



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## **Dor Crónica: Adaptabilidade e Coesão Familiar**

Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção do Grau de  
Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Daniela Macedo Abreu Fernandes

Sob a orientação da Professora Doutora Eleonora Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## **Dor Crónica: Adaptabilidade e Coesão Familiar**

Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção do Grau de  
Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Daniela Macedo Abreu Fernandes

Sob a orientação da Professora Doutora Eleonora Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA

Setembro de 2011

## **Agradecimentos**

Devo manifestar a minha gratidão a um conjunto de pessoas, que sem a disponibilidade das quais, não seria possível a realização da presente dissertação e, conseqüentemente, a conclusão desta etapa.

Assim, um muito obrigada à Prof. Doutora Eleonora Costa pela orientação preenchida pela atenção, exigência e rigor exigidas no trabalho, contribuição, pelas sugestões e observações.

Agradeço também à Dr<sup>a</sup> Gerly Macedo, orientadora do local de estágio pela colaboração na partilha de experiência, pela reflexão e aprendizagem e pela organização da amostra e, conseqüentemente agradeço a estes doentes por manifestarem motivação intrínseca para participarem e colaborarem na investigação.

Por fim, desejo agradecer aos meus pais, Vítor e Fátima e irmão, Zé pelo apoio incondicional, pelo carinho, pelo incentivo, pela escuta activa para a minha expressão emocional, tanto nos momentos de entusiasmo como de desespero pelas dificuldades subjacentes à realização do estudo. Agradeço também ao Josias por me ouvir nos momentos de maior necessidade, pela confiança transmitida, pela compreensão, pela presença, pelo amor e aos meus amigos um muito obrigada, em especial aos meus amigos Catarina, Diogo e Ricardina pelo apoio, pela leitura e opinião relativamente à dissertação e pela amizade.

## Resumo

A presente investigação é constituída por 35 pessoas (91.4% do género feminino), com uma média de 51.00 anos de idade, com diagnóstico clínico de dor crónica e tem como finalidade caracterizar os participantes a nível sócio-demográfico e clínico, avaliar através de uma análise exploratória o funcionamento familiar quanto à adaptabilidade e coesão familiar dos doentes, considerando o Modelo Circumplexo e, por fim, identificar que factores promovem maior nível de adaptabilidade, de coesão familiar e um tipo de família mais funcional. Para tal foram aplicados o “Questionário Sócio-demográfico e Clínico” e a “Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II) (Alfa de Cronbach=.80)”.

No que diz respeito à análise exploratória, concluiu-se que a maioria da amostra apresenta uma adaptabilidade familiar rígida (adaptabilidade extremamente baixa), uma coesão familiar desmembrada (coesão extremamente baixa), o que promove um tipo de família extremo, traduzindo um fraco funcionamento familiar. Foi possível verificar ainda, através do Mann Witney *Test* e do Kruskal-Wallis *Test*, que os doentes que caracterizam a dor como uma sensação corporal de corte apresentam maior adaptabilidade familiar ( $\chi^2=-2.099$ ;  $p=.038$ ), pessoas com um nível de escolaridade elevado possuem maior coesão familiar ( $\chi^2=9.479$ ;  $p=.009$ ) e, por fim, pessoas cuja relação conjugal não se modificou devido à presença de dor crónica num dos cônjugues apresentam maior adaptabilidade familiar ( $\chi^2=8.37$ ;  $p=.039$ ) e um tipo de família mais funcional ( $\chi^2=8.009$ ;  $p=.046$ ).

**Palavras-Chave:** dor crónica; adaptabilidade familiar; coesão familiar.

## **Abstract**

This research consists of 35 people (91.4% were female) with a mean age 51.00 years diagnosed with chronic pain and its purpose is to characterize the participants socio-demographic and clinically, to evaluate throughout an exploratory analysis, the family function concerning their adaptability and cohesion, considering the Circumplex Model and, finally, to identify what factors cause a higher level of adaptability, family cohesion and a more functional family. To this end, the "Questionnaire Socio-demographic and Clinical" and the "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II)" have been applied (Cronbach Alph= .80).

Concerning the exploratory analysis, it was concluded that most of the sample present a rigid family adaptability (extremely low adaptability), a dismembered family cohesion (cohesion extremely low), which causes an extreme type of family, reflecting into a weak family functionality. It was also verify, by Mann Witney Test and Kruskal-Wallis Test, that the patients who characterized the pain as a bodily sensation of cutting present a higher family adaptability ( $\chi^2=2.099$ ;  $p=.038$ ), people with a high level of education have higher family cohesion ( $\chi^2=9.479$ ;  $p=.009$ ) and, finally, people with a marital relationship didn't modify due to the presence of chronic pain of the spouses present higher family adaptability ( $\chi^2=8.37$ ;  $p=.039$ ) and a more functional type of family ( $\chi^2=8.009$ ;  $p=.046$ ).

**Key-words:** chronic pain, family adaptability, family cohesion.

# Índice

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>iii</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>v</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>Parte I - Enquadramento Teórico.....</b>	<b>12</b>
1. Dor: um Fenómeno Complexo .....	13
1.1. Conceito de Dor Crónica .....	13
1.2. Etiologia da Dor.....	15
1.3. Patofisiologia da Dor Crónica.....	17
1.4. Neuroanatomia dos Mecanismos da Dor .....	18
1.5. Mecanismos da Dor Crónica.....	21
1.6. A Teoria do Portão ou “Gate-Control Theory” .....	23
1.7. Factores Psicossociais .....	25
2. Sistema Familiar.....	27
2.1. Conceito de Família .....	27
2.2. Tipos de Família .....	29
2.3. Fases da Vida da Família .....	29
2.4. Papéis Familiares e Sociais .....	34
2.5. Funcionamento Familiar .....	35
2.5.1. Teoria Geral dos Sistemas .....	35
2.5.2. Modelo Circumplexo do Sistema Familiar.....	36
3. Dor Crónica, Dinâmica e Funcionamento Familiar .....	40
3.1. Modelo Circumplexo e Dor Crónica.....	42
3.2. Fases Familiares Centrifuga e Centrípeta .....	43
3.3. Investigações Realizadas no Âmbito da Doença Crónica e da Dinâmica Familiar.....	44
<b>Parte II – Enquadramento Metodológico .....</b>	<b>48</b>
4. Metodologia .....	49
4.1. Método e Desenho do Estudo .....	49
4.2. Objectivos da Investigação .....	49
4.2.1. Objectivo Geral.....	49
4.2.2. Objectivos Específicos .....	49
4.3. Variáveis .....	50

4.4.	População e Amostra .....	50
4.4.1.	Critérios de Inclusão .....	51
4.5.	Instrumentos.....	51
4.5.1.	Questionário Sócio-demográfico e Clínico .....	51
4.5.2.	Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II).....	51
4.6.	Procedimentos Estatísticos.....	57
4.6.1.	Recolha de dados .....	57
4.6.2.	Análise dos Dados .....	57
5.	Apresentação de Resultados.....	59
5.1.	Resultados Descritivos .....	59
5.2.	Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	59
5.3.	Caracterização Clínica da Amostra.....	60
5.4.	Análise Exploratória .....	62
5.4.1.	Dados Clínicos.....	62
5.4.2.	Impacto da Dor .....	64
5.4.3.	Adaptabilidade, Coesão e Tipo de Família.....	66
5.5.	Resultados das Análises Exploratórias .....	68
6.	Discussão dos Resultados.....	71
6.1.	Variáveis Sócio-Demográficas .....	71
6.2.	Análise Exploratória .....	73
	<b>Conclusão Integrativa .....</b>	<b>78</b>
	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>81</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>94</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Estádios do Ciclo Vital da Família (adaptado de McGoldrick & Carter, 1982, cit in Relvas, 1996, p. 20).....	31
Tabela 2. Resultado da Análise da Consistência Interna do FACES II – Subescala Adaptabilidade (N=35).....	54
Tabela 3. Resultado da Análise da Consistência Interna do FACES II – Subescala Coesão (N=35) .....	55
Tabela 4. Resultados da Análise da Consistência Interna do FACES II – Escala Total (N=35) .....	56
Tabela 5. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N=35).....	60
Tabela 6. Caracterização Clínica da Amostra (N=35) .....	61
Tabela 7. Percepção do Apoio Familiar (N=35) .....	62
Tabela 8. Recorrência aos Serviços de Saúde (N=35) .....	62
Tabela 9. Tratamentos da Dor Crónica (N=35).....	63
Tabela 10. Outros Problemas de Saúde (N=35).....	64
Tabela 11. Saúde Actual (N=35).....	64
Tabela 12. Impacto da Dor Crónica (N=35) .....	65
Tabela 13. Relação Conjugal (N=35).....	66
Tabela 14. Adaptabilidade Familiar da Amostra (N=35).....	67
Tabela 15. Coesão Familiar da Amostra (N=35) .....	67
Tabela 16. Tipos de Família da Amostra (N=35).....	68
Tabela 17. Resultados de Mann-Witney Test para a Comparação entre a Caracterização da Dor como Corte e a Adaptabilidade Familiar (N=35).....	68
Tabela 18. Resultados do Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre Escolaridade dos Pacientes e a Coesão Familiar (N=35) .....	69
Tabela 19. Resultados do Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre a Relação com o Cônjuge e a Adaptabilidade Familiar (N=35) .....	69
Tabela 20. Resultados de Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre a Relação com o Cônjuge e o Tipo de Família (N=35) .....	70



## **Lista de Siglas**

ACP – Análise de Componentes Principais

AVD – Ampla Variação Dinâmica

BDI – Inventário de Depressão e Beck

CED-D – Studies Depression Scale

DGS – Direcção Geral da Saúde

FACES II – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II

GRD – Gânglios de Raiz Dorsal

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

SAV – Sistema Ascendente Ventrobasal

SAM - Sistema Ascendente Múltiplo

TET - Tratos Esponitalâmicos

TERT - Tratos Espinorreticulotalâmico

## Introdução

A presente investigação centra-se na Dor Crónica que por constituir um fenómeno complexo, multidimensional e universal constitui o quinto sinal vital das instituições hospitalares (Fontes & Jaques, 2007; Silva & Rieger, 2008). Deste modo, o objectivo desta investigação consiste em avaliar o funcionamento familiar, particularmente ao nível da adaptabilidade e coesão familiar em doentes com dor crónica.

Torna-se pertinente uma investigação neste âmbito, na medida em que a dor crónica é um problema de saúde pública, não só pela alta prevalência, mas também pelo alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias.

Com efeito, a dor crónica é um fenómeno complexo e multidimensional, dado que envolve diversas vertentes, particularmente ao nível da família. Saliente-se que a partir do momento em que se estabelece uma passagem entre a dor aguda para a dor crónica, esta passa de um sintoma a um síndrome, constituindo uma verdadeira doença, na qual o doente se centra, podendo progredir até à total incapacidade (Ehrlich, 2003; Lima & Trad, 2007; Rolland, 1988). Como se pode prever, esta incapacidade pode transmitir prejuízos físicos, sociais, psicológicos e consequentemente funcionais, não só no doente, mas também em todo o seu sistema familiar, constituindo uma das áreas de intervenção da psicologia da saúde (Philips & Rachman, 1988; Tursky & Jamner, 1982).

Compreenda-se que a família desempenha um dos pilares da sociedade, constituindo o âmbito primário e privilegiado de socialização, admitindo aos indivíduos influenciar-se mutuamente no contacto com as distintas gerações (Ehrlich, 2003; Minuchin, 1974).

Esta dissertação é composta por três partes, iniciando-se com referência à conceptualização teórica que compreende três capítulos, sendo que o primeiro aborda o conceito, a patofisiologia, a etiologia da dor crónica, a neuroanatomia dos mecanismos da dor, os mecanismos da dor, a teoria do portão de Wall e Melzack (1965) e os factores psicossociais subjacentes à dor crónica; no segundo capítulo são abrangidas questões relativas ao sistema familiar, nomeadamente o conceito de família, os tipos de família, as fases de vida da família, os papéis familiares e sociais, e o funcionamento familiar, designadamente a teoria geral dos sistemas e o modelo circumplexo do sistema familiar de Olson (2000); o terceiro capítulo compreende a dor crónica e o funcionamento familiar, partindo do modelo circumplexo, acompanhado de uma revisão de investigações realizadas neste âmbito. A segunda parte da dissertação corresponde à metodologia do estudo empírico onde são

apresentados os resultados obtidos, assim como a análise e discussão dos dados. Por fim, foram reflectidas algumas conclusões e limitações na realização da investigação.

**Parte I - Enquadramento Teórico**

## 1. Dor: um Fenómeno Complexo

A dor é um problema de saúde pública à qual estão inerentes prejuízos pessoais e sociais, na medida em que provoca incapacidade física, psicológica e ao nível das interacções sociais, incluindo o meio familiar, o que justifica a indispensabilidade de atender a esta problemática, no sentido de reflectir para posteriormente promover a redução destes danos (Almeida, Kurita, Braga & Pimenta, 2010; Cailliet, 1999; Kreling, Cruz & Pimenta, 2006; Lima & Trad, 2007; Miceli, 2002; DGS, 2001; Philips & Rachman, 1988; Silva, Neto, Figueiredo & Barbosa-Branco, 2007).

### 1.1. Conceito de Dor Crónica

A dor consiste num fenómeno caracterizado por uma sensação desagradável, independentemente da sua duração ou proveniência, determinada pela maioria dos autores como um acontecimento individual e subjectivo (Lima & Trad, 2007).

Segundo a IASP (1979, cit in Coniam & Diamond, 1997, p.15; Tursky & Jamner, 1982), a dor consiste numa “experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrito em termos dessa lesão”.

Sherrington (s/d, cit in Cailliet, 1999, p.19) por sua vez, interpretou a “dor como um adjunto psicológico a um reflexo protector, cuja finalidade é fazer com que o tecido afectado se afaste de estímulos potencialmente nocivos (e lesivos)”.

Melzack (1996) reflecte que a dor é interpretada de forma mais abstracta, afirmando que esta consiste naquilo que a pessoa diz que é quando a experiencia, pois a mesma depende da interpretação de cada um, na medida em que é uma experiência individual e subjectiva e portanto, difícil de definir.

Para se poder eliminar ou aliviar a dor, é necessário ter em consideração uma avaliação relativamente ao seu grau. De facto, alguns autores (Dias 2007; Silva et al., 2007; Sousa, Forgione & Alves, 2000) distinguem a dor em três tipos distintos na sua duração que inclui dor aguda, crónica e recorrente:

1. Dor aguda – consiste num sinal de aviso essencial à sobrevivência que permite ao organismo mobilizar-se para responder à agressão e defender-se. Apresenta uma duração relativamente curta, que varia entre minutos a algumas semanas, e sucede de lesões tecidulares, processos inflamatórios ou doenças. As injecções, arranhões, pós-

operatórios e procedimentos médicos em geral são alguns exemplos de situações que provocam este tipo de dor.

2. Dor crónica – expõe uma duração extensa, que varia de três/seis meses a vários anos, e sucede, geralmente, de um processo de doença ou está associada a uma lesão já tratada. Este tipo de dor acompanha, por exemplo, a artrite reumatóide e a dor fantasma.
3. Dor recorrente – consiste numa dor aguda, na medida em que ocorre em episódios de curta duração, embora apresente uma característica crónica, dado que se repete ao longo de muito tempo, e não expõe uma etiologia específica, tal como acontece com os outros tipos de dor. A enxaqueca, na qual o paciente sofre de dor de cabeça alternada por períodos livres de dor, é um exemplo de dor recorrente.

Saliente-se que “a dor aguda está relacionada à dor recorrente, que pode, afinal, tornar-se crónica” (Cailliet, 1999, p.36).

Os autores apresentam ainda outro tipo de classificação na qual consideram a natureza e a etiologia da dor, designadamente a dor clínica ou dor induzida. Com efeito, a dor clínica provém de procedimentos médico-hospitalares invasivos ou relacionada a doenças. Por sua vez, a dor induzida sucede em contexto de laboratório.

Como já foi possível constatar, a dor torna-se crónica quando persiste após o tempo razoável para o tratamento de uma lesão, ou quando se encontra relacionada com processos patológicos crónicos. Com efeito, a dor crónica perdura pelo menos de três a seis meses e manifesta-se de forma contínua ou recorrente (Salveti & Pimenta, 2007). Para averiguar a prevalência da dor crónica, Almeida et al. (2010) averiguaram através de um estudo que cerca de 20 a 40% da população portuguesa apresenta diagnóstico clínico de dor crónica. Ponte (2005) investigou e concluiu que na Região Norte de Portugal existe 49% de pessoas com lombalgia. Calcavante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani e Marques (2006) e a DGS (2004) evidenciaram que 2% da população portuguesa apresenta fibromialgia.

A dor crónica é mais do que um sintoma, trata-se de uma verdadeira doença que perturba o indivíduo ao nível da actividade física, da imobilização e conseqüente enfraquecimento muscular e articular; da vulnerabilidade do sistema imunitário e maior susceptibilidade a contrair doenças, do sono, da vida sexual, do humor, da auto-estima, de pensamentos negativos, de desespero da vida, das relações familiares, de trabalho e de lazer, da falta de apetite e nutrição deficiente, dependência medicamentosa, dependência de profissionais de

saúde, tendência para a introversão, isolamento do meio social e familiar, ansiedade, medo, frustração, depressão ou mesmo suicídio (Dias, 2007; Kreling, Cruz & Pimenta, 2006).

Importa tomar conhecimento das dores crónicas mais prevalentes, nomeadamente as dores musculoesqueléticas (fibromialgia) e as dores osteo-articulares (lombalgias).

Assim, a fibromialgia consiste numa síndrome dolorosa de causa desconhecida, caracterizada pela rigidez muscular difusa e sensibilidade, isto é, por locais específicos à palpação – *tender points* (no mínimo 12 zonas identificadas). Esta síndrome é mais prevalente em mulheres (Marques, Assumpção & Matsutani, 2007).

Cordeiro, Khouri, Ciampi e Corbett (2008, p. 102) referem que a lombalgia consiste na dor nas “regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna vertebral”, sem causa determinada. Verificando-se que não existe lesão discal aguda nem qualquer patologia específica, o diagnóstico denomina-se de “dor não específica” ou “dor mecânica”. Contudo, “as dores podem irradiar para os membros inferiores numa distribuição tipicamente ciática, mesmo sem compressão das raízes nervosas lombares” (Marques, Assumpção & Matsutani, 2007, p.138).

## 1.2. Etiologia da Dor

A dor, cuja origem etimológica provém do grego *poínê*, que significa punição ou penalidade (Silva et al., 2007), é um fenómeno universal, isto é, trata-se de uma experiência conhecida por todo o ser humano, à excepção de portadores de insensibilidade congénita (Gusman et al., 1997; Tursky & Jamner, 1982). Neste sentido, estando presente desde o nascimento até a morte, a dor emerge articulada a doenças, inflamações, acidentes e procedimentos médicos ou cirúrgicos.

Note-se que apesar de desagradável, a dor constitui um fenómeno fundamental para a sobrevivência em virtude da sua função protectora para o organismo (Araújo, Linhares & Coelho, 2004; Brasil, Zatta, Cordeiro, Silva, Zatta & Barbosa, 2008; Calliet, 1999; Dias, 2007; Dourado, Fernandes, Meireles & Monteiro, 2004; Gusman et al., 1997; Nashold & Levitt, 1982; Silva et al., 2007; Schwob, 1994; Sousa, Forgione & Alves, 2000). Assim, esta sensação desagradável alerta de que algo no nosso corpo não se encontra nas melhores condições. De facto, é possível afirmar que a dor constitui um alarme indicador e exige um conjunto de processos e procedimentos, nomeadamente atenção, interrupção do fluxo de processos mentais, prioridades sobre outras exigências cognitivas competitivas e incentiva o

indivíduo com dor a procurar cuidados de saúde para o seu problema (Araújo, Linhares & Coelho, 2004; Brasil et al., 2008; Gusman et al., 1997; Sousa, Forgione & Alves, 2000; Vandenberg, 2005).

Com efeito, a grande questão emerge quando a dor persiste após a eliminação do que a causou, não cumprindo nenhum papel relativo à sobrevivência do indivíduo (Dias, 2007).

Deste modo, nem toda a dor é eliminada dentro dos cuidados de saúde, pois é preciso ter em conta a intensidade e a frequência da dor que num nível máximo pode comprometer a eficácia dos tratamentos e consequentemente a qualidade de vida da pessoa em sofrimento incapacitando para a prática das actividades quotidianas, tanto sociais, como pessoais e mesmo familiares (Brasil et al., 2008; Melzack, 1993; 1996).

Como já referido, para a IASP (s/d, cit in Coniam & Diamond, 1997, p.15), a dor consiste numa “experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos dessa lesão”. Os mesmo autores (1997) que expõem esta abordagem tradicionalista apresentam teorias que defendem uma perspectiva não só fisiológica, mas também a ideia real de que a experiência da dor é mediada por características individuais e variáveis psicossociais, constituindo, deste modo, um fenómeno biopsicossocial (Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Assim, vários autores (DGS, 2001; Ferreira, 2009; Miceli, 2002) afirmam que a dor pode ser definida como uma experiência multidimensional e, portanto complexa, regulada por factores sensoriais, afectivos, cognitivos, sociais e comportamentais, provocada ou percebida a partir de uma agressão ao organismo e não necessária ou exclusivamente provocada por uma lesão tecidual.

É natural que quando surge uma queixa de dor, que a primeira associação que se efectua consiste numa lesão tecidual, mas também necessita de ser entendida em várias dimensões em que o ser humano está integrado. Deste modo, tendo a dor um carácter subjectivo compreende-se que algumas pessoas experienciam dor na ausência de lesão tecidual, apresentam respostas divergentes a um mesmo estímulo doloroso e de modo semelhante diante de estímulos de intensidade e natureza distintas (Ferreira, 2009). Assim, algumas instituições de saúde promovem a formação de equipas multidisciplinares reconhecendo a pluralidade de factores biopsicossociais na etiologia e na persistência da dor crónica (Miceli, 2002; Turk & Gatchel, 1999).

Neste sentido, as características da dor estão susceptíveis a variações para a mesma pessoa a cada circunstância dolorosa, no que diz respeito (Silva et al., 2007) à:



1. Localização – a dor pode surgir nos músculos, articulações, dentes ou membros amputados (a dor fantasma). A localização pode ser precisa ou difusa, o que dificulta a avaliação.
2. Qualidade – a dor pode apresentar sensações de formiguento, queimadura, ardor, pontada, latejamento, pressão, perfuração e corte, entre outros.
3. Intensidade – percebida e classificada como forte e fraca numa graduação entre os extremos “sem dor” e “dor máxima”.
4. Frequência – a dor sente-se ininterrupta ou episodicamente, ocorrendo em distintos intervalos de tempo.
5. Natureza – a dor pode ser orgânica, com causa física conhecida ou psicogénica, sem qualquer causa física, relacionada ao funcionamento ou momento psicológico da pessoa.
6. Etiologia – a dor pode ser provocada por fractura, cirurgia, artrite reumatóide, cortes acidentais, acidente químico ou pancada, entre outras.
7. Duração – um episódio doloroso pode variar entre alguns segundos a meses ou anos.

Como foi possível verificar, a etiologia da dor é um aspecto ainda pouco conhecido. No entanto, a comunidade científica através de várias investigações e com elevada perseverança, tornou-se capaz de desenvolver conhecimentos acerca dos procedimentos da dor, isto é, dos mecanismos fisiológicos da dor.

### **1.3. Patofisiologia da Dor Crónica**

A dor crónica pode ser classificada tipologicamente de três formas diferentes, nomeadamente tipo nociceptiva, neuropática e psicogénica (Araújo, Linhares & Coelho, 2004; Klaumann, Wouk & Sillas, 2006; Teixeira, 2000; Schestatsky, 2008).

Neste sentido, a dor nociceptiva pode ocorrer por traumatismo em que os receptores nociceptivos alteram-se lentamente, produzindo dor prolongada em decorrência da alteração da sua estrutura anatómica e funcional e da libertação de substâncias algiogénicas nos tecidos. Assim, a dor nociceptiva é desencadeada pela estimulação de nociceptores e pode ser somática, correspondendo aos receptores da pele e sistema músculo-esquelético; ou visceral, receptores localizados nas vísceras (Maciel, 2004). A sensibilidade dos neurónios periféricos gera hiperalgesia termomecânica primária e a dos neurónios centrais hiperalgesia

mecânica secundária. As anormalidades neuroplásticas segmentares e supra-segmentares são responsáveis pela sua cronicidade. As anormalidades comportamentais psíquicas primárias ou secundárias e a adopção de comportamentos anormais pelo reforço da condição de mal-estar contribuem igualmente para a cronicidade da dor. De forma resumida, a dor nociceptiva resulta da contínua activação dos nociceptores aferentes primários com transmissão nas vias centrais da dor (Klaumann, Wouk & Sillas, 2006).

A dor neuropática ou por desaferentação manifesta-se devido a lesões no sistema nervoso central e periférico, nas vias nociceptivas, seja por traumatismos ou procedimentos cirúrgicos (Klaumann, Wouk & Sillas, 2006). Este tipo de dor pode, inclusivé, ser adquirida por factores constitucionais e genéticos (WaisBrod, 1984). A lesão das vias sensitivas periféricas e centrais pode resultar na ocorrência de dor espontânea nas áreas desaferentadas. As propriedades funcionais dos axónios e das unidades centrais precisam de ser mantidas íntegras para que o processamento da informação sensitiva ocorra de forma correcta. Existindo modificações na função ou na anatomia das terminações nervosas e troncos nervosos periféricos, ou das vias de condução e de processamento central da informação sensitiva, poderá existir uma manifestação de dor espontânea ou gerada por estímulos não nocivos. A sensibilidade dos receptores, a ocorrência de focos ectópicos de potencial de acção nas fibras nervosas periféricas e nas vias centrais, bem como a actividade anormal das unidades de processamento central da aferência sensitiva, são mecanismos importantes envolvidos na génese da dor por desaferentação ou neuropática (Riddoch, 1941, cit in Teixeira, 2000).

A dor psicogénica está relacionada com factores psicológicos, desde os seus estágios iniciais. Assim, este tipo de dor encontra-se fortemente associada às características de personalidade do doente (Klaumann, Wouk & Sillas, 2006; Skevington, 1995).

#### **1.4. Neuroanatomia dos Mecanismos da Dor**

Antes de uma explicação neuro-anatómica do fenómeno da dor, convém enquadrar algumas bases conceptuais como os trajectos dos impulsos nervosos, as fibras nervosas e substâncias envolvidas no processo da dor e as trajectórias da medula espinal e do tálamo.

Assim, os trajectos dos impulsos nervosos que provocam a emergência da dor são constituídos pelo sistema nervoso periférico, pela medula espinal, pelo tronco cerebral, pelo tálamo e pelo córtex cerebral, permitindo a modulação dos impulsos em cada uma dessas regiões (Calliet, 1999; Guyton & Hall, 1996).

Relativamente às principais fibras nervosas e às substâncias químicas envolvidas na fisiologia da dor, existem dois tipos de fibras, designadamente a A, mielinizada, que se distingue em alfa, beta, gama e delta (moderam ou inibem os impulsos nociceptivos transferidos pelas fibras C) e a C não-mielinizada (são mais numerosas e apresentam uma condução mais lenta). Se as fibras mielinizadas grandes forem suspensas, as fibras de impulsos nociceptivos são desinibidas, intensificando a dor, facto este que indica que um estímulo periférico atinge o corno dorsal onde é modulado (Skevington, 1995). As endorfinas são um dos exemplos de substâncias químicas implicados no processo da dor (Klaumann, Wouk & Sillas, 2008).

As principais trajectórias da medula espinal estão envolvidas na transmissão rostral da mensagem de dor: os TET (tratos espinotalâmicos) e os TERT (tratos espinoreticulotalâmico) (Cailliet, 1999; Klaumann, Wouk & Sillas, 2008). Quer os TET, quer os TERT, ascendem pelo mesmo trato da medula espinal, mas os TERT dissociam-se no tronco cerebral, produzindo sinapse com os neurónios do sistema reticular. Os TERT provocam uma dor mais difusa e, emocionalmente perturbadora e os TET projectam-se para os lobos lateral, ventral e caudal. Ambas as trajectórias projectam-se para áreas corticais distintas.

Na área cortical, o tálamo decompõe-se em dois sistemas: o sistema ascendente ventrobasal (SAV) e o sistema ascendente múltiplo (SAM). O SAV consiste nos núcleos laterais e posteriores, constituindo receptores de impulsos de transmissão rápida e, é organizado topograficamente, indicando que as sensações recebidas se associam a áreas específicas da face, da cabeça e do corpo. Os neurónios do SAM não são organizados especificamente e difundem-se para todo o córtex cerebral e para o sistema límbico (relacionado com a memória e as emoções) (Cailliet, 1999; Fernandes, 2000).

A neurofisiologia da dor tem vindo a ser desenvolvida desde o século XV e tem sido alvo de diversas alterações.

Outrora, Descartes (1664, cit in Melzack & Wall, 1965) defendia que a dor consistia somente na intensidade da estimulação em detrimento da estimulação do trajecto, com receptores específicos. Frey (s/d, cit in Calliet, 1999, p.24) expôs “que é possível estimular diferentes extremidades anatómicas, produzindo tipos precisos de sensações de dor”. Estas conclusões foram contestadas.

Com efeito, a primeira etapa no princípio do fenómeno sensitivo doloroso consiste na conversão dos estímulos ambientais em potenciais de acção que, por meio de fibras nervosas

periféricas, são enviadas para o Sistema Nervoso Central, em que a nocicepção consiste na forma como se percebe e na resposta do corpo à dor, para a qual o organismo contém um emaranhado sistema nervoso (Guyton & Hall, 1996).

Actualmente defende-se que fibras nervosas específicas (mielinizadas A e não-mielinizadas C) enviam sensações similares à dor em tratos específicos da medula espinal (Cailliet, 1999; Skevington, 1995). Contudo, a interrupção desses tratos não significa a eliminação ou melhoria da dor (e.g., dor fantasma).

Os tecidos danificados libertam mediadores químicos (substâncias algogénicas) que quando se reúnem numa quantidade satisfatória, activam os nociceptores (pequenos terminais nervosos livres) e os mediadores inflamatórios (leucotrienos) (Klaumannm Wouk & Sillas, 2008). A lesão prejudica também os vasos sanguíneos, originando espasmos, edema e aglutinação de plaquetas, que rebentam libertando serotonina e substância P. Outros produtos nociceptivos como as cininas e as substâncias tóxicas estimulam os terminais nervosos, provocando também dor (Cailliet, 1999; Klaumann, Wouk & Sillas, 2008).

Similarmente, os neurónios A-delta enviam sensações de dor, efectuando sinapse no corno dorsal da medula espinal, ascendendo ao tálamo pelos TET (tratos espinotalâmicos), “enquanto que as fibras C, penetrantes, fazem sinapse com vários neurónios curtos intersegmentares, que ascendem, cefalicamente, por sistemas ascendentes múltiplos (SAM) em trajectos sinápticos” (Cailliet, 1999, p.25). Determinados percursos ascendentes situam-se nas colunas dorsais, assim como, nas colunas antero-laterais.

A espinal medula exhibe dois tratos, o motor e o sensorial. Na maioria das vezes, os tratos descendentes (corticospinal lateral, rubrospinal, vestibulospinal, corticospinal ventral) são motores e os ascendentes (colunas posteriores, dorsal espinocerebelar ventral e lateral, e espinotalâmico ventral) são sensoriais, pelo que transmitem sensações dolorosas tácteis e proprioceptivas da periferia para os meios superiores e permite a distinção para a sua interpretação (Cailliet, 1999).

O mesmo autor (1999) explica que as fibras aferentes, que seguem pelo corno dorsal, retransmitem a informação de nocicepção, designadas fibras de projecção ou de transmissão. Contudo, essas informações podem surgir tanto da nocicepção como da não-nocicepção, transmitindo, portanto, outras sensações inócuas.

Na raiz dorsal, encontram-se as fibras sensoriais não-mielinizadas (que levam impulsos nociceptores) e as fibras aferentes mielinizadas (que ingressam no corno dorsal da medula espinal conduzindo impulsos inibitórios) (Skevington, 1995). Tendo em conta que

estímulos nocivos são difundidos por todas as fibras sensoriais, quer sejam não-mielinizadas quer sejam mielinizadas, essas sensações necessitam de ser moduladas ao nível da medula espinal. Este processo consiste na teoria do portão de modulação da dor, de Wall e Melzack (1982). Desta forma, verificar-se-á que a modulação da dor ocorre ao nível da raiz dorsal, assim como nas áreas mais centrais, isto é, na área do mesencéfalo, ao contrário do que se defendia, que a modulação da dor ocorria ao nível do corno dorsal (Wall & Melzack, 1965).

### **1.5. Mecanismos da Dor Crónica**

Como já referido, a dor consiste numa sensação específica e não se aceita mais a teoria de que a dor se torna mais intensa quanto maior for a intensidade dos danos do tecido (Melzack & Wall, 1965).

Esta sensação específica consiste numa experiência sensorial influenciada pela atenção, pela expectativa, pela aprendizagem, pela ansiedade e pela distração, entre outros factores (Fernandes, 2000). As emoções interferem nos mecanismos periféricos ventrais de transmissão da dor pelo sistema límbico, e posteriormente interpõe-se nos tratos descendentes para o corno dorsal da medula espinal e os ascendentes para o tálamo (TET e TERT laterais) e, finalmente, afectam o córtex (Cailliet, 1999; Skevington, 1995).

Fernandes (2000) apresenta três categorias presentes nos mecanismos da dor que interagem entre si, nomeadamente a informação perceptiva ou sensorio-discriminativa, a tendência motivacional e a informação cognitiva. A informação perceptiva permite localizar a dor, perceber a sua amplitude e as propriedades temporo-espaciais. A tendência/informação motivacional (comportamento reactivo do doente) provoca comportamento de luta ou fuga e, por fim, a informação cognitiva que se fundamenta em informações anteriores e nas suas consequências, através das funções da memória, da atenção e da sugestão.

A dor é modulada por substâncias químicas (endorfinas) produzidas pelas células nervosas, passíveis de bloqueio pela naloxona. Assim, a libertação de substâncias nociceptivas, que dão origem à dor, podem ser bloqueadas pela naloxona, ou, por outro lado, aliviadas pelas endorfinas (Cailliet, 1999; Fernandes, 2000). Este processo permitiu mais informação acerca da produção de dor pelo trauma, pelo stress, pela ansiedade e pela depressão, ficando esclarecida a sua inibição no sistema nervoso central (Philips & Rachman, 1996; Skevington, 1995).

Antigamente, os investigadores apontavam a dor crónica como um antagonismo organo-psicogénico. Hoje, é possível perceber que a dor consiste numa conjuntura complexa de factores biológicos, psicológicos, comportamentais e neuro-hormono-químicos (Melzack & Wall, 1983).

Por fim, Cailliet (1999) salienta que existem três centros sensoriais. O primeiro possui receptores periféricos com fibras mediadoras de impulsos pelas raízes dorsais até ao corno dorsal da medula espinal. O segundo, localizado no mesencéfalo, envolve o tálamo, o sistema reticular e outros sistemas. O terceiro é constituído pelo córtex cerebral, onde a dor é localizada e categorizada.

De forma a evitar induções em erro, o mesmo autor (1999) salienta que a dor crónica não consiste apenas num prolongamento de um processo agudo, mas sim é fruto de modificações do sistema nervoso periférico e central, esclarecendo que nos danos do tecido, os terminais dos nervos periféricos comportam transformações químicas e mecânicas que vão provocar modificações vasomotoras com formação de edema, que fomenta a sensibilidade dos terminais nervosos, alterando os limiares da dor. Essa hipersensibilidade possibilita que estímulos inócuos iniciem e prolonguem a dor.

As fibras nervosas aferentes periféricas excitadas podem, identicamente, provocar hiperexcitabilidade das células do corno dorsal da medula espinal (Schwob, 1994).

Conclui-se que existiu um incremento do número e tamanho de neurónios receptores, assim como, redução dos limiares dos neurónios de ampla variação dinâmica (AVD). Tais conclusões apontam para o facto de que as células do corno dorsal são mais sensíveis aos impulsos nociceptivos periféricos e são mais sensíveis aos estímulos mecânicos devido à diminuição da resistência das sinapses (Cailliet, 1999). A fraca capacidade para interromper ajustadamente a hipersensibilidade dos nervos aferentes periféricos dilata a sensibilidade dos receptores centrais nos gânglios de raiz dorsal (GRD) e na substância cinzenta do corno dorsal.

Schwob (1994) e Skevington (1995), numa abordagem conclusiva, procuram resumir o fenómeno fisiológico da dor, explicando que a propagação da mensagem de dor tem início com o acesso do estímulo nociceptivo às terminações livres, sendo transmitida para a espinal medula pelas células nervosas amielínicas C. De seguida os neurónios medulares projectam-se a divergentes níveis do encéfalo e constituem as vias ascendentes da dor.

Então, “o “primeiro neurónio” aferente de transmissão nociceptiva faz ligação no corno posterior e a partir daí, as vias da sensação de dor estão representadas pelo feixe espino-

talâmico colateral situado na parte anterior do cordão lateral da medula” (Schwob, 1994, p.38). Posteriormente, o “segundo neurónio” nociceptivo cruza a linha mediana da espinal medula no sentido do cordão lateral contrário, formando, a este nível, o feixe espino-talâmico.

Dos núcleos do tálamo, os “terceiros neurónios” das vias sensitivas dirigem-se ao córtex. Neste momento, a transmissão da mensagem algica para o córtex frontal, equivale a uma percepção da sensação nociceptiva como uma mensagem desagradável, a dor. A projecção no córtex parietal equivale a uma compreensão e a uma localização específicas desta dor. A projecção no hipotálamo, com aspectos neurovegetativos que coexistem com a dor (suor, náuseas, tremores) e, por último, a projecção no sistema límbico, centro da componente comportamental e emocional, a ressonância psico-afectiva da dor e a transformação no seu estado final, o sofrimento (Schwob, 1994; Skevington, 1995).

A dor e o seu controlo fisiológico não são processos unívocos e a nível medular pode ser melhor explicado pela “Teoria do Portão” de Melzack e Wall desenvolvida a 1965.

### **1.6. A Teoria do Portão ou “Gate-Control Theory”**

De acordo com a “Teoria do Portão” de Wall e Melzack (1965; 1982; 1993; 1996), a modulação da experiência da dor e da sua reacção processa-se a três níveis, nomeadamente na periferia, na medula espinal e no cérebro, que constituem os “portões de controlo” centrais. Horn e Munafá (1997) complementam que o controlo efectua-se de forma ascendente e descendente, inibindo ou facultando a difusão do estímulo da periferia para o cérebro ou do cérebro até aos cornos posteriores da medula, respectivamente.

A difusão do estímulo no sentido ascendente é regulada pelo tipo de fibras nervosas (fibras grossas A- beta) que conduzem ao encerramento do portão enquanto que as fibras finas A- delta e C conduzem à abertura do mesmo (Fernandes, 2000; Portnoi, 1999). Note-se que a abertura e o encerramento do portão representam a transmissão ou não da dor ao longo das vias nervosas (Fernandes, 2000; Horn & Munafá, 1997).

De forma pormenorizada, Portnoi (1999) explica que a comporta de controlo da dor é constituída pelas fibras supracitadas que se projectam na substância gelatinosa de Rolando (representa a parte sensitiva da espinal medula) e é responsável pela modulação da propagação central dos impulsos; pelas células T localizadas na substância gelatinosa de Rolando e que responderiam pela transmissão de aspectos sensoriais e emocionais da dor; e, pelas composições cerebrais, onde a dor é processada e percebida.

Wall e Melzack (1965; 1982; 1993; 1996) desenvolvem afirmando que os impulsos conduzidos pelas fibras A – beta (fibras fortes) influenciam a actividade do portão, pois a projecção das fibras para a substância gelatinosa de Rolando inibem o funcionamento das células T e, desta forma elas encerrariam o portão para a dor. De outra forma, sendo a estimulação nociceptiva forte, origina-se um “influxo da dor” que permite a passagem das fibras A e C (fibras fracas), mielinizadas e não mielinizadas, dificultando a modulação e estimulando as células T, o que permite a abertura do portão e, conseqüentemente a transmissão da dor, favorecendo o transporte sensitivo, dirigindo a mensagem nociceptiva às vias espino-talâmicas (Schwob, 1994, p.41).

Saliente-se que a modulação da transmissão de dor seria esclarecida pela força relativa dos influxos que percorrem as fibras fracas e fortes ao nível do corno posterior. As fibras fortes revelam um efeito inibidor sobre a acção das fibras fracas, efeito este que presumivelmente encontra-se ligado à actividade de um inter-neurónio inibidor das células nociceptivas, estimulado pelo influxo sensitivo nas mesmas (Wall & Melzack, 1965; 1982; 1993; 1996).

Como já foi possível compreender, quando o impulso das células atinge um “influxo da dor” bastante forte o estímulo é conduzido, de forma ascendente, da medula espinal ao cérebro onde a mesma é processada e percebida (Fernandes, 2000; Horn & Munafá, 1997).

O encerramento do portão pode ser promovido pela regulação descendente do influxo sensitivo, associada aos processos cognitivos, emocionais e à estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais, na medida em que após uma lesão durante a realização de um jogo desportivo é comum que a dor não seja experienciada no momento em que ocorre, mas sim mais tarde, precisamente pela associação entre a atenção e a excitação (Philips & Rachman, 1996; Skevington, 1995). Assim, manifestando-se de acordo com os autores anteriores, Fernandes (2000, p.22) explica que “as funções cognitivas como a atenção, a distracção e a memória, as funções emotivas, o stress, os estímulos visuais, auditivos e tácteis, encontram o seu lugar intervindo no controlo descendente, pois ao regularem a transmissão dos influxos sensitivos a produção de substâncias químicas determinam, pela abertura ou fecho do portão, a qualidade e intensidade da experiência dolorosa”.

Embora a teoria do portão não apresente valor científico total pela ausência de fundamentos clínicos anatómicos e fisiológicos, muito contribuiu para uma maior compreensão dos processos de dor fornecendo bases conceptuais e eletrofisiológicas essenciais (Portnoi, 1999).



### 1.7. Factores Psicossociais

Uma larga variedade de factores psicossociais aglomeram a percepção da dor crónica, entre os quais o género e a idade e em particular os valores e modelos culturais, que parecem exercer uma grande influência nesta problemática.

A dor exige uma reacção comportamental única e individual, subjectiva e intransmissível, reportando, assim a pertinência das diferenças culturais na resposta e tolerância à dor (Melzack & Wall, 1982; Pimenta & Portnoi, 1999; Schwob, 1994; Turk & Gatchel, 1999).

De acordo com Fernandes (2000), ao longo das gerações familiares, são incutidos hábitos e costumes onde estão incluídos a linguagem, as cerimónias e os cultos, aquilo a que se chama de cultura. Esta transmissão permite uma elevada coesão familiar ou grupal que influencia, entre outros, a percepção de dor e consequentemente a sua tolerância. Assim, de cultura para cultura são distintas a forma como se reage, tolera e interpreta a dor pelo que são abrangidos processos como a expectativa, a atenção e a aprovação da dor, a aprendizagem e a ansiedade pela dor (Melzack & Wall, 1982; Pimenta & Portnoi, 1999, Turk & Gatchel, 1999).

Também a dinâmica familiar, primeira fonte de aprendizagem social, interfere na tolerância à dor, na expressão da dor, na queixa da dor, no comportamento pessoal e familiar relativamente à doença e à dor, podendo afectar o equilíbrio familiar (Fernandes, 2000; Schwob, 1994; Silva, 2008; Wall & Melzack, 1982).

Saliente-se, ainda, que através da teoria de portão de Melzack e Wall (1983) percebe-se a associação entre a dor e o factor cultural, na medida em que a dor constitui uma resposta fisiológica, psicológica, comportamental e emocional, sendo esperada pelo grupo social que envolve o doente. Estes comportamentos influenciam a percepção da dor (Silva, 2008).

De facto, a sensação da dor envolve uma interacção emaranhada de factores físicos, psicológicos, comportamentais, religiosos ou espirituais. Com efeito, a simbologia de dor judaico-cristã, budista ou xintoísta desempenha um papel relevante na definição cultural e social da dor e do sofrimento (Schwob, 1994). O mesmo autor (1994) refere como as diferentes religiões percebem a dor. Os budistas percebem a dor como um fundamento essencial à vida e à condição humana (“as quatro verdades de Buda”), inseparável da própria existência. Por sua vez, os hinduístas, aludindo o “Karma” esperam na dor a purificação indispensável ao homem para redescobrir a pureza original. Por fim, dirige-se ao povo cristão, afirmando que a dor é percebida como a redenção do pecado original.

De acordo com Melzack e Wall (1982), em determinadas culturas, a expressão de dor é o centro das cerimónias de iniciação e outros rituais. Contudo, diversos observadores referem que essas pessoas parecem sofrer pouca ou até nenhuma dor. É o caso do ritual “suspensão pelos ganchos”, ainda efectuado na Índia em que um membro de um grupo social é seleccionado para representar o poder dos deuses. O escolhido deve abençoar as crianças e as colheitas de um conjunto de aldeias, numa fase do ano estabelecida. Nesta cerimónia, são espetados ganchos de aço nos músculos do dorso da pessoa, atados por fortes cordas ao topo de uma trave elevadiça, construída numa carroça específica que circula pelas aldeias. No procedimento normal, o membro escolhido agarra-se às cordas durante as viagens, no entanto, durante o auge da cerimónia, em cada aldeia, a pessoa larga das cordas e balanceia-se espontaneamente, pendurado pelos ganchos espetados nos músculos das costas, enquanto abençoa a aldeia. O estado deste homem, não reflecte dor ou sofrimento, mas sim uma “estado de exaltação” (Kosambi, 1967, cit in Melzack & Wall, 1982).

Com efeito, os seres humanos apresentam conhecimentos, convicções, comportamentos aprendidos no seu contexto cultural e atitudes em relação à dor (Quartilho, 2001), visto que cada cultura, e neste caso cada família, é constituída por comportamentos, atitudes, crenças, hábitos e costumes e uma linguagem de sofrimento única e particular (Helman, 2003).

Após uma reflexão sobre o conceito, os tipos de dor, a etiologia, a fisiopatologia da dor e os factores psicossociais e reflectindo a impossibilidade de uma eliminação eficaz da dor, dado que se trata de uma dor crónica, torna-se necessário ter em conta as várias dimensões que rodeiam o individuo, nomeadamente a incapacidade física a que estão sujeitos e o contexto familiar, no sentido da sua dinâmica e funcionamento, tal como irá ser discutido no capítulo seguinte.

## 2. Sistema Familiar

### 2.1. Conceito de Família

A literatura apresenta diversos conceitos no que diz respeito à família, salientando que esta consiste numa “união mais ou menos duradoura, socialmente aprovada, de um homem, uma mulher e os filhos destes” (Levi-Strauss, 1967, cit in Belardinelli, 2010, p.527) e representa “uma estrutura organizadora de relações que conecta e vincula entre elas as diferenças originais e fundamentais do ser humano, sendo elas a diferença de géneros, de gerações e de estirpes, que têm como objectivo intrínseco a generatividade” (Cigoli & Scabini, 2007, p. 28; Lévi-Strauss, 1986).

Neste sentido, a família não pode ser entendida como um objecto de estudo constituído por indivíduos isolados, mas sim como “uma rede complexa de relações e emoções” (Gameiro, 1992, p. 187); se assim fosse, a dinâmica e a complexidade das relações familiares seriam percebidas de forma redutora.

Assim, Castellan (1994, cit in Oliveira, 2002, p.20; Lévi-Strauss, 1986) afirma que a família consiste “numa reunião de indivíduos unidos pelos laços de sangue vivendo sob o mesmo tecto ou num mesmo conjunto de habitações, e numa comunidade de serviços”. Contudo, Amaro (2006) acrescenta que família não se resume a laços de sangue, casamento ou parceria sexual, família envolve um constructo pluridimensional e multicultural.

Então, a família constitui um grupo primário básico por excelência, visto que é caracterizada pelo mais íntimo e estreito relacionamento e interacção pessoal dos seus membros, onde se estabelecem e encontram os valores, crenças e costumes de uma determinada estrutura social (Tuzzo, s/d; Amaro, 2006; Minuchin & Fishman, 1981), assentando num fundamento biológico e psicológico, que Lévi-Strauss (1986) considera como necessidades naturais.

Andolfi (1981) reflecte a família como um sistema interligado constituído pelas particularidades de cada um. Com efeito, na mesma linha de pensamento Amaro (2006) e Relvas (1996) constatarem que a família representa um sistema constituído por um conjunto de elementos ligados através das suas relações, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de vários estádios de evolução, onde os seus membros experienciam modificações ao longo do tempo.

Por sua vez, Jones (1999), Minuchin e Fishman (1981) acrescentam que as famílias constituem sistemas complexos e multi-individuais com subsistemas diferenciados, na medida em que cada elemento se caracteriza como um subsistema.

Considerando que para além das dimensões biológica, afectiva, psicológica, à estrutura familiar também se encontra subjacente a dimensão social que permite a satisfação de necessidades de cada subsistema, nomeadamente a protecção e a socialização, assim como o suporte emocional entre os elementos (Goode, 1970; Lévi-Strauss, 1986).

Assim, tendo em conta a dimensão social da família, Amaro (2006) e Goode (1970) referem um conjunto de características presentes em qualquer sistema familiar. A primeira característica prende-se com a diferenciação entre família de orientação, família onde a pessoa nasce e onde é realizada a sua socialização e a família de procriação, quando um elemento da família (normalmente os filhos) se unem a elementos de outra família de orientação para constituir nova família. A intergeracionalidade da família constitui a segunda característica, na medida em que cada família está inserida e gera gerações onde os subsistemas da família estão unidos por laços de sangue ou afinidade, salientando aqui o conceito de parentesco que consiste no estabelecimento de relações de indivíduos que tem uma ascendência e descendência comum (parentesco consanguíneo), ou através do matrimónio (parentesco de afinidade).

É de realçar que a família deve ser interpretada como um todo, como um sistema que integra diversos subsistemas (Amaro, 2006; Jones, 1999; Minuchin & Fishman, 1981). No entanto, a família contemporânea vem contrariar esta tendência justificada por três características da mesma, nomeadamente maior dependência da família face ao Estado, dependência esta que apoia o conceito de família como esfera privada, cujo maior interesse consiste na partilha, intimidade, cumplicidade e a magnificação da qualidade das relações e esta intervenção do Estado aplica-se a várias áreas da família, nomeadamente ao nível jurídico (e.g., casamento, divórcio), económico (e.g., reformas, empregos) ou institucional (e.g., escola, protecção de menores); maior independência das redes de parentes, na medida em que não se verifica controlo ao nível do comportamento, da tomada de decisões dos membros familiares (e.g., escolha livre do cônjuge; escolha do estilo de vida); não se defende que houve um abandono por parte dos parentes, mas sim uma readaptação; maior relevância atribuída ao indivíduo, reduzindo as dimensões comuns do sistema familiar.

## 2.2. Tipos de Família

Actualmente assiste-se ao aumento de vários tipos de famílias, designadamente família unipessoal, família nuclear, família extensa, família monoparental, reconstruídas e homossexuais.

De acordo com diversos autores (Amaro, 2006; Belardinelli, 2010; Carter, 1993; Kwak, 2010; Meves, 2010; Saraceva, 1992), a família unipessoal consiste numa família estabelecida por uma só pessoa solteira ou viúva; a família nuclear é constituída por pais e filhos solteiros; a família extensa ou alargada é formada pela família nuclear e por outros parentes (e.g., tios, irmãos, avós, primos) e remete para a família tradicional que está cada vez mais extinta devido à urbanização e à industrialização; a família monoparental engloba apenas um dos pais e os seus filhos; a família reconstruída que é resultado de uniões em que pelo menos um dos cônjuges leva para o novo casamento os seus filhos; e, por fim, a família homossexual, constituída por duas pessoas do mesmo género e seus filhos (embora em Portugal seja ilegal a adopção de crianças por casais homossexuais).

As famílias reconstruídas têm sofrido um incremento devido às taxas de divórcios, na medida em que os cônjuges interpretam o insucesso matrimonial como uma escolha errada do parceiro e não como um fracasso no matrimónio em si (Carter, 1993; Goode, 1970). Estas novas formas de família, principalmente as reconstruídas ou as monoparentais implicam a criação e desenvolvimento de novos papéis, de novas estruturas, regras e limites, o que pode sugerir uma nova adaptação, passível de não ser a mais desejada (Kwak, 2010).

## 2.3. Fases da Vida da Família

Considerando o seu carácter longitudinal, foram desenvolvidas duas abordagens relativamente à vida familiar, nomeadamente o ciclo de vida da família e sua progressão para curso de vida da família (*family life course*) (Amaro, 2006).

Assim, de acordo com Relvas (1996, p. 16) e Saraceva (1992) o ciclo de vida da família refere-se à “identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas”. Tais tarefas desenvolvimentais e o seu desempenho dependem das características particulares de cada membro da família e da pressão social, sendo fulcrais para o funcionamento familiar, pois os pais, no seu papel de

educadores, desempenham determinadas tarefas, considerando as necessidades dos filhos e as expectativas sociais. Atinge-se, deste modo, uma perspectiva funcional do sistema familiar como um todo cujos objectivos permitem transformações da família e dos indivíduos que a constituem. Com efeito, diversos autores (Amaro, 2006; Goode, 1970, Lévi-Strauss, 1986; Relvas, 1996) destinam à família funções como o desenvolvimento e protecção dos elementos (função interna) e a sua socialização, adaptação e a passagem de certas culturas (função externa), sendo a família responsável por determinar com êxito a produção de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus membros, pois são estas duas funções e tarefas que requerem, para cada etapa, o estabelecimento de objectivos distintos e particulares, promovendo o desenvolvimento familiar.

Também o sistema familiar apresenta um percurso desde o seu nascimento até à sua morte ou cessação e, entretanto integra factores como a dinâmica interna do sistema, as particularidades individuais e a relação/interacção com os âmbitos sociais, considerando a sociedade e os sub-sistemas, designadamente a escola, o trabalho, entre outros (Relvas, 1996; Saraceva, 1992).

Saraceva (1992) acrescenta que o ciclo vital da família implica também atender à história de cada família, ao seu progresso e modificações ao longo do tempo, remetendo, assim para uma perspectiva processual do sistema familiar.

Duvall (1957, cit in Nichols, 1984), realizou a primeira identificação de estádios do ciclo de vida familiar integrando a consciência da presença de etapas desenvolvimentais no todo familiar, considerando a presença de crianças e a idade e evolução do filho mais velho como limite. Contudo, esta classificação sofreu diversas alterações existindo, deste modo, várias versões. Carter e McGoldrick (1982, cit in Relvas, 1996), através da teoria geral dos sistemas apresentam uma versão consistente de Bowen (1988) do ciclo vital da família (tabela 1).

Tabela 1. Estádios do Ciclo Vital da Família (adaptado de McGoldrick & Carter, 1982, cit in Relvas, 1996, p. 20).

Estádio	Processo Emocional de Transição	Mudanças de 2ª Ordem Necessárias ao Processo de Desenvolvimento
1. Entre Famílias: o Jovem Adulto Independente	Aceitação da separação pais-filhos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenciação do self em relação á familia de origem;</li> <li>• Desenvolvimento de relações íntimas com um parceiro;</li> <li>• Estabelecimento de uma identidade no mundo laboral.</li> </ul>
2. Junção de Famílias pelo Casamento: o Novo Casal	Compromisso com o novo sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação do novo sistema conjugal;</li> <li>• Realinhamento das relações com as famílias de origem e os amigos de modo a incluir o cónjuge.</li> </ul>
3. Famílias com Filhos Pequenos	Aceitação no sistema dos membros da nova geração.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustamnto do subsistema conjugal: criar espaço para os filhos;</li> <li>• Assumir papéis parentais;</li> <li>• Realinhamento das relações com as famílias de origem a fim de nelas incluir os papéis parentais e os avós.</li> </ul>
4. Famílias com Adolescentes	Flexibilização dos limites familiares de modo a aceitar a independência dos filhos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança nas relações pais-filhos; possibilitar aos filhos as entradas e saídas no sistema;</li> <li>• Recentração nos aspectos da vida conjugal da meia-idade das carreiras profissionais;</li> <li>• Início da função de</li> </ul>

**Tabela 1. Estádios do Ciclo Vital da Família (adaptado de McGoldrick & Carter, 1982, cit in Relvas, 1996, p. 20) (Cont.)**

<p>5. Saída dos Filhos</p>	<p>Aceitação de múltiplas entradas e saídas no sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renegociação do subsistema conjugal como díade;</li> <li>• Desenvolvimento de relações adulto-adulto entre os jovens e os pais;</li> <li>• Realinhamento de relações para incluir os parentes por afinidade e os netos;</li> <li>• Necessidade de lidar com as incapacidades e morte dos pais (avós).</li> </ul>
<p>6. Última Fase da Vida da Família</p>	<p>Aceitação da mudança dos papéis geracionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção de interesses, próprios e/ou de casal; exploração de novas opções familiares e sociais;</li> <li>• Papel de destaque da geração intermédia (filhos);</li> <li>• Aceitação da experiência e sabedoria dos mais velhos; suporte da geração mais velha sem super-protecção;</li> <li>• Aceitação da perda do cônjuge, irmãos e outros da mesma geração; preparação para a morte; revisão e integração da própria vida.</li> </ul>



Confirmando a existência de diversas versões, Hareven e Selagen (1999, cit in Amaro, 2006, p.50) apresentam pormenorizadamente, no seu entender, as etapas do ciclo da vida da família:

1. Constituição do casal;
2. Pais jovens, do recém-nascido até à idade de três anos;
3. Grupo doméstico com filhos em idade escolar (de três a seis anos, com irmãos ou irmãs mais novos);
4. Grupo doméstico com filhos escolarizados (o filho mais velho entre seis e doze anos, com irmão e irmãs mais novos);
5. Grupo doméstico com adolescentes (o filho mais velho entre doze e vinte anos);
6. Grupo doméstico com adulto jovem (desde o momento em que o filho mais velho faz vinte anos até ao momento em que um dos filhos abandona o lar);
7. Grupo doméstico que ajuda os filhos a estabelecerem-se até ao momento em que o último se instala;
8. Grupo doméstico “pós-parental”, período que vai desde a saída do último filho até à reforma do pai;
9. Grupo doméstico em envelhecimento, após a reforma do pai.

À catologização do ciclo de vida familiar, acrescentam-se diversas críticas, na medida em que estes modelos dirigem-se para o tipo de família nuclear das sociedades industrializadas, em detrimento dos outros tipos de família, nomeadamente as famílias reconstruídas ou unipessoais, com conteúdos, constituição, estrutura, dinâmica e organização distintos (Amaro, 2006).

Não existe um ciclo de vida normal, na medida em que esta implica determinados problemas, tanto em termos da conceptualização (exactamente quando começa ou acaba uma família e quais são os seus limites), como culturalmente, tendo em conta ainda os acontecimentos externos, tais como as alterações da lei, o desemprego, a crise económica, a guerra, entre outros (Saraceva, 1992).

De acordo com Amaro (2006) considerando que a família não se rege, exclusivamente, por tarefas e fases pré-determinadas, por motivos já referidos, procurou-se, então, uma terminologia diferente, mais flexível para caracterizar os estádios da vida familiar, adoptando o termo curso (ou percurso) de vida familiar, que por sua vez se dirige para a construção de uma vida, individual ou familiar, em interacção com vários percursos e contextos, esperados

ou inesperados. Portanto, não interessa tanto as fases que se dão, mas sim, o momento em que acontecem.

Definindo curso de vida Elder (1978, cit in Saraceva, 1992, p. 228) defende que o novo termo “refere-se a percursos ao longo de um período da vida diferenciado por idades, aos modelos sociais de *timing*, duração, espaçamento, e de ordem dos acontecimentos; o *timing* de um evento pode ter tantas consequências para a experiência de vida como o facto daquele evento acontecer ou não, e do grau e tipo de transformação que comporta”.

#### 2.4. Papéis Familiares e Sociais

Todos os sistemas familiares desempenham tarefas e papéis familiares que podem variar e ser destinados a elementos específicos devido ao género, à idade e ao grau de parentesco (Amaro, 2006). O mesmo autor (2006), acrescenta que no sistema familiar também são desempenhados papéis sociais associados à sociedade e defende que ambos se harmonizam entre si. Contudo, esta harmonia pode desvanecer, provocando um conflito de papéis, como por exemplo e estando subjacente um aspecto cultural, quando a esposa tem de desempenhar o papel sócio-profissional e familiar sozinha, manifestando dificuldades na sua conciliação.

É de salientar a influência do sistema cultural na distribuição de papéis familiares, que geram vários conflitos quando é necessário uma inversão e readaptação de novos papéis (Satir, 1993). Realce-se que existem papéis intransmissíveis como os papéis de base biológica, como por exemplo a gravidez e a procriação que apenas compete à mulher. Todos os restantes papéis podem ser desempenhados por homens ou mulheres, sendo sempre definidos culturalmente.

Actualmente a distribuição das tarefas domésticas tem sido cada vez mais justa, na medida em que a mulher também desempenha papéis profissionais fora de casa pelo que se torna imperativo a contribuição do homem nestas actividades de forma a evitar a sobrecarga da mulher (Amaro, 2006).

Nesta reflexão sobre a organização relativamente às funções de cada subsistema, Minuchin (1974) defende que a estrutura da família é exigível para o funcionamento organizador das formas em que cada elemento da família interage, dado que a família é um sistema que funciona por meio de modelos transacionais que moderam a conduta dos elementos da família.

## 2.5. Funcionamento Familiar

A literatura aborda várias perspectivas do funcionamento familiar, nomeadamente a vertente psicanalítica, modelo de ajustamento e adaptação da resposta familiar, modelo de Rolland, a vertente baseada na família como sistema, a perspectiva circunplexa da família, entre outras. Contudo, na presente investigação o foco de atenção dirige-se para o estudo de duas teorias, nomeadamente a teoria geral dos sistemas e o modelo circunplexo da família.

### 2.5.1. Teoria Geral dos Sistemas

De forma a combater o modelo mecanicista de causalidade linear que intervém através da divisão das partes do todo, surge com Bertalanffy (1971) a teoria geral dos sistemas com um modelo de causalidade circular que atende às relações e interações entre as partes e as analisa totalmente nas suas vinculações mútuas. Nesta perspectiva, o sistema familiar é avaliado no todo que é designado de “organística” (Bertalanffy, 1971, p. 193)

A par de Bertalanffy (1971), Amaro (2006) e Andolfi (2003) explicam que a progressão da teoria geral dos sistemas, também contou com outros autores que são apontados como os responsáveis pelo seu desenvolvimento como Herbert Spencer (1820-1903) e Vilfredo Pareto (1848-1923), Robert Wiener (s/d), Shannon e Weaver (1949) (através das teorias da informação e da comunicação e com os trabalhos sobre a cibernética) e os autores da escola de Palo Alto como Gregory Bateson, Don Jackson, Haley e Wakland (s/d).

Neste contexto, a investigação sobre a família e a dinâmica familiar é dirigida para uma perspectiva sistémica que por meio do estudo das interações/relações entre os membros da família percebe a conduta humana, no decorrer do tempo (Jones, 1999; Minuchin, 1974).

Neste sentido, a família é um sistema, é parte integrante de outros sistemas e gera pequenos subsistemas, isto é, a família é um todo, é parte integrante da comunidade e da sociedade e gera pequenos subsistemas que consistem, por exemplo, em cada elemento da família (individual) ou no relacionamento do casal (conjugal), ou no relacionamento pais-filhos (parental) ou no relacionamento entre irmãos (fraternal) (Amaro, 2006; Andolfi, 2003; Bowen, 1991; Minuchin, 1974; Relvas, 1996). Assim, a família consiste num sistema interdependente entre os elementos onde os conceitos, a autoridade, as regras, a educação e a afectividade são definidos (Smith, 1996).

Bowen (1991, p.29) refere que “os sistemas funcionam a todos os níveis de eficácia, que vai desde um nível óptimo, até ao mau funcionamento ou ao fracasso total”. Com efeito, é possível verificar que existe uma hierarquia entre os sistemas e os subsistemas o que permite a abertura dos mesmos circundado por fronteiras e limites, que possibilita a transição da informação entre a família e o meio e entre os subsistemas familiares (Amaro, 2006; Jones, 1999; Minuchin, 1974). A abertura (que alude à influência de pressões externas no sistema e às que o mesmo executa sobre o meio) ou o encerramento do sistema familiar depende do momento de evolução que a família esteja a transitar e da sua organização que aponta para a sua própria actividade dinâmica, para a sua identidade e independência (Bertalanffy, 1971).

Com efeito, entende-se que a família não funciona apenas devido a forças externas, mas também devido a forças internas apresentando, então, uma capacidade auto-organizativa que lhe faculta a firmeza, a lógica e a autonomia da sua dinâmica. Esta é uma aptidão do sistema para transformar naturalmente a sua estrutura se as conjunturas, internas e/ou externas, alterarem. Assim, pelo seu carácter independente o sistema “possui, então, uma abertura funcional e um fecho organizacional” (Relvas, 1996, p.13).

Como já foi referido, note-se que a dita hierarquização não apresenta uma conotação rígida, ela permite que cada membro da família se interesse, coopere e comunique com outros sistemas e subsistemas, desempenhando papéis divergentes em diferentes âmbitos, que pressupõem distintas interacções, funções e estatutos (Minuchin, 1974).

Jones (1999) salienta algumas particularidades dos sistemas familiares abertos, nomeadamente a totalidade que se refere à “inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família” (p.31); o *feedback*, que reflecte a reacção à informação advinda dos membros da família ou do ambiente e, por fim, a equifinalidade que constata que é possível o alcance dos mesmos resultados ou limites independentemente dos estímulos, visto que a estrutura e a organização do sistema é mais significativa do que o estímulo.

### **2.5.2. Modelo Circumplexo do Sistema Familiar**

O modelo circumplexo pode ser considerado para a realização do “diagnóstico relacional”, dado que se centra no sistema relacional, através da integração de três dimensões, nomeadamente a coesão, a adaptabilidade e a comunicação (Larrosa, 2002; Olson, 2000;

Olson & Gorall, 2003; Olson, Russel & Sprenkle, 1989; Rodick, Henggeler & Hason, 1986; Sawin & Harrigan, 1995).

De acordo com Olson (2000, p. 145), a coesão consiste “numa ligação emocional entre os elementos de uma família” e o grau de autonomia que experimentam. Por sua vez, a adaptabilidade ou flexibilidade dirige-se para a capacidade do sistema familiar de se adaptar a uma situação de *stress* e de desenvolvimento, promovendo alterações na estrutura de poder, nas regras e no papel de cada elemento. Por fim, a comunicação visa facilitar a acção das outras duas dimensões.

Olson e Gorall (2003) afirmam que as duas primeiras dimensões apresentam diversos níveis com interpretações divergentes, nomeadamente o nível moderado corresponde ao funcionamento equilibrado de uma família, constituindo o nível mais adequado. Por outro lado, o nível mais extremo corresponde a um funcionamento familiar mais problemático. Uma família funcional sustenta períodos de tensão, de forma a proteger e a defender a identidade do sistema familiar e a respeitar as diferenças individuais dos elementos (Minuchin, 1974).

Neste sentido, segundo o modelo, a dimensão coesão integra os seguintes níveis: desmembrada (coesão extremamente baixa), separado (coesão baixa/moderada), ligado (coesão moderada/alta) e emaranhado (coesão extremamente alta) (Larrosa, 2002; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003; Olson, Russel & Sprenkle, 1989; Rodick, Henggeler & Hason, 1986; Sawin & Harrigan, 1995).

Realce-se que os níveis equilibrados (funcionalidade familiar entre os membros) correspondem aos níveis separado e ligado onde existem algumas diferenças ao nível emocional, na medida em que o primeiro apresenta uma família com uma relação separada provocando uma separação emocional (mas não extrema), pelo que o tempo passado sem a família é considerado relevante. Por outro lado, uma relação ligada confere maior relevância ao convívio familiar, visto que existe uma maior proximidade emocional e lealdade entre os membros; nos níveis equilibrados é permitido aos indivíduos oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar (e.g., transições no ciclo vital). Os níveis extremos correspondem aos níveis desmembrado (indivíduo centrado em si mesmo), que apresentam diferenças do ponto de vista emocional, pois uma relação desmembrada implica uma separação emocional e pouco envolvimento entre os membros da família, e emaranhada que implica uma extrema ligação emocional e uma elevada dependência entre os membros, sugerindo baixa diferenciação do *self* (Olson, 2000; Olson, & Gorall, 2003).

A dimensão adaptabilidade integra quatro níveis: rígido (adaptabilidade extremamente baixa), estruturado (adaptabilidade baixa/moderada), flexível (adaptabilidade moderada/alta) e caótico (adaptabilidade extremamente alta) (Larrosa, 2002; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003; Olson, Russel & Sprenkle, 1989; Rodick, Henggeler & Hason, 1986; Sawin & Harrigan, 1995).

Nesta dimensão, os níveis equilibrados (funcionais) correspondem aos níveis estruturado e flexível, que promovem o equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, promovendo o equilíbrio da família ao longo do tempo. A um nível mais profundo, numa família estruturada, impera uma liderança democrática que integra as crianças nos ajustamentos dos papéis e das regras familiares sempre que necessário. Pelo contrário, uma família flexível reflecte uma liderança igualitária, baseada na democracia entre os elementos, inclusive as crianças, sendo que as regras e os papéis são distribuídos proporcionalmente à idade de cada um (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Os níveis rígidos e caóticos correspondem a formas extremas de funcionamento familiar em termos da adaptabilidade, pelo que nas famílias rígidas, um dos membros controla a dinâmica familiar, impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras. Assim, os papéis familiares não se encontram bem definidos e podem ocorrer frequentes alterações de papéis entre os indivíduos, pelo que surgirão reacções de impulsividade nas tomadas de decisões, dado que ninguém é totalmente responsável por nada.

A dimensão da comunicação permite facilitar aos casais e famílias a alteração dos seus estados de coesão e adaptabilidade. A comunicação implica que o casal e a família recorram a determinadas competências, nomeadamente a aptidão de ouvir (inclui empatia e escuta activa) e falar (falar para um membro não é falar para todos), auto-revelação (partilha de sentimentos e de relações), perseguir (foco num tópico), clarificação e respeito (aspectos afectivos da comunicação). Relacionando as três dimensões, será conclusivo que os sistemas familiares equilibrados ao nível da coesão e da adaptabilidade apresentam maiores competências de comunicação e, em contrapartida, os sistemas extremos manifestam défices nas competências de comunicação (Olson & Gorall, 2003; Olson, Russel & Sprenkle, 1989; Rodick, Henggeler & Hason, 1986; Smith, 1996).

Os diferentes níveis familiares de cada dimensão, designadamente a coesão e a adaptabilidade produzem dezasseis tipos familiares que são agrupados em quatro tipos, especificamente o tipo equilibrado, moderadamente equilibrado, meio-termo e extremo (Olson, 2000; Olson, Sprenkle & Russell, 1979). Os tipos familiares foram encontrados após efectuar a correspondência, numa escala de um a oito, das dimensões coesão e adaptabilidade.

Saliente-se que na análise do modelo, torna-se importante considerar circunstâncias que afectam e influenciam o funcionamento familiar, nomeadamente acontecimentos stressantes, transições nas etapas de desenvolvimento e pressões intra-familiares (Larrosa, 2002; Olson & Gorall, 2003). Estas e outras situações podem produzir variações nos níveis da adaptabilidade e coesão, assim como diferentes expressões numa mesma etapa.

Com efeito, este modelo, pela sua dinâmica, permite equacionar transformações na família ao nível da coesão e/ou adaptabilidade, de modo a adaptarem-se a novas mudanças ou crises (Olson, 2000; Sawin & Harrigan, 1995).

Para terminar, é possível perceber que saúde/doença e dinâmica familiar estão intimamente associados, no sentido em que a família interfere na concepção que cada elemento elabora de saúde e doença, pois é na família que se inicia o processo de socialização, onde se adquirem as primeiras interpretações de saúde/doença que podem influenciar a discrepância de adaptabilidade e coesão familiar (Mendes, 2004).

### 3. Dor Crónica, Dinâmica e Funcionamento Familiar

Ao longo do seu ciclo de vida, a maioria das famílias atravessam por passagens, alterações e dificuldades que podem ser normativas ou inesperadas (Ribeiro, 2010). Para ultrapassarem estas adversidades, cada membro e a própria família no seu todo deve mobilizar e otimizar as suas potencialidades internas e externas com o objectivo de preservar os seus laços relacionais (Meissner, 1978). Assim, devem ser capazes de converter os contratemplos em desafios e oportunidades, resolucionando-os de forma a contornar o processo de ruptura (Minuchin, 1974). Neste sentido, deixam de ser apenas conflitos, podendo evoluir para oportunidades de mudança e crescimento, pois se por um lado, determinados problemas poderão desencadear conflitos relacionais e rupturas familiares, por outro poderão produzir resultados positivos como a progressão e a modificação das relações familiares (Martins, 2009; Ribeiro, 2010).

De acordo com Rolland (1995), perante situações de conflito, a nível psicológico e familiar existem dois processos que regulam o impacto do *stress* nos indivíduos e nos seus laços. Se por um lado é possível desenvolver os processos adaptativos promovendo a resiliência (adaptação positiva a eventos adversos), que depende do ambiente familiar, da atribuição de significado à situação pela família e dos factores de risco e de protecção, reduzindo o *stress* e conseqüentemente impulsionam a recuperação, por outro, poderão ser desenvolvidos os processos desajustados que promovem a vulnerabilidade fomentando o *stress* nos membros e nos seus laços familiares. O *stress* experienciado poderá ser ainda promovido por um conjunto de aspectos psicológicos e comportamentais do membro familiar com dor crónica que vêm condicionar o ajustamento à doença, tais como a diminuição da actividade física e do comportamento activo e funcional, abuso e dependência farmacológica, traços da personalidade, a capacidade de enfrentar adversidades, distúrbios nos padrões do sono, alterações de humor, dificuldades de comunicação e de relacionamento promovendo o isolamento e abandono laboral. Considerando todos estes factores, prevê-se também uma modificação no ambiente familiar, na medida em que as relações começam a basear-se na assistência e cuidados ao paciente (Bazako, 2003; Lopes, 2007; Martins, 2009; Power & Orto, 2004). Salienta-se ainda o papel social, pelo que as representações sociais da família no que respeita à doença também influenciam as relações e a compreensão das mesmas com o meio envolvente (Martins, 2009; Mendes, 2004).



Estes processos poderão variar pelo que as famílias percebem a doença crónica conforme os recursos que possuem. Quanto melhores estes forem, melhor é encarada a doença e, conseqüentemente a adaptação e a coesão familiar. Neste sentido o seu significado e experiência depende de variáveis como tempo, energia, poder financeiro, apoio social, ambiente físico, aumentando a autonomia do doente e da família ou de variáveis psicológicas e comportamentais já enunciadas (Paul et al., 2001, cit in Mendes, 2004; Power & Orto, 2004).

Assim, quando surgem acontecimentos adversos, a estrutura familiar deve adaptar-se, na medida em que os subsistemas familiares desempenham e solicitam papéis e funções satisfatórios para estimular e otimizar os sistemas de suporte familiar (Martins, 2009; Meissner, 1978; Mendes, 2004; Minuchin, 1974; Rolland, 1995).

Considerando que as famílias obedecem a pressões internas e externas, as respostas a estas exigências implicam então, uma alteração da posição dos membros das famílias, permitindo aos mesmos um crescimento individual, em detrimento do sistema familiar que preserva a sua continuidade estando, desta forma, favorecida a acomodação a novas circunstâncias, isto é, quando um indivíduo experimenta momentos adversos, a família prepara-se para o apoiar, acomodando-se e adaptando-se à sua nova condição, o que implica uma alteração nos subsistemas, nos papéis e funções individuais de forma a que o sistema familiar continue em funcionamento (Martins, 2009; Minuchin, 1974; Ribeiro, 2010; Steinglass, 1987, cit in Pereira, 2001). A este processo de mudança está implícito um modelo funcional, caso contrário, se a família se manifestar rígida nos seus subsistemas então, estará implícito um modelo disfuncional prejudicando a dinâmica familiar que se caracterizará pela reduzida adaptabilidade e coesão familiar, conflitos familiares, desorganização familiar, insatisfação conjugal, críticas, dificuldades nos padrões de comunicação, entre outros (Fisher et al., 2000; Martins, 2009; Mendes 2004; Minuchin, 1974).

Dada toda a conjuntura, facilmente se percebe que a doença crónica implica um impacto psicossocial ao nível físico (actividade corporal e aparência física), psicológico (reações emocionais) e social (família e amigos), o que conseqüentemente vai envolver alterações no modo de vida do doente e da família que necessitam de fazer um reajustamento devido à nova circunstância (Bazako, 2003; Paul, et al., 2001, cit in Mendes, 2004). Estas alterações provocam uma angústia física, psíquica e material, diminuindo, deste modo, a qualidade de vida do indivíduo e da família (Fisher, et al., 2000; Mendes 2004; Minuchin, 1974; Martins, 2009; Mendes, 2004; Minuchin, 1974; Ribeiro, 2010).

Assim, para uma boa adaptabilidade nas doenças crónicas, nomeadamente na dor, os indivíduos necessitam de efectuar uma alteração e adaptação, que desperta nos mesmos um sofrimento, baseado na punição, na traição, na preocupação, deterioração, no pânico, no vazio e, por outro lado da ajuda familiar, considerando ainda que os momentos de descanso são reduzidos (Mendes, 2004; Rolland, 1995).

### **3.1. Modelo Circumplexo e Dor Crónica**

No Modelo Circumplexo a adaptabilidade e a coesão familiar perante a doença é evidenciada pela capacidade da família de se organizar para recorrer a recursos externos e internos com o objectivo de apoiar, proporcionar conforto e promover relações e laços fortes entre os membros da família (Olson, 2000; Mendes, 2004; Minuchin, 1974; Ribeiro, 2010).

Saliente-se que a adaptação deve ser progressiva e proporcional às diversas fases da doença para que a família esteja apta para as modificações decorrentes do processo de doença com o objectivo de permitir ao doente intervir no plano de vida familiar, cumprindo as suas responsabilidades familiares e individuais, considerando sempre as suas limitações (Mendes, 2004; Minuchin, 1974). Para tal, torna-se imprescindível uma readaptação da estrutura familiar, ao nível dos problemas e da afectividade, capacidade para negociar alterações e “acolher” a doença na família, sendo necessário um esforço e uma redução do impacto dos agentes psicossociais na família proporcionando melhor qualidade de vida (Rolland, 1995).

Note-se que, de acordo com Mendes (2004), para que o membro da família com dor crónica beneficie de um melhor bem-estar e qualidade de vida é necessário que a família admita as influências que cada elemento exerce nos outros, que as fronteiras sejam claras e bem definidas com a finalidade de que os elementos desempenhem as suas funções sem interferências pejorativas de outros membros procurando manter o contacto com os outros subsistemas e, desta forma, preservar o sistema ao nível da adaptabilidade e coesão familiar. Por outro lado, Martins, Rabinovich e Silva (2008) e Minuchin (1974) esclarecem que se as fronteiras entre os subsistemas forem demasiado flexíveis, a dinâmica familiar poderá caracterizar-se como emaranhada, na medida em que existe dificuldade na diferenciação do sistema familiar. Da mesma forma que se a dinâmica for rígida o sistema familiar mobiliza-se de forma independente, necessitando de sentimentos e capacidade de pertença (Minuchin & Fishman, 1981).

Contudo, o sistema familiar procura adaptar-se positivamente e manter-se coeso promovendo comportamentos de *coping* positivos para lidar com a doença crónica e com a sua sintomatologia (Kouneski, 2000).

De acordo com Cerveny (2001, cit in Carneiro, 2009, p, 3), a família actua considerando um conjunto de aspectos como a homeostasia, que consiste num “processo auto-regulador que mantém a estabilidade no sistema e os protege de desvios e mudanças”, a morfogénese que consiste na “capacidade que o sistema tem de auto-transformação”, o *feedback* positivo que “aumenta a capacidade do sistema”, a causalidade circular que consiste na “capacidade de cada membro influenciar os outros e ao mesmo tempo ser influenciados por eles” e, por último, não somatividade que consiste na “impossibilidade de ver as partes do todo como entidades isoladas ou somar características das partes para entender o todo”.

Para terminar, importa salientar alguns factores que estejam associados à adaptabilidade, coesão familiar e tipo de família.

Bandeira e Barroso (2005) realizaram um estudo para analisar factores associados às sobrecargas e exaustão física, social e psicológica dos familiares de pacientes psiquiátricos que, de certa forma, interferem no relacionamento familiar, nomeadamente na adaptabilidade e coesão familiar. Assim, foram identificados alguns comportamentos problemáticos dos pacientes, a sintomatologia da doença, crenças sobre a saúde, o cuidado familiar e conjugal, as percepções relativamente à doença e preocupações dos familiares, a dificuldade no desempenho de papéis familiares, a falta de suporte familiar e os baixos níveis de escolaridade que prejudicaram a funcionalidade do sistema familiar.

Também Skevington (1995) salienta que determinadas sensações corporais (e.g., latejamento, picada, corte, queimadura, formigueiro, pontada, pressão) e a tolerância à dor poderão determinar um melhor funcionamento familiar, devido a características subjacentes a nível temporal, frequência e intensidade.

### **3.2. Fases Familiares Centrífuga e Centrípeta**

Determinados autores (Beavers, 1982; Combrinck-Graham, 1985, cit in Rolland, 1987) conceptualizam os seguintes conceitos: fases familiares centrípetas e fases familiares centrífugas com o objectivo de integrar o desenvolvimento familiar, do indivíduo e da doença. Neste sentido, os mesmos autores (1982; 1985) idealizam uma forma espiral do ciclo de vida familiar, em que o sistema familiar incorpora três gerações, nomeadamente a própria infância

e adolescência, infância e adolescência dos filhos e dos netos, entre períodos de aproximação familiar, caracterizada pela fase familiar centrípeta e períodos de afastamento familiar, caracterizada pela fase familiar centrífuga.

Neste sentido, dependendo de diversos factores (e.g., idade, membro da família, papel familiar que exerce na família, entre outros), a patologia crónica exerce uma aproximação ou afastamento familiar. A presença de doença na família implica um acolhimento da mesma para que a família active o processo centrípeta de socialização com a doença. Note-se que se o início da doença surgir num momento centrífugo, poderá existir uma alteração no movimento natural da família como, por exemplo se um jovem adulto padecer de uma patologia crónica, surgirá a possibilidade de voltar aos cuidados da família, o que provoca um conjunto de alterações ao nível individual e ao nível da estrutura familiar. Assim, a autonomia e a individualidade de cada membro (incluindo do jovem doente que principia o processo de início de vida fora da família) ficam comprometidas e os novos projectos planeados pelos pais ficam pela idealização. Perante estas circunstâncias, a dinâmica familiar e a gravidade da doença, poderá promover uma força centrípeta, o que não invalida que a longo prazo seja promovida uma força centrífuga.

De acordo com o modelo sistémico, o momento do diagnóstico deve considerar a fase do ciclo de vida familiar e individual por duas razões, nomeadamente, a presença de patologia crónica num membro da família pode interferir nos projectos evolutivos de um outro elemento da família e, os elementos da família manifestam dificuldade na adaptação à doença crónica que dependem da fase de desenvolvimento e do seu papel na família (Olson & Gorall, 2003).

### **3.3. Investigações Realizadas no Âmbito da Doença Crónica e da Dinâmica Familiar**

De forma útil e relevante, a investigação tem colaborado para a compreensão de determinados factos relacionados com as doenças crónicas e a dinâmica familiar. Serve de exemplo o estudo de Gustafsson e col. (1987, cit in Viana, Barbosa & Guimarães, 2007) que avaliou o funcionamento familiar, através do instrumento de avaliação desenvolvido por Olson (1987, cit in Viana, Barbosa & Guimarães, 2007), em três famílias com elementos asmáticos, com elementos diabéticos e com elementos saudáveis, concluindo que as famílias com doentes crónicos manifestavam um funcionamento disfuncional, especificamente aglutinado, desagregado e caótico, relativamente às famílias saudáveis.

Por sua vez Roy e Thomas (1989) procuraram estudar, através do FACES III, a relação conjugal de 52 casais, sendo que um dos cônjugues apresentava dor crónica. Os resultados obtidos sugerem que os casais apresentam um funcionamento conjugal entre o médio e o extremo.

Smith e Friedemann (1999) cumpriram uma investigação qualitativa procurando perceber as experiências de 30 utentes com dor crónica e as suas relações com os membros da família e da família como um todo, partindo da abordagem sistémica. Os temas que dominaram basearam-se no *distress* emocional, distanciamento familiar, incapacidade para partilhar sentimentos, identificação com problemas dos outros, e isolamento, e esperança de cura. Contudo, defendem que, por vezes, a dor apresenta um papel regulador do afastamento/aproximação entre os membros da família.

Snelling (1994) realizou uma investigação qualitativa cujo objectivo consistiu em examinar, em 18 utentes, que efeito a dor crónica exerce no cônjuge e nos restantes membros da família, concluindo a emergência de duas variáveis, nomeadamente relações sociais e estratégias de *coping*. Ao nível das relações sociais verificou-se uma interferência no companheirismo marital, na actividade sexual, no contacto com grupo de pares e nos papéis sociais, conduzindo ao isolamento, tensão, conflito conjugal, sentimentos de ansiedade, depressão e ressentimentos perante os outros membros da família. Os resultados também sugerem que à medida que a dor crónica afecta negativamente o parceiro, o utente com dor crónica e os outros membros da família estavam dependentes da eficácia da família em lidar com um parente com dor crónica.

Outros autores como Romano, Turner e Jensen (1997) realizaram investigações com 50 pacientes com dor crónica e os seus cônjuges e 33 participantes como grupo de controlo e os seus cônjugues, avaliando as medidas do ambiente familiar, satisfação conjugal e funcionamento físico e psicológico dos doentes. Neste sentido, os autores concluíram que o grupo de pacientes com dor crónica manifestou menor coesão familiar, surtindo uma tendência para a insatisfação conjugal em comparação com o grupo de controlo. Principalmente na relação conjugal, a presença de doença poderá constituir uma provocação ao equilíbrio do subsistema em termos de papéis conjugais e laborais, ciclo de vida, comunicação, intimidade, cumplicidade, sexualidade, independência, entre outros (Ribeiro, 2007).

Viana (1992, cit in Viana, Barbosa & Guimarães, 2007) por sua vez, procurou estudar a estrutura de 28 famílias com crianças com artrite crónica, concluindo que a maioria destas

famílias (não a totalidade) se encontrava numa posição extrema no que diz respeito à adaptabilidade e à coesão, reflectindo dinâmicas familiares desagregadas, caóticas e rígidas.

Também Michael e Ranjan (1989) realizaram um estudo com 51 casais, em que um dos cônjugues apresentava dor crónica. A avaliação consistiu no preenchimento da FACES e do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os dados obtidos indicaram dificuldades no funcionamento familiar dos casais em geral, salientando que os cônjugues que apresentaram depressão no BDI manifestavam maior grau de disfunção conjugal do que o grupo que não apresentou sintomatologia depressiva.

Nicassio, Radojevic, Smith e Dweyer (1995) avaliaram o papel da coesão familiar e o processo de *coping* para a dor na previsão de sintomas depressivos, através do *Studies Depression Scale* (CES-D), em doentes com fibromialgia. Os resultados revelaram que estes utentes apresentam uma coesão familiar baixa, intensidade de dor elevada, e estilos de *coping* passivos, factores que contribuíram para pontuações mais elevadas na CES-D.

Por sua vez, Basolo-Kunzer, Diamond, Maliszewski, Weyermann e Reed (1991) procuraram através do FACES, do Family Satisfaction Scale e do Dyadic Adjustment Scale comparar o ajustamento familiar e conjugal de 117 pacientes com dor crónica (cefaleias) e as suas esposas antes dos tratamentos, e de 108 casais sem dor crónica. Ao contrário da maioria das investigações, concluíram que o grupo com cefaleias manifestou resultados mais positivos ao nível do afecto, da relação sexual, da coesão e adaptabilidade familiar do que o grupo de controlo.

Minuchin et al. (1982, cit in Ribeiro, 2007) investigaram a influência da família na patologia crónica concluindo que o nível de coesão e adaptabilidade familiar constitui um factor de sucesso para o suporte familiar, nomeadamente ao nível físico, psicológico e social que a determinada fase pode interferir e afectar positiva ou negativamente a vida familiar. Positivamente, no sentido em que promove maior coesão e adaptabilidade familiar e negativamente, no sentido em que a família pode atingir a exaustão física, psicológica e emocional, conduzindo ao abandono ou incompreensão perante o doente ou, por outro lado manter-se tão envolvida ao ponto de comprometer a autonomia e a independência do elemento doente (Martins, 2009). A percepção de suporte familiar surge nas circunstâncias de doença como um factor fulcral à adaptação do membro doente, pois promove segurança, confiança, sentimento de suporte, de pertença e relação afável (Martins, 2009; Mendes, 2004; Pinto, Montinho & Gonçalves, 2008).

Como é possível verificar, nas situações de doença crónica, é fundamental que a família procure lidar com as exigências da doença na sua evolução sem comprometer o desenvolvimento individual de cada elemento da família, inclusivé do doente, assim como do sistema familiar (Carter & McGoldrick, 2001).

Para concluir, Quartilho (2001) afirma que a presença de doença crónica na família poderá acarretar um conjunto de dificuldades que, por vezes, se tornam difíceis de ultrapassar. Neste sentido, a doença crónica perturba a estrutura familiar e o relacionamento com outras pessoas, modifica os equilíbrios sociais promovendo o isolamento social, fomenta os níveis de tensão, muitas vezes pela inversão de papéis e de funções, e altera toda a conjuntura física, psicológica, emocional, social do doente e do cuidador (Martins, 2009; Pereira, 2001).

## **Parte II – Enquadramento Metodológico**



## **4. Metodologia**

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada no estudo empírico, apresentando o desenho do estudo, os objectivos da investigação, as variáveis estudadas, a população e amostra e os critérios de inclusão, os instrumentos utilizados e as respectivas características psicométricas, a análise factorial e os seus resultados, o procedimento de recolha e tratamento de dados e, por fim, a análise exploratória.

### **4.1. Método e Desenho do Estudo**

O método de estudo aplicado nesta investigação consiste no método clínico que introduz problemas únicos, como o facto de os participantes serem pessoas doentes e acorreram aos serviços de saúde para pedir ajuda para o seu sofrimento (Ribeiro, 2008). O desenho de estudo da presente investigação consiste no desenho *descritivo-transversal*, pois permite o fornecimento da informação acerca da população em estudo focando um único grupo representativo da população e os dados serão recolhidos num único momento. O desenho é *entre-sujeitos* (*between-subjects*), pois pretende-se avaliar indivíduos diferentes na mesma situação (Ribeiro, 2008).

### **4.2. Objectivos da Investigação**

#### **4.2.1. Objectivo Geral**

Considerando a literatura, a presente investigação visa avaliar o funcionamento familiar em pessoas com dor crónica.

#### **4.2.2. Objectivos Específicos**

De acordo com o objectivo geral desta investigação, e tendo em conta a literatura, pretende-se caracterizar os doentes com dor crónica a nível sócio-demográfico e clínico e avaliar o funcionamento da família, quanto à coesão e adaptabilidade, dos pacientes com dor crónica. Pretende-se também verificar e identificar que factores promovem maior nível de

adaptabilidade, de coesão familiar e que factores promovem um tipo de família mais funcional nos doentes com dor crónica.

### 4.3. Variáveis

As variáveis foram seleccionadas com base nos objectivos da investigação. Neste sentido, as principais variáveis em estudo correspondem à adaptabilidade, coesão familiar e tipo de família.

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, são consideradas o género, idade, estado civil, escolaridade e estatuto profissional.

Relativamente às variáveis clínicas, destacam-se o tipo de dor crónica, o momento do aparecimento da dor, a intensidade, frequência e caracterização da dor.

Para a análise exploratória são consideradas as variáveis que dizem respeito ao apoio familiar, a recorrência aos serviços de saúde, os tratamentos realizados, outros problemas de saúde, a percepção da saúde actual, o impacto da dor que integra questões relativas a problemas nos padrões de sono e de cariz sexual, níveis de cansaço, de humor, de tensão, variáveis relacionadas com a actividade diária, a qualidade de vida e, por fim, as implicações da dor na relação conjugal.

### 4.4. População e Amostra

A amostra da presente investigação foi constituída por 35 participantes de ambos os géneros (32 do género feminino e três do género masculino) com diagnóstico de dor crónica. Estes sujeitos provêm da Unidade de Dor Crónica e do Serviço de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Alto Ave, em Guimarães.

Trata-se de uma *amostra não probabilística/intencional*, uma vez que a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida; e constitui uma *amostra de conveniência* porque o investigador opta por um grupo de indivíduos, que considera equivalente a outros, por razões de conveniência pessoal (Ribeiro, 2008).

#### **4.4.1. Critérios de Inclusão**

No presente estudo serão considerados os seguintes critérios de inclusão na recolha da amostra, idade igual ou superior a 18 anos de idade, diagnóstico de Perturbação de Dor Associada a Factores Psicológicos, não apresentar patologia do eixo II no diagnóstico multiaxial e apresentar competências básicas de escrita e de leitura.

#### **4.5. Instrumentos**

Neste estudo foram utilizados dois questionários, o “Questionário Sócio-demográfico e Clínico” e a “Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar” (Olson, 2000).

##### **4.5.1. Questionário Sócio-demográfico e Clínico**

Para a recolha dos dados sócio-demográficos foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico que inclui questões relativas ao género, idade, estado civil, escolaridade e estatuto profissional. Foi também aplicado um Questionário Clínico, no qual está incluída informação relativa ao tipo de dor, primeiras queixas de dor, intensidade, frequência e caracterização da dor, tratamentos realizados, outros problemas de saúde e percepção de saúde actual e impacto da dor nos padrões de sono, na vida sexual do casal, nos estados de humor, cansaço, tensão e na relação conjugal.

##### **4.5.2. Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II)**

###### **Versão Original**

Para avaliar o funcionamento familiar, foi utilizado o instrumento “Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar II” cuja versão original surgiu em 1982 e apresenta-se como “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II” (FACES II) (Olson, 2000).

A escala FACES II é recomendada como a escala mais precisa e de maior acesso ao sistema familiar e marital (Sawin & Harrigan, 1995). Consiste num questionário individual de auto-preenchimento e de auto-avaliação do funcionamento familiar, segundo o modelo circumplexo (Larrosa, 2002; Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). De facto, avalia duas

dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão da família, isto é, mede os laços emocionais entre cada membro da família e a adaptabilidade, ou seja, a capacidade da família para se adaptar às ocorrências e modificar a sua estrutura perante uma situação de crise.

Segundo o modelo circunflexo, as quatro dimensões de coesão são desmembrada (coesão extremamente baixa: valores 1 e 2), separada (coesão baixa/moderada: valores 3 e 4), ligada (coesão moderada/alta: valores 5 e 6) e emaranhada (coesão extremamente alta: valores 7 e 8).

As quatro dimensões de adaptabilidade são rígida (adaptabilidade extremamente baixa: valores 1 e 2), estruturada (adaptabilidade baixa/moderada: valores 3 e 4), flexível (adaptabilidade moderada/alta: valores 5 e 6) e caótica (adaptabilidade extremamente alta: valores 7 e 8).

A combinação dos resultados obtidos nestas duas dimensões permite categorizar as famílias, em quatro tipos gerais: extremos baixos (valores 1 e 2), equilibrados (valores 3 e 4), equilibrados (valores 5 e 6) e extremos altos (valores 7 e 8).

Neste sentido, compreende-se que pontuações intermédias nas escalas da coesão e da adaptabilidade indicam sistemas familiares equilibrados, enquanto pontuações extremas, apontam para um sistema familiar desequilibrado. Com efeito, a utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias com valores mais equilibrados são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais extremas (Olson, 2000).

A escala é constituída por 30 itens, 16 correspondentes à dimensão coesão (1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29 e 30) em que os itens 1, 5, 7, 11, 13, 19, 21, 23,27 e 30 são cotados de forma positiva e os itens 3,9,15,17,25 e 29 são cotados de forma negativa. Os restantes 14 itens pertencem à dimensão adaptabilidade, (2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,24,26 e 28) em que os itens 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22 e 26 são cotados de modo positivo e os itens 24 e 28 são cotados pejorativamente.

Os 30 itens são distribuídos da seguinte forma: dois itens para cada um dos oito conceitos relacionados com a coesão, nomeadamente, laços emocionais (1, 17), limites familiares (3, 19), coligações (9, 29), tempo (7, 23), espaço (5, 25), amigos (11, 27), decisões (13, 21), interesses e lazeres (15, 30); dois itens para quatro dos seis conceitos relacionados com a adaptabilidade, nomeadamente liderança (4, 16), disciplina (6, 18), funções (10, 22) e normas (12, 24) e três itens para dois dos seis conceitos relacionados com a comunicação, nomeadamente, imposição (2, 14, 28) e negociação (8, 20, 26).

A cotação do instrumento para a subescala coesão consiste na soma dos itens 3,9,15,19,25,29, subtrai-se ao resultado 36 e de seguida soma-se todos os outros itens ímpares e o item 30. Para a subescala adaptabilidade soma-se os itens 24 e 28, subtrai-se ao resultado a 12 e de seguida soma-se todos os outros itens pares excepto o item 30. Um *score* elevado nas duas subescalas indica uma coesão ou adaptabilidade familiar elevada.

O total da pontuação de coesão e de adaptabilidade é colocado numa escala correspondente aos resultados entre 1 e 8 e a média aritmética das subescalas coesão e adaptabilidade refere-se ao tipo de família.

Neste sentido, o tipo de família calcula-se somando os valores de coesão e de adaptabilidade e dividindo-se, posteriormente, por dois. Se os resultados variarem entre 1 e 2 estamos na presença de famílias extremas, entre 3 e 4 famílias equilibradas, entre 5 e 6, estamos perante famílias equilibradas e entre 7 e 8 famílias extremas. Este instrumento apresenta uma escala do tipo *likert* de 5 pontos (1 - quase nunca, 2 - poucas vezes, 3 – às vezes, 4 – muitas vezes; 5 – quase sempre).

O FACES II foi rigorosamente testado e provou ser um instrumento com boas propriedades psicométricas. Assim, no seu estudo original, o FACES II apresentou um Alfa de Cronbach de .91 para a subescala Coesão e .80 para a subescala Adaptabilidade (Olson, McCubbin, Barnes & Larsen, 1982, cit in Smith, 1996). De seguida foram testadas as características psicométricas na amostra da presente investigação.

### **Características Psicométricas na Amostra em Estudo**

Foi calculado o Coeficiente de Cronbach para as questões relativas à adaptabilidade e à coesão das famílias dos pacientes com dor crónica. Este coeficiente permite-nos avaliar a consistência interna do questionário (Moreira, 2004). Considera-se que um valor do coeficiente acima de .70 significa que a consistência interna é elevada e aceitável.

Tabela 2. Resultado da Análise da Consistência Interna do FACES II – Subescala Adaptabilidade (N=35)

Itens	Correlação do Item com o Total da Escala (Corrigido)	Alfa se o Item for Eliminado
Item 2	.64	.75
Item 4	.43	.76
Item 6	.31	.78
Item 8	.56	.75
Item 10	.46	.76
Item 12	.06	.79
Item 14	.22	.78
Item 16	.43	.76
Item 18	.64	.74
Item 20	.63	.74
Item 22	.59	.75
Item 24	.14	.79
Item 26	.70	.74
Item 28	-.08	.81
<b>Total da Subescala</b>		.78

Tal como verificado na tabela 2, a análise das correlações para a escala adaptabilidade revela que todos os itens apresentam correlações acima de .74, variando dos .74 aos .81. O coeficiente de fidelidade para a subescala adaptabilidade é de .78, revelando uma adequada consistência interna desta escala. O valor obtido é adequado e semelhante ao encontrado noutros estudos como o de Ferreira (2009) e de Kouneski (2000) que apresenta, para a subescala adaptabilidade, um alfa de Cronbach de .85 e de .78, respectivamente.

Tabela 3. Resultado da Análise da Consistência Interna do FACES II – Subescala Coesão (N=35)

Itens	Correlação do Item com Total da Escala (Corrigido)	Alfa se o Item for Eliminado
Item 1	.45	.38
Item 3	.24	.44
Item 5	.36	.40
Item 7	.51	.36
Item 9	-.39	.59
Item 11	.47	.39
Item 13	.45	.38
Item 15	-.06	.50
Item 17	.50	.40
Item 19	-.10	.51
Item 21	.19	.45
Item 23	.39	.40
Item 25	-.16	.51
Item 27	.05	.48
Item 29	-.13	.53
Item 30	.05	.48
<b>Total da Subescala</b>		.47

Na tabela 3 a análise das correlações para a subescala coesão revela que todos os itens apresentam correlações acima de .36, variando dos .36 aos .53. O coeficiente de fidelidade para a subescala coesão é de .47, revelando uma desadequada consistência interna desta escala. O valor obtido é pouco adequado e distinto ao encontrado noutros estudos como o de Ferreira (2009) e de Kouneski (2000) que apresenta, para a subescala coesão, um alfa de Cronbach de .83 e .87, respectivamente.

Tabela 4. Resultados da Análise da Consistência Interna do FACES II – Escala Total (N=35)

Itens	Correlação do Item com Total da Escala (Corrigido)	Alfa se o Item se Eliminado
Item 1	.51	.78
Item 2	.62	.78
Item 3	.27	.79
Item 4	.48	.78
Item 5	.54	.78
Item 6	.41	.78
Item 7	.57	.78
Item 8	.53	.78
Item 9	-.33	.82
Item 10	.45	.78
Item 11	.54	.78
Item 12	.06	.80
Item 13	.68	.77
Item 14	.26	.79
Item 15	-.04	.80
Item 16	.38	.79
Item 17	.58	.78
Item 18	.57	.78
Item 19	-.12	.81
Item 20	.59	.78
Item 21	.18	.79
Item 22	.62	.78
Item 23	.45	.78
Item 24	.11	.80
Item 25	-.08	.80
Item 26	.70	.77
Item 27	.08	.80
Item 28	.05	.80
Item 29	-.16	.81
Item 30	.02	.80
<b>Total da Escala</b>		.80

A análise das correlações para a escala total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .77, variando dos .77 aos .82. O coeficiente de fidelidade para a subescala coesão é de .80, revelando uma adequada consistência interna desta escala (tabela 4).



## 4.6. Procedimentos Estatísticos

### 4.6.1. Recolha de dados

Após um pedido de autorização à comissão de ética para a realização do estudo no Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) e aos autores dos instrumentos para a respectiva utilização, seguiu-se o procedimento de recolha dos dados, baseado na aplicação dos instrumentos apresentados anteriormente.

Aos utentes solicitados a participar no estudo, foram explicados o âmbito e a finalidade do estudo; foram informados de que a sua participação é voluntária e gratuita e a confidencialidade dos dados seria salvaguardada. Logo que estes critérios foram aceites, os participantes preencheram o termo de consentimento informado e os instrumentos da investigação.

Assim, o procedimento de recolha de dados baseou-se no preenchimento de um “Questionário Sócio-demográfico e Clínico” e de um instrumento para avaliar o funcionamento familiar, “Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II)”.

A recolha de dados foi realizada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do CHAA onde se encontra a Unidade de Dor Crónica e o Serviço de Psicologia, com o objectivo de obter uma amostra constituída pelas características exigidas pelo estudo. Foi pertinente solicitar ao responsável pelo DPSM a disponibilização de uma sala onde o investigador pudesse estar com os sujeitos e aplicar os instrumentos necessários para a investigação. Nestas circunstâncias, foi salvaguardado o anonimato e a privacidade das pessoas que contribuíram para a investigação.

### 4.6.2. Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram registados na base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19). De seguida, foi realizada uma análise preliminar através do histograma para observar a distribuição da informação. Considerando que os questionários tratam variáveis ordinais e como o  $n$  (número da amostra) apresenta-se reduzido ( $n=35$ ), não surgiu a necessidade de testar a normalidade e a homogeneidade das variáveis (através do teste de Kolmogorov-

Smirnov e do teste de Levene) pelo que a utilização de testes não paramétricos será a opção mais adequada (Maroco, 2007; Ribeiro, 2008). Após a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra através da estatística descritiva com análise de distribuições e frequências, foi realizada uma análise exploratória às respostas obtidas nos questionários sócio-demográfico e clínico e no FACES II através de testes não paramétricos, como o Teste de Mann-Witney e o Teste de Kruskal-Wallis.

## 5. Apresentação de Resultados

### 5.1. Resultados Descritivos

Os seguintes dados estão dispostos de forma a concluir os objectivos de investigação que nortearam o presente estudo.

Na apresentação dos resultados é realizada a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra e a apresentação dos resultados da análise exploratória.

### 5.2. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

“O estudo dos atributos da população tem de ser feito sobre um seu subconjunto finito, que se designa por amostra” (Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta, 2002), isto é, quando se pretende conhecer os atributos de todos os elementos da população poder-se-á estudar os atributos de uma amostra estatisticamente significativa da população.

Através da tabela 5, é possível evidenciar que, neste estudo, a amostra é constituída por 35 pacientes, de nacionalidade portuguesa e de etnia caucasiana. Dos 35 pacientes, 91.4% pertencem ao sexo feminino e 8.6% pertencem ao sexo masculino.

Relativamente à idade dos pacientes, verifica-se que as mesmas variam entre os 28 (mínimo) e os 72 anos (máximo) e a média é de 51.00 anos de idade e o desvio padrão é de 9.505. Contudo, note-se que apenas dois pacientes possuem menos de 40 anos e os restantes encontram-se entre os 40 e os 72 anos (tabela 5).

Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que a maioria dos pacientes (71.4%) concluiu o ensino primário, 20% frequentou o ensino básico e 8.6% dos utentes concluiu o ensino secundário (tabela 5).

De acordo com a distribuição dos 35 pacientes pelo estado civil, verifica-se que a maioria dos pacientes (80%) são casados, 5.7% são viúvos, solteiros e divorciados e 2.9% dos pacientes vivem em união de facto (tabela 5).

Tabela 5. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra (N=35)

Variáveis	N	%	Média	D.P.	Máxima	Mínimo
<b>Género</b>						
Masculino	3	8.6	-	-	-	-
Feminino	32	91.4	-	-	-	-
<b>Idade</b>	35	100	51.00	9.505	72	28
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Primário	25	71.4	-	-	-	-
Ensino Básico	7	20.0	-	-	-	-
Ensino Secundário	3	8.6	-	-	-	-
<b>Estado Civil</b>						
Viúvo	2	5.7	-	-	-	-
Solteiro	2	5.7	-	-	-	-
Casado	28	80.0	-	-	-	-
Divorciado	2	5.7	-	-	-	-
União de facto	1	2.9	-	-	-	-
<b>Estatuto Profissional</b>						
Activo	6	17.1	-	-	-	-
Desempregado	15	42.9	-	-	-	-
Reformado	11	31.4	-	-	-	-
Baixa Médica	3	8.6	-	-	-	-

No que diz respeito à distribuição dos pacientes em relação ao estatuto profissional, verifica-se, na tabela 5, que 42.9% dos pacientes estão desempregados, 31.4% estão reformados, 17.1% estão no activo e 8.6% dos pacientes estão de baixa médica.

### 5.3. Caracterização Clínica da Amostra

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra, verificou-se, através da tabela 6, que 62.9% dos pacientes apresentam patologia osteoarticular e 37.1% manifestam síndrome de fibromialgia.

Relativamente às primeiras queixas de dor nos pacientes inquiridos, verifica-se que 68.6% dos pacientes sofrem de dor crónica há mais de cinco anos, 20% apresentaram as primeiras queixas entre dois e cinco anos, 8.6% entre um e dois anos e 2.9% entre seis e 12 meses (tabela 6).

Tabela 6. Caracterização Clínica da Amostra (N=35)

Variáveis	N	%
<b>Tipo de dor</b>		
Osteoarticular	22	62.9
Fibromialgia	13	37.1
<b>Primeiras Queixas</b>		
Entre 6 e 12 meses	1	2.9
Entre 1 e 2 anos	3	8.6
Entre 2 e 5 anos	7	20.0
>5 anos	24	68.6
<b>Intensidade da Dor</b>		
Dor Moderada	13	37.1
Dor Intensa	14	40.0
Dor Insuportável	8	22.9
<b>Frequência da dor</b>		
Frequente	14	40.0
Muito frequente	11	31.4
Contínua	10	28.6
<b>Caracterização da Dor</b>		
Formigueiro	22	62.9
Queimadura/Ardor	11	31.4
Pontada	21	60.0
Latejamento	14	40.0
Pressão	20	57.1
Corte	3	8.6
Outros	6	17.1

Quanto à intensidade da dor, 40% dos pacientes classifica a sua dor como uma dor intensa, 37.1% classifica a sua dor como moderada e 22.9% classifica a sua dor como uma dor insuportável (tabela 6).

No que concerne à frequência da dor por dia, a tabela 6 mostra que 40% dos pacientes experienciam dor frequentemente durante o dia, 31.4% sentem dor muito frequentemente e 28.6% dos pacientes sentem dor continuamente durante o dia.

Ao nível da caracterização da dor, 22 dos 35 pacientes sentem formigueiro (62.9%), 11 sentem queimaduras (31.4%), 21 dos 35 pacientes sentem pontadas (60%), 14 sentem latejamento (40%), 20 dos 35 pacientes sentem pressão (57.1%), três dos 35 pacientes sentem

cortes (8.6%) e seis dos 35 pacientes experienciam sensações de dor inexplicáveis (17.1%) (tabela 6).

#### 5.4. Análise Exploratória

Neste capítulo é efectuada uma apresentação das variáveis estudadas para análise exploratória às respostas obtidas no questionário. Assim, inicialmente foram analisadas as questões que dizem respeito a alguns dados clínicos dos pacientes, ao impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes e uma análise das respostas em relação à adaptabilidade e à coesão familiar dos pacientes e de seguida, foi realizada a análise exploratória propriamente dita.

**Tabela 7. Percepção do Apoio Familiar (N=35)**

Variáveis	N	%
Bom	14	40.0
Razoável	19	54.3
Mau	2	5.7

Em relação ao apoio familiar sentido pelos pacientes verifica-se, na tabela 7, que 54.3% dos pacientes responderam que o apoio familiar é razoável, 40% responderam que o apoio familiar é bom e 5.7% responderam que o apoio familiar é mau.

##### 5.4.1. Dados Clínicos

Os pacientes que padecem de dor crónica recorrem mais vezes aos serviços gerais de saúde desde que começaram a sofrer desta doença (97.14%). 2.86% dos pacientes afirma não recorrer mais vezes aos serviços gerais de saúde desde que padece de dor crónica, tal como se observa na tabela 8.

**Tabela 8. Recorrência aos Serviços de Saúde (N=35)**

Variáveis	N	%
Sim	34	97.1
Não	1	2.9

No que concerne aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, 91.4% dos pacientes está a tomar medicação para a dor e 8.6% dos pacientes não está a tomar medicação para controlo da dor (tabela 9).

Também foi analisada a eficácia da medicação para o controlo da dor e observou-se que 56.3% dos pacientes que está a tomar medicação para dor considera a medicação eficaz e 43.8% dos pacientes não considera a medicação eficaz (tabela 9).

**Tabela 9. Tratamentos da Dor Crónica (N=35)**

Variáveis	N	%
<b>Medicação para a Dor</b>		
Sim	32	91.4
Não	3	8.6
<b>Eficácia da Medicação</b>		
Sim	18	56.3
Não	15	43.8
<b>Tratamentos</b>		
Cirurgia	6	17.1
Fisioterapia	21	60.0
Acupunctura	5	14.3
Psicoterapia	35	100
Hidroterapia	8	22.9
Hidroginástica	3	8.6
Natação	4	11.4
Outros	9	25.7

Quanto aos restantes tratamentos que os pacientes realizam e/ou realizaram para aliviar a dor, evidencia-se que seis dos 35 (17.1%) pacientes fizeram cirurgia para aliviar a dor, 21 (60%), praticaram ou praticam fisioterapia, cinco (14.3%) fizeram ou fazem acupunctura, 35 (100%) participaram ou participam em sessões de psicoterapia, oito dos 35 pacientes (22.9%) praticaram ou praticam hidroterapia, três (8.6%) exercitaram ou exercem hidroginástica, quatro (11.4%) praticaram ou praticam natação e nove dos 35 (25.7%) pacientes efectuam outros tratamentos para alívio e controlo da dor (tabela 9).

**Tabela 10. Outros Problemas de Saúde (N=35)**

Variáveis	N	%
Problemas Cardíacos	6	17.1
Problemas Ósseos	24	68.6
Hipertensão	13	37.1
Problemas Psiquiátricos	23	65.7
Problemas Musculares	14	40.0
Obesidade	8	22.9
Diabetes	3	8.6
Problemas Neurológicos	10	28.6
Outros	11	31.4

A tabela 10 apresenta outros problemas de saúde assinalados pelos utentes. Verifica-se que seis dos 35 (17.1%) pacientes possuem problemas cardíacos, 24 (68.6%) possuem problemas ósseos, 13 (37.1%) apresentam hipertensão, 23 (65.7%) têm problemas psiquiátricos, 14 dos 35 (40%) pacientes possuem problemas musculares, oito (22.9%) são obesos, três (8.6%) têm diabetes, 10 (28.6%) pacientes possuem problemas neurológicos e 11 dos 35 pacientes (31.4%) possuem outros tipos de problemas de saúde.

**Tabela 11. Saúde Actual (N=35)**

Variáveis	N	%
Pobre	28	80
Normal	6	17.1
Excelente	1	2.9

Por sua vez a tabela 11 apresenta os resultados obtidos na avaliação dos pacientes da sua saúde actual. Verifica-se que 2.9% dos pacientes considera a sua saúde actual excelente, 17.1% considera a sua saúde actual normal e 80% dos pacientes considera a sua saúde actual pobre.

#### **5.4.2. Impacto da Dor**

De seguida são analisadas as respostas obtidas no questionário em relação ao impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes.



Inquiriu-se os pacientes relativamente aos problemas nos padrões de sono. A tabela 12 apresenta os resultados obtidos. Verifica-se que 94.3% dos pacientes manifestam problemas nos padrões de sono por causa da dor, sendo que 60% sente dificuldades ao adormecer, 80% acorda muitas vezes durante a noite e 25.7% acorda cedo de manhã; e, 5.7% não apresentam problemas nos padrões de sono por causa da dor.

**Tabela 12. Impacto da Dor Crónica (N=35)**

Variáveis	N	%
<b>Dificuldades nos Padrões de sono</b>		
Sim	33	94.3
Não	2	5.7
<b>Quais são as dificuldades ao nível do sono</b>		
Dificuldades em Adormecer	21	60.0
Acordar Muitas Vezes de Noite	28	80.0
Acordar Muito Cedo de Manhã	9	25.7
<b>Problemas Sexuais</b>		
Sim	28	80.0
Não	7	20.0
<b>Quais são os problemas sexuais</b>		
Diminuição do Desejo Sexual	28	80.0
Diminuição do Prazer Sexual	22	62.9
<b>Implicações da Dor Crónica</b>		
Cansaço	27	77.1
Tristeza	27	77.1
Nervosismo	29	82.9
<b>Actividade Diária</b>		
Diminuiu	28	80.0
Aumentou	7	20.0
<b>Qualidade de Vida</b>		
Piorou	31	88.6
Manteve-se Igual	3	8.6
Melhorou	1	2.9

Relativamente à actividade sexual, procurou-se saber a influência da dor na vida sexual dos utentes. Através da tabela 12 é possível verificar que 80% dos pacientes apresenta problemas sexuais, sendo que 28 (80%) utentes apresentam diminuição do desejo sexual, 22

(62.9%) pacientes manifestam uma diminuição no prazer sexual e 20% dos pacientes não manifesta problemas sexuais por causa da dor.

Foi possível observar, ainda, que 77.1% dos pacientes sentem-se cansados muitas vezes, 77.1% dos pacientes sentem-se tristes muitas vezes e que 82.9% dos pacientes sentem-se nervosos muitas vezes (tabela 12).

Dada a incapacidade funcional dos utentes devido à dor, procurou-se perceber quais os níveis de actividade diária destes doentes. Neste sentido, verificou-se que 80% dos pacientes diminuíram a sua actividade diária e 20% dos pacientes aumentaram a sua actividade diária (tabela 12).

Relativamente à percepção da qualidade de vida, a tabela 12 apresenta que 88.6% dos pacientes piorou, de 8.6% dos pacientes manteve-se igual e 2.9% dos pacientes melhorou.

**Tabela 13. Relação Conjugal (N=35)**

Variáveis	N	%
<b>Modificação na Relação Conjugal</b>		
Sim	20	57.1
Não	15	42.9
<b>Qual a modificação na Relação Conjugal?</b>		
Piorou	20	57.1
Manteve-se Igual	9	25.7
Melhorou	1	2.9

Relativamente à vida afectiva, a tabela 13 expõe que a relação conjugal de 42.9% dos pacientes não se modificou devido à dor e de 57.1% dos pacientes foi alterada por motivos de dor, sendo que 57.1% percebem que a sua relação conjugal piorou, 25.7% manteve-se igual e 2.9% sentiu melhorias na sua relação conjugal.

### 5.4.3. Adaptabilidade, Coesão e Tipo de Família

Os próximos indicadores gráficos evidenciam o tipo de família caracterizado pela adaptabilidade e coesão familiar da amostra analisada.

**Tabela 14. Adaptabilidade Familiar da Amostra (N=35)**

Variável	N	%
Rígido 1	4	11.4
Rígido 2	13	37.1
Estruturado 1	4	11.4
Estruturado 2	6	17.1
Flexível 1	2	5.7
Flexível 2	5	14.3
Caótico 2	1	2.9

A tabela 14 apresenta a classificação obtida para a adaptabilidade das famílias dos 35 pacientes. Verifica-se que 11.4% dos pacientes têm uma adaptabilidade rígida de grau um (adaptabilidade extremamente baixa), 37.1% dos pacientes, constituindo a maioria da amostra apresentam uma adaptabilidade rígida de grau dois (adaptabilidade extremamente baixa), 11.4% dos pacientes têm uma adaptabilidade estruturada de grau um (adaptabilidade baixa/moderada), 17.1% dos pacientes têm uma adaptabilidade estruturada de grau dois (adaptabilidade moderada/alta), 5.7% dos pacientes têm uma adaptabilidade flexível de grau um (adaptabilidade moderada/alta), 14.3% dos pacientes têm uma adaptabilidade flexível de grau dois (adaptabilidade moderada/alta) e 2.9% dos pacientes têm uma adaptabilidade muito flexível ou caótico (adaptabilidade extremamente alta).

**Tabela 15. Coesão Familiar da Amostra (N=35)**

Variável	N	%
Desmembrada 1	24	68.9
Desmembrada 2	11	31.4

A tabela 15 indica a classificação obtida para a coesão das famílias dos 35 pacientes. Verifica-se que 68.6% dos pacientes, constituindo a sua maioria, apresenta uma coesão desmembrada de grau um (coesão extremamente baixa) e 31.4% dos pacientes têm uma coesão desmembrada de grau dois (coesão extremamente baixa).

**Tabela 16. Tipos de Família da Amostra (N=35)**

Variável	N	%
Extremo 1	3	8.6
Extremo 2	16	45.7
Médio 1	9	25.7
Médio 2	6	17.1
Moderadamente Equilibrado 1	1	2.9

Por fim, a tabela 16 expõe a classificação obtida para o tipo de família dos 35 pacientes. Verifica-se que 8.6% dos pacientes têm uma família extrema de grau um (fraco funcionamento familiar), 45.7% dos pacientes, que constituem a maioria da amostra, apresentam uma família extrema de grau dois (fraco funcionamento familiar), 25.7% dos pacientes têm uma família média de grau um (funcionamento familiar equilibrado), 17.1% dos pacientes têm uma família média de grau dois (funcionamento familiar equilibrado), e 2.9% dos pacientes têm uma família moderadamente equilibrado de grau um (funcionamento familiar moderadamente equilibrado).

### 5.5. Resultados das Análises Exploratórias

Para análise exploratória propriamente dita serão utilizados dois testes não paramétricos para comparação de médias, o teste de *Mann-Witney* e o teste de *Kruskal-Wallis*. Assim, pretende-se investigar se existem alguns factores que contribuem para uma melhor ou pior adaptabilidade e coesão das famílias dos pacientes com dor crónica.

Foram efectuados estes testes para todas as questões do inquérito e serão apresentados os resultados obtidos para os factores onde existam diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 17. Resultados de Mann-Witney Test para a Comparação entre a Caracterização da Dor como Corte e a Adaptabilidade Familiar (N=35)**

Variável Dependente		Mean Rank	X2 (qui-quadrado)	P
Nível de adaptabilidade da família	Caracterização da Dor			
	Não respondeu	3.03	-2.099	.038
	Corte	5.33		

Os resultados do teste de *Mann-Witney* de comparação para a caracterização da dor como corte e a adaptabilidade familiar mostraram significância estatística ( $\chi^2=2.099$ ;  $p=.038$ ). Isto significa que existem diferenças significativas entre a adaptabilidade da família para os pacientes que caracterizam a dor como corte e a adaptabilidade da família para os pacientes que não caracterizam a dor como corte (tabela 17).

**Tabela 18. Resultados do Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre Escolaridade dos Pacientes e a Coesão Familiar (N=35)**

Variável Dependente		Mean Rank	X2 (qui-quadrado)	P
Nível de coesão da família	Escolaridade		9.479	.009
	Ensino Primário	1.32		
	Ensino Básico	1.00		
	Ensino Secundário	2.00		

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* de comparação para a escolaridade dos pacientes e a coesão familiar mostraram significância estatística ( $\chi^2=9.479$ ;  $p=.009$ ). Isto significa que existem diferenças significativas entre a escolaridade dos pacientes e a coesão familiar. Os pacientes com escolaridade secundária possuem uma maior coesão familiar do que os pacientes com escolaridade básica e primária e os pacientes com escolaridade primária possuem uma maior coesão familiar do que os pacientes com escolaridade básica (tabela 18).

**Tabela 19. Resultados do Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre a Relação com o Cônjuge e a Adaptabilidade Familiar (N=35)**

Variável Dependente		Mean Rank	X2 (Qui-quadrado)	P
Nível de adaptabilidade da Família	Relação com o cônjuge		8.37	.039
	Piorou	2.60		
	Manteve-se igual	4.67		
	Melhorou	2.00*		
	Não respondeu	3.40		

\* média calculada com base apenas numa observação

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* de comparação para o modo como se modificou a relação com o cônjuge e a adaptabilidade familiar mostraram significância estatística ( $\chi^2=8.37$ ;  $p=.039$ ). Isto significa que existem diferenças significativas entre o modo como se

modificou a relação com o cônjuge e a adaptabilidade familiar. Neste caso, a classe “não respondeu” corresponde aos pacientes que não consideram que a relação com o cônjuge se tenha modificado. Note-se que a média dos pacientes que responderam que a relação com o cônjuge melhorou devido à dor é baseada apenas numa observação e não deve ser incluída no estudo. Assim, os pacientes em que a relação com o cônjuge se manteve igual possuem uma maior adaptabilidade familiar do que os pacientes em que a relação com o cônjuge piorou e dos pacientes que não sentem que a relação com o cônjuge se modificou devido à dor. Verifica-se também que os pacientes que não sentem que a relação com o cônjuge se modificou devido à dor possuem uma maior adaptabilidade do que os pacientes que sentem que a relação com o cônjuge piorou devido à dor (tabela 19).

**Tabela 20. Resultados de Kruskal-Wallis Test para a Comparação entre a Relação com o Cônjuge e o Tipo de Família (N=35)**

Variável Dependente	Mean Rank	X <sup>2</sup> (Qui-quadrado)	P
<b>Relação com o cônjuge</b>			
<b>Tipo de Família</b>	Piorou	2.35	8.009
	Manteve-se igual	3.33	
	Melhorou	2.00*	
	Não respondeu	2.80	

\* média calculada com base apenas numa observação

Os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para a comparação entre o modo como se modificou a relação com o cônjuge e o tipo de família mostraram significância estatística ( $x^2=8.009$ ;  $p=0,046$ ). Isto significa que existem diferenças significativas entre o modo como se modificou a relação com o cônjuge e o tipo de família. Neste caso, a classe “não respondeu” corresponde aos pacientes que não consideram que a relação com o cônjuge se tenha modificado. Note-se que a média dos pacientes que responderam que a relação com o cônjuge melhorou devido à dor é baseada apenas numa observação e não deve ser incluída no estudo. Assim, os pacientes em que a relação com o cônjuge se manteve igual possuem uma família mais funcional do que os pacientes em que a relação com o cônjuge piorou e dos pacientes que não sentem que a relação com o cônjuge se modificou devido à dor. Verifica-se também que os pacientes que não sentem que a relação com o cônjuge se modificou devido à dor possuem uma família mais funcional do que os pacientes que sentem que a relação com o cônjuge piorou devido à dor (tabela 20).

## 6. Discussão dos Resultados

O principal objectivo desta investigação consistiu em verificar o funcionamento familiar, ao nível da adaptabilidade e coesão familiar e do tipo de família, de pessoas com dor crónica. A nível específico procura-se caracterizar sócio-demograficamente a amostra, assim como verificar a presença de possíveis factores que condicionam de forma positiva o funcionamento familiar.

Assim, a discussão de resultados é apresentada conforme os objectivos delineados, procurando relacionar os resultados obtidos com os dados da literatura.

### 6.1. Variáveis Sócio-Demográficas

Através dos resultados obtidos verificou-se que os participantes possuem uma média de idade de 51 anos, são na sua maioria do género feminino (91.4%), casados (80%), com escolaridade primária (71.4%) e desempregados (42.9%).

Em alguns estudos (Pedrosa, Pelegrin, Siqueira, Silva, Colhado & Sousa, 2011; Solange, Dellaroza, Furuya, Cabrera, Matsuo, Trelha Yamada e Pacola, 2008) foram encontradas incongruências relativamente à idade, pelo que na maioria dos estudos predominam idades avançadas com médias entre 64.83 e 80 anos de idade. No entanto, na investigação de Brasil et al. (2008), de Ferreira (2009) e de Pimenta e Cruz (2006) verificou-se uma média de idade de 55.2, de 51.6 e de 50.8 anos, respectivamente, coincidindo com o presente estudo. Também na investigação de Brasil e Pondé (2009) e Ponte (2005) a amostra apresenta uma média de idade idêntica de 44 e 42.1 anos de idade, respectivamente. No estudo de Cordeiro et al. (2008) encontrou-se uma média de idade muito inferior à encontrada na maioria dos estudos, situando-se nos 30 anos de idade. Apesar de encontrados trabalhos que incluía uma amostra de idade jovem, Sá, Baptista, Matos e Lessa (2009, p.628) afirmam que a idade é um factor preditor de dor crónica pelo que a “prevalência da dor crónica aumenta progressiva e proporcionalmente ao aumento da idade”.

Relativamente ao género, neste estudo verificou-se um predomínio do género feminino na amostra (91.4%). Equivalente ao presente estudo, no seu trabalho, Tsuchiya, Mendonça e Cesar (2009) também obtiveram uma prevalência do género feminino na sua amostra (82.5%). Da mesma forma, Brasil et al., (2008) e Pimenta e Cruz (2006) apresentam amostras muito idênticas quanto ao género, sendo constituídas maioritariamente por mulheres,

abrangendo números como 71% e 77.1%, respectivamente. O estudo de Cordeiro et al., (2008) e Solange et al., (2008) encontraram resultados semelhantes, contando com uma maioria de 64.6% e 65.4% de mulheres. Pelo contrário, a amostra de Brasil e Pondé (2009) conta com 51.9% de pacientes do género feminino e 48.1% do género masculino, sendo um valor equivalente para ambos os géneros. No caso do estudo de Ferreira (2009) onde foram avaliados dois grupos, um que realizava tratamentos de acupunctura e outro de fisioterapia, observaram-se doentes de ambos os género, pois o primeiro grupo apresentou um predomínio do género feminino (72.2%) e o segundo grupo apresentou um predomínio do género masculino (57.5%). Também no estudo de Kreling e Pimenta (2006), se encontraram valores muito próximos no que diz respeito ao género, pelo que a amostra era constituída por 54.1% de pessoas do género feminino e 45.9% de pacientes do género masculino, sendo, ainda assim, o sexo feminino o género mais prevalente. Mas no trabalho de Ponte (2005) a mostra era constituída por 52% de paciente do género masculino, contrariando os restantes estudos. No entanto, alguns autores (Capela, Marques, Assumpção, Sauer, Cavalcante & Chalot, 2009; Cordeiro et al., 2008; Sá et al., 2009) concluíram que a dor crónica manifesta-se em maior número em mulheres do que em homens, salientando que 96% das mesmas irão, em algum momento da vida, ser afectadas por qualquer tipo de dor crónica, como por exemplo a cefaleia ou a dor lombar.

Quanto ao estado civil, evidenciou-se no presente estudo que a maioria da amostra é casada (80%). Também num estudo sobre a influência da dor crónica na actividade diária e convivência social, participaram 55.5% de pessoas casadas (Celich & Galon, 2009). Almeida, Sá, Silva, Baptista, Matos e Lessa (2008) encontraram uma amostra que era na sua maioria constituída por doentes casados (64.3%). Do mesmo modo, 68.6% da amostra de Brasil et al. (2008) assume-se como casada. Não fugindo à norma observada, Brasil e Pondé (2009) e ainda Solange et al. (2008) verificaram uma amostra na sua maioria casada (53.7% e 54.8%, respectivamente). Ferreira (2009) evidencia que em ambos os grupos estudados na sua investigação os pacientes eram casados, rondando valores como 75.5% e 79.7%, sendo este o estudo que, ao nível do estado civil, apresenta valores mais próximos da presente investigação. Muito próximo destes valores encontra-se, ainda, o estudo de Ponte (2005) em que 72% da sua amostra também é casado.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria da amostra (71.4%) do presente estudo concluiu o ensino primário. Os resultados de Ferreira (2009) para a escolaridade variaram, pelo que a autora observou na sua amostra que o grupo que realizava tratamentos de



acupunctura apresentava um nível de escolaridade superior (33.3%) e o grupo que realizava tratamentos de fisioterapia apresentava um nível de escolaridade primário (52.2%). Quanto à investigação de Ponte (2005), 32.1% da sua amostra concluiu o ensino primário, estando os restantes graus de escolaridade distribuídos por uma percentagem reduzida de pessoas. Alguns autores (Almeida et al., 2008; Sá et al., 2009) referem que existe uma associação entre os reduzidos níveis de escolaridade e a presença de dor crónica, na medida em que pessoas com baixas habilitações literárias exercem profissões exigentes fisicamente constituindo umas das causas para o aparecimento da doença.

Relativamente ao estatuto profissional, grande parte da amostra deste estudo (42.9%) é constituída por pessoas desempregadas. 55.8% da amostra do estudo de Salvetti (2010) também estava numa situação profissional de desemprego. No estudo de Brasil e Pondé (2009) 85.2% da amostra está desempregada ou reformada. Este facto é frequente, visto que as pessoas com dor crónica não apresentam capacidade física para trabalhar e, acrescente-se que associado à baixa escolaridade a dificuldade de emprego aumenta (Bazako, 2003; Lopes, 2007; Sá et al., 2009). No entanto, a pesquisa de Ferreira (2009) e de Ponte (2005) contrariam os resultados das restantes pesquisas, pois no trabalho de Ferreira (2005) o grupo que realizava tratamentos de acupunctura encontrava-se a trabalhar, enquanto que o grupo que realizava tratamentos de fisioterapia encontrava-se de baixa média, verificando-se uma pequena percentagem de pessoas que estavam no desemprego (4.4% e 12.4%, respectivamente), e no estudo de Ponte (2005) 72.6% da amostra mantêm-se activa profissionalmente, enquanto que 9.5% encontra-se desempregado.

Como é possível verificar, o género feminino, a baixa escolaridade, o desemprego ou profissões de carácter pesado (e.g., trabalho doméstico, construção civil) constituem factores de risco para a dor, tal como acontece na amostra da presente investigação (Capela et al., 2009; Silva, 2008).

## **6.2. Análise Exploratória**

Os resultados obtidos na análise estatística deste estudo confirmam que pessoas com dor crónica apresentam um tipo de família extremo de grau dois (fraco funcionamento familiar), reflectindo um fraco funcionamento familiar, caracterizado por uma adaptabilidade familiar rígida de grau dois (adaptabilidade extremamente baixa), e uma coesão familiar desmembrada de grau um (coesão extremamente baixa).

A fraca adaptabilidade familiar à doença, verificada na amostra em estudo, assinala uma incapacidade do sistema familiar de se adaptar a uma situação de *stress*, nomeadamente uma situação de dor crónica, caracterizada pelas dificuldades de alterações na estrutura de poder, pelo que um dos membros controla a dinâmica familiar, na rigidez e inflexibilidade das regras, nos papéis e funções de cada elemento (Minuchin, 1974; Olson, 2000).

Por sua vez, os baixos níveis de coesão indicam que os elementos das famílias encontram-se centrados em si mesmos e apresentam diferenças do ponto de vista emocional, pois uma relação desmembrada implica uma separação emocional e reduzido envolvimento/coesão entre os membros da família (Olson, 2000).

Dados os baixos níveis de adaptabilidade e coesão familiar seria de prever que a maioria da amostra apresenta um tipo de família extremo que indica um fraco funcionamento familiar. Esta classificação ao nível do tipo de familiar traduz que nas famílias dos doentes em estudo os períodos de tensão não são correctamente geridos, a identidade do sistema familiar e o respeito pelas diferenças individuais dos elementos são desconsiderados, pois cada elemento encontra-se centrado em si mesmo, com regras, papéis e funções rígidos e inflexíveis. Desta forma, evidencia-se uma dimensão emocional frágil com pouco envolvimento entre os membros da família (Minuchin & Fichman, 1981; Olson, 2000).

Assim, a presente investigação apresenta a mesma conclusão que outros estudos, referidos na conceptualização teórica, que referem que o funcionamento familiar de pessoas com dor crónica apresenta-se deveras disfuncional (Philips & Rachman, 1988; Tursky, & Jamner, 1982).

A doença crónica constitui uma crise para todo o sistema familiar (Cresson, 1995), que de certa forma, encontra-se preparado para toda a conjuntura consequente de uma doença crónica, a nível físico, social e psicológico (McDaniel et al., 1992, cit in Ferreira, 2009). Neste sentido, cada família procura o seu próprio estilo de comunicação, as suas regras, os seus limites, as suas crenças e a sua estabilidade (Enelow et al., 1999). A família é organizada por um conjunto de pessoas que se relacionam entre si constituindo os subsistemas e quando surge uma doença crónica esta provoca transformações ao nível da estrutura e do processo, envolvendo preocupações com o membro doente e a necessidade de resolução de problemas (Ribeiro, 2007; Viana, Barbosa & Guimarães, 2007).

Quando um membro apresenta uma doença crónica seria normativo que a família, partindo da sua estrutura familiar, construísse e desenvolvesse a sua adaptabilidade e coesão, na medida em que os subsistemas familiares devem possuir recursos, desempenhar e solicitar

papéis e funções satisfatórias para potencializar o suporte familiar, nunca esquecendo a necessidade de preservar fronteiras claras e bem definidas de forma a manter o contacto familiar e, deste modo preservar as dimensões do funcionamento familiar (Martins, 2009; Meissner, 1978; Mendes, 2004; Minuchin, 1974; Rolland, 1995). Porém, Minuchin (1974) e Minuchin e Fishman (1981) alertam para o facto de as fronteiras entre os subsistemas serem demasiado flexíveis, emaranhando a dinâmica familiar, provocando dificuldade na diferenciação do sistema familiar, que é o que acontece em 2.9% da amostra em estudo com um tipo de família caótico.

Por outro lado, se a família apresentar um funcionamento rígido e desmembrado nos seus subsistemas, então estará subjacente um modelo disfuncional deteriorando a dinâmica familiar que se caracterizará pela reduzida adaptabilidade e coesão familiar, conflitos e desordens familiares insatisfação conjugal, críticas e dificuldades nos padrões de comunicação (Fisher et al., 2000; Martins, 2009; Mendes 2004; Minuchin, 1974).

De facto e principalmente na relação conjugal, a presença de doença num dos cônjugues poderá prejudicar a homeostase do subsistema em termos de papéis conjugais e laborais, ciclo de vida, comunicação, intimidade, cumplicidade, sexualidade, independência, entre outros, provocando uma instabilidade relacional entre toda a família (Meissner, 1978). Contudo, se o casal procurar um ajustamento adequado a nível físico, psicológico, social e familiar à doença, a relação conjugal poderá sofrer alterações muito ténues constituindo um factor, tal como verificado na análise estatística, na medida em que se observou que quanto mais ajustada for a relação conjugal mais favoráveis e positivos se tornam os níveis de adaptabilidade e coesão familiar, promovendo tipos de família mais funcionais (Carter & McGoldrick, 2001; Meissner, 1978; Minuchin, 1974). Saliente-se, ainda, que pessoas casadas com um relacionamento conjugal funcional apresentam um maior funcionamento familiar, na medida em que o cônjuge saudável motiva e proporciona, através do suporte familiar, maior adesão terapêutica (Skevington, 1995).

O apoio social, nomeadamente o apoio familiar constitui um factor que influencia a adesão terapêutica, proporciona ao doente a capacidade para regular o seu equilíbrio emocional potencializando forças para enfrentar uma situação de crise (Cumsille & Epstein, 1994; Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011; Turk, Kerns & Rosenberg, 1992). Assim, os mesmos autores (2011) afirmam que perante uma situação de doença, a família procura o equilíbrio emocional de forma a conservar a sua dinâmica e funcionamento familiar, pois quanto menos se modificar, principalmente, a relação do casal, maior é a adaptabilidade

familiar à doença, incentivando o elemento doente a uma maior adesão terapêutica. Assim, esta adaptabilidade familiar conduz o elemento doente e a sua família a recorrerem a recursos familiares adequados (e.g., forças, potencialidade, estratégias de *coping*), promovendo uma elevada adesão terapêutica (Sousa et al., 2011).

A par dos autores mencionados anteriormente, também Olson, Russel e Sprenkle (1989) defendem que se a boa relação do casal se mantiver após o surgimento de uma situação de doença, maior probabilidade e facilitação haverá para uma tipo de família mais funcional ao nível da adaptabilidade e coesão.

Foram encontrados outros factores que favorecem a adaptabilidade e coesão familiar, como por exemplo a sensação corporal de corte e a escolaridade. Assim, num estudo, Bandeira e Barroso (2005) procuraram analisar factores associados às sobrecargas e exaustão física, social e psicológica dos familiares de pacientes psiquiátricos que pudessem interferir no relacionamento familiar, nomeadamente na adaptabilidade e coesão familiar. Assim, foram identificados como factores alguns comportamentos problemáticos dos pacientes, a sintomatologia da doença, crenças sobre a saúde, o cuidado familiar, preocupações dos familiares, a dificuldade no desempenho de papéis familiares, a falta de suporte familiar, as percepções relativamente à doença e aos sintomas, que no caso do presente estudo reflecte que as pessoas que percebem a sua dor como uma sensação cortante manifestam maior adaptabilidade familiar (Skevington, 1995), provavelmente por constituir uma sensação mais fugaz, embora constante. Saliente-se que o mesmo autor (1995) defende que determinadas sensações corporais (e.g., corte) e a tolerância à dor poderão determinar um melhor funcionamento familiar, devido a características subjacentes a nível temporal, frequência e intensidade.

Considerando ainda os resultados da análise estatística, também foi possível verificar que as pessoas com maior nível de escolaridade apresentam maiores níveis de coesão familiar.

Fleck e Wagner (2003), no seu estudo evidenciaram que famílias com maior nível de escolaridade e conseqüentemente maiores condições financeiras (e.g., sem problemas de endividamento) apresentavam níveis mais elevados no que diz respeito à coesão e adaptabilidade familiar, pelo que normalmente apresentavam trabalhos por conta própria ou cargos superiores com flexibilidade no horário, o que permitia maior disponibilidade e envolvimento familiar.

Estrada (1997) também procurou perceber se existem diferenças de género na percepção de coesão e adaptabilidade familiar em vários tipos de relações conjugais através do FACES

III. As conclusões revelam que não existem diferenças significativas quanto ao objectivo principal, mas os resultados revelam que o nível elevado de escolaridade do casal promove maior coesão familiar. Justificando os resultados da presente investigação onde se verificou que pessoas com maior nível de escolaridade manifestam maior coesão familiar, realça-se o facto de que pessoas instruídas apresentam maiores recursos e estratégias de *coping* adequadas para uma adaptação positiva à doença (Mendes, 2004; Ribeiro, 2010), assim como para uma adaptação e coesão familiar e conseqüentemente um tipo de família mais funcional (Rodick, Henggelen & Hanson, 1986). Assim, é possível concluir que não só elevados níveis de escolaridade, mas também a estabilidade económica constituem dois factores que influenciam a dinâmica familiar, principalmente ao nível da coesão.

### **Limitações do Estudo**

No decorrer da realização da dissertação surgiram determinadas limitações.

Para iniciar é de salientar que a análise estatística é baseada num número de observações reduzido, nomeadamente 35 participantes, pois os doentes não manifestaram interesse em contribuir para o estudo ou por ficarem reticentes aquando do pedido da assinatura do consentimento informado, terminando por negar a sua contribuição. Como consequência, os testes apresentados baseiam-se em médias que são bastante sensíveis a valores discrepantes, o que pode colocar em causa algumas conclusões retiradas. Deste modo, os dados não deverão ser generalizados à população.

Outro obstáculo dirige-se para a redução de literatura relativamente ao funcionamento familiar, tendo como base o modelo circumplexo que engloba as dimensões adaptabilidade e coesão ao sistema familiar em pacientes com dor crónica.

Também se encontraram limitações nos instrumentos utilizados. O questionário sócio-demográfico e clínico consistem num inquérito de auto-relato pelo que as respostas podem estar comprometidas por um conjunto de factores, como por exemplo a desejabilidade familiar. Por outro lado, o questionário que avalia o funcionamento familiar, nomeadamente o FACES II apresenta uma consistência interna reduzida numa subescala, designadamente da coesão familiar, indicando um Alfa de Cronbach de .47.

## Conclusão Integrativa

A dor é classificada como o quinto sinal vital das instituições de saúde (Fontes & Jaques, 2007) pelo que deve ser encarada como um problema de saúde pública. Saliente-se que a presença de dor, nomeadamente a dor crónica acarreta danos pessoais e sociais, considerando a incapacidade física, psicológica e o fraco nível das interacções sociais, incluindo o meio familiar que na maioria dos casos encontra-se desconexo, sendo, portanto, pertinente o empenho no seu estudo com a finalidade de reduzir estes prejuízos (Almeida et al., 2010; Lima & Trad, 2007; Silva et al., 2007).

Assim, os objectivos deste estudo consistem em analisar os dados sócio-demográficos e clínicos da amostra, o funcionamento familiar, assim como os factores a ele associados em doentes com dor crónica.

Nesta investigação, os resultados indicaram que participaram 35 utentes com dor crónica com uma idade média de 51 anos, sendo a maioria do género feminino, com uma escolaridade primária, casados e desempregados. A nível clínico, a maioria da amostra apresenta uma patologia osteoarticular, há mais de cinco anos de forma intensa e frequente, caracterizando-a como sensações corporais de formigueiro, pontada e pressão. Por outro lado, no estudo de Saltareli, Pedrosa, Hortense e Sousa (2008) a sensação corporal mais prevalente consiste no latejamento. De acordo com os mesmos autores (2008) a definição na caracterização da dor constitui um factor relevante, na medida em que a sensação corporal sobressai na percepção que os doentes têm da sua própria dor e, por conseguinte, nas consequências a nível físico, psicológico e familiar, tal como verificado nos resultados obtidos.

Quando realizada uma exploração global das variáveis verificou-se que a maioria dos doentes recorre mais vezes aos serviços de saúde após a doença, tal como é esperado e tomam medicação para a dor, perspectivando-a como eficaz no seu controlo. Para além da medicação, a maioria da amostra procura tratamentos de fisioterapia, psicoterapia e hidroterapia. Apesar da dor, a amostra apresenta também, na sua maioria, problemas psiquiátricos, nomeadamente estados de ansiedade e depressivos que, por sua vez, contribuem para a manutenção do quadro doloroso e dos tratamentos em curso (Alves, Santos, Trezza, Santos & Monteiro, 2001; Bernacchio, Contin & Mori, 2005; Peng et al., 2007; Silva & Rieger, 2008). Determinados autores como Capela et al. (2009), Pimenta, Koizumi e Texeira (2000) ou Turk, Kerns e Rosenberg (1992) defendem a teoria de que poderá existir uma relação de causa-efeito, pelo que os transtornos psiquiátricos podem estar associados a

problemas físicos ou, por outro lado, os problemas físicos podem contribuir para o despoletar de doenças mentais, existindo assim uma cormobilidade elevada entre ambos. Tal como na amostra de Brasil e Pondé (2009), em que 68.5% dos participantes apresentavam quadros de ansiedade e 51.9% quadros depressivos, também no presente estudo a maioria dos pacientes (65.7%) apresentam disfunções psíquicas, nomeadamente ao nível da ansiedade e da depressão.

Na procura do impacto da dor crónica na vida dos doentes, evidenciou-se que os mesmos apresentam dificuldades nos padrões do sono, instabilidade de humor, dificuldades ao nível sexual, cansaço, incapacidade física e nervosismo. Repare-se que estes prejuízos, para além da própria dor tiveram impacto negativo na relação conjugal, pelo que a nível familiar verificou-se que, na maioria da amostra, o sistema apresenta uma adaptabilidade familiar rígida de grau dois (adaptabilidade extremamente baixa), uma coesão familiar desmembrada de grau um (coesão extremamente baixa), o que promove um tipo de família extremo de grau dois, traduzindo um fraco funcionamento familiar.

No que diz respeito à análise exploratória, concluiu-se que os doentes que classificam a dor como uma sensação de corte apresentam maior adaptabilidade familiar, pessoas com um nível de escolaridade mais elevado possuem maior coesão familiar e, por fim, pessoas cuja relação conjugal não se modificou devido à presença de dor crónica num dos cônjugues da família apresentam maior adaptabilidade familiar e um tipo de família mais funcional, isto é, colocada nos níveis intermédios.

Como foi possível verificar, a presença de doença crónica no contexto familiar poderá integrar várias contrariedades no sentido em que a doença crónica afecta a estrutura familiar e o relacionamento com outras pessoas, altera os equilíbrios sociais promovendo o isolamento social, o que promove elevados níveis de tensão pela inversão de papéis e de funções, e altera toda a conjuntura física, psicológica, emocional, social do doente do cuidador (Martins, 2009; Pereira, 2001; Quartilho, 2001).

Finalizado este estudo, importa salientar que é pertinente e extremamente relevante atender à dimensão familiar dos doentes, na medida em que doentes com dor crónica que apresentam um sistema familiar intermédio e equilibrado, apresentam níveis de incapacidade funcional reduzida e uma melhor qualidade de vida (Ferreira, 2009). Neste sentido, é necessário alertar os profissionais de saúde para a dimensão familiar dos seus doentes, considerando que para além de determinarem um diagnóstico, devem integrar a família no processo de intervenção clínica de forma a auxiliar e facilitar a adaptação à doença, através do

recursos a estratégias de *coping* adequadas e, dessa forma, promover uma maior coesão familiar (Mendes, 2004).

Para trabalhos futuros sugere-se uma recolha mais extensiva do número de pacientes de modo a que as conclusões retiradas sejam mais fidedignas. Sugere-se também que se realizem mais estudos direccionados para o funcionamento familiar de utentes com dor crónica, assim como dos factores a ele associados, de forma a explicar as razões pelas quais, por exemplo, a sensação corporal de corte promove uma maior adaptabilidade familiar.



## Referências Bibliográficas

- Almeida, J., Kurita, G., Braga, P. & Pimenta, C. (2010). Dor Crónica em Pacientes Esquizofrénicos: Prevalência e Características. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (3), 591-602.
- Almeida, I., Sá, K., Silva, M., Baptista, A., Matos, M. & Lessa, I. (2008). Prevalencia de Dor Lombar Crónica na População da Cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43 (3), 96-102.
- Alves, V., Santos, T., Trezza, M., Santos, R. & Monteiro, F. (2001). Conhecimento de Profissionais da Enfermagem sobre Factores que Agravam e Aliviam a Dor Oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57 (2), 199-206.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Andolfi, M. (1981). *A Terapia Familiar*. Lisboa: Editorial Vegas.
- Andolfi, M. (2003). *Manual de Psicologia Relacional. A Dimensão Familiar*. Colombia: La Silueta Ediciones, Ltd.
- Araújo, A., Linhares, C. & Coelho, M. (2004). O que Há de Psicológico na Dor Crónica. *CienteFico*, 4 (1), 1-7.
- Bandeira, M. & Barroso, S. (2005). Sobrecargas das Famílias de Pacientes Psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (1), 643-658.
- Basolo-Kunzer, M., Diamond, S., Maliszewski, M., Weyermann, L. & Redd, J. (1991). Chronic Headache Patients' Marital and Family Adjustment. *Issues Mental Health Nurse*, 12 (2), 133-148. Abstract obtido de base de dados Pubmed.gov.

- Bazako, E. (2003). Intervención Psicológica en una Unidade de Dolor. In Remor, E, Arranz, P. & Ulla, S. (Eds), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario* (pp. 569-590). Desclée De Brouwer: Bilbao.
- Belardinelli, S. (2010). Família Tradicional. In Pontifício Conselho para a Família (Eds), *Léxico da Família. Termos ambíguos e Controversos sobre a Família, Vida e Aspectos Éticos* (pp. 528-532). Cascais: Principia Editores.
- Bernacchio, R., Contin, I. & Mori, M. (2005). Factores Modificadores da Percepção da Dor. *Revista Dor*, 6 (3), 621-633.
- Bertalanffy, L. (1971). General Theory of Systems: Application to Psychology. In Kristeva, Debove & Umiker (Eds), *Essays in Semiotics* (pp. 191- 203). Netherlands: Mouton & Company, Publishers.
- Bowen, M. (1991). De La Familia al Individuo. La Diferenciación del Sí Mismo en el Sistema Familiar. In Andolfi, M. & De Nichilo, M. (Eds) Barcelona: Paidós.
- Brasil, I. & Pondé, M. (2009). Sintomas Ansiosos e Depressivos e sua Correlação cm Intensidade da Dor em Pacientes com Neuropatia Periférica. *Revista de Psiquiatria*, 31 (1), 24-31.
- Brasil, V., Zatta, L., Cordeiro, J., Silva, A., Zatta, D. & Barbosa, M. (2008). Qualidade de Vida de Portadores de Dores Crônicas em Tratamento com Acupuntura. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (2), 383-394.
- Calcavante, A., Sauer, J., Chalot, S., Assumpção, A., Lage, L., Matsutani L. & Marques, A. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma Reflexão de Literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (1), 40-48.
- Calliet, R. (1999). *Dor: Mecanismos e Tratamentos*. Porto: Artmed.

- Capela, C., Marques, A., Assumpção, A., Sauer, J., Cavalcante, A. & Chalot, S. (2009). Associação da Qualidade de Vida com Dor, Ansiedade e Depressão. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (3), 263-268.
- Carneiro, D. (2009). *Mudanças no Sistema Familiar após o Surgimento de Doença Crónica*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. Consultado em 26/03/2011.
- Carter, B. & McGoldrock, M. (2001). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. (Veronese, M., Trad). Porto: Artmed Editora.
- Carter, E. (1993). A Mudança no Casal. In Andolfi, M., Angelo, C. & Saccu, C. (Eds), *O Casal em Crise* (pp.29-37). (Foá, S., Trad.). São Paulo: Summus Editorial.
- Carter, E. (1993). Famílias Reconstruídas: a Criação de um Novo Paradigma. In Andolfi, M., Angelo, C. & Saccu, C. (Eds), *O Casal em Crise* (pp.29-37). (Foá, S., Trad.). São Paulo: Summus Editorial.
- Celich, K. & Galon, C. (2009). Dor Crónica em Idosos e sua Influência nas Actividades da Vida Diária e Convivência Social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), 345-359.
- Cigoli, V. & Scabini, E. (2007). *El Cuidado de los Vinculos. Mediacion Familiar y Comunitária*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Coniam, S. & Diamond, A. (1999). *Controlo da Dor (2ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Cordeiro, Q., Khouri, M., Ota, D., Ciampi, D. & Corbett, E. (2008). Lombalgia e Cefaleia como Aspectos Importantes da Dor Crónica na Atenção Primária à Saúde em uma Comunidade da Região Amazónica Brasileira. *Acta Fisiatra*, 15 (2), 101-105.
- Cresson, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé: Analyse Sociologique*. Paris: Éditiones L'Harmattan.

- Cumsille, P. & Epstein, N. (1994). Family Cohesion, Family Adaptability, Social Support, and Adolescent Depressive Symptoms in Outpatient Clinic Families. *Journal of Family Psychology*, 8 (2), 202-214.
- Dias, A. (2007). *Dor Crónica – um Problema de Saúde Pública*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. Consultado em 29/01/2011.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Despacho Ministerial de 26 de Maio. Lisboa: Edição de Autor.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Despacho Ministerial de 26 de Março. Lisboa: Edição de Autor.
- Dourado, E., Fernandes, T., Meireles, J. & Monteiro, I. (2004). Dor e Efeito Placebo. *Revista de Cirurgia e Traumatologia*, 4 (3), 197-203.
- Ehrlich, G. (2003). Low Back Pain. *Bulletin of World Health Organization*, 81 (9), 671-676.
- Enelow, A., Forde, D. & Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. (Mendonça, P., Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Estrada, D. (1997). *Gender Socialization and Perceptions of Family Functioning*. Tese de Mestrado, Universidade da Florida.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: o Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, A. (2008). *SPSS – Guia Prático de Utilização – Análise de dados para as Ciências Sociais e Psicologia* (5ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ferreira, M. (2009). *Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: um Estudo com Doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupuntura*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.

- Fisher, L., Chesla, C., Skaff, M., Gilliss, C., Mullan, J., Bartz, R., Kanter R. & Lutz, C. (2000). The Family and Disease Management in Hispanic and European-American Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 23 (3), 267-272.
- Fleck, A. & Wagner, A. (2003). A Mulher como a Principal Provedora do Sustento Economico Familiar. *Psicologia em Estudo*, 8, 31-38.
- Fontes, K. & Jaques, A. (2007). O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5º Sinal Vital. *Ciência Cuidados de Saúde*, 6 (2), 481-487.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria: Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.
- Goode, W. (1970). *A Família*. (Neto, A., Trad.). São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Gusman, A., Costa, G., Bastos, J., Magalhães, K., Maia, L., Pena, M., Xavier, P., Faria, T. & Thom, V. (1997). A Dor e o Controle de Sofrimento. *Revista de Psicofisiologia*, 1 (1), 1-19.
- Guyton, A. & Hall, J. (1996). *Tratado de Fisiologia Médica* (9ªEd.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogen.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health & Illness*. London: Hodder Arnold
- Horn, S & Munafá, M. (1997). *Pain, Theory, Research and Intervention*. Philadelphia: Open University Press.
- Jones, E. (1999). *Terapia dos Sistemas Familiares: Desenvolvimento nas Terapias Sistêmicas da Escola de Milão*. (Andersen, F., Trad.). Lisboa: Climepsi Editora.
- Larrosa, S. (2002). El FACES II en la Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar. *Psicothema*, 14 (1), 159-166.

- Lévi-Strauss, C. (1986). Prefácio. In Burgnière, A. Klapisch-Zuber, C., Segalen, M., Zonabend, F. & Lévi-Strauss, C. (Eds), *História da Família*. (Santos, M., Trad.). Lisboa: Terramar.
- Lima, M. & Trad, L. (2007). A Dor Crónica sob o Olhar Médico: Modelo Biomédico e Prática Clínica. *Caderno Saúde Pública*, 23 (11), 2672-2680.
- Lopes, A. (2007). *Generalidades e Singularidades da Doença em Família: Percepção da Qualidade de Vida, Stress e Coping*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra.
- Klaumman, P., Wouk, A. & Sillas, T. (2008). Patofisiologia da Dor. *Archives of Veterinary Science*, 13 (1), 1-12.
- Kouneski, E. (2000). *The Family Circumplex Model, Faces II and III: Overview of Research and Applications*. Dissertação de Mestrado, University of Minnesota.
- Kreling, M., Cruz, D. & Pimenta, C. (2006). Prevalência de Dor Crónica em Adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 509-513.
- Kwak, A. (2010). Família Reconstruída. In Pontificio Conselho para a Família (Ed), *Léxico da Família. Termos ambíguos e Controversos sobre a Família, Vida e Aspectos Éticos* (pp. 515-525). Cascais: Principia Editores.
- Maciel, M. (2004). A Dor Crónica no Contexto dos Cuidados Paliativos. *Prática Hospitalar*, 6 (35).
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ªEd.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, A., Assumpção, A., Matsutani, L. (2007). *Fibromialgia e Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. Barueri: Manole.
- Martins, E., Rabinovich, E. & Silva, C. (2008). Família e o Processo de Diferenciação na Perspectiva de Murray Bowen: um Estudo de Caso. *Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo*, 19 (2), 181-197.

- Martins, M. (2009). *A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família com Dor Crónica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta.
- Meissner, W. (1978). The Conceptualization of Marriage and Family Dynamics from a Psychoanalytic Perspective. In Paolino, T. & McGrady, B. (Eds), *Marriage & Marital Therapy. Psychoanalytic, Behavioural and Systems Theory Perspectives* (pp.25-88). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Melzack, R. (1993). Past, Present and Future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47 (4), 615-629. Abstract obtido de base de dados de PsycARTICLES.
- Melzack, R. (1996). Gate Control Theory: on the Evolution of Pain Concepts. *Journal of the American Pain Society*, 15, 128-138.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: a New Theory. *Science*, 150 (3699), 971-979.
- Melzack, R. & Wall, P. (1983). *The Challenge of Pain*. New York: Basic Books.
- Mendes, M. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: as Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Meves, C. (2010). Família Monoparental. In Pontifício Conselho para a Família (Ed), *Léxico da Família. Termos ambíguos e Controversos sobre a Família, Vida e Aspectos Éticos* (pp. 511-513). Cascais: Principia Editores.
- Miceli, A. (2002). Dor Crónica e Subjectividade em Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (3), 363-373.
- Michael, T. & Ranjan, R. (1989). Pain Patients and Marital Relations. *The Clinical Journal of Pain*, 5 (3). Abstract obtido de [http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1989/09000/Pain\\_Patients\\_and\\_Marital\\_Relations.11.aspx](http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1989/09000/Pain_Patients_and_Marital_Relations.11.aspx)

- Minuchin, S. (1974). *Families & Family Therapy*. New York: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. USA: Harvard University Press.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Lisboa: Almedina.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2002). *Introdução à Estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Nashold, B. & Levitt, J., (1982). Pain: its Pathophysiology, a Brief Review. In Surwit, R. & Williams, R. (Eds), *Behavioral Treatment of Disease*. (pp: 315-327) New York: Plenum Press.
- Nicassio, F., Radojevic, V., Smith, K. & Dwyer, K. (1995). The Contribution of Family Cohesion and the Pain-Coping Process to Depressive Symptoms in Fibromyalgia. *The Society Behavioral Medicine*, 7 (4), 349-356. Abstract obtido de base de dados PringerLink.
- Nichols, W. (1984). Family Therapy: Concepts and Methods. *Family Process*, 23 (4), 577-578.
- Oliveira, J. (2002). *Psicologia da Família*. Tese de Mestrado, Universidade Aberta.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167.
- Olson, D. & Gorall, D. (2003). Circumplex Model of Marital and Family Systems. In Walsh, F. (Ed), *Normal Family Processes* (3ª Ed) (pp: 514-547). New York: Guildford.
- Olson, D, Russel, C. & Sprenkle, D. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: the Haworth Press.
- Olson, D., Sprenkle, D. & Russell, C. (1979). Circumplex Model of Marital and Family System: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Fam Process*, 18 (1), 3-28. Abstract obtido de base de dados Pubmed.gov.



- Pedrosa, D., Pelegrin, A., Siqueira, H., Silva, T., Colhado, O. & Sousa, F. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida em Clientes com Dor Crónica Isquémica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 2-6.
- Peng, R., Peters, M., Fuchs, P. & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581-624.
- Pestana, D. & Velosa, S. (2002). *Introdução à Probabilidade e à Estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Philips, H. & Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain. A Treatment Manual*. (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Pimenta, C., Koizumi, M. & Texeira, M. (2000). Dor Crónica e Depressão: Estudo em 92 Doentes. *Revista da Escola de Enfermagem*, 34 (1), 76-83.
- Pimenta, C. & Portnoi, A. (1999). Dor e Cultura. In Carvalho, M. (Ed), *Dor: um Estudo Multidisciplinar* (pp: 159-173). São Paulo: Summus.
- Pinto, J., Montinho, L. & Gonçalves, P. (2008). O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: o Impacto da Doença na Família. *Revista Referência*, 6, 69-76.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em Cuidados de Saúde Primários: a sua Relação com Características Sócio-demográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.
- Portnoi, A. (1999). *Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo.
- Power, P. & Orto, A. (2004). *Families Living with Chronic Illness and Disability. Interventions, Challenges and Opportunities*. New York: Springer Publishing Company, Inc.


- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R. & Calapez, T. (1996). *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que Diz a Investigação? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 299-306.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Porto: Livpsic.
- Ribeiro, M. (2010). Família e Psicologia: Intervenções Educativas, Preventivas e Terapêuticas. In Pontifício Conselho para a Família (Ed.), *Léxico da Família. Termos ambíguos e Controversos sobre a Família, Vida e Aspectos Éticos* (pp: 447-461). Cascais: Principia Editores.
- Rodick, J., Henggeler, S. & Hanson, C. (1986). An Evaluation of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales and the Circumplex Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (1), 77-87.
- Rolland, J. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: a Conceptual Framework. *Family Process*, 26 (2), 203-221.
- Rolland, J. (1988). Family Systems and Chronic Illness: a Typological Model. In Walsh, F. & Anderson, C. (Ed), *Chronic Disorders and the Family* (p. 143-167). London: The Haworth Press.
- Rolland, J. (1995). Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar. In Carter B. & McGoldrick, M. (Eds). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma Estrutura para a Terapia Familiar* (pp:373-392). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Romano, J., Turner, J. & Jensen, M. (1997). The Family Environment in Chronic Pain Patients: Comparison to Controls and Relationship to Patient Functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4 (4), 383-395. Abstract obtido da base de dados SpringerLink.
- Roy, R. & Thomas, M. (1989). Nature of Marital Relations Among Chronic Pain Patients. *Contemporary Family Therapy*, 11 (14), 277-285. Abstract obtido de base de dados SpringerLink.
- Sá, K., Baptista, A., Matos, M. & Lessa, I. (2009). Prevalência de Dor Crónica e Factores Associados na População de Salvador, Bahia. *Revista Saúde Pública*, 43 (4), 622-630.
- Saltareli, S., Pedrosa, D., Hortense, P. & Sousa, F. (2008). Avaliação de Aspectos Quantitativos e Qualitativos da Dor na Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (3), 151-156.
- Salvetti, M. & Pimenta, C. (2007). Dor Crónica e a Crença de Auto-eficácia. *Revista Escola de Enfermagem*, 41 (1), 135-140.
- Saraceva, C. (1992). *Sociologia da Família*. (Azevedo, M., Trad.) Lisboa: Editorial Estampa.
- Satir, V. (1993). A Mudança no Casal. In Andolfi, M., Ângelo, C. & Saccu, C. (Eds), *O Casal em Crise* (29-37). (Foá, S., Trad.). São Paulo: Summus Editorial.
- Sawin, K. & Harrigan, M. (1995). *Measures of Family Functioning for Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Schestatsky, P. (2008). Definição, Diagnóstico e Tratamento da Dor Neuropática. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre- HCPA*, 28 (3), 177 – 187.
- Schwob, M. (1994). *A Dor*. (Martinho, L., Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, S. (2008). *(Con)viver com a Dor do Outro: Vivências dos familiares de Idosos com Dor Crónica*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto.

- Silva, E., Neto, J., Figueiredo, M. & Barbosa-Branco, A. (2007). Práticas e Condutas que Aliviam a Dor e o Sofrimento em Crianças Hospitalizadas. *Ciências Saúde*, 18 (2), 157-166.
- Silva, L. & Rieger, R. (2008). Chronic Pain, Stress and their Psychoneuroimmunologic Implications: a Literature Review. *Aletheia*, 28, 11-20.
- Skevington, S. (1995). *Psychology of Pain*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Solange, M., Dellaroza, G., Furuya, R., Cabrera, M., Matsuo, T., Trelha, C., Yamada, K. & Pacola, L. (2008). Caracterização da Dor Crônica e Métodos Analgésicos Utilizados por Idosos da Comunidade. *Revista Associação Médica Brasileira*, 54 (1), 36-41.
- Sousa, L., Forgione, M. & Alves, V. (2000). Técnicas de Relaxamento no Contexto da Psicoterapia de Pacientes com Queixas de Dor Crônica e Fibromialgia. *Acta Fisiátrica*, 7 (2), 56-60.
- Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping e Adesão ao Regime Terapeutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 151-160.
- Smith, S. (1996). *Clinical Utility of the Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)*. Dissertação de Doutorado, Universidade do Texas.
- Smith, S. (1996). *Marriage and Family Therapy*. Tese de Doutorado, Universidade do Texas.
- Smith, A. & Friedemann, M. (1999). Perceived Family Dynamics of Persons with Chronic Pain. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 543-551. Abstract obtido da base de dados Pubmed.gov.
- Snelling, J. (1994). The Effect of Chronic Pain on Family Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (3), 543-551. Abstract obtido da base de dados Wiley.
- Teixeira, M. (2000). Fisiopatologia da Nocicepção e da Supressão da Dor. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 1 (4), 329-334.

- Tsuchiya, H., Mendonça, C. & Cesar, A. (2009). Associação entre Características Pessoais, Organização do Trabalho e Presença de Dor em Funcionários de uma Indústria Moveleira. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (4), 294-298.
- Turk, D. & Gatchel, R. (1999). Psychosocial Factors and Pain: Revolution and Evolution. In Gatchel, R. & Turk, D. (Eds), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*, (pp: 481-494). New York: The Guilford Press.
- Turk, D., Kerns, R. & Rosenberg, R. (1992). Effects of Marital Interaction on Chronic Pain and Disability: Examining the Down Side of Social Support. *Rehabilitation Psychology*, 37 (4), 259-274.
- Tursky, B. & Jamner, L. (1982). Behavior Assessment of Pain. In Surwit, R. & Williams, R. (Eds), *Behavioral Treatment of Disease*. (p. 329-351). New York: Plenum Press.
- Tuzzo, R. (s/d). *La Separación y su Impacto en Niños y Adolescentes*. Monografía publicada. Universidad de la República. Montevideo-Uruguay.
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crónica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 47-54
- Viana, V., Barbosa, M. & Guimarães, J. (2007). Doença Crónica na Criança: Factores Familiares e Qualidade de Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 117-127.
- WaisBrod, H., Hansen, D. & Gerbershagen, H. (1984). Chronic Pain in Paraplegics. *Neurosurgery*, 15, 933-936. Abstract obtido de base de dados Neurosurgery.
- Wall, P. & Melzack, R. (1982). *O Desafio da Dor*. (Rodrigues, N., Trad). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

**Anexos**

	CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E. Unidade de Endoscopia Digestiva	Código
	<b>INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO DO DOENTE - Investigação</b>	<b>0356_Reg_PFR</b>  Pág. 95 / 1

**1. Tipologia**

Investigação:  
“Dor Crónica: Adaptabilidade e Coesão Familiar”

**2. Procedimentos**

A investigação apresenta uma metodologia descritiva transversal, entre sujeitos. A recolha da amostra será efectuada por meio de actividades programadas no CHAA. A recolha dos dados será realizada através da aplicação de um “Questionário Sócio-demográfico e Clínico” e da “Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar”.

**3. Benefícios**

Produção de conhecimentos e caracterização sócio-demográfica e clínica dos doentes inscritos na Unidade de Dor Crónica.

**4. Potenciais Riscos e Desconforto**

Não existem riscos ou desconforto para os participantes da investigação.

**5. Probabilidade de Sucesso**

Elevada.

**6. Alternativas****7. Direito à recusa**

O doente tem direito à recusa na participação ou abandono do projecto, sem que comprometa o seu acesso aos serviços da organização. Contudo, quando se tratar de ensaios clínicos deverá perguntar ao responsável do projecto das consequências para a sua saúde do abandono.

**8. Garantia da Confidencialidade**

A confidencialidade dos dados e resultados dos estudos será respeitada e garantida por todos os membros da equipa de saúde.

**8. Revisão**

(Data/Responsável)

**9. Consentimento**

Caro doente / familiar / participante (riscar o que não interessa) após a informação acima descrita, compete-lhe decidir de forma livre e esclarecida se pretende participar no estudo proposto. Se essa for a sua decisão terá que assinar o consentimento abaixo referido.

O médico \_\_\_\_\_ N° Mec 

--	--	--	--

 Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

Declaro que fui esclarecido quanto à informação acima mencionada pelo médico que a assina, e que autorizo, neste momento, a realização do procedimento proposto, acima referido, estando informado dos riscos, complicações e sequelas que podem surgir.

Assinatura (a) \_\_\_\_\_

(a se não for o doente Nome: \_\_\_\_\_ B.I. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Morada \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Data 

--	--	--	--	--	--

 Assinatura \_\_\_\_\_



## Questionário Sócio-Demográfico/Clinico

### Dados sócio-demográficos

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

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

**Estado Civil:**

Viúvo:     Solteiro:     Casado:     Divorciado:     União de facto:

Outro:

**Escolaridade:**

Sem escolaridade:

Ensino Primário:

1º e 2º ciclo:

Ensino Secundário:

Ensino Tecnológico ou Superior:

**Profissão:** \_\_\_\_\_ (o que faz?)

**Estatuto Profissional:**

Activo:

Desempregado:  \_\_\_\_\_ meses/anos. Por que motivo? \_\_\_\_\_

Reformado:  \_\_\_\_\_ meses/anos. Por que motivo? \_\_\_\_\_

Baixa Médica:  \_\_\_\_\_ meses/anos. Por que motivo? \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

Como avalia o apoio familiar?

Bom:

Razoável:

Mau:

### Dados Clínicos

<b>Diagnóstico Médico</b>	
---------------------------	--

Há quanto tempo surgiram as primeiras queixas de dor persistente?

<de 6 meses:

6-12 meses:

1-2 anos:

2-5 anos:

> de 5 anos:

Desde que esta dor iniciou, tem recorrido mais vezes aos serviços gerais de saúde?

Não:

Sim:

Há quanto tempo se encontra a ser acompanhado pela Unidade da Dor?

<de 6 meses:

6-12 meses:

1-2 anos:

2-5 anos:

>de 5 anos:

Actualmente, está a tomar medicação da Unidade da Dor?

Não:

Sim:

É eficaz no controlo da Dor?

Não:

Sim:

Porquê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acha que vai melhorar?

Não:

Sim:

Porquê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Como é a sua dor actualmente?**

<b>Intensidade da dor</b>				
Sem dor (0)	Dor Ligeira (1-3)	Dor Moderada (4-6)	Dor Intensa (7-9)	Dor In suportável (>10)
<b>Frequência da dor por dia</b>				
Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente	Continuo
<b>Caracterização da dor</b>				
Formigueiro	Queimação/ardor	Pontada	Latejamento	Pressão
Pontada	Corte	Outros		

**Que outros tratamentos faz para controlar a dor?**

<b>Tratamentos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Tratamentos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Cirurgia			Acupunctura		

Fisioterapia/Medicina de Reabilitação			Psiquiatria/Psicologia		
Ortopedia			Neurologia		
Outros: Quais?					

**Que outros problemas de saúde tem?**

Cardíacos		Musculares		Outros	
Ossos		Obesidade			
Hipertensão		Diabetes			
Psiquiátricos		Neurológicos			

**Impacto da dor:**

Tem problemas de sono por causa da dor?

Não:

Sim:

Quais?

Dificuldade em Adormecer	Acordar muitas vezes de Noite	Acordar muito Cedo

Tem problemas de apetite por causa da dor?

Não:

Sim:

Tem problemas sexuais por causa da dor?

Não:

Sim:

Quais?

Diminuição do Desejo Sexual	Diminuição do Prazer Sexual

Sente-se muitas vezes cansado por causa da dor?

Muitas Vezes		Algumas Vezes		Poucas Vezes	
--------------	--	---------------	--	--------------	--

Sente-se triste por causa da dor?

Muitas Vezes		Algumas Vezes		Poucas Vezes	
--------------	--	---------------	--	--------------	--

Sente-se nervoso por causa da dor?

Muitas Vezes		Algumas Vezes		Poucas Vezes	
--------------	--	---------------	--	--------------	--

Sente que a sua actividade diária ...por causa da dor?

Diminuiu		Manteve-se igual		Aumentou	
----------	--	------------------	--	----------	--

Sente que a sua qualidade de vida...por causa da dor?

Piorou		Manteve-se igual		Melhorou	
--------	--	------------------	--	----------	--

Sente que a relação com o seu cônjuge modificou-se devido à dor?

Não:

Sim:

De que forma?

Piorou		Manteve-se igual		Melhorou	
--------	--	------------------	--	----------	--

Considera a sua saúde actual como...

Excelente		Boa		Normal		Pobre	
-----------	--	-----	--	--------	--	-------	--

***FACES II- Versão Família***  
***Olson, D., Portner, J. & Bell, R.***

**Tradução de Daniel Sampaio**

**Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar**

**Data:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ anos.                      **Posição:** Pai \_\_\_\_, Mãe \_\_\_\_, Filho \_\_\_\_, Filha \_\_\_\_

**Instruções:**

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz ou com um círculo qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões.

		Quase Nunca	De vez em Quando	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
<b>1</b>	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
<b>3</b>	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	4	5
<b>5</b>	Em nossa casa, a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	5
<b>6</b>	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
<b>7</b>	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	3	4	5