os 4600 milhões de euros, o que vem dar suporte à tese do impacto elevado que a doença tem nas economias dos países. Assim, sendo a dor crónica um problema de saúde pública tão relevante, importa começarmos por compreender o fenómeno da dor. De seguida, será feita uma descrição dos modelos conceptuais acerca da dor (crónica).

### **1.1.1. Dor Crónica: Modelos Explicativos do Fenómeno da Dor**

A conceptualização da dor tem sido algo extremamente mutável ao longo dos anos, com o desenvolvimento de modelos conceptuais distintos que tentavam integrar e sistematizar como a dor era discriminada, explicando ao mesmo tempo, a integração de determinados fatores psicossociais associados à própria experiência da dor.

Inicialmente, isto é, no século XVII, estávamos perante a visão Cartesiana da Dor avançada por René Descartes em 1644. Segundo esta tradicional teoria, a dor era frequentemente associada a uma lesão ou a uma doença, e era conceptualizada através da metáfora do badalar de um sino aquando do puxanço das suas cordas. Por outras palavras, a perceção da dor era congruente com a intensidade do estímulo (Carvalho, 1999), que era desencadeada através dos nervos sensoriais, que por sua vez acionava uma resposta ao cérebro, e era então estimulada a resposta de dor. Em finais do século XIX, surgiu a Teoria da Especificidade de Max von Frey, e que postulava que a dor era conduzida ao cérebro através de um sistema sensorial, como a audição ou a visão. Esta teoria foi dominante até meados do século XX. Foi só na segunda metade do século XX que surgiu a teoria atual dominante - a Teoria do Portão de Melzack e Wall (1965). Esta foi pioneira ao afirmar que os fatores fisiológicos não exercem um papel absoluto na modulação das experiências de dor, abrindo portas para a consideração dos fatores cognitivos e afetivos nas mesmas. Esta teoria postulava a junção de duas teorias opostas no ramo do processamento da dor, ou seja, a Teoria Específica e a Teoria dos Padrões (Melzack & Wall, 1965). Deste modo, os autores acreditavam na existência de uma estrutura ao nível da medula, onde convergiam os impulsos nervosos ascendentes e os impulsos nervosos eferentes, e que estes últimos determinavam o grau de

abertura do “portão”, ou seja, caso se concluísse que o indivíduo estava perante uma situação de perigo e precisasse de agir no sentido de se proteger, o portão abria e produzia dor (Melzack & Wall, 1965). Os autores sugeriram ainda os que próprios indivíduos detêm um papel ativo na interpretação que fazem dos estímulos, que os fatores psicológicos como a experiência passada, a atenção e as emoções, são fatores que influenciam a resposta e a percepção dos indivíduos têm sobre a dor, tendo uma influência direta sobre o grau de abertura do portão.

Anos mais tarde surge então o Modelo Biopsicossocial da Dor (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007), um modelo mais vasto e com maior destaque no âmbito da dor crónica, que surge no sentido de consolidar a mudança de paradigma estabelecida pela Teoria do Portão, e que tem efetivamente expressado um efeito superior aos demais, na gestão da dor e no ajustamento psicológico dos pacientes (Morasco, Greaves, Lovejoy, Turk, Dobscha & Hauser, 2016). O Modelo Biopsicossocial da Dor, um modelo meta-teórico, discrimina a dor como um processo multidimensional e contempla consigo uma complexa interação entre os fatores biológicos (e.g. resposta fisiológica), psicológicos (e.g. crenças e atitudes) e sociais (e.g. suporte social), e que acabam por modelar as respostas dos indivíduos à dor (Adams & Turk, 2015).

Tendo por base o Modelo Biopsicossocial da Dor, esta dissertação contribuirá para a investigação das dimensões sociais das experiências de dor. Efetivamente, a dor é algo que ocorre dentro de um contexto interpessoal (Cano & Leong, 2012), estando o funcionamento conjugal, associado a processos fisiológicos e imunológicos, e que têm uma grande influência na saúde e na expressão de dor dos indivíduos (Kiecolt-Glaser & Newton 2001). Aliado a esta temática, é necessário introduzir o conceito de suporte social. O seu benefício na saúde e no bem-estar dos indivíduos sucede da redução do impacto negativo do elemento stressor (Cohen & Wills, 1985), o que demonstra de facto, que o modo como respondemos à dor dos outros tem impacto na forma como o paciente lida com a sua dor, manifestando-se em comportamentos adaptativos ou desadaptativos. Como tal, esta dissertação irá focar-se nas respostas de suporte dos outros, especificamente dos parceiros amorosos, aos comportamentos de dor dos parceiros. Seguidamente, é feita uma introdução aos modelos existentes acerca do papel das respostas dos outros significativos para os processos de adaptação à dor crónica, sendo posteriormente focalizada a atenção nos processos de suporte social em contextos de dor.

### **1.1.2. Modelos Teóricos Sobre a Influência das Interações Sociais na Adaptação à Dor Crônica**

Na literatura corrente é cada vez mais notório o interesse crescente por parte dos investigadores nas dinâmicas interpessoais subjacentes aos processos de adaptação à dor crônica. Neste sentido, foram desenvolvidos diversos modelos que tentam sintetizar o modo como as respostas por parte de outros significativos podem facilitar ou dificultar estes processos de adaptação.

O Modelo Operante da Dor (Fordyce, 1976), foca-se sobretudo nas respostas dos outros significativos, especialmente dos cônjuges, à dor dos seus parceiros, enaltecendo o seu papel ativo nas experiências de dor. Segundo o autor, os comportamentos de dor podem manter-se devido ao seu reforço, através da demonstração de atenção ou de ajuda persistente, o que a longo prazo irá promover a incapacidade e a persistência da dor. Assim, foram estudadas três respostas que poderão ser dadas pelos parceiros e que têm resultados distintos nos comportamentos de dor: (a) respostas solícitas, isto é, uma atenção rígida aos comportamentos de dor do indivíduo, que são traduzidas numa assistência integral e um domínio das tarefas do outro, e que é frequentemente associado a um aumento dos níveis da dor e da incapacidade, e a um menor funcionamento físico e psicológico (Bernardes, Forgeron, Fournier & Reszel, 2017); (b) respostas negativas, que resultam na punição dos comportamentos de dor através da expressão de raiva e de formas de afeto negativas, e (c) respostas facilitadoras, que se traduzem em ignorar os comportamentos de dor e reforçar os bons comportamentos, e que se encontram associados à extinção dos comportamentos de dor e a um aumento da atividade funcional (Fordyce, 1976).

No que diz respeito aos Modelos Cognitivo-comportamentais (Sharp, 2001; Turk & Kerns 1985; Turk, Meichenbaum & Genest 1983), estes vêm essencialmente reforçar que tanto os pensamentos como as perceções, mesmo aqueles que se focam no comportamento dos parceiros, desempenham um papel crucial no ajuste à dor, ou seja, segundo estes modelos, o companheiro pode responder de forma solícita ao comportamento de dor do seu cônjuge, no entanto, essa mesma resposta pode não reforçar os comportamentos de dor se este o interpretar como hostil (Cano & Leong, 2012). Em suma, e tendo em conta estes modelos, o seu foco passa por perceber como a pessoa com dor interpreta as respostas do parceiro aos seus comportamentos de dor ou de bem-estar, ao invés de se debruçar sobre as respostas efetivamente dadas neste mesmo contexto.

Anos mais tarde, começa-se a dar destaque a Modelos Cognitivo-comportamentais que procuram integrar dimensões interpessoais, como é o caso do Modelo do Coping Comunal (Sullivan, 2012) e que enfatiza os processos interpessoais e o contexto social no qual a dor e o comportamento da dor estão incorporados (Burns et al., 2015). Segundo este modelo, os indivíduos podem comunicar a sua angústia perante a dor através da catastrofização, um processo que se considera resultar em comportamentos que visem transmitir sofrimento ao outro, o que leva à proximidade e à procura de empatia (Cano & Leong, 2012), e que por sua vez é induzida através de comportamentos solícitos.

Por fim, chega-nos um modelo de cariz interpessoal, isto é, o Modelo da Empatia e Intimidade (Goubert et al., 2005), desenvolvido no sentido de explicar o processo da empatia na dor. Segundo os autores, o desenvolvimento do processo da empatia na dor depende das características dos observadores, que se traduzem em influências *top-down*, isto é, a sua experiência pessoal com a dor, e a catastrofização sobre a dor, contribuindo para a compreensão deste face à dor do outro. A empatia do observador é também influenciada por processos *bottom-up* relativos às características do paciente, estas passam sobretudo pelas suas expressões faciais e verbalizações da dor, e que contribuem ao mesmo tempo para o aumento do conhecimento do observador (Goubert et al., 2005). Deste modo, processos *top-down* e *bottom-up*, vão influenciar o conhecimento do observador acerca da dor manifestada pelo paciente, e consequentemente as suas respostas comportamentais e emocionais, que podem ser manifestadas através da sua ansiedade, ao seu evitamento, sentir a angústia do outro, sentir compaixão ou simpatia pelo paciente (Goubert et al., 2005).

De uma maneira geral, os modelos aqui descritos permitem-nos perceber melhor as diferentes perspetivas teóricas sobre o papel que outros significativos podem ter nas experiências de dor através das suas respostas aos comportamentos de dor e de bem-estar dos indivíduos. Esta dissertação procurará focar-se no papel que as respostas de suporte social de outros significativos podem desempenhar na adaptação à dor crónica. Em seguida, será feita uma introdução geral ao conceito de suporte social informal e uma revisão do estado-da-arte sobre o papel deste em contextos de dor crónica.

## **1.2. O Conceito Geral de Suporte Social**

O suporte social é um constructo vasto e diversificado, sendo um dos mais utilizados no ramo da Psicologia Social da Saúde. A sua ação positiva tem sido amplamente descrita na literatura, demonstrando ser um aliado fulcral em situações de stress, contribuindo para o seu alívio, assim como, no processo de adaptação às doenças e no processo de recuperação, contribuindo ainda

para a diminuição dos sintomas de depressão (Gallant et al., 2010; Santos et al., 2003; Cohen & Wills, 1985). Devido ao seu carácter multidimensional, este conceito é comumente associado a variados contextos, tais como, a capacidade de ter indivíduos próximos com quem se possa manifestar sentimentos íntimos, ou até mesmo utilizado em contextos aliados à definição de redes sociais e de contactos significativos para o indivíduo (Guterres, 2002). Contudo, e apesar da complexidade associada à conceptualização do suporte social, este pode ser definido como um processo de interação que se estabelece nas relações sociais e que permite uma constante edificação das respostas de *coping*, de estima, da pertença a grupos, e das competências de um indivíduo através de trocas de recursos físicos ou psicossociais (Gottlieb, 2000).

Quando falamos de suporte social é necessário ainda ter em conta duas dimensões aliadas a este conceito, nomeadamente, a sua função, e as fontes de suporte social. No que diz respeito às funções do suporte social, podemos tradicionalmente identificar quatro (Uchino, 2004), tais como: (a) função informativa, e que se encontra relacionada com o fornecimento de conselhos e informações; (b) função emocional, que se associa à partilha de expressões de afeto e de proteção; (c) a função instrumental, que diz respeito à ajuda comportamental/material, e por fim, (d) a função de pertença, aliada ao sentimento de pertença e de partilha.

É também possível fazer uma diferenciação ao nível do tipo de suporte que o indivíduo recebe, e que passa por duas fontes distintas, mas que se encontram intimamente relacionadas: o suporte social formal e o suporte social informal. O primeiro diz respeito ao suporte providenciado por estruturas sociais formais, tais como, programas governamentais, serviços médicos, e por profissionais, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, e que tem como objetivo principal fornecer assistência e capacidades aos indivíduos (Ribeiro, 2011). No que diz respeito ao suporte social informal, este caracteriza-se por ser um tipo de suporte fornecido aos indivíduos pelo seu círculo de amigos, pela sua família, e conhecidos, e que tem como principal objetivo dar resposta às ocorrências do dia a dia (Ribeiro, 2011).

Os benefícios do suporte social são nitidamente descritos ao nível da saúde dos indivíduos (Cohen & Wills, 1985), atuando ainda como um fator crucial no processo de recuperação e adaptação a uma doença (Wallston, Magna, Devellis, & Devellis, 1983). Este efeito direto e positivo que se verifica em torno do suporte social na saúde dos indivíduos pode ser explicado, uma vez que o suporte social disponível se traduz em recursos que podem ser utilizados pelos indivíduos em circunstâncias de necessidade (Matos, 2010), através da adoção de estados psicológicos positivos, e da aquisição de conhecimento que se traduz na adoção de condutas de saúde benéficas (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

Contudo, é de notar que o suporte social pode ser entendido como suporte social percebido ou suporte social recebido, sendo que este último será o foco desta dissertação. Assim, o suporte social recebido diz respeito ao suporte que um indivíduo diz ter recebido no passado, enquanto que o suporte social percebido se refere ao suporte que o indivíduo percebe como disponível para utilizar em caso de necessidade (Cramer, Henderson, & Scott, 1997). De uma maneira geral, acredita-se que o suporte social percebido atua como um moderador de potenciais eventos stressores, o que permite ao indivíduo um alívio de quaisquer sintomas psicológicos, como stress ou sintomas depressivos. O suporte social percebido tem sido demonstrado na literatura como sendo um importante recurso de proteção da saúde, aliviando o stress, ansiedade e depressão, sintomas fortemente associados à experiência da dor (Matos, 2010). Já os efeitos do suporte social recebido na saúde são, por vezes, ambíguos (Nurullah, 2012). Por um lado, existem estudos que demonstram que o suporte social recebido pode ter um efeito positivo na saúde e no bem-estar dos destinatários, associando-se positivamente à satisfação com a vida (Adriaansen, van Leeuwen, Visser-Meily, Van Des Bos & Post, 2011). Verificou-se que receber suporte do cônjuge estava relacionado com níveis mais baixos de angústia (Druley & Townsend, 1998). Numa meta-análise, Thorsteinsson e James (1999) descobriram que o suporte recebido estava relacionado à redução da frequência cardíaca, pressão arterial sistólica (PAS) e reatividade da pressão arterial diastólica (PAD). Contrariamente, outras pesquisas realizadas evidenciaram que o suporte social recebido está positivamente relacionado ao afeto negativo (Peeters & Le Blanc, 2001), à depressão (Frese, 1999) e a problemas de saúde mental (Iwata & Suzuki, 1997). Deelstra, Peeters, Schaufeli, Stroebe, Zijlstra & van Doornen (2003), demonstraram que numa amostra de trabalhadores, o suporte social recebido instrumental (em comparação com o não recebimento de nenhum tipo de apoio) induzia ao *stress* ao invés de o aliviar, podendo até ser interpretado como algo invasivo ou exigente. Estes resultados vêm assim reforçar a ambiguidade predominante dos efeitos do suporte social recebido, de como funciona e em que contexto.

A ambiguidade do papel do suporte social recebido também se constata em contextos de dor. Enquanto alguns estudos demonstram que níveis superiores de suporte social recebido se encontram associados a níveis mais baixos de incapacidade relacionada à dor (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs, Bijlsma, 2003; Hughes et al., 2014), outros estudos indicam que o suporte social pode ter um efeito no nível de incapacidade relacionada com a dor, contribuindo para a manutenção de comportamentos de dor (Romano, Jensen, Turner, Good, & Hops, 2000; Romano, Jensen, Schmaling, Hops, & Buchwald, 2009) e para a diminuição do bem-estar (Coty

& Wallston, 2010). Os efeitos negativos do suporte social recebido na dor e incapacidade são frequentemente encontrados quando as respostas de suporte são respostas de solicitude, i.e., caracterizam-se por uma atenção desmedida ao outro, por uma oferta sistemática de assistência, e são frequentemente associados a limiares superiores de dor, mais incapacidade e a uma diminuição da funcionalidade física e psicológica (Newton-John, 2002). Na experiência da dor, a família é vista como um elemento fulcral em todo o processo, tendo uma influência central na forma como o indivíduo gere a sua dor. Níveis de atenção elevados e a realização de todas as tarefas do paciente são exemplos de comportamentos, que de acordo com Turk, Kerns e Rosenberg (1992), podem ser potencializadores de um fraco ajustamento à doença.

É então que, a partir dos estudos realizados por Matos e Bernardes (Matos & Bernardes, 2013; Matos et al., 2016), demonstrando que o grau em que o suporte social recebido é benéfico depende do grau em que este promove autonomia funcional, emergem os conceitos de Perceção de Promoção de Autonomia (PPA) e de Perceção de Promoção de Dependência (PPD).

### **1.2.1. Perceção de Promoção de Autonomia/Perceção de Promoção de Dependência e Adaptação à Dor Crónica**

A autonomia funcional, remete-nos para a capacidade do indivíduo em realizar atividades da vida diária sem assistência (Pinsonnault et al., 2003). Quanto à dependência funcional, e como o próprio nome indica, refere-se à necessidade de assistência na realização de atividades da vida diária, comprometendo a sua autonomia (Matos & Bernardes, 2013). Deste modo, o suporte promotor de autonomia ou de dependência tem efeitos díspares no indivíduo e no modo como este lida com a dor e com o contexto que o rodeia.

Neste contexto surgem as noções de PPA, ou seja, as perceções de apoio instrumental, de estima, ou emocional que visam o reforço da autoestima e autoconfiança e manutenção da sua autonomia apesar da dor sentida, e de PPD, isto é, as perceções de apoio instrumental (substituindo as pessoas nas suas atividades do dia a dia), de estima, ou emocional que contribuem para uma diminuição da sua autoestima e manutenção de uma dependência face ao outro (Matos & Bernardes, 2013).

Os estudos realizados no âmbito desta temática, têm sido realizados sobretudo com idosos e em contextos formais de apoio, e os resultados têm demonstrado essencialmente que a PPA por parte dos idosos se encontra associada a uma menor incapacidade face à dor, enquanto que por sua vez, a PPD por parte dos idosos tem sido associada a uma maior incapacidade para a dor (Matos & Bernardes, 2013; Matos, Bernardes, Goubert & Carvalho 2015). Matos,

Bernardes, Goubert e Beyers, (2017), estudaram os efeitos da PPA/PPD na relação entre intensidade da dor e na incapacidade relacionada com a dor em idosos. Os autores verificaram que a PPA atuou como um amortecedor no efeito da intensidade da dor na incapacidade relacionada à dor. Contudo, concluiu-se que o suporte promotor de autonomia, que passa pela promoção da distração e do incentivo ao funcionamento, ainda que demonstre ter um efeito positivo ao nível intensidade da dor na incapacidade face à dor, necessita de ser proporcionado de uma maneira constante aos indivíduos, de modo a que estes percebam o suporte dado como relevante e constante (Matos et al., 2017). Ainda segundo as autoras, a PPA é encarada como uma função adaptativa do suporte social, amortecendo os efeitos nocivos da intensidade da dor na incapacidade relacionada com a dor, enquanto que a PPD, é tomado como uma função desadaptativa do suporte social, e que tem influência direta e negativa na incapacidade relacionada com a dor, sem ter necessário ter em conta a intensidade da dor.

Embora estes resultados mostrem que a PPA e PPD podem ter funções distintas no processo de adaptação à dor crónica, o facto de estes estudos terem sido realizados em contextos de suporte formal não nos permite avaliar os efeitos de PPA e PPD de um companheiro romântico nos processos de ajustamento à dor. Este será assim um dos primeiros objetivos desta dissertação. Nesta linha, um primeiro objetivo da dissertação passa por perceber a relação entre PPA e de PPD, fornecido pelos companheiros amorosos, ou seja, em contexto informal, em indivíduos com dor crónica, e da adaptação à dor, esperando-se que (H1) exista um efeito direto da PPA face a uma melhor adaptação à dor e que (H2) exista um efeito direto da PPD face a uma pior adaptação à dor.

Um segundo objetivo da presente dissertação passa por compreender o papel mediador da autoeficácia nestas relações. Quando falamos em dor crónica, há que dar o devido destaque ao papel da autoeficácia, que nos remete para a sua influência nas respostas de coping adotadas pelas pessoas com dor (Jackson, Wang, Wang & Fan, 2014), sendo um recurso de extrema importância no gerenciamento da dor crónica. Assim, na secção seguinte será abordada a temática da autoeficácia no contexto da dor crónica e adaptação à dor.

### **1.3. Autoeficácia e Dor Crónica**

A autoeficácia é um constructo fundamental no âmbito da dor crónica, tendo tido o seu destaque e a sua influência demarcada na literatura internacional. Esta conceção, desenvolvida por Bandura (1977), em circunstância da teoria da Aprendizagem Social, é definida por uma crença nas habilidades pessoais em realizar com sucesso tarefas ou comportamentos no sentido de se

alcançar um resultado ambicionável. Quando falamos em autoeficácia, é necessário ainda ter em conta outros dois constructos inerentes a este, nomeadamente a expectativa de autoeficácia e a expectativa de resultados. O primeiro, é definido em termos da crença de que se pode executar um comportamento e que nos levará a um determinado resultado. A expectativa de resultados, traduz-se na convicção pessoal de que a realização de um comportamento nos levará a atingir um resultado específico. Embora pareçam semelhantes, estes dois conceitos são distintos, uma vez que um indivíduo pode ter a convicção de que a realização de determinado comportamento produz um resultado, mas pode duvidar da sua capacidade de realizar ou manter esse mesmo comportamento, sendo a junção destes dois constructos que irá ter influência na capacidade do indivíduo para iniciar determinada ação, o seu esforço e persistência para lidar com eventuais stressores e manter os seus comportamentos (Bandura, 1977).

Assim, é de notar uma associação forte entre autoeficácia e comportamento. Segundo Cioffi (1991), existem pelo menos quatro mecanismos psicológicos que são vistos como fatores explicativos da associação entre autoeficácia e o resultado comportamental: (a) em primeiro lugar, acredita-se que a autoeficácia percebida diminua a ansiedade e respostas fisiológicas negativas, o que faz com que a pessoa consiga abordar as tarefas com uma carga emocional e física potencialmente menos angustiante; (b) o indivíduo tem capacidade para distrair e a atenção de sensações fisiológicas potencialmente ameaçadoras; c) o indivíduo tem consciência e fica angustiado perante certas sensações físicas, no entanto persiste simplesmente diante delas; e (d) as sensações assumem uma ampla distribuição de significados.

Quando abordamos o conceito de autoeficácia associado à dor crónica, esta define-se pela capacidade que o indivíduo apresenta de se envolver num comportamento específico ou numa ação com vista a alcançar os objetivos previamente demarcados, apesar da dor reportada (Nicholas, 2007). Tudo isto remete-nos para a sua singularidade, uma vez que é descrito na literatura como sendo um constructo com um papel extremamente demarcado na gestão dos sintomas associados à dor crónica (Daltroy, 1993).

A fim de se mensurar a relação entre autoeficácia e adaptação à vivência com a dor crónica foram realizados múltiplos estudos a nível internacional, e que atestam e validam o seu papel central no processo de adaptação à doença. Estudos realizados no âmbito da perceção de autoeficácia e da eficácia do tratamento em pacientes com dor crónica demonstraram que as crenças de autoeficácia se encontravam associadas ao nível de funcionalidade dos pacientes, bem como, à sua resposta ao tratamento (Chen et al., 2014). Assim, os pacientes com níveis mais elevados de autoeficácia consideraram sentirem-se melhores após o tratamento, e

demonstraram uma funcionalidade geral superior, com reduções significativas ao nível das respostas de dor e uma redução dos comportamentos de dependência.

A vasta literatura existente permite-nos delinear uma associação entre autoeficácia e incapacidade. De uma maneira geral, os estudos realizados discriminam a relação entre os dois determinantes, na medida em que os indivíduos com níveis mais elevados de autoeficácia tinham ao mesmo tempo níveis superiores de atividade, trabalham mais horas, e apresentavam níveis mais baixos de sofrimento psíquico, gravidade da dor e comportamentos de dor (Arnstein, 2000). Em contrapartida, indivíduos com autoeficácia mais diminuta e com dor intensa estão mais predispostos ao desenvolvimento de incapacidade e depressão (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris & Beasley, 1999). É de notar ainda a associação traçada na literatura entre autoeficácia e os comportamentos de dor relacionados com dor crónica. Comumente, quanto menores são as crenças de autoeficácia, mais são os comportamentos dolorosos e de evitamento da dor (Asghari & Nicholas, 2001).

No que diz respeito aos efeitos da autoeficácia na qualidade de vida de pacientes com dor crónica, verificou-se essencialmente uma associação positiva entre autoeficácia e qualidade de vida (Yazdi-Ravandi et al., 2012). Do lado oposto, concluiu-se que pacientes que apresentam níveis inferiores de autoeficácia, apresentam mais dificuldades no controlo dos sintomas da doença, e que posteriormente se revelam em piores resultados de saúde, tais como, mais dor, pior ajustamento físico e psicológico (Shifren, Park, Bennett & Morrell, 1999).

A autoeficácia também tem implicações importantes na adesão ao tratamento. Especificamente, pacientes com dor crónica que têm níveis mais altos de autoeficácia são mais motivados a seguir as recomendações de tratamento e a envolverem-se em comportamentos saudáveis, porque acreditam que têm maior probabilidade de sucesso (Gatchel et al., 2007).

Num estudo mais recente, Kalapurakkal, Carpino, Lebel e Simons (2014), examinaram o papel da autoeficácia e da aceitação da dor em jovens com dor crónica, com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos. Neste sentido, os resultados demonstraram que a autoeficácia e a aceitação da dor foram associadas a uma menor incapacidade por parte dos participantes, a um melhor funcionamento escolar e a menos sintomas depressivos. Especificamente, a autoeficácia da dor teve uma associação maior com menos incapacidade funcional, enquanto a aceitação da dor teve uma associação maior com sintomas menos depressivos e com um melhor funcionamento escolar. O estudo permitiu concluir que ambos

os processos de resiliência podem servir para interagir positivamente com o funcionamento e os sintomas da depressão, e que por sua vez permitiram um maior ajustamento à doença.

No que diz respeito à relação direta da autoeficácia com a intensidade da dor, a literatura demonstra que indivíduos com limiares superiores de autoeficácia tendem a demonstrar um funcionamento biopsicossocial superior, menor gravidade da dor (Bandura, O’Leary, Taylor, Gauthier & Gossard, 1987; Nicholas, 2007), menos comportamentos de dor (Buckelew et al., 1994), avaliando comumente a sua dor como menos intensa do que indivíduos com níveis de autoeficácia mais diminutos (Keefe, Lefebvre, Maixner, Salley & Caldwell, 1997).

Em jeito de conclusão, é possível constatar a importância da autoeficácia em processos de dor crónica, promovendo de uma maneira geral uma melhor resposta à dor e ao processo de adesão ao tratamento. Em seguida, será apresentada a relação da temática da autoeficácia, com o suporte social e as suas implicações no processo da dor crónica.

### **1.2.1. Autoeficácia, Suporte Social e Adaptação à Dor Crónica**

Na literatura, a autoeficácia tem sido expressamente descrita como um mecanismo através do qual o suporte social atua em resultados de saúde (Berkman et al., 2000). Contudo, esta relação apresenta uma visão antagónica uma vez que o suporte social tem sido continuamente associado como um facilitador ou como uma barreira da autoeficácia, dada à existência de estudos que ressaltam os seus efeitos positivos e/ou negativos para a saúde dos indivíduos (Benight & Bandura, 2004). Estudos realizados neste âmbito demonstram que redes de suporte social maiores estão associadas a níveis superiores de autoeficácia, e que por sua vez têm uma influência positiva ao nível da adesão aos tratamentos e dos sintomas, enquanto que a qualidade percebida do suporte social se encontra associada à autoeficácia para o gerenciamento de funções e sintomas, tais como o bem-estar geral e psicológico (Franks, Cronan & Oliver, 2004).

No que diz respeito à relação entre a PPA/PPD e autoeficácia, esta foi testada nos estudos de Matos, Bernardes e Goubert (2017) e Matos et al., (2017), um deles um estudo longitudinal de três meses. No primeiro estudo as autoras, que tinham como objetivo estudar a relação entre PPA/PPD e a incapacidade relacionada à dor, verificaram que a PPD previu uma maior incapacidade relacionada à dor, tendo sido esta relação totalmente mediada pela autoeficácia relacionada à dor, ou seja, a PPD levou a um aumento do nível de incapacidade face à dor devido à existência de níveis diminutos de autoeficácia relacionada com a dor. Relativamente ao segundo estudo, os resultados demonstraram que o efeito da PPA amorteceu

o efeito da intensidade da dor na incapacidade relacionada com a dor devido ao aumento da autoeficácia para lidar com a dor. Contudo, é de lembrar que os estudos desenvolvidos neste âmbito foram realizados em contexto formal, isto é, em que os principais provedores de suporte social eram profissionais ligados à área da saúde. O contexto informal apresenta bastantes lapsos no que diz respeito à literatura existente. Neste contexto, apenas Domingues (2012) se destacou, através da construção e validação de um instrumento, nomeadamente uma escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD\_DOR), desenvolvida no sentido de avaliar as perceções de suporte familiar associadas à promoção de autonomia e dependência na dor. Assim, considera-se essencial a realização de estudos em contexto informal, uma vez que é um campo que se encontra lesado em termos de conhecimento, demarcando a necessidade de se testar o papel mediador da autoeficácia e os seus possíveis efeitos na relação entre PPA/PPD e a Adaptação à Dor Crónica, Stress, Ansiedade e Depressão.

Assim, o segundo objetivo desta dissertação é o de testar o papel mediador da autoeficácia para lidar com a dor na relação entre PPA e PPD do parceiro romântico na adaptação à dor crónica, avaliando também os efeitos noutros indicadores de ajustamento à dor crónica, tais como, o stress, ansiedade e depressão, uma vez que os estudos realizados anteriormente apenas se focaram na avaliação dos efeitos de PPA e PPD na incapacidade associada à dor. É esperado que (H3/H4) a autoeficácia medeie as relações entre PPA/PPD e adaptação à dor.

## Capítulo II- Método

### 2.1. Amostra

Dos 206 indivíduos que acederam ao protocolo online, 94 foram eliminados por não terem respondido na totalidade aos questionários, um por não ter nenhuma relação amorosa e um por não ter dor crónica. Deste modo, a amostra em estudo foi composta por 110 indivíduos com dor crónica, dos quais 101 eram do sexo feminino (91,8%). A idade dos participantes estava compreendida entre os 18 e os 75 anos ( $M \equiv 42,44$ ;  $DP = 12,56$ ). No que diz respeito ao estado civil, pôde-se verificar que 60 (54,5%) eram casados, 27 (24,5%) estavam em união de facto, 16 (14,5%) eram solteiros, e os restantes 7 estavam divorciados (5,5%) ou eram viúvos (0,9%). Todos os participantes estavam atualmente envolvidos numa relação amorosa, sendo a duração média das relações aproximadamente de 14,61 anos ( $DP=11,67$ ), tendo a relação mais recente começado há somente quatro meses e a relação mais longa há 45 anos. Ao mesmo tempo verificou-se que 89 (81,7%) respondentes afirmaram viver com o companheiro/a, sendo que 99 (90,0%) respondentes afirmaram que o seu parceiro era do sexo masculino.

Relativamente ao nível de escolaridade, constatou-se que 40 (36,4%) possuíam o 12º ano e 36 (32,7%) tinham o bacharelato/licenciatura, o que demonstra ser na grande maioria uma amostra com níveis de escolaridade mais elevados. Verificou-se também que 22 (20,0%) respondentes indicaram que detinham outro nível de escolaridade, como por exemplo, 10 (9,1%) afirmaram ter mestrado concluído, 4 (3,6%) o doutoramento, 2 (1,2%) um curso profissional, 1 (0,6%) um curso técnico superior profissional. 10 (9,1%) respondentes atestaram ter o 9º ano e 2 (1,8%) indicaram ter o 6º ano. De seguida, a análise da situação laboral demonstrou que metade dos respondentes (55; 50%) eram trabalhadores a tempo inteiro, 10 (9,1%) eram estudantes, 10 (9,1%) já se encontravam reformados, 7 (6,4%) estavam desempregados, 5 (4,5%) estavam empregados mas em situação de baixa médica, 4 (3,6%) estavam empregados mas apenas a tempo parcial, 3 (2,7%) eram domésticos(as). Os restantes respondentes (16; 14,5%) indicaram uma outra situação laboral não identificada.

No que diz respeito às variáveis associadas à saúde, apurou-se que, em média, os indivíduos já possuíam dor há 11,63 anos ( $DP=8,73$ ), variando a duração da dor entre 3 meses e 43 anos. No que concerne, ao diagnóstico de problemas de saúde, a maioria afirmou já ter um diagnóstico médico (90,0%), sendo os mais reportados, Fibromialgia (35,2%) e Artrite Reumatóide (17,1%). Por fim, relativamente à localização das dores, 54 (49,1%) respondentes revelaram que tinham dores no corpo todo, 43 (39,1%) na coluna, 39 (35,5%) nas

pernas/joelhos, 35 (31,8%) na cabeça/pescoço, 33 (30,0%) nos braços/ombros, 30 (27,3%) nas mãos/pulsos, 23 (20,9%) nos pés.

## **2.2. Design do Estudo e Instrumentos**

O presente estudo apresenta uma natureza quantitativa e correlacional, sendo especificamente um estudo por inquérito. Neste, foram estudadas seis variáveis, nomeadamente, o Suporte Social Recebido (PPA/PPD), que assume o estatuto de variável preditora; a Intensidade e Grau de Interferência da dor, a Ansiedade, a Depressão e o Stress, assumindo o estatuto de variáveis resultado indicadoras do grau de ajustamento à dor crónica; e por fim, a Autoeficácia face à dor, assumindo-se como variável mediadora. No sentido de mensurar cada variável, foram utilizados cinco instrumentos que serão descritos pormenorizadamente em seguida, sendo estes: a Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD\_DOR), o Inventário Resumido da Dor (BPI), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), e por último, a Escala de Autoeficácia para a Dor Crónica.

### **2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD\_DOR)**

A ESIAD\_DOR é uma escala de suporte informal desenvolvida e validada para a população portuguesa (Domingues, 2012), tendo sido utilizada com o objetivo de avaliar as perceções de suporte familiar. Esta é constituída por 12 itens que avaliam as perceções de frequência de suporte social recebido. Esta escala apresentou uma estrutura fatorial de quatro dimensões intercorrelacionadas, com três itens cada: (a) perceções de suporte instrumental promotor de autonomia (PPA-instrumental; e.g. Quando estou com dores, os elementos da minha família ajudam-se na preparação das minhas refeições (ex.: alcançar utensílios)); (b) perceções de suporte instrumental promotor de dependência (PPD\_instrumental; e.g. Quando estou com dores, os elementos da minha família fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa); (c) perceções suporte emocional/estima promotor de autonomia (PPA\_emocional; e.g. Quando estou com dores, os elementos da minha família motivam-me para fazer exercício físico), e (d) perceções suporte emocional/estima promotor de dependência (e.g. Quando estou com dores, os elementos da minha família aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer). Relativamente à escala de resposta, esta é uma escala de 5 pontos, em que 1 corresponde a “nada frequente” e 5 corresponde a “extremamente frequente”. O estudo original da ESIAD\_DOR mostra que este é um instrumento com qualidades psicométricas razoáveis, apresentando bons valores de fidelidade interna e sensibilidade, assim como, indicadores de

validade de conteúdo, de critério e convergente/divergente, o que permite a medição da percepção de suporte promotor de autonomia (PPA) e dependência (PPD), provenientes do suporte emocional e instrumental, cedido pelo círculo de familiares do indivíduo (Domingues, 2012).

Relativamente às qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo, estas foram um pouco distintas das obtidas na versão original. Aquando da realização de uma primeira análise fatorial em eixos principais constatou-se a necessidade de exclusão de um item referente à PPA instrumental “Quando estou com dores o meu parceiro auxilia-me no contacto com entidades (ex., banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente”, e de um outro item referente à PPD emocional “Quando estou com dores o meu parceiro desaconselha-me a realizar exercício físico”, uma vez que se verificou que com a sua retirada, a solução final melhorava significativamente. A solução final da análise fatorial em eixos principais com rotação varimax (KMO = 0,827; Bartlett’s  $\chi^2$  (45) = 504,557,  $p < 0,001$ ), tendo em conta o critério de Kaiser, extraiu dois fatores que explicam 71,9% da variância total: (1) Percepção de Promoção de Autonomia (PPA; n=5 itens) e (2) Percepção de Promoção de Dependência (PPD; n= 5 itens). Estes fatores apresentam muito boa fidelidade interna (PPA  $\alpha = 0,84$  e PPD  $\alpha = 0,81$ ). Os indicadores de PPA e PPD foram calculados através da média dos respetivos itens; valores mais elevados do indicador referem-se a níveis mais elevados de suporte promotor de autonomia (PPA)/dependência (PPD).

### **2.2.2. Inventário Resumido da Dor (BPI)**

A fim de se mensurar a severidade da dor, isto é, a intensidade da dor e a interferência que a dor tem na vida das pessoas, foi utilizado o Inventário Resumido da dor (Azevedo et al., 2007), escala adaptada à população portuguesa, através do instrumento original intitulado de *Brief Pain Inventory* (BPI) (Cleeland, 1989). No total, a escala é constituída por 15 itens que avaliam a existência da dor, a sua severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas utilizadas e a eficácia do tratamento na expressão da dor. Contudo, no presente estudo foram utilizados apenas os itens referentes à intensidade e ao grau de interferência da dor. A escala de intensidade da dor é composta por quatro itens questionando o mínimo e o máximo de dor, em média relativamente à última semana e no preciso momento, variando numa escala de resposta de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor que se pode imaginar). Já a escala da interferência da dor é constituída por sete itens relacionados com o nível de interferência que a dor teve na última semana, na atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho

normal, relações com as outras pessoas, sono e prazer de viver, sendo que a sua escala de resposta varia de 0 (não interferiu) a 10 (interferiu completamente).

Relativamente às qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo, estas foram bastante semelhantes às que foram obtidas na versão original e portuguesa. Nesse sentido realizou-se uma análise fatorial em eixos principais com rotação varimax ( $KMO = 0,879$ ; Bartlett's  $\chi^2(45) = 613,145$ ,  $p < 0,001$ ) que, tendo em conta o critério de Kaiser, extraiu dois fatores: (1) severidade da dor e (2) interferência da dor – que explicam, aproximadamente, 68% da variância total. Tanto a escala de severidade ( $\alpha = 0,87$ ) e de interferência ( $\alpha = 0,88$ ) da dor mantiveram, à semelhança das escalas originais uma muito boa fidelidade interna. De frisar, que foi retirado um item presente na escala original, referente à escala de Interferência, nomeadamente “Durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua: atividade geral”, dado que as qualidades psicométricas da solução final eram superiores com a retirada do item. Os indicadores de severidade e interferência da dor foram calculados através das médias dos respetivos itens, sendo que valores mais elevados correspondem a dor mais intensa e incapacitante.

### **2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)**

A escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), é uma adaptação para a língua portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995). A escala original é composta por 42 itens, contudo na presente dissertação foi utilizada a versão portuguesa reduzida de 21 itens (Pais-Ribeiro et al., 2004), encontrando-se divididos em três dimensões cada uma composta por sete itens – ansiedade (e.g. Senti a minha boca seca), depressão (e.g. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo) e stress (e.g. Tive dificuldades em me acalmar), sendo estes avaliados numa escala de Likert variando de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplicou-se a mim maior parte das vezes).

As qualidades psicométricas da EADS-21, na presente amostra foram bastante próximas às obtidas na versão original. Uma análise fatorial em eixos principais com rotação varimax ( $KMO = 0,921$ ; Bartlett's  $\chi^2(210) = 1548,159$ ,  $p = 0,000$ ), tendo por base o critério de Kaiser, extraiu os três fatores esperados que explicam 63,5% da variância total. As boas qualidades psicométricas foram evidentes tanto para a Depressão ( $\alpha=0,90$ ), como para a Ansiedade ( $\alpha=0,84$ ) e para o Stress ( $\alpha=0,90$ ). Os indicadores de Depressão, Ansiedade e Stress foram

calculados através das médias dos respetivos itens, sendo que valores mais elevados correspondem a maiores níveis de Depressão, Ansiedade e Stress.

#### **2.2.4. Escala de Autoeficácia para a Dor Crónica**

A Escala de Autoeficácia para a Dor Crónica (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2011), versão portuguesa do *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (Nicholas, 2007), é um instrumento é composto por 10 itens que estimam o quanto o indivíduo, apesar da sua dor, está confiante na sua capacidade para conseguir realizar uma determinada atividade, a fim de atingir um determinado objetivo (e.g. Consigo lidar com a dor na maior parte das situações; Consigo ser cada vez mais ativo/a, apesar da dor.). Cada item é respondido através de uma escala de Likert, que varia desde 0 (nada confiante) até 6 (totalmente confiante), em que, pontuações mais elevadas demonstram níveis superiores de autoeficácia.

No que diz respeito às qualidades psicométricas da escala na amostra em estudo, estas foram próximas às obtidas na versão original e portuguesa. Assim, realizou-se uma vez mais uma análise fatorial em eixos principais com rotação varimax ( $KMO = 0,916$ ; Bartlett's  $\chi^2 (45) = 906,547$ ,  $p = 0,000$ ), tendo sido apenas extraído um fator que explica 66,1% da variância total. Quanto às qualidades psicométricas, obteve-se para autoeficácia ( $\alpha=0,94$ ) uma fidelidade interna muito boa, mantendo assim um valor muito semelhante ao valor da escala original. O indicador de autoeficácia foi calculado através da média dos 10 itens, sendo que valores mais elevados dizem respeito a níveis de autoeficácia mais elevados.

### **2.3. Procedimento**

Em primeiro lugar, é de notar que todo o estudo foi realizado em conformidade com as normas éticas do ISCTE-IUL, bem como do artigo 7 do código referente à investigação em Psicologia, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011), tendo-se garantido a voluntariedade e a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Relativamente ao desenrolar de todo o processo, deu-se início ao desenvolvimento do protocolo de dados. Ou seja, desenvolveu-se um consentimento informado, procuraram-se questionários sociodemográficos e clínicos, verificaram-se as variáveis que iriam ser estudadas ao longo do projeto, e identificaram-se os questionários adaptados à população portuguesa que iriam servir para mensurar cada variável. Com a primeira versão do protocolo de dados feita, foram realizados vários pré-testes no sentido de verificar o impacto que o questionário final tinha nos possíveis participantes, se era ou não demasiado extenso, no sentido de serem realizados

pequenos ajustes para maximizar o número de respondentes. Após esse *feedback* inicial, efetuou-se a realização de todas as alterações, e procedeu-se à divulgação do questionário final (Anexo A), através de um link concebido através da plataforma *Qualtrics*.

Deste modo, deu-se início à recolha de dados no dia 29 de Fevereiro de 2020, e concluiu-se a mesma no dia 5 de Maio de 2020. Considera-se que a amostra foi recolhida através do método de amostragem não probabilística bola de neve, através da divulgação do questionário nas redes sociais (*Instagram* e *Facebook*), onde eram descritos de forma clara os critérios de inclusão (ter mais que 18 anos, ter dor crónica e estar numa relação amorosa), e referida a possibilidade de participarem num sorteio de dois vouchers de 50€.

Com o objetivo de se encontrar um público mais específico, realizou-se um pequeno levantamento de algumas associações existentes no âmbito da dor crónica, pois considerou-se ser um meio alternativo e facilitador na divulgação do questionário. Posteriormente à fase da seleção das associações, foi efetuado um contacto com as mesmas (e.g. Myos Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica; Fibro- Associação Barcelense de Fibromialgia e Doenças Crónicas; Força 3P- Associação de Pessoas com Dor; Andar- Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, e APJOF- Associação Portuguesa de Fibromialgia), no sentido de explicar sumariamente o estudo, e pedindo ao mesmo tempo a divulgação dos questionários. Foi ainda feito um contacto diretamente com os participantes que estavam inseridos em grupos de suporte à dor crónica.

#### **2.4. Análise de Dados**

Relativamente ao tratamento dos dados, em primeiro lugar extraíram-se os dados recolhidos para serem posteriormente analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (IBM à SPSS à Statistics)*, versão 26, no sentido de se realizar uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e conferir as propriedades psicométricas das medidas utilizadas. Ao mesmo tempo analisou-se a distribuição das variáveis do modelo com estatística descritiva e as intercorrelações entre as mesmas variáveis.

Posteriormente, e no sentido de se testar a hipótese da mediação, foram testados 10 modelos de via *software* PROCESS (macro Hayes), desenvolvido por Hayes (2012), nomeadamente: cinco modelos em que a PPA assumiu um estatuto de variável preditora, e o nível de autoeficácia assumiu o papel de variável mediadora, mudando somente a variável resultado, nomeadamente: (1) severidade da dor; (2) intensidade da dor; (3) ansiedade; (4) depressão e (5) stress; e outros cinco modelos com a mesma variável mediadora e as mesmas variáveis resultado, sendo que a PPD assumiu um estatuto de variável preditora.

## Capítulo III- Resultados

### 3.1. Estatísticas Descritivas e Correlações

No quadro 3.1 é possível verificar que os participantes demonstraram um nível moderado a alto de PPA e autoeficácia para lidar com a dor. Quanto à PPD, severidade da dor e interferência da dor, stress, ansiedade, depressão, os participantes reportaram, de uma maneira geral, níveis moderados.

Ao analisarmos a assimetria, é possível verificar que a distribuição da Depressão e da Ansiedade é assimétrica positiva. Quanto às restantes variáveis, isto é, a PPA, PPD, Severidade da Dor, Interferência da Dor, Stress e Autoeficácia é assimétrica negativa. No que diz respeito à distribuição da Kurtose é possível verificar que estamos presente distribuições mais achatadas em todas as variáveis, denominando-se de distribuição platicúrtica.

#### Quadro 3.1

*Estatísticas descritivas das variáveis do modelo*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis		
							<i>Erro Padrão</i>	<i>Erro Padrão</i>	
PPA	110	1,00	5,00	3,78	,94	-,71	,23	-,10	,46
PPD	109	1,00	5,00	3,10	1,06	-,22	,23	-1,01	,46
Severidade Dor	109	1,00	9,00	5,46	1,83	-,13	,23	-,52	,46
Interferência Dor	109	,50	10,00	5,22	2,35	-,21	,23	-,80	,46
Stress	109	,00	3,00	1,63	,78	-,09	,23	-,78	,46
Depressão	108	,00	3,00	1,17	,81	,66	,23	-,54	,46
Ansiedade	110	,00	2,86	1,23	,75	,31	,23	-,97	,46
Autoeficácia	109	,20	5,90	3,53	1,28	-,21	,23	-,39	,46

O quadro 3.2 demonstra as correlações entre as variáveis do modelo. Como podemos observar, a PPA possui uma correlação fraca e positiva com a Autoeficácia, não estando significativamente associada a qualquer uma das variáveis resultado. A PPD não apresenta qualquer associação significativa com as variáveis resultado e mediadora. A Autoeficácia apresenta associações negativas moderadas com a Severidade e Grau de Interferência da Dor, Depressão, Ansiedade e Stress.

### Quadro 3.2

*Correlações entre as variáveis do modelo*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. PPA	-							
2. PPD	,509**	-						
3. Severidade Dor	-,058	-,015	-					
4. Interferência Dor	-,173	-,003	,585**	-				
5. Stress	-,056	-,136	,036	,263**	-			
6. Depressão	-,104	-,155	,131	,332**	,781**	-		
7. Ansiedade	-,023	-,141	,127	,326**	,829**	,802**	-	
8. Autoeficácia	,241*	,007	-,481**	-,558**	-,380**	-,444**	-,412**	-

\*\*\* $p \leq .001$  \*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

### 3.2. Resultados PPA

No quadro 3.3 é possível observar os resultados dos efeitos entre a PPA e as variáveis resultado e a variável mediadora. Assim, verifica-se que os resultados da PPA e das respectivas variáveis resultado são bastante consistentes. Em primeiro lugar, podemos observar que a variável preditora, isto é, a PPA não apresenta em nenhum dos cinco modelos um efeito total ou direto significativo sobre as variáveis resultado, indo ao encontro do padrão de resultados apresentados no quadro 3.3. Contudo, em todos os modelos, maior PPA prediz significativamente maior autoeficácia para lidar com a dor e maior autoeficácia menor a severidade e grau de interferência da dor, ansiedade, depressão e stress. A análise dos intervalos de confiança dos efeitos indiretos permite afirmar que em todos os cinco modelos as relações entre PPA e as variáveis resultado foram mediadas pela autoeficácia.

### Quadro 3.3

*Resultados dos modelos de mediação testados com PPA como variável preditora e autoeficácia para lidar com a dor como processo mediador*

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Predictoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito Total (c)
						ab	95% IC	
Severidade Dor	PPA	Autoeficácia	,325*	-,711***	,119	-,231	-,455 a -,029	-,112
Interferência Dor	PPA	Autoeficácia	,325*	-,104***	-,100	-,330	-,634 a -,047	-,430
Stress	PPA	Autoeficácia	,317*	-,239***	,030	-,076	-,160 a -,009	-,046
Depressão	PPA	Autoeficácia	,313*	-,282***	-,002	-,088	-,185 a -,007	-,090
Ansiedade	PPA	Autoeficácia	,325*	-,255***	,065	-,083	-,157 a -,014	-,018

\*\*\* $p \leq .001$  \*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

### 3.3. Resultados PPD

O quadro 3.4 dá destaque aos resultados dos efeitos entre a PPD, as respetivas variáveis resultado e a variável mediadora. Em conformidade com os resultados obtidos com a PPA, verificamos que a variável preditora, ou seja, a PPD não apresenta qualquer efeito direto ou total significativo nas variáveis resultado. Não se verificam, ainda, efeitos significativos de PPD sobre a autoeficácia ou efeitos indiretos de PPD sobre as variáveis resultado via a autoeficácia.

### Quadro 3.4

*Resultados dos modelos de mediação testados com PPD como variável preditora e a autoeficácia para lidar com a dor como processo mediador*

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Predictoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito Total (c)
						ab	95% IC	
Severidade Dor	PPD	Autoeficácia	,007	-,689***	-,021	-,005	-,152 a ,150	-,026
Interferência Dor	PPD	Autoeficácia	,009	-,1032***	,003	-,009	-,227 a ,206	-,006
Stress	PPD	Autoeficácia	-,001	-,234***	-,101	,000	-,052 a ,054	-,101
Depressão	PPD	Autoeficácia	-,008	-,283***	-,121	,002	-,060 a ,066	-,119
Ansiedade	PPD	Autoeficácia	,008	-,243***	-,098	-,002	-,052 a ,052	-,100

\*\*\* $p \leq .001$  \*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$



## Capítulo IV- Discussão

O primeiro objetivo deste estudo foi tentar perceber a relação de PPA e PPD por parte dos companheiros amorosos e a adaptação à dor, junto de uma amostra da população portuguesa com dor crónica. Foram delineadas inicialmente duas hipóteses. Segundo a primeira hipótese (H1) esperava-se que quanto mais a PPA, melhor a adaptação à dor crónica, isto é, menor a incapacidade associada à dor, menos ansiedade, depressão e stress. Hipotetizou-se ainda (H2) que quanto maior a PPD, pior a adaptação à dor crónica, isto é, maior incapacidade associada à dor, mais ansiedade, depressão e stress. Um outro objetivo passou por explorar o papel mediador da autoeficácia na relação entre a PPA/PPD e a adaptação à dor, sendo que se esperava que (H3 e H4) a relação entre a PPA/PPD e a adaptação à dor fosse mediada pela autoeficácia para lidar com a dor.

Os estudos desenvolvidos no âmbito desta temática em contextos formais (Matos & Bernardes 2013; Matos et al., 2015), demonstraram que a PPA se encontrava associada a uma menor incapacidade face à dor, e que por sua vez, a PPD estaria associada a uma maior incapacidade para a dor. Deste modo, era esperado que quanto maior PPA, menor a incapacidade face à dor, Stress, Depressão e Ansiedade, no entanto tal não se verificou, não corroborando a H1 e não indo ao encontro da literatura existente. Contudo, e à semelhança dos estudos anteriores (Matos, Bernardes & Goubert, 2017), verificou-se que quanto maior a PPA, maiores eram também os níveis de Autoeficácia para lidar com a dor. De uma maneira geral, a literatura existente em redor da autoeficácia em processos de dor remete-nos para que níveis superiores de autoeficácia se associem a níveis mais baixos de sofrimento psíquico, gravidade da dor, comportamentos de dor (Arnstein, 2000), menor incapacidade (Kalapurakkel et al., 2014) e menos comportamentos de dor (Buckelew et al., 1994). Os resultados obtidos face à relação entre o nível de Autoeficácia e os indicadores de ajustamento face à dor demonstraram que quanto mais elevados eram os níveis de Autoeficácia, menor era a Severidade e Intensidade da Dor, Stress, Depressão e Ansiedade, ocorrendo na mesma linha da literatura. No presente estudo, verificou-se que níveis superiores de PPA resultaram em menor incapacidade associada à dor, Stress, Depressão e Ansiedade, porque existiram níveis superiores de Autoeficácia, suportando o papel mediador da autoeficácia e indo ao encontro da H3. Matos et al., (2017), concluíram que o efeito da PPA amorteceu o efeito da intensidade da dor na incapacidade relacionada com a dor devido ao aumento da autoeficácia para lidar com a dor, contudo neste caso, a PPA tinha um estatuto de variável moderadora e não de variável preditora.

Relativamente à relação entre PPD e à Severidade/Intensidade da Dor, Stress, Depressão e Ansiedade, o esperado era que quanto maior fosse a PPD, a Severidade e Incapacidade associada à Dor, o Stress, Depressão e Ansiedade fossem também maiores. No entanto, tal não se verificou, não indo ao encontro da H2, nem confirmando os estudos existentes (Matos e Bernardes 2013; Matos et al., 2015; Matos, Bernardes & Goubert, 2017).

Uma vez que Matos, Bernardes e Goubert (2017) verificaram que a PPD previu uma maior incapacidade relacionada à dor, tendo sido esta relação totalmente mediada pela Autoeficácia relacionada à dor, era esperado um efeito mediador por parte da Autoeficácia no presente estudo, contudo, este não foi encontrado, não corroborando a H4, contrariando assim a literatura pré-existente.

Como é possível verificar, das quatro hipóteses previstas previamente apenas uma, nomeadamente, PPA e adaptação à dor mediada pela Autoeficácia, se confirmou. No entanto não é claro o porquê de as hipóteses formuladas não terem ido na sua grande maioria ao encontro das hipóteses esperadas, o que reforça de facto a necessidade da realização de mais estudos da presente temática. Em suma, a partir no presente estudo, podemos concluir que para os indivíduos que têm dor crónica, a PPD por parte do companheiro romântico, na presente amostra, não está associada ao ajustamento à dor crónica, mas que a PPA parece ser um recurso importante sobretudo por via da Autoeficácia, em que os indivíduos que têm mais PPA reportam melhor ajustamento à dor crónica porque têm uma maior autoeficácia para lidar com a dor.

#### **4.1. Limitações e Contribuições do Estudo**

Ainda que os resultados obtidos com o presente estudo não tenham ido ao encontro de todas as hipóteses formuladas, estes foram consistentes. Contudo, é necessário identificar certas limitações, que poderão ter influenciado alguns dos resultados obtidos, e que deverão ter-se em conta em investigações futuras.

Um aspeto bastante saliente e que pode ser apontado como limitação, foi a grande discrepância encontrada entre inquiridos do sexo feminino (superiores a 90%) e do sexo masculino. Uma vez que a literatura aponta algumas diferenças entre mulheres e homens em aspetos diferenciados relativamente à experiência de dor (Stubbs et al., 2010), o facto de se tentar procurar ter uma amostra mais homogénea poderá ser um aspeto a ter em conta em investigações futuras. Um outro fator a ter em conta para as limitações do estudo, é o facto de a dissertação compreender um estudo correlacional, o que implica uma não testagem de relações causais entre as variáveis do modelo aqui apresentado.

Apesar das limitações apresentadas, a presente dissertação acarreta algumas contribuições. Efetivamente este estudo contribuiu para que se conseguisse entender a relação entre PPA/PPD e adaptação à dor em contextos informais, sendo uma mais valia nesse sentido, ao mesmo tempo que se explorou o papel da autoeficácia.

Ainda que não tenha apresentado os resultados esperados quanto à Percepção de Promoção de Dependência e aos *outcomes* estudados, demonstrou efetivamente que a Percepção de Promoção de Autonomia poderá contribuir para uma melhor adaptação à doença, devido à existência de níveis superiores de autoeficácia, enaltecendo o seu papel central em situações de dor crónica.

Como estudos futuros, seria interessante estudar o papel mediador de outras variáveis que possam influenciar a relação entre PPA/PPD e adaptação à dor crónica, tais como por exemplo a catastrofização.

Estudos realizados em contexto formal no âmbito da presente temática testaram o papel moderador da PPA da intensidade da dor na adaptação à dor crónica. Poderia ser interessante testar o mesmo, mas em contexto informal.

Por fim, poderia ser interessante ao mesmo tempo e em contexto informal, verificar se existe alguma diferença entre homens e mulheres face à PPA e PPD, no processo de adaptação à dor crónica. Conclui-se assim que a presente dissertação contribui com um pequeno avanço no entendimento da relação entre PPA/PPD e adaptação à dor em contexto informal, abrindo asas ao estudo de outros *pain-related outcomes* centrais em casos de dor crónica, e que ainda não tinha sido testada a sua relação.



## Referências

- Adams, L. M., & Turk, D. C. (2015). Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Current rheumatology reviews*, 11(2), 96-108. doi: 10.2174/1573397111666150619095330
- Adriaansen, J. E., van Leeuwen, C., Visser-Meily, J., van den Bos, G. M., & Post, M. M. (2011). Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Patient Education and Counseling*, 85(2), e48-e52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.011>
- Andrade, F. A., Pereira, L. V., & Sousa, F. A. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>
- Antunes, H. S. A. (2017). *Análise do percurso clínico de um paciente com dor crónica em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa (ISEGI), Lisboa, Portugal.
- Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and rehabilitation*, 22(17), 794-801. doi: 10.1080/09638280050200296
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80(3), 483-491. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(98\)00220-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(98)00220-6)
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94(1), 85-100. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00344-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00344-x)
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 17(1), 87-98. doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-37.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 53(3), 563. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.53.3.563>
- Batalha, L. M., Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., & Miguens, A. P. M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability em crianças. *Revista Referência*, no10, pp. 7-14. doi: 10.12707/RIII12101
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1129-1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>

- Berkman, L.F., Glass, T., Brissete, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integrations to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine*, 51, pp. 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bernardes, S. F., Forgeron, P., Fournier, K., & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness: a comprehensive review on informal pain-related social support. *Pain*, 158(11), 2066-2076. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001033
- Buckelew, S. P., Parker, J. C., Keefe, F. J., Deuser, W. E., Crews, T. M., Conway, R., ... & Hewett, J. E. (1994). Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 59(3), 377-384. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90024-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90024-8)
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-287. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Post, K. M., Smith, D. A., Porter, L. S., Schuster, E., ... & Keefe, F. J. (2015). The communal coping model of pain catastrophizing in daily life: a within-couples daily diary study. *The Journal of Pain*, 16(11), 1163-1175. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.005>
- Cano, A., Leong, L., Hasenbring, M. I., Rusu, A. C., & Turk, D. C. (2012). Significant others in the chronicity of pain and disability. In *From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications* (pp. 339-354). Oxford University Press, Oxford, UK. <https://dx.doi.org/10.1093/med/9780199558902.003.0096>
- Carvalho, M. M. M. J. (1999). Dor: um estudo multidisciplinar. *São Paulo: Summus*, 7-8.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). Pain proposal: A dor crónica em Portugal.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.1.25>
- Chen, A. M., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M., & Plake, K. S. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378-386. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001
- Clarke, A., Anthony, G., & Gray, D. (2012). "I feel so stupid because I can't give a proper answer" How older adults describe chronic pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-78>
- Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C. R. Chapman & J. D Loeser (Eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, 391 - 403. New York: Raven Press. doi: 10.1016/0304-3959(90)91174-H
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychology*, 59(8), 676-684. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, pp. 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Coty, M. B., & Wallston, K. A. (2010). Problematic social support, family functioning, and subjective well-being in women with rheumatoid arthritis. *Women & health*, 50(1), 53-70. <https://doi.org/10.1080/03630241003601079>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775. <https://doi.org/10.1177%2F0265407597146003>
- Cunha, L., & Mayrink, W. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120-124.

- Daltroy, L. H. (1993). Doctor-patient communication in rheumatological disorders. *Baillière's clinical rheumatology*, 7(2), 221-239. [https://doi.org/10.1016/s0950-3579\(05\)80087-1](https://doi.org/10.1016/s0950-3579(05)80087-1)
- Deelstra, J. T., Peeters, M. C., Schaufeli, W. B., Stroebe, W., Zijlstra, F. R., & van Doornen, L. P. (2003). Receiving instrumental support at work: when help is not welcome. *Journal of applied psychology*, 88(2), 324. doi: 10.1037/0021-9010.88.2.324
- Descartes, R. (1949). Les principes de la philosophie. Em A. Bridoux (Org.). Descartes Oeuvres et lettres (pp. 415-532). Paris: Gallimard. (Original publicado em 1644).
- Domingues, M. S. S. (2012). Construção e validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD\_DOR). (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- Druley, J. A., & Townsend, A. L. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: A comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17, 255-261. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.17.3.255>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 9, 457. <https://doi.org/10.2147/jpr.s105892>
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295 – 1310. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00036-6
- European Commission. (2007). *Health in the European Union*. Europa: Eurobarometer.
- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*, 6(6), e010364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>
- Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L. P., & Jensen, M. P. (2011). Psychometric properties of the portuguese version of the pain self-efficacy questionnaire.
- Fordyce, W. E. (1976). Behavioral concepts in chronic pain and illness. In *The behavioral treatment of anxiety and depression and pain*. Bruner & Mazel, New York.
- Franks, H. M., Cronan, T. A., & Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity?. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 425-438. <https://doi.org/10.1002/jcop.20011>
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 179-192. doi: 10.1037/1076-8998.4.3.179
- Friesssem, C. H., Willweber-Strumpf, A., & Zenz, M. W. (2009). Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health*, 9(1), 299. doi:10.1186/1471-2458-9-299
- Gallant, M. P., Spitze, G., & Grove, J. G. (2010). Chronic illness self-care and the family lives of older adults: A synthetic review across four ethnic groups. *Journal of cross-cultural gerontology*, 25(1), 21-43. <https://doi.org/10.1007/s10823-010-9112-z>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gottlieb, B. H. (2000). Selecting and planning support interventions. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A*

- guide for health and social scientists (pp. 195-220). New York: Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0006>
- Goubert, L., Craig, K. D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M. J. L., de CAC, W., ... & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain, 118*(3), 285-288. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.pain.2005.10.025>
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29*(2), 100-107. doi: 10.1016/S0870-9025(11)70013-X
- Guterres, M. C. M. R. B. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain clinical updates, 11*(2), 1-4.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper].
- Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Povoski, S. P., Lipari, A. M., ... & Malarkey, W. B. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology, 42*, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.016>
- Iwata, N., & Suzuki, K. (1997). Role stress-mental health relations in Japanese bank workers: A moderating effect of social support. *Applied Psychology: An International Review, 46*, 207-218. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/026999497378449>
- Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *The Journal of Pain, 15*(8), 800-814. doi: 10.1016/j.jpain.2014.05.002
- Kalapurakkel, S., A. Carpino, E., Lebel, A., & E. Simons, L. (2014). "Pain can't stop me": Examining pain self-efficacy and acceptance as resilience processes among youth with chronic headache. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(9), 926-933. doi: 10.1093/jpepsy/jsu091
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Maixner, W., Salley Jr, A. N., & Caldwell, D. S. (1997). Self-efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory pain stimuli. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 10*(3), 177-184. <https://doi.org/10.1002/art.1790100305>
- Kiecolt-Glaser J. & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472-503. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- LeFort, S. M., Webster, L., Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D.,..., Minor, M. (2015). *Living a healthy life with chronic pain*. Bull Publishing Company.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Matos, M. A. O. (2010). *Construção e Validação da Escala de Suporte Formal para a Autonomia na Dor nas Pessoas Idosas*. (Tese de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- Matos, M., Bernardes, S. F. (2013) The Portuguese Formal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory (FSSADI\_PAIN): a preliminary validation study. *Brit J Health Psych 18*: 593-609. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12006>
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with

- chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal of behavioral medicine*, 39(4), 704-715. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9726-x>
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2017). Why and when social support predicts older adults' pain-related disability: a longitudinal study. *Pain*, 158(10), 1915-1924. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000990
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic pain experiences. *Health Psychology*, 36(12), 1195. <https://doi.org/10.1037/hea0000512>
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Carvalho, H. (2015). The revised Formal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory (FSSADI\_PAIN): Confirmatory factor analysis and validity. *J Pain* 16: 508-517. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.02.006>
- McCarberg, B. H., & Billington, R. (2006). Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated costs. *The American journal of managed care*, 12(9 Suppl), S263-8.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain*. 2nd Edition, IASP Task Force on Taxonomy. IASP Press, Seattle.
- Morasco, B. J., Greaves, D. W., Lovejoy, T. I., Turk, D. C., Dobscha, S. K., & Hauser, P. (2016). Development and preliminary evaluation of an integrated cognitive-behavior treatment for chronic pain and substance use disorder in patients with the hepatitis C virus. *Pain Medicine*, 17(12), 2280-2290. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw076>
- Newton-John, T. R. (2002). Solicitousness and chronic pain: A critical review. *Pain Reviews*, 9(1), 7. doi:0.1191/0968130202pr186ra
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European journal of pain*, 11(2), 153-163. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.12.008
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. [https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod\\_deontologico](https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico). Consultado a 14 de Outubro de 2020.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Peeters, M. C. W., & Le Blanc, P. M. (2001). Towards a match between job demands and sources of social support: A study among oncology care providers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 53-72. <https://doi.org/10.1080/13594320042000034>
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Kalfat, H., Colvez, A., & Delli-Colli, N. (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 223-233. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00049-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00049-9)
- 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).
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.

- Romano, J. M., Jensen, M. P., Schmalings, K. B., Hops, H., & Buchwald, D. S. (2009). Illness behaviors in patients with unexplained chronic fatigue are associated with significant other responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(6), 558. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9234-3>
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415-440. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80023-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80023-4)
- Salveti, M., Pimenta, C. A., Lage, L. V., Junior, J. O., & Rocha, R. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(3), 111-117. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000300002>
- Santos, C. S. V. D. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, saúde & doenças*, 4(2), 185-204.
- Sharp, T. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00061-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00061-9)
- Shifren, K., Park, D. C., Bennett, J. M., & Morrell, R. W. (1999). Do cognitive processes predict mental health in individuals with rheumatoid arthritis? *J Behav Med*, 22(6), 529-547. <https://doi.org/10.1023/a:1018782211847>
- Smith, B. H., Hopton, J. L., & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family practice*, 16(5), 475-482. doi: 10.1093/fampra/16.5.475
- Stubbs, D., Krebs, E., Bair, M., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J. Kroenke, K. (2010). Sex Differences in pain and pain-related disability among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 11, 232 – 239. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00760.x>
- Sullivan, M. (2012). The Communal Coping Model of Pain Catastrophising: Clinical and Research Implications, 53(1), 32-41. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026726>
- Thorsteinsson, E. B., & James, J. E. (1999). A meta-analysis of the effects of experimental manipulations of social support during laboratory stress. *Psychology and Health*, 14, 869-886. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/08870449908407353>
- Turk, D. C., & Kerns, R. D. (1985). The family in health and illness. *Health, illness, and families: A life-span perspective*, 1-22. [https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.597\\_8.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.597_8.x)
- Turk, D. C., Kerns, R. D., & Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: Examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 259. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079108>
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective* (Vol. 1). Guilford Press.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.12987/yale/9780300102185.001.0001>
- von Frey, M. (1895). Beitrage sur Sinnesphysiologie des Haut. *Ber Sachs Ges (Akad) Wiss*. 47: 166-184.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health psychology*, 2(4), 367. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.2.4.367>
- Yazdi-Ravandi, S., Taslimi, Z., Jamshidian, N., Saberi, H., Shams, J., & Haghparast, A. (2013). Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic and clinical neuroscience*, 4(2), 117.

## Anexos

### Anexo A- Questionário final utilizado na presente investigação

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo pretende analisar os efeitos do suporte social recebido de outros significativos na adaptação a situações de dor crónica. Como tal, **este estudo destina-se a indivíduos com mais de 18 anos, que atualmente vivam com dor crónica (i.e., dor, constante ou intermitente, que perdura há mais de 3 meses) e que estejam presentemente envolvidos numa relação amorosa.**

O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Sónia Bernardes [sonia.bernardes@iscte-iul.pt] e desenvolvido pela mestranda Carolina Martins [carolina.s.martins@hotmail.com], as quais poderá contactar caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada, consiste em **completar os questionários que se seguem e poderá durar cerca de 15 minutos**. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Com a sua participação no estudo, irá contribuir para aumentar o conhecimento sobre como pessoas em situações de dor crónica podem ser ajudadas de forma mais eficaz pelos seus entes mais significativos. Poderá ainda habilitar-se a ganhar um **voucher de 100€** que irá ser sorteado entre os participantes que completem na totalidade os questionários.

A participação neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima e confidencial**. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

**Declaro** ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que **aceito** nele participar.

- Tenho mais de 18 anos
- Tenho dor crónica (i.e., dor constante ou intermitente que perdura há mais de 3 meses)
- Tenho um parceiro(a) amoroso(a)

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data)

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

No presente questionário são colocadas diferentes questões relativas aos seus dados sociodemográficos e à sua condição clínica. Por favor responda às questões solicitadas.

### **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

#### **SEXO:**

Mulher       Homem       Outro

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

#### **Qual é o seu estado civil?**

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 União de facto  
 Viúvo(a)  
 Divorciado(a) ou separado(a)

#### **Qual é o seu nível de escolaridade?**

- 4ª classe  
 6º ano  
 9º ano  
 12º ano  
 Bacharelato/Licenciatura  
 Outro nível não referido **Qual?** \_\_\_\_\_

#### **Qual é a sua situação laboral?**

- Empregado(a), a tempo inteiro  
 Empregado(a), a tempo parcial  
 Empregado(a), atualmente de baixa médica

- Desempregado(a)
- Estudante
- Doméstico(a)
- Reformado (a)
- Outra situação não referida **Qual?** \_\_\_\_\_

**No caso de estar empregado(a) ou desempregado(a):**

Qual a sua profissão atual ou última profissão? \_\_\_\_\_

### **CONDIÇÃO CLÍNICA**

**1. Há quanto tempo tem problemas de dor?**

---

**2. Qual a localização da sua(s) dor(es)?**

- Cabeça/Pescoço     Costas     Braços/Ombros     Mãos/Pulsos
- Pernas/Joelhos     Pés     Corpo todo
- Outra. **Qual?** \_\_\_\_\_

**3. Tem diagnóstico médico de problemas de saúde física e/ou saúde mental?**

- Sim
- Não

**3.1. Se respondeu SIM à pergunta anterior:**

3.1.1. Indique qual(ais) \_\_\_\_\_

## SOBRE A SUA RELAÇÃO ROMÂNTICA

1. Qual o sexo do seu parceiro/a amoroso/a?

Mulher     Homem     Outro

2. Qual a duração da sua relação? \_\_\_\_\_

3. Vivem juntos?

Sim

Não

Avalie em que medida as afirmações que se seguem **descrevem a sua relação amorosa**. Responda de acordo com a seguinte escala:

<b>Discordo</b>					<b>Concordo totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	

1.	O meu/minha companheiro/a preenche as minhas necessidades.	1	2	3	4	5
2.	A vida a dois corresponde àquilo que eu estava à espera.	1	2	3	4	5
3.	Estou satisfeito/a com a nossa vida a dois.	1	2	3	4	5
4.	A minha relação quando comparada com outras é melhor.	1	2	3	4	5
5.	Às vezes penso que não deveria ter esta relação.	1	2	3	4	5
6.	Amo o meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4	5
7.	Tenho muitos problemas na minha relação.	1	2	3	4	5

## PARTE I

No presente questionário estamos interessados em conhecer a sua **percepção sobre a frequência com que o/a seu/sua parceiro/a lhe presta apoio e assistência quando tem dores.**

Não existem respostas certas ou erradas. Abaixo estão indicadas diferentes situações de apoio prestadas em contexto de dor. Por favor, para cada situação **assinale um dos números de 1 a 5**, mostrando com que frequência o/a seu/sua parceiro/parceira lhe fornecem o tipo de ajuda que é descrita.

<i>Quando estou com dores, o/a meu/minha parceiro/a:...</i>	<b>Nada</b> Frequente	<b>Pouco</b> Frequente	<b>Moderadamente</b> Frequente	<b>Muito</b> Frequente	<b>Extremamente</b> Frequente
1. Dá-me boleia ou ajuda-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
2. Motiva-me para fazer atividade física.	1	2	3	4	5
3. Encarrega-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
4. Incentiva-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5
5. Auxilia-me no contacto com entidades (ex., banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
6. Incentiva-me a visitar outros familiares ou amigos.	1	2	3	4	5
7. Faz por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar.	1	2	3	4	5
8. Aconselha-me a parar tudo o que estou a fazer.	1	2	3	4	5
9. Ajuda-me a tratar de aspetos práticos (ex., transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais.	1	2	3	4	5
10. Incentiva-me a participar em atividades de lazer e diversão.	1	2	3	4	5
11. Faz as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	1	2	3	4	5
12. Desaconselha-me a realizar exercício físico.	1	2	3	4	5

## **PARTE II**

Por favor, classifique o quanto está confiante, neste momento, de que consegue fazer as seguintes coisas, apesar da dor. Para indicar a sua resposta, assinale o número que melhor descreve a sua resposta, considerando que (0) indica nada confiante e que (6) indica totalmente confiante. Lembre-se que este questionário **não** pergunta se tem ou não tem feito estas coisas, mas sim **o quanto confiante está de que consegue fazê-las, neste momento, apesar da dor.**

<b>Nada confiante</b>							<b>Totalmente confiante</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

<b>1. Consigo apreciar as coisas, apesar da dor.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>2. Consigo fazer a maior parte das tarefas domésticas (por exemplo, arrumar a casa, lavar pratos, lavar o carro, etc), apesar da dor.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>3. Consigo continuar a conviver com os meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes, apesar da dor.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>4. Consigo lidar com a dor na maior parte das situações.</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>5. Consigo fazer alguns trabalhos, apesar da dor (inclui o trabalho doméstico, e o trabalho remunerado e não remunerado).</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>6. Ainda consigo fazer muitas das coisas de que gosto, tais como atividades de tempos</b>	0	1	2	3	4	5	6

livres ou de lazer, apesar da dor.

7. Consigo lidar com a dor sem tomar medicamentos.      0    1    2    3    4    5    6

---

8. Ainda consigo alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida, apesar da dor.      0    1    2    3    4    5    6

9. Consigo ter uma vida normal, apesar da dor.      0    1    2    3    4    5    6

---

10. Consigo ser cada vez mais ativo/a, apesar da dor.      0    1    2    3    4    5    6

### **PARTE III**

1. 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 consegue imaginar

2. 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 consegue imaginar

3. 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 consegue imaginar

4. 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 consegue imaginar

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

a. Atividade 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

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
0	1	2	3

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado/a.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

### **MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação foi muito importante. Caso tenha interesse nos resultados do estudo ou queira esclarecer qualquer situação, disponibilizo o e-mail da Prof. Dra. Sónia Bernardes [sonia.bernardes@iscte-iul.pt] e o meu e-mail ([carolina.s.martins@hotmail.com](mailto:carolina.s.martins@hotmail.com)).

Relembramos que poderá ainda habilitar-se a ganhar um **voucher de 100€** e que o seu e-mail **não** irá ficar associado ao seu nome nas bases de dados. Caso queira participar no sorteio do voucher, indique por favor, em baixo o seu e-mail.

**E-mail para participação no sorteio:** \_\_\_\_\_