

ALBINA RODRIGUES PEREIRA DIAS

***COPING E QUALIDADE DE VIDA NA DOR
CRÓNICA***

Dissertação apresentada no
Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte,
Para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Dor sob a orientação de
Prof. Dr. José Soriano, da U. Valencia - Espanha

GANDRA, PAREDES

2006

*“Uncontrolled pain has a universal and
Profoundly negative effect on quality of life;
No age group is spared and
No type pf pain is excepted.”*

Katz

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Soriano, para quem os quilómetros de distância não minimizaram a orientação indispensável para a concretização deste estudo, pelo constante apoio e coragem na consecução dos objectivos e do combate das dificuldades.

Ao Dr. Carlos Jorge pela autorização da investigação na UTD e pela sempre presente simpatia e cordialidade, que me deixaram tão à-vontade.

Ao Prof. Dr. Pedro Ferreira pela grata autorização e cedência do questionário SF-36, v.2.

Ao Dr. Nelson Pereira e à Enf^a Ana Leonor Ribeiro, pela amizade, carinho, cordialidade e ajuda sempre atenta e amiga.

Por fim, mas não menos merecido e do fundo do coração:

- O meu muito obrigado às Enf^{as} Cristina e Irene e à Dr. Teresa Ferreira por me ensinarem que trabalhar com doentes com dor crónica, nunca é triste ou aborrecido, mas sempre uma partilha de experiências, por vezes sofridas, mas nada que o bom humor não ajude a ultrapassar;
- Aos doentes que me ensinaram muito, mas principalmente que viver com dor, não é viver subjugado à dor;
- Aos meus colegas do serviço, que tanta paciência tiveram para me aturar;
- Aos meus amigos do coração, que estiveram sempre lá;
- Aos meus pais e irmão queridos, por tudo!

RESUMO

O objectivo deste trabalho é estudar o *Coping* e a Qualidade de Vida em doentes com dor crónica. Tendo como finalidade última a melhoria da prestação de cuidados aos doentes com dor crónica, este estudo teve como objectivos específicos: caracterizar, por amostra, uma população com Dor Crónica em termos demográficos e socioeconómicos, determinar que estratégias de *Coping* são utilizadas por esta amostra; determinar que relações existem entre as estratégias de *Coping* e o nível de qualidade de vida percebida nesta amostra; validar e contribuir para o estudo do CAD-R quando aplicado à população portuguesa;

Este estudo descritivo correlacional, de desenho transversal, utiliza como base conceptual a análise das várias definições associadas a cada um dos construtos Dor, Stress enquanto processo desencadeador de estratégias de Coping, e na sua abordagem, o Modelo Transaccional de Lazarus (1984) e Qualidade de Vida. Foram abordados 130 doentes com dor crónica, avaliados num único momento.

Como instrumentos de avaliação foram utilizados o Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica, a versão portuguesa do Questionário de Lattinen, a versão adaptada e validada, no decorrer desta investigação, para a população portuguesa do Cuestionario de Afrontamiento del Dolor - Reducido (Soriano e Monsalve, 2004), a versão portuguesa do Short Form Health Survey, SF-36 (Ware e Sherbourne, 1992).

Os resultados evidenciam a utilização de estratégias de coping activas face às estratégias passivas, sendo que os doentes que utilizam mais estratégias activas apresentam um melhor nível de Qualidade de Vida.

Com base nestes resultados são sugeridas algumas propostas para investigações futuras.

ABSTRACT

The objective of this work is to study Coping and Quality of Life in chronic pain patients. Minding the final goal of improvement on the patients with chronic pain care, this studie had had specific objectives as: characterize, by sample, a population with chronic pain, in demographic and socioeconomic terms; determine which *Coping* strategies are used by this sample; determine which relationships exist between Coping strategies and the perceived level of quality of life, in this sample; validate and contribute for the study of CAD-r when applied to the Portuguese population.

This descriptive - correlacional study, with transversal design, uses as conceptual basis the analysis of several definitions associated with the constructs Pain, Stress, has beginner process of the *Coping* Strategies, and with the approach of the Lazarus Transactional Model (1984) and Quality of Life. Where interviewed 130 chronic pain patients, evaluated in a single moment.

The evaluation instruments used were a Questionnaire of Social -Demographic characterization, the Portuguese version of the Lattinen Questionnaire the version validated and adapted, on the course of this investigation, for the Portuguese population of the Cuestionario de Afrontamiento Del Dolor - Reducido (Soriano e Monsalve, 2004) and the Portuguese version of the Short Form Health Survey, SF-36 (Ware e Sherbourne, 1992).

The results show that patients use predominantly active coping strategies and the majority of patients that use that active strategies report better quality of life.

On basis of these results some investigation proposals are made in order to future research.

SUMÁRIO	Pág.
1. INTRODUÇÃO – A EVOLUÇÃO DAS EMOÇÕES E DA DOR NO HOMEM.....	13
2. DOR – DEFINIÇÕES, CLASSIFICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS.....	19
3. STRESS – DEFINIÇÕES, TEORIAS E CONSEQUÊNCIAS. O COPING COMO VERTENTE DO STRESS.....	27
3.1 Ganhos Secundários.....	40
3.2 Religião e Catastrofismo.....	41
4. QUALIDADE DE VIDA – DEFINIÇÕES.....	47
5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	51
5.1 Caracterização do estudo.....	51
5.2 Objectivos específicos.....	52
5.3 Variáveis em estudo.....	52
5.4 Considerações éticas.....	53
5.5 Participantes.....	54
5.6 Instrumentos utilizados.....	55
5.6.1 Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica.....	56
5.6.2 Escala Visual Analógica.....	57
5.6.3 Cuestionario de Afrontamiento del Dolor – Reducido (CAD - r).....	58
5.6.4 Lattinen.....	59
5.6.5 Short - Form Health Survey - 36 (SF-36).....	60
5.7 Procedimentos.....	63
5.8 Reacções ao estudo.....	64
6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	66
6.1 Caracterização Socio-demográfica da amostra.....	66
6.2 Pontuações dos questionários EVA, Lattinen, CAD-r e SF-36....	70
6.3 Fidelidade dos questionários.....	76
6.4 Validação do CAD-r para a amostra portuguesa.....	79
6.5 Relações entre as variáveis.....	84

6.6 Confirmação das hipóteses.....	90
6.6.1 Grupos em função das estratégias de Coping.....	91
6.6.2 Grupos em função da Qualidade de Vida.....	94
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS - COPING E QUALIDADE DE VIDA NA DOR CRÓNICA.....	98
PARTE I - Discussão dos resultados com base nos objectivos de estudo.....	99
7.1 Caracterizar uma amostra portuguesa com dor crónica em termos demográficos e sócio - económicos.....	99
7.2 Determinar que estratégias de Coping são utilizadas por esta amostra.....	100
7.3. Determinar que relações existem entre as estratégias de Coping e o nível de Qualidade de Vida percebido nesta amostra.....	102
PARTE II - Limitações inerentes à investigação.....	107
8. CONCLUSÃO.....	109
8.1 Propostas de novos estudos e intervenções.....	110
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
10. ANEXOS.....	118

ÍNDICE DE ANEXOS	Pág.
ANEXO 1 - Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.....	119
ANEXO 2 - Autorização à realização da investigação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.....	122
ANEXO 3 - Folha de Apresentação.....	124
ANEXO 4 - Declaração de Consentimento informado.....	126
ANEXO 5 - Caracterização da Unidade de Tratamento da Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.....	128
ANEXO 6 - Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica.....	131
ANEXO 7 - Versão original do CAD-r.....	133
ANEXO 8 - Versão traduzida e adaptada do CAD -r para a população portuguesa.....	135
ANEXO 9 - Lattinen.....	138
ANEXO 10 - Autorização para a utilização do SF-36, v.2.....	140
ANEXO 11 - SF-36, v. 2.....	142
ANEXO 12 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico.....	147
ANEXO 13 - Prova de amostras independentes (teste t) por estratégias de <i>Coping</i>	149
ANEXO 14 - Prova de amostras independentes (teste t) por Qualidade de Vida.....	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Distribuição da amostra por grupo de idades.....	67
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por estado civil.....	68
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por diagnóstico de dor.....	70
Gráfico 4 - Distribuição da amostra por EVA.....	71
Gráfico 5 - Gráfico de sedimentação.....	82

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela 1 - Representação dos processos intervenientes numa situação de Stress.....	33
Tabela 2 - Dimensões, escalas e respectivos itens do CAD -r.....	59
Tabela 3 - Componentes, dimensões e respectivos itens do SF-36.....	61
Tabela 4 -Significado das notas por dimensão do SF-36, v.2.....	63
Tabela 5 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	68
Tabela 6- Distribuição da amostra por tipo de religião.....	69
Tabela 7 - Distribuição da amostra por intensidade da dor, assinalada no Lattinen.....	71
Tabela 8 - Distribuição da amostra por nível de actividade, assinalado no Lattinen.....	72
Tabela 9 - Distribuição da amostra por frequência da dor, assinalada no Lattinen.....	72
Tabela 10 - Distribuição da amostra por utilização de analgésicos, assinalada no Lattinen.....	73
Tabela 11 - Distribuição da amostra por qualidade do sono, assinalado no Lattinen.....	73
Tabela 12 - Distribuição da média da amostra por cada item do CAD-r.....	74
Tabela 13 - Distribuição das estratégias de <i>Coping</i> mais utilizadas.....	75
Tabela 14 - Distribuição das pontuações por dimensões do SF-36, v.2.....	75
Tabela 15 - Alpha de Cronbach para o teste Lattinen.....	76
Tabela 16 - Alpha de Cronbach se item eliminado para o questionário Lattinen.....	76
Tabela 17 - Alpha de Cronbach para o questionário CAD - r.....	77
Tabela 18 - Alpha de Cronbach para o questionário SF - 36, v.2.....	78
Tabela 19 - Caracterização da amostra de validação do CAD - r, quanto à idade, nº de filhos e EVA reportada.....	80
Tabela 20 - Matriz de componentes rotacionados.....	81
Tabela 21 - Análise de comunalidades, por componentes principais.....	82

Tabela 22 - Variância total explicada.....	83
Tabela 23 - Diferenças significativas entre sexos no Lattinen, CAD-r e SF-36	88
Tabela 24 - Diferenças significativas entre grupos de idade no Lattinen, CAD-r e SF-36.....	89
Tabela 25 - Diferenças significativas entre grupos de dor no Lattinen, CAD-r e SF-36.....	90
Tabela 26 - Centros de conglomerados finais em função das Estratégias de Coping.....	91
Tabela 27 - Análise de Variância (ANOVA), em função das estratégias de <i>Coping</i>	91
Tabela 28 - Número de casos em cada conglomerado.....	92
Tabela 29 - Prova t de Student em função das estratégias de <i>Coping</i>	92
Tabela 30 - Centros de conglomerados finais em função da Qualidade de Vida.....	94
Tabela 31 - Análise de Variância (ANOVA), em função da Qualidade de Vida.....	95
Tabela 32 - Número de casos em cada conglomerado.....	95
Tabela 33 - Prova t de Student em função da Qualidade de Vida.....	95

ABREVIATURAS

Col. - Colaboradores
d.p. – Desvio - Padrão
m. - média
Nº – Número (s)
N.d. – no date (sem data)
p. – página (s)
v. – versão
Vol. - Volume
Tab. - Tabela

SIGLAS

CAD – R: Cuestionario de Afrontamiento del Dolor Reducido
CHVNG: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
EVA: Escala Visual Analógica
IASP: International Association for the study of Pain
OMS: Organização Mundial de Saúde
PAIN2: Pain Associates' International Network
QV: Qualidade de Vida
SF-36: Short Form Health Survey – 36
UTD: Unidade de Tratamento da Dor
WHOQOL: World Health Organization Quality of Pain

SINAIS CONVENCIONAIS

% - Por Cento

1. INTRODUÇÃO – A EVOLUÇÃO DAS EMOÇÕES E DA DOR NO HOMEM

O Homem evoluiu ao longo de muitos milhares de anos. De tal forma, que hoje compreende, sente e interpreta tudo o que o rodeia. Esta evolução com avanços e retrocessos surgiu, sabe-se hoje, a partir dos nossos primos símios, com os quais temos mais em comum, do que se pensou durante muitas centenas de anos.

A selecção natural imprimiu no Homem a necessidade de se desenvolver e de superar as dificuldades que o ambiente lhe impunha. A necessidade de sobrevivência implicava, não somente, encontrar alimento e evitar perigo e a morte, mas também conviver socialmente, o que, a partir de certo ponto da filogenia, trouxe ao Homem a capacidade de se interessar pelo outro e de ver no outro, o reflexo de si mesmo.

As alterações não só físicas, mas principalmente as alterações neurológicas, com a evolução dos cinco sentidos, particularmente a visão trouxe à espécie humana a capacidade de compreender e valorizar o que a rodeava. Este desenvolvimento aliado ao Bipedismo, que trouxe uma visão mais abrangente do mundo, bem como uma capacidade de relacionamento com o outro, pela observação das expressões, guiou o Homem para a leitura do comportamento social enquanto espécie, o que se traduziu na necessidade de criação de uma linguagem comum, que permitisse um contacto menos agressivo entre indivíduos e de proveito e benefício para todos.

A visão, enquanto mecanismo de leitura das expressões do outro e a linguagem como veículo de comunicação fundamental, importou ao Homem a capacidade de hierarquização de necessidades, bem como das prioridades morais que se

impunham à espécie humana em comunidade. A leitura das emoções, principalmente da tristeza, da raiva, da alegria e da dor, regulou e ainda hoje regula a interação social e o processo de tomada de decisões e de resolução de problemas.

Darwin, citado por Turner (2003, p.107) defendia que

“As expressões tanto faciais como vocais das emoções são críticas e fundamentais para um animal que faça parte e viva no interior de um grupo porque elas provocam atracção entre os animais, regulam as suas interações, mantêm-nos reunidos e unidos e permitem-lhes que se reproduzam de forma bem sucedida”. Turner (2003, p.107)

De facto, as expressões são fundamentais para uma leitura mais ou menos acertada do que “vai na alma” do outro, se bem que alguns autores defendam que há emoções inatas e outras socialmente construídas, no entanto, todas são socialmente modificáveis, no intercâmbio quotidiano de informação, quer seja por expressão verbal ou não, se bem que este processo não esteja ainda bem esclarecido. (Turner, 2003)

Neste sentido, a comunicação da dor e do sofrimento a ela associada tem tido várias modificações na sua expressão verbal e não verbal, ao nível individual, familiar e social. Desde a demonstração de que algo não está bem fisicamente, evidência que ainda hoje é responsável pela ida dos pacientes ao serviço de saúde, até à atitude de passividade e de aceitação como castigo divino, muitas têm sido as “faces da dor”.

Também a face heróica da dor sobressai de tempos a tempos. É legado dos primórdios gregos, em que estes superavam a dor em provas que ultrapassavam as suas próprias capacidades, numa tentativa de mostrar uma inclinação divina. A dor é tão antiga como o próprio Homem e não é estática, nem imutável; pelo contrário, é tão mutável quanto o é o pensamento e a descrição das experiências

a ela associadas, porque o indivíduo nunca sente a mesma dor e porque a ela estão ligadas ideias, mitos, tentativas e provas de superação/recuperação, sendo esta experiência sempre subjectiva e pessoal.

Por muito que se tente dar um nome a cada sensação, tal como referem Hanson e Gerber (1990) e Morris (2000), na sua análise do paradigma filosófico em torno da Dor, em cada era da história da Humanidade, a dor teve uma causa, uma consequência e uma definição própria.

Para Aristóteles, a dor era considerada uma emoção, espelho de um estado de alma e não como um fenómeno físico. Na Idade Média, a dor era vista como um castigo divino, em que o sofrimento e a dor eram os únicos caminhos para a salvação da alma e para a expiação dos pecados cometidos.

Já na Época das Luzes, a visão da dor foi levada ao extremo oposto ao da Idade Média, com o seu distanciamento do religioso, permitindo apenas as ideias sujeitas a uma minuciosa racionalização, integradas no método científico e submetidas ao método experimental. Descartes, como o ícone desta época, descrevia a dor como uma reacção, puramente fisiológica, a uma lesão totalmente identificável e imputável à máquina, que era o corpo humano. Esta visão da dor trouxe a possibilidade de se criarem métodos e técnicas capazes de eliminar algo tão negativo e prejudicial ao bom funcionamento do corpo humano, como era a dor.

Desde então, a perspectiva religiosa e a perspectiva científica têm sido os dois pratos da balança em que dependendo do contexto histórico – político, ora pende para o lado religioso, ora pende para o lado da racionalidade científica.

Ribeiro (2005, p. 36-47) demarca 3 grandes períodos, por ele designados como “Revoluções da Saúde” em que a 1ª Revolução se caracterizaria “*pela aplicação do modelo biomédico à prevenção das doenças*” (p. 40), já que se pugnou pela

cura das doenças, pela procura do agente causal, pelo que se intensificou a luta na descoberta e detecção desses agentes para a sua eliminação. A 2ª Revolução da Saúde caracterizar-se-ia *“pela deslocação do foco da atenção e da intervenção para a Promoção da Saúde”* (p. 43), com a criação dos grandes planos de promoção da saúde comunitária.

A 3ª Revolução da Saúde caracterizar-se-ia, segundo o autor, numa avaliação mais pormenorizada dos gastos reais com os cuidados de saúde e na exigência/necessidade de cuidados devidamente direccionados àqueles que realmente precisam.

Morris (2000) reflecte sobre a evolução da doença e o que mudou nos últimos 50 anos, em que *“ficamos doentes de doenças que nunca ouvimos falar, submetemo-nos a tratamentos com que nunca sonhamos, morremos de formas e em novos lugares inquietantes”*. (p. 13) Nesta perspectiva, a dor e a doença assumem contornos de um grande monstro que toma conta da Humanidade e contra a qual esta luta furiosamente, com o desenvolvimento de técnicas cada vez mais agressivas, que protelam a morte, mas que alteram profundamente o relacionamento do indivíduo consigo próprio e com os outros, quer sejam a família, quer sejam os profissionais e com o desenvolvimento de um novo espectro, que é a doença crónica.

Hanson e Gerber (1990, p.2) referem que *“a dor era largamente compreendida como qualquer coisa a ser evitada a todo o custo em contraste com outras visões anteriores que descreviam a dor como tendo uma razão espiritual e emocional significativa. O indivíduo que sofria com dor era uma vítima passiva cuja dor seria eliminada por especialistas”*. Mas Scarry (1985) citado por Good e col. (1994, p. 7) diz que *“a dor desafia a linguagem porque acontece ao nível da experiência corporal mais fundamental e que a linguagem tenta encontrar, expressar e falha em transmitir”*.

Já Andrés (2005, p. 11) resume a história da doença como

"...uma vivência consubstancial à própria existência do ser humano, independente de qualquer outro atributo ou condição da pessoa: idade, sexo, situação social ou económica; incluindo o momento histórico [...] Se há algo que nos une, que nos iguala a todos os homens, é a experiência de dor. É por toda ela um fenómeno universal. Conhecido de todos, vivido por todos na sua multiplicidade de variáveis e matizes." Andrés (2005, p. 11)

Ou, como o autor assinala "ao fim e ao cabo e em qualquer perspectiva de análise, a dor é um fenómeno indesejável porque altera e condiciona a nossa actividade pessoal. Limita a nossa liberdade, escravizando-nos e impedindo o desenvolvimento do nosso próprio projecto vital." (Andrés, 2005, p.13)

Em termos de cognição, todos os indivíduos têm uma representação cognitiva da sua saúde e da saúde dos outros. Vários estudos mostram que as cognições são um determinante poderoso das reacções emocionais e comportamentos à doença e que as crenças sobre a doença e as emoções a ela associadas podem, em certos casos, ser determinantes mais poderosos do resultado da doença, do que o processo fisiológico subjacente. (Bennett, 2002)

Ou, como refere Osterweis (1987), citado por Good e col. (1994, p. 50) num dos seus trabalhos *"não há uma medida objectiva, não há um «termómetro de dor», nem nunca poderá haver, porque a experiência dolorosa é inseparável da percepção pessoal e da influência pessoal"*.

Resta-nos portanto, tentar encontrar meios de aproximação ao real o mais séria e fidedigna possível, do que os doentes referenciam como sendo a sua dor e que variáveis estão implicadas nessa dor e que consequências a dor traz às suas vidas;

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em 8 capítulos, em que nos capítulos 2, 3 e 4 se faz uma abordagem às definições e actuais linhas de

pensamento quanto à dor crónica, ao stress e à Qualidade de Vida, em que se abrange quer as várias definições destes construtos, quer quanto à forma de actuação e suas consequências na Dor Crónica.

No capítulo 5 demonstra-se todo o método de investigação desenvolvido, desde o tipo de desenho de investigação delineado, aos participantes seleccionados, as variáveis definidas, instrumentos utilizados, reacções ao estudo, considerações éticas. É neste capítulo que se abordam igualmente todos os passos e dados obtidos decorrentes da adaptação e validação do CAD-r.

No capítulo seguinte descrevem-se os resultados obtidos, com o apoio de gráficos e tabelas, seguido do capítulo 7 onde se faz uma crítica dos resultados obtidos. Segue-se o capítulo 8 com as conclusões da dissertação.

No final do trabalho apresentam-se ainda os anexos que se compõem desde a autorização por parte da comissão de ética, quer dos instrumentos de recolha de dados utilizados, bem como tabelas de provas de teste t de student decorrentes da análise das variáveis.

2. DOR – DEFINIÇÕES, CLASSIFICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

A dor, aguda ou crónica, tem vindo a despertar o interesse de muitos investigadores, quer pelas suas múltiplas causas, quer pelos seus múltiplos mecanismos de transmissão e expressão, quer pelas diferenças que uma "mesma dor" provoca. Esta necessidade de descobrir o mecanismo da dor, leva os investigadores a tentarem descobrir a solução ideal, que é a compreensão de tudo o que a dor envolve, para a sua possível eliminação.

No entanto, a dor escapa, modifica-se e adapta-se às exigências quotidianas e tem de facto, mudado nos últimos anos, pelo menos, em termos de expressão numérica, visto que a esperança média de vida da população mundial tem aumentado, o que acarreta o aumento de doenças crónicas com dor associada, e aliado à melhoria técnica da medicina, que trouxe a possibilidade da diminuição do número de mortes para algumas doenças, não minimizou a possibilidade de essas doenças se tornarem crónicas.

A dor é um legado difícil de suportar, que em muitas situações, é inultrapassável, apesar do esforço, quer individual, quer do mundo terapêutico – analgésico, que diariamente evolui. Mas esta batalha não consegue obscurecer as emoções, os significados e as atribuições individuais e intransmissíveis nelas impregnadas, tal como refere Andrés (2005, p.12):

Dupuis e col. (2001, p. 7) referem que *"a dor e o sofrimento são experiências profundamente íntimas e solitárias. Pela sua natureza subjectiva, vedam o acesso a qualquer reflexão que, objectivando-as, necessariamente as deturpa e falseia, deixando-nos apenas o que poderá ser um mero simulacro"*.

De facto, a dor é um construto ao mesmo tempo próximo e afastado de cada indivíduo. Próximo porque toca a cada um directamente ou indirectamente, física ou psicologicamente, de forma cíclica ou contínua. Afastado porque não se consegue chegar ao seu âmago e compreendê-la na sua totalidade.

Daí que a definição de dor, aguda ou crónica, ou simplesmente qual o melhor sistema de classificação, não têm sido consensuais e a terminologia utilizada, se bem que conhecida e generalizada, nem sempre têm o mesmo sentido.

A definição que, actualmente, reúne mais consenso é a definição introduzida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) que define a dor como: *"uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão actual ou potencial de tecido ou descrita em termos de tal lesão"*. (Online, 29.9.2005)

Andrés (2005, p.13) ressalta os componentes da dor que esta definição traz:

- A componente afectiva como o componente modulador mais importante, visto que é capaz de modificar a percepção e facilitar a adaptação ao sintoma;
- A componente sensorial em que o paciente define as características da dor, quanto à intensidade, padrão e qualidade;
- A componente cognitiva que envolve o significado que a dor assume dentro de um certo contexto;
- A componente sociocultural visto que o nível sócio –cultural influi na forma como se enfrenta a situação.

As classificações da dor são várias e baseadas quer na sua duração, quer na sua etiologia ou patofisiologia. Hassinger e Hayes (n.d.) estabelecem que a classificação da dor segundo a sua duração pode ser designada por aguda em que é *"a resposta normal, previsível e apropriada a um estímulo nóxico ou processo de doença que ameaça ou produz lesão tecidual e que diminui consoante o processo de remissão do estímulo ou cura da lesão."*

Os autores definem, por outro lado, Dor Crónica como *“dor associada a lesão crónica ou dor que persiste para além da resolução de uma lesão subjacente ou cura de uma lesão e que é muitas vezes mais intensa do que o processo subjacente prediria”*. (Hassinger e Hayes; Online, 29.9.2005)

As classificações da dor segundo a sua etiologia descrevem a dor nociceptiva, como aquela que decorre da estimulação nervosa por uma lesão; a dor neuropática, que é produzida por uma disfunção da transmissão do sinal do sistema nervoso; e a dor inflamatória, que aparece como resposta a uma inflamação tecidual. Wincent e col. (2003, p. 312 – 313), Hassinger e Hayes (Online, 29.9.2005);

É de notar as diferenças encontradas em vários artigos quanto à classificação da dor, dependendo da área da especialidade do autor. Recuando à Dor Crónica, é importante realçar a base comum a todos os autores que incidem no pouco interesse fisiológico da Dor Crónica (Hassinger e Hayes, n.d; Melzack e Wall, 1982; Kanner, 1998; Cailliet, 1999; National Pharmaceutical Council, 2001; Dysvik, 2005), base defendida igualmente pela IASP que define: *“Dor Crónica é uma dor sem valor biológico aparente que persiste para além do tempo normal de cura de uma lesão (normalmente considerado três meses)*.

Endler e col. (2003) citam Turk e Rudy (1992) quanto à definição de dor crónica, como sendo: *“aquela dor que dura há mais de 6 meses, descrita como um fenómeno complexo e que é experienciada de forma distinta por cada indivíduo.”*

Harstall e Ospina (2003) fizeram uma revisão sistemática de artigos sobre a taxonomia da dor e Dor Crónica e encontraram diferenças quanto à definição utilizada como linha orientadora, bem como uma utilização de termos e conceitos que apesar de semelhantes, não se referem ao mesmo objectivo, bem como uma diferença significativa nas variáveis em estudo e em relação às características da população em estudo. As autoras, no seu artigo, propõem que seja usada uma

metodologia mais sistemática, bem como a associação da variável “Qualidade de Vida”.

A Dor Crônica, em si mesmo, é de difícil estudo, visto ser pessoal e de difícil verbalização porque abrange múltiplos domínios, com uma enorme complexidade e dada a dificuldade de diagnóstico, com a presença de sinais e sintomas múltiplos, dispersos, subtis e com uma repercussão muito negativa na vida do doente, com alterações graves na vivência intra e interpessoal.

A cronicidade da dor envolve *“sofrimento desnecessário, incapacitação esmagadora, deficiência pessoal e despesas enormes.”* (Cailliet, 1999, p. 257) ou como referem Melzack e Wall (1982, p. 54) *“a Dor Crônica conduz à debilidade e gera, muitas vezes, uma depressão profunda. Um sentimento de impotência, de desespero e de absurdo invade os doentes. A dor torna-se odiosa: é intolerável e inútil”.*

Por tudo isto, quando a dor deixa de ser um sinal de alarme, de perigo ou de que algo está mal e passa ela própria a ser uma doença em si mesma, *“muitas vezes inexplicável, estranha e até irracional”* (Soriano e Monsalve, p.91), torna-se necessário recorrer a outros métodos para a aferição das alterações que essa dor, agora crônica, produz no indivíduo.

A presença constante de queixas dolorosas e a persistência de sintomas não associadas a qualquer situação patológica, levam o indivíduo a iniciar uma busca das razões do seu mal-estar, inclusive a pesquisar a existência de um problema mental que o justifique. Nesta fase, o indivíduo sente-se marginalizado, desesperado, incompreendido quer pela família, quer pelos amigos, quer pelos colegas de trabalho e até pelo pessoal clínico. Esta sensação de desânimo e angústia, sem uma perspectiva positiva do seu futuro, leva a pessoa a fechar-se sobre si mesma e sobre a sua dor. A sua rede de apoio esbate-se.

As consequências da Dor Crónica, embora semelhantes na maioria das situações e até com algum grau de predictibilidade no seu tempo de manifestação, aquelas são únicas e pessoais; Giamberardino (2005) sustenta que alguns tipos de dor são mais características do género, feminino ou masculino, dadas as tipicidades fisiológicas, embora saliente que *“os factores socioculturais desempenham um papel crucial na experiência e no relato da dor e aqueles podem ter diferentes efeitos sobre homens e mulheres”* (p.5).

Ou como referem Hanson e Gerber (1990, p.iii) *“factores cognitivos, afectivos e comportamentais têm sido comprovadamente demonstrados na sua participação activa na percepção e resposta comportamental à Dor Crónica. Assim, não é mais possível olhar a dor como um fenómeno puramente sensorial mas antes uma experiência perceptiva complexa”*.

Estes autores alertam igualmente para as várias vertentes e sentidos que a Dor Crónica assume, bem como a imensidão de factores que intervém directa ou indirectamente na percepção, compreensão e resposta à Dor Crónica, ou como eles sublinham

“...a percepção cognitiva de estímulos nociceptivos baseados na história previamente aprendida, o significado do contexto no qual os estímulos nociceptivos são percebidos e a avaliação dos recursos para controlar «input's» nóxicos sensoriais (quer médicos, quer pessoais) todos têm um efeito directo emocional. Além disso, factores emocionais influenciam parâmetros fisiológicos, respostas comportamentais e processos percepcionados. E, as contingências de reforço ambiental influenciam subseqüentemente pensamentos e sentimentos, bem como o comportamento”. (Hanson e Gerber, 1990, p. iii)

São vários os autores que sistematizam os sintomas e sinais da Dor Crónica:

- Ansiedade e medo, agressividade, intolerância
- Irritabilidade, frustração, desespero

- Diminuição da auto-estima
- Alterações na sexualidade
- Imobilidade, com diminuição da actividade física quotidiana
- Depressão do sistema imunitário
- alterações do padrão do sono, com cansaço persistente
- Alterações do padrão alimentar, com alterações nutricionais
- Potencial dependência de medicação
- Dependência de cuidados de saúde, dependência quer de elementos da própria família, quer do sistema de saúde;
- Alteração das relações familiares e sociais, com isolamento, depressão e risco aumentado de suicídio;
- Alteração das relações laborais com consequente desemprego, diminuição da produtividade;

É de notar que os indivíduos apresentam vários destes sinais e sintomas em simultâneo, outros apresentam – nos de forma cíclica. Dos estudos consultados, depreende-se que com maior ou menor expressão, com maior ou menor gravidade, todos os doentes com Dor Crónica apresentam a maioria (se não todos) destes sinais e sintomas. Estes aspectos não dizem apenas respeito ao indivíduo, mas também atingem toda a família, bem como os profissionais de saúde, embora nestes se apresentem numa perspectiva de incapacidade de actuação adequada e atempada, para minimizar a manifestação destes sinais.

Blanco (2005, p.78) faz um resumo dos actuais dados europeus sobre a situação dos doentes com Dor Crónica. Assim, ele enuncia que:

- 66% dos pacientes sofriam de dor moderada (pontuações entre 5-7) e 34% severo (pontuações entre 8-10) [escalas de 1-10];
- 46% tinham dores contínuas ou constantes (os restantes intermitentes);
- 59% tinham sofrido de dor com uma duração entre 2 e 15 anos, dos quais 66% tinham uma dor superior a 5 anos;

- 28% estavam a ser seguidos por 3 ou mais médicos;
- 21% tinham sido diagnosticados de depressão à causa da sua dor;
- 61% eram pouco ou incapaz de trabalhar fora de casa e desses, 19% tinha perdido o seu trabalho e 13% tinha tido que mudar de emprego;
- em definitivo e como dado geral estima que 19% da população europeia padece de Dor Crónica.

Estes dados vêm confirmar que a Dor Crónica é uma situação clínica incontornável e que dadas as suas consequências negativas no indivíduo, família e sociedade, não pode ser negada nem obscurecida.

Wincent e col. (2003, p. 317) realçam que do seu trabalho de investigação com mais de 2100 doentes com dor crónica, 46% destes mostram ter dor com origem em procedimentos médicos, isto é com origem iatrogénica. A análise destes dados, à luz dos expostos anteriormente, requer uma atenção especial por parte de quem cuida.

Breivik e col. (2005, p. 1-47) num estudo europeu alargado com aproximadamente 47000 respondentes obtiveram resultados semelhantes aos já descritos. Os autores reforçam a generalidade da Dor Crónica entre os Europeus e comprovam os efeitos negativos da Dor Crónica em muitos aspectos da Qualidade de Vida e que os pacientes com Dor Crónica prolongada experienciam uma multitude de atitudes negativas e de desconfiança no sistema de saúde.

A sociedade, em geral, sofre com o desajustamento social do doente com Dor Crónica e da sua família, formando assim um círculo vicioso negativo com repercussões também negativas ao nível sócio – económico (Pain2, 2004, p. 14-19, Woodward, Online, 10.1.2006)

Por aqui se infere, a dificuldade de diagnóstico da Dor Crónica enquanto entidade, porque são muitas as variáveis intervenientes, com a agravante cumulativa das

dificuldades em avaliar se a Dor Crónica é uma causa ou uma consequência. Por isso, o doente com Dor Crónica percorre um trajecto espinhoso, recheado de consultas em diferentes especialidades, tantas quase os sintomas que apresenta e que são, na sua maioria, sintoma de tantas outras patologias.

Como por exemplo, na revisão de Good e col. (1992) que, referindo-se a estudos psiquiátricos, mostram duas vertentes: a 1ª em que investigadores enunciam uma relação directa entre depressão (ou sintomas menores de depressão), ansiedade e sinais de Dor Crónica; e a 2ª em que outros investigadores contrapõem se esses padrões psicológicos ajudam a provocar a dor ou se representam apenas a resposta humana ao sofrimento doloroso.

A Dor Crónica não só expõe contradições da ideologia médica e de cuidados de análise, mas também sugere a importância de esforços de uma crítica sistemática para compreender e trabalhar aspectos fundamentais do sofrimento humano, através do domínio da técnica e da racionalidade instrumental. (Good e col., 1992)

Em conclusão, a Dor Crónica é uma entidade de contornos indefinidos e que como referem Hanson e Gerber (1990, p.140 – 141)

“... afecta a visão da pessoa sobre a sua capacidade em controlar muitas situações da vida, mais do que o desconforto físico, incluindo relacionamentos com outras pessoas significativas, opções laborais e a realização de tarefas diárias. [...] Esta sensação negativa de pouco controlo sobre as circunstâncias da vida terão caracterizado o paciente com Dor Crónica”. Hanson e Gerber (1990, p.140 – 141)

3. STRESS – DEFINIÇÕES, TEORIAS E CONSEQUÊNCIAS. O COPING COMO VERTENTE DO STRESS

Stress e Dor Crónica andam lado a lado na vida do doente, sendo *Stress* um construto utilizado diariamente nas mais variadas situações, pelas mais variadas pessoas e com os mais variados significados, no entanto, todas elas têm um fundo comum, já que se utiliza a palavra *Stress* em situações em que há uma exigência ao organismo, de um esforço suplementar para a realização de determinada tarefa ou resolução de determinado problema, que normalmente noutro contexto (físico, psicológico ou ambiental) não o exigiria.

O estudo da dor e das suas implicações, bem como a sua etiologia e variáveis intervenientes não está completo se não se introduzir o papel do *Stress*. São cada vez mais os estudos que demonstram uma relação directa ou indirecta entre o *Stress* e a doença e as consequências na vida das pessoas.

Aldwin (2000, p. 17) numa revisão de vários estudos, diz que

“o estado da saúde de um indivíduo reflecte uma interacção dinâmica entre forças ambientais e resiliência física. Há uma evidência crescente de que a última é, em parte, afectada por estados psicológicos: stress indevido ou preocupação pode aumentar a vulnerabilidade à doença. Há também a evidência que a falta de relações próximas com outros, ou falta de suporte social, pode aumentar as taxas de morbilidade e mortalidade.” Aldwin (2000, p.17)

Lazarus e Folkman foram os grandes impulsionadores do estudo do *Stress*, das suas relações, intervenientes e consequências na vida quotidiana dos indivíduos, doentes ou não. A sua definição de *Stress* (1984) tem sido citada em inúmeros

____ 3. Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress

trabalhos de investigação, e que é: *“uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, que a pessoa considera exigente ou como excedendo os seus recursos e fazendo perigar o seu bem-estar.”* [in Wells (2001, p. 195-198) e Dysvik (2005, p. 298)]

Outra definição é a de Aldwin (2000, p.22) que define *Stress*, como a *“qualidade da experiência produzida através de uma transacção pessoa – ambiente [em que] as situações ambientais precisam de ser avaliadas pelos seus efeitos nos indivíduos e a adaptação individual precisa de ser compreendida no contexto de uma situação ambiental particular”*.

Embora o construto *Stress* esteja, cada vez mais, enraizado na linguagem quotidiana e no meio de estudo, para a compreensão das formas de actuação perante situações inesperadas e/ou desagradáveis, existem ainda discordâncias entre as linhas de pensamento, já que alguns investigadores consideram o *Stress* como uma resposta fisiológica a situações quotidianas e que, as reacções são sempre as mesmas, embora o contexto ambiental possa ser diferente. Outros investigadores põem em dúvida a direcionalidade da relação indivíduo – ambiente, isto é, se é o ambiente que causa reacções emocionais e fisiológicas, ou se pelo contrário, é o estado interno do indivíduo que altera a sua percepção do ambiente e evoca os problemas. (Aldwin, 2000, p.24)

Hanson e Gerber (1990, p. 140) referem que:

“Clínicos que trabalham com doentes com Dor Crónica estão bem despertos para o grau significativo de stress situacional, particularmente na área de conflitos interpessoais, usualmente experienciados por esses indivíduos. «Distress» emocional é algo também significativamente característico de uma síndrome de Dor Crónica. Estes estados emocionais negativos (ex. depressão, ansiedade e raiva) são, certamente, a consequência da Dor Crónica bem como o seu precursor.

Os pacientes podem ver-se envolvidos num ciclo destrutivo em que o

pensamento negativo e as emoções aumentam a percepção de dor, que por sua vez, leva a um maior «distress» cognitivo e emocional. O quebrar deste ciclo é um dos significativos desafios que os pacientes com Dor Crónica têm que enfrentar.” (Hanson, n.d.⁵⁹; Hanson e Gerber, 1990, p. 140)

O *Stress*, enquanto processo interferente no quotidiano dos indivíduos foi definido inicialmente por Selye (1936), referido por Santos (1999, p. 44) e Bennett (2002) e que define o Modelo de Adaptação Geral, em que são identificadas três fases no processo de *Stress*:

- A fase inicial de alarme em que o corpo é activado, ao nível do Sistema Nervoso Simpático, para confrontar o agente *Stressor*;
- A fase de resistência mediada por alterações hormonais;
- Em último, e se o *Stress* se mantém, o resultado é a exaustão e o esgotamento dos recursos do organismo, isto é, o *Stress* faz perigar o equilíbrio do indivíduo, podendo provocar doença.

Selye (1991, p. 29) diz que “*os agentes ou as exigências que evocam uma resposta padronizada são referidos como «stressores» [...] e que não são exclusivamente físicos*”. Quer isto dizer que, embora se exija um esforço físico, sendo possível até monitorizar as alterações produzidas a nível fisiológico e a exaustão, se existente, pode ser sentida fisicamente, com consequências até para o desempenho físico quotidiano, estes «*agentes stressores*» não são unicamente físicos e palpáveis, visto que tem em grande parte dos acontecimentos, um componente psicológico considerável.

Bennett (2002) expõe como fraquezas deste modelo, a não compreensão da experiência emocional do *Stress* e as diferenças individuais de reacção ao *Stress*, perante os mesmos acontecimentos. Actualmente, o modelo que melhor explica o *Stress*, os seus intervenientes, as suas consequências para o indivíduo é o Modelo Transaccional de Lazarus (1984) que, é ainda hoje, o modelo que melhor

____ 3. Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress

consegue explicar os mecanismos do *Stress* e as Estratégias de *Coping* / Confronto utilizados.

Neste modelo, estabelece-se a existência de três grandes âmbitos:

- Os antecedentes causais (que englobam quer as variáveis individuais, quer as variáveis correspondentes à situação);
- Os processos mediadores (ou seja os processos de avaliação primária e secundária);
- Os efeitos a curto e longo prazo. (Turek e tal., 1996; Santos e Ribeiro, 2000; Bennett, 2002; Sarafino, 2002; Soriano e Monsalve, 2004a, 2005; Dysvik, 2005; Ribeiro, 2005; Soriano e Monsalve, 2005).

Lazarus (1981) define *Coping* como

“Os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente em mudança, para controlar exigências internas e/ou externas (a resolução de um problema por força do qual o bem – estar do indivíduo está em perigo) e que são consideradas exigentes ou excessivas para os recursos pessoais e, em que, a pessoa não pode recorrer às aptidões e opções de rotina existentes”. (in Lazarus e Folkman, 1984, p. 178; Turner, 2000, p.115; Wells 2001, p.195-198; Sarafino, 2002, p. 71; Ferreira, 2003, p.50; Jensen e col., 2003, p. 453; Lopes, 2004, p. 115; Dysvik, 2005, p. 298; Ribeiro, 2005, p. 295; Soriano e Monsalve, 2005, p. 92; Carrol e col., 2006, p. 18)

Nesta corrente de pensamento, *Coping* é entendido como um processo dinâmico que muda em função da interacção stressante e de retroalimentação, já que se considera que os efeitos de determinada situação vão condicionar os antecedentes causais da situação seguinte, e assim sucessivamente.

Os autores nesta definição pretendem também implicar a distinção entre *Coping* e os comportamentos automatizados, bem como a distinção entre *Coping* e resultados, visto que *Coping* são os esforços conscientemente utilizados e

____ 3. Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress

especificamente seleccionados pelo indivíduo para a resolução da situação de stress, independentemente do resultados obtidos, que podem ser positivos ou negativos, e neste caso, necessitar de uma nova reavaliação e utilização de estratégias diferentes. (Lazarus e Folkman, 1984, p. 141-143)

Aldwin (2000, p. 107) define *Coping* como “o uso de estratégias para lidar com actuais ou antecipados problemas e as emoções negativas associadas”. Existem várias definições consoante o contexto em que vai ser utilizado, inclusive em contextos clínicos, mas todas as definições, de uma maneira ou de outra, põem em evidência a força a que o indivíduo tem de recorrer para fazer frente a determinada situação, considerada stressante.

Ribeiro (2005) faz uma resenha histórica do conceito de *Coping*. Assim:

- A 1ª fase centra-se no início do século XX representado pela psicanálise;
- A 2ª fase, a partir dos anos 60, associada aos trabalhos de Lazarus, com a perspectiva transaccional;
- A 3ª fase, a partir dos anos 90, com a perspectiva integrativa, em que Suls (1996) defende que os factores situacionais não explicam todas as variações no *Coping*.

Como tem vindo a ser referido, *Stress* e *Coping* são conceitos complexos e com definições e utilizações múltiplas, mas Endler (2003, p. 325) observa que os vários modelos de *Coping* podem ser classificados em dois grandes grupos:

- Aproximação inter – individual: “*utiliza-se as características de Coping de um indivíduo, para construir um índice de características de Coping individuais e as suas respostas serem comparadas com as de outros;*
- Aproximação intra – individual: “*esta abordagem foca-se no processo de Coping, ao ser examinada a forma como mudam as estratégias de Coping em resposta a tipos de stressores típicos;*”

Voltando ao Modelo Transaccional de Lazarus, este modelo faz uma descrição de três categorias principais:

1. Antecedentes causais (variáveis do indivíduo e da situação)
2. Processos mediadores (avaliação e *Coping*)
3. Efeitos a curto e longo prazo (efeitos nos âmbitos físico, psicológico e social)

Assim, numa situação de aparente *Stress*, a pessoa faz uma avaliação primária, para a identificação da ameaça, isto é, em que o sujeito avalia o impacto, que o acontecimento tem para si próprio. Da definição de *Stress* de Lazarus, sobressaem dois conceitos principais:

- O conceito de avaliação cognitiva da situação, isto é, em que medida é que as capacidades do indivíduo são ultrapassadas;
- O conceito de *Coping*, isto é, o processo através do qual, o indivíduo lida com as exigências dessa situação e as emoções que ela envolve.

Ferreira (2003, p. 67) enunciando Lazarus e Launier (1978) explica que

“a interpretação pode implicar que a situação seja julgada como: 1) irrelevante, 2) positiva ou 3) stressante. Neste último caso, existem novamente três formas interpretação da situação: 3.1) má, 3.2) ameaçadora ou 3.3) um desafio. Uma situação má refere-se a um dano já feito [...] ameaçadora refere-se a alguma coisa perturbadora que ainda não aconteceu, mas que está iminente [...] Finalmente, desafio refere-se à possibilidade de crescer no interior de uma situação”. Ferreira (2003, p. 67)

Se de facto, a situação for tomada como ameaçadora pelo indivíduo, este recorre a uma avaliação secundária, em que faz uma apreciação dos seus recursos e quais tem ao seu dispor, para naquele momento, confrontar essa ameaça, ou seja, a pessoa avalia que aptidões ou opções de *Coping* tem ao seu dispor, perante as exigências específicas daquela situação, para melhor decidir o que pode ser feito

____ 3. Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress

para ultrapassar ou prevenir danos ou para melhorar as perspectivas de beneficiar da situação (Santos e Ribeiro, 2000). Esta relação pode ser traduzida pela seguinte tabela:

<u>Processos Mediadores</u>			
<i>Antecedentes Causais</i>	<i>Situação 1,2,..... S n Encontro Stressante 1, 2,.....E n</i>	<i>Efeitos Imediatos</i>	<i>Efeitos a Longo Prazo</i>
<u>Variáveis pessoais</u> - Valores pessoais -Crenças: sentido existencial de controlo	<u>Avaliação primária</u> (cognitiva e emocional, em que o indivíduo avalia se a situação é relevante)	Mudanças fisiológicas	Saúde / doença somática
	<u>Avaliação secundária</u> (em que o indivíduo avalia as suas próprias opções e perspectivas de Coping)	Sentimentos positivos e negativos	Bem – estar moral
<u>Variáveis ambientais</u> -Demandas restritivas situacionais - Fontes e recursos (por exemplo, rede de apoio social) - Ambiguidade do dano - Iminência do dano	<u>Coping</u> - Focado no problema - Focado na emoção - Procura, obtenção e uso do suporte social - Reavaliação	Resultados da qualidade do encontro	Funcionamento social
	<i>Resolvem-se todos os encontros stressantes</i>		

Tabela 1 – Representação dos processos intervenientes numa situação de Stress.

Adaptada de Lazarus, R e Folkman, S. (1984). "Stress, Appraisal and Coping". Nova Iorque Springer Publishing Company. p. 305

____ 3. Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress

Como referem Folkman e Lazarus (1991, p.211) e Haythornthwaite e col. (1998, p.34)

“as avaliações da relação pessoa - ambiente são influenciadas pelas características pessoais antecedentes [a essa avaliação] tais como o padrão de motivação, crenças sobre si próprio e o mundo e o reconhecimento dos recursos pessoais para o Coping, tais como meios financeiros, habilidades sociais e para a resolução de problemas e saúde e energia”.

Por aqui se pode compreender, quer a dificuldade de caracterização do *Coping* e das estratégias utilizadas, como se pode explicar e reconhecer, as diferenças entre a forma de *Coping* de um indivíduo para outro, numa mesma situação.

Ferreira (2003, p. 68) refere ainda que, *“com base na informação acerca das suas próprias reacções e das do ambiente, o indivíduo interpreta diferentemente as suas circunstâncias. A relação entre pessoa e ambiente, está afinal, constantemente em movimento e este conduz a uma reinterpretação contínua”.* O autor defende que esta reinterpretação contínua tem um objectivo de controlo do indivíduo sobre o meio, como forma de promover um bem-estar interno.

Aldwin (2000) alerta para a dificuldade em distinguir *“estratégias de Coping das características intrínsecas pessoais e que papel é que o ambiente desempenha na resposta do indivíduo ao stress”* (p. 107), visto que aquelas estratégias são complexas e dinâmicas, modulando-se e adaptando-se no contexto ambiental, mesmo que o indivíduo não as modifique conscientemente. A autora realça que *“as estratégias de Coping têm efeitos específicos para cada situação, isto é, dada estratégia pode ter um efeito numa situação particular e o efeito oposto noutra”* (Aldwin, p. 153)

Dentro da avaliação primária da situação, o indivíduo faz uso de crenças e valores que lhe foram transmitidos pela família, pela sociedade, pelas relações que estabeleceu ao longo da vida e em diferentes contextos, com diferentes opções de

escolha e diferentes resultados. Neste sentido, parece importante definir o sentido de crenças. Assim, Santos (2003, p. 59) citando Ogden (1999) e Petrie e Weinman (1997) refere que

“as cognições da doença podem ser entendidas como crenças implícitas do senso comum que o doente tem sobre as suas doenças, fazendo parte do seu conhecimento individual [...] Integrada nesses sistema de crenças, podemos considerar que a representação da doença contém um número de atributos cognitivos discretos, de acordo com os quais, as experiências de doença são organizadas e que são base para a adopção de mecanismos de Coping para lidar com as ameaças à saúde:

- Identidade: refere-se ao nome dado a uma doença (o diagnóstico clínico) e aos sinais e sintomas que lhe estão associadas;
- Causa percebida da doença: pode reflectir diferentes modelos causais, causas biológicas, psicossociais ou outras;
- Dimensão Temporal: refere-se às crenças do doente relativas ao tempo que a doença irá permanecer e a sua continuidade;
- Consequências: podem reflectir as percepções dos doentes sobre os possíveis efeitos da doença nas suas vidas (consequências físicas, emocionais e sociais) ou a combinação de diferentes factores;
- Possibilidade de cura e controlo da doença: refere-se às crenças na cura e/ou controlabilidade da doença e suas consequências;” Santos (2003, p. 59)

A definição de crenças ou atribuições é também explorada por Lazarus e Folkman (1984), citados por Jensen e col. (2003), p. 453, em que aqueles são *“construtos cognitivos que servem de lente para interpretar o significado dos acontecimentos e tomar decisões sobre como reagir a eles.”*

Daqui se pode perceber, que é a dicotomia Crenças – estratégias de Coping, que permite ao indivíduo fazer frente à situação de Dor Crónica, permitindo-lhe avaliar qual a melhor estratégia a utilizar, de acordo com as crenças que possui e

construiu ao longo da vida e que modulam a sua forma de pensar e agir. No entanto, o ambiente e os contextos em que o indivíduo desenvolveu as suas crenças sobre a dor são imensos e variados que, aliados às características pessoais permitem ao indivíduo dispor de inúmeras estratégias de *Coping*.

Embora se apresentem dificuldades em categorizar e hierarquizar as estratégias de *Coping* mais utilizadas pelo indivíduo, é possível, como o fizeram Lazarus e Folkman (1984), definir uma plataforma comum de estratégias – tipo, nas reacções dos indivíduos, perante a maioria de situações de *Stress*.

O conceito de *Coping* de Lazarus distingue *Coping* orientado para o problema, numa acção directa sobre o meio e *Coping* de regulação da emoção. A definição de *Coping* centrada na emoção, segundo Aldwin (2000, p. 152-153) referindo-se a White (1974) e Lazarus e Folkman (1984) e é “*aquele que regula ou controla os efeitos negativos resultantes do Stress, para que os esforços focados no problema se mantenham*”.

Daqui se infere que *Coping* centrado no problema é aquele que utiliza opções que visam a resolução da causa do *Stress*, também comumente designado por estratégias activas, em oposição ao *Coping* centrado na emoção ou estratégias passivas, dada a atitude que o indivíduo decide tomar perante a situação de *Stress*, negando ou minimizando o impacto da situação, distanciando se da situação ou seleccionando a atenção para partes do problema ou ampliando e exacerbando o impacto do dano possível. (Lazarus e Folkman, 1984, p. 150-153)

Segundo Dysvik e col. (2005, p. 303) “*a avaliação de desafio prediz o emprego de estratégias centradas na resolução do problema, enquanto que a avaliação de ameaça e depressão predizem o emprego de estratégias de Coping centradas na emoção, nos doentes com Dor Crónica*”.

Moos (1986) enuncia três grandes domínios de “*Coping skills*” em que a palavra

“skill” sublinha os aspectos positivos do *Coping* e descreve-o como uma capacidade que pode ser ensinada e usada flexivelmente, consoante a situação.

Estas estratégias podem ser usadas individualmente, consecutivamente ou, como é mais comum, em várias combinações e não são inerentemente adaptativas ou mal – adaptativas, já que podem ser benéficas num dado momento e serem prejudiciais ou contraproducentes noutras.

Assim, os três grandes grupos de estratégias definidos por Moos (1986) estão organizados do seguinte modo:

A – Coping focado na avaliação – em que se tenta compreender e determinar um padrão de significado na crise;

B – Coping focado no problema – em que se procura confrontar a realidade da crise com a sua consequência / resultado, para construir uma situação mais satisfatória;

C – Coping focado na emoção – visa lidar com os sentimentos e mantém um equilíbrio afectivo. Moos (1986, p. 13)

Os estilos ou estratégias de *Coping* defendidas por Lazarus e Folkman (1988), citados por Ribeiro e Santos (2000); Sarafino (2002); Bennett (2002); Soriano e Monsalve (2002, 2004); traduzem-se em oito estratégias, que são:

- A. Coping Confrontativo: descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco;
- B. Distanciamento: descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;
- C. Autocontrolo: descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções;
- D. Procura de Suporte Social: descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional;
- E. Aceitar a Responsabilidade: é o reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas;

- F. Fuga – Evitamento: descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema;
- G. Resolução Planeada do Problema: descreve os esforços deliberados e focados sobre o problema para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema;
- H. Reavaliação Positiva: descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Estas estratégias podem ser centradas na resolução do problema, ou seja, estratégias activas ou positivas, que impulsionam o indivíduo a enfrentar a fonte de *Stress* e assim reduzir a percepção de ameaça, como por exemplo: o *Coping* confrontativo, a busca de apoio social – enquanto demanda de informação e a planificação; e estratégias de *Coping* centradas na emoção, que incluem estratégias destinadas a reduzirem os níveis de ansiedade e não necessariamente estratégias para mudar a situação, ou seja, estratégias passivas, como sejam: o distanciamento, o autocontrolo, a aceitação de responsabilidades, a fuga ao problema e a reavaliação positiva.

Mais uma vez se realça que as estratégias de *Coping* activas e passivas não se excluem mutuamente, isto é, os indivíduos podem utilizar estratégias activas ao mesmo tempo que utilizam estratégias passivas, por exemplo o indivíduo pode aumentar o tempo dedicado ao exercício físico (estratégia activa) e restringir a sua actividade social (estratégia passiva). (Carrol e col., 2006)

Thoits (1991, p. 108- 112) e Sarafino (2002) referindo-se a vários estudos ressaltam diferenças entre género masculino e feminino e diferenças sócio – culturais nas estratégias de *Coping* mais utilizadas. Assim, notam que o género masculino utiliza mais vezes estratégias centradas no problema, isto é, numa tentativa de resolução imediata e activa do problema e o género feminino utiliza mais vezes estratégias centrada na emoção, ou seja, estratégias passivas como a

distracção, a catarse, a religião, embora também procurem apoio social, que é uma estratégia activa; verifica-se que o nível sócio – económico – cultural esbate estas diferenças, se ambos os géneros pertencerem a estratos mais altos.

Outros estudos trazem esta variável do rendimento económico aliado à vertente educacional superior, como interferentes na escolha da melhor estratégia de *Coping*, sendo normalmente a mais utilizada, a centrada no problema.

Moos e Schaefer (1986), referidos por Sarafino (2002) observam que a maneira individual de enfrentar uma doença crónica, isto é, de escolher as melhores estratégias de *Coping*, depende das suas experiências anteriores, dos seus factores pessoais, como a idade, o sexo, a classe social, os seus compromissos religioso – filosóficos, a maturidade emocional, a auto-estima, a noção de culpa pela própria doença, o estado geral de saúde e a intensidade da dor, bem como a presença de patologia depressiva, noção que é defendida igualmente por Santos e Ribeiro (2000) e Carrol e col. (2006, p. 19).

Hanson e Gerber (1990, p. 140) fazendo uso de estudos de Turk e col. (1983) referem as seguintes conclusões:

- *“Os processos cognitivos desempenham um papel principal na determinação da percepção dolorosa;*
 - *Factores cognitivos incluindo crenças, valores, expectativas e «attributional statements» influenciam significativamente a experiência de dor;*
 - *Factores culturais como a etnia, bem como a dinâmica familiar influenciam longamente o estilo cognitivo e assim influenciam a percepção individual de dor”;*
- Hanson e Gerber (1990, p. 140)

Turek et al. (1996, p. 455) e Endler e col. (2003, p. 324, 325) reforçam que os estudos sobre Dor Crónica unem estratégias de Coping activas com medidas de ajuste adaptativo e depressão diminuída; enquanto, estratégias passivas têm sido agregadas a resultados mal adaptativos, como dor aumentada e depressão, ou

seja, tem-se verificado que as estratégias de *Coping* são factores importantes para a forma como o doente lida com a dor crónica.

Estes resultados são comprovados pelos dados obtidos por Endler e col. (2003, p. 341 – 342) e Carrol e col. (2006) que mostram claramente que os doentes com dor crónica que utilizam estratégias de *Coping* passivas ou orientadas para a emoção, apresentam uma recuperação mais lenta, com maior disfunção física e psicossocial, estados marcados de ansiedade e depressão, com mais dor referida e com maior interferência da dor na sua vida e quando associado à sintomatologia depressiva, verifica-se um exacerbar significativo do papel negativo do *Coping* passivo, na recuperação dos doentes, ou seja, torna-se num ciclo vicioso.

Estes dados são igualmente sublinhados por Nicassio (2006, p.3) na sua súpula sobre investigações nesta área. Este refere que, a investigação tem demonstrado, de forma inequívoca, a relação negativa entre as estratégias de *Coping* passivas e os processos disfuncionais dos doentes, com uma maior sensação de incapacidade, de adaptação disfuncional ao estado doloroso, em que estão também envolvidas crenças distorcidas quanto à dor e com um aumento significativo de estados depressivos.

3.1 Ganhos Secundários

É compreensível que alguns doentes com Dor Crónica e com uma rede de apoio social pequena ou pouco satisfatória, no seu entender, encontrem nos meandros do sistema de saúde e nos seus intervenientes, um apoio e uma atenção que lhes confere uma segurança e uma base de apoio. Existem outros, que encontram no seu estado de doença, uma fonte de rendimento complementar ou acessória que a sua condição profissional não lhes dá, pela sua incapacidade temporária ou permanente.

Good e col. (1994) citando Steinbach (1968) e Fordyce (1976), diz que “... a simpatia, a atenção aumentada, os cuidados positivos ou reforçados dirigidos ao comportamento doloroso, bem como o uso de medicamentos e o tempo passado na cama, levam a uma manutenção do comportamento doloroso e a uma prolongação da sintomatologia dolorosa crónica “. (p. 141)

Sarafino (2002, p. 402) alude ao termo adaptação como sendo parte essencial de um processo complexo como é o da Dor Crónica, em que se exige ao indivíduo “uma adaptação à nova / velha doença, às suas limitações, dependências, sinais e sintomas. Estas adaptações são sempre no sentido de melhorar a sua Qualidade de Vida, promovendo o seu funcionamento efectivo ao nível físico, psicológico e social.”

Muitas vezes estas adaptações passam por uma dependência (consciente ou não) dos benefícios económicos e emocionais que o estado de dor trouxe associado, embora como refere Miles (2005, p. 432) a crise de legitimação / validação diagnóstica da Dor Crónica, que leva a que os doentes procurem uma confirmação «oficial» das suas experiências subjectivas de dor, o que provoca uma tensão marcada entre a vontade de regressar às suas actividades quotidianas e manter o seu estatuto de «doente» com as vantagens associadas.

3.2. Religião e Catastrofismo

A religião é, muitas vezes, uma estratégia de Coping utilizada pelos doentes com Dor Crónica. Uns procuram o perdão por erros cometidos, outros vêem a religião ou a espiritualidade como refúgio à dor, outros como prática de bem-estar, outros como forma de encontrar fonte de apoio e de suporte para ultrapassar o dia – a – dia.

Por esta ser uma forma de estar de muitos doentes com Dor Crónica, muitos

investigadores exploraram a importância da religião / espiritualidade como estratégia de *Coping*, face à Dor Crónica.

Rippentrop e col. (2005, p. 311- 321), num estudo com doentes com Dor Crónica avaliaram de que forma a religião e a espiritualidade interferem na saúde, tanto física como mental.

Resumidamente, as conclusões desse estudo mostram que factores como a idade, a dependência de subsídios de doença / invalidez, a duração da Dor Crónica interferem de forma marcada na maneira como vivem a religião / espiritualidade e se as estratégias de *Coping* religiosas são activas ou passivas, identificadas por estes autores, como positivas e negativas.

Assim, observou-se que com o passar da idade, a religião torna-se importante na vida dos doentes com Dor Crónica, mas o facto de os doentes se encontrarem dependentes de subsídios, de terem piores níveis de educação ou de viverem com Dor Crónica à mais tempo, interfere negativamente na vivência da dor, com consequente utilização de estratégias de *Coping* negativas, como por exemplo: sentem-se abandonados por Deus e pela comunidade religiosa / espiritual ou como se a dor fosse uma forma de expiação dos pecados; tendencialmente mostram ter menos capacidade de se auto – perdoar e de perdoar / compreender os que o rodeiam; apresentam igualmente sentimentos de culpa pelo que não conseguem compreender ou atingir no seu dia – a – dia.

Soriano (2005, p. 97) referindo-se a trabalhos seus anteriores (2002 e 2005) analisa que

“utilizando o CAD – R, as estratégias mais adaptativas são a distracção, a autoafirmação e a busca de informação, sendo a estratégia de autoafirmação a que melhor prediz a diminuição da ansiedade e depressão em doentes com Dor Crónica [...] e noutro trabalho com doentes adaptados e desadaptados, a estratégia de uso da religião discrimina ambos os grupos, sendo maior no grupo

____ 3. *Stress – Definições, Teorias e Consequências. O Coping como vertente do Stress desadaptado.*” Soriano (2005, p. 97)

Pelo contrário, um melhor nível educacional e uma boa condição física mostram-se como factores de utilização de estratégias de *Coping* religioso positivo, como sejam, participar em actividades religiosas comunitárias, ter valores ou crenças religiosas positivas, promover experiências religiosas / espirituais pessoais, embora estas práticas, por si só, resultem igualmente numa melhoria da saúde física e mental, com um controlo mais eficaz da dor e menos interferências da dor nas actividades diárias.

Assim, verifica-se que a religião pode ser causa ou consequência no *Coping* com a Dor Crónica. (Rippentrop e col., 2005, p. 311- 321)

Já em relação ao Catastrofismo são muitas as opiniões que se contradizem, quer quanto ao conceito, quer quanto à forma como intervém no *Coping* e na Dor Crónica.

Há autores que defendem que o conceito de Catastrofismo é um preditor importante da habilidade para funcionar com a Dor Crónica. (Jones e col., 2003, p. 261). Estes autores mostram o quanto é difícil definir Catastrofismo e que, enquanto conceito da Psicologia, é aplicado a pessoas que experimentaram desastres súbitos ou extremos nas suas vidas; por esta situação, essas pessoas tornam-se incapazes de controlar os acontecimentos e são atingidas por emoções intensas e negativas como desgosto, choque, desespero, medo, raiva e outras.

No entanto, em relação à Dor Crónica, os doentes tendem a definir Catastrofismo como uma estratégia de *Coping* “em que os pacientes comunicam activamente o seu «distress» e a sua inabilidade para lidar com a dor” (p. 268); um conjunto de crenças negativas acerca da sua dor ou um sintoma de depressão (já que alguns estudos recentes apontam o Catastrofismo como preditor da depressão, mesmo depois de controlados e reajustadas as estratégias de *Coping* e as crenças sobre

a dor).

Turner e col. (2000, p. 115- 125) e Koleck e col. (2006, p. 2) tentam compreender de que forma as crenças de medo / evitamento da dor, as estratégias de *Coping* passivas e o Catastrofismo predizem o funcionamento do doente com Dor Crónica, verificando-se que são os preditores mais eficazes, quer da dor, quer da incapacidade física. Os autores utilizam as definições de *Coping* e Catastrofismo já referidas ao longo deste trabalho, consistentes com o Modelo Transaccional de Lazarus.

Turner e col. (2000, p. 115) recorreram, igualmente, à definição de crenças de Lazarus, que são: *“suposições sobre a realidade que servem de lente perspectiva através da qual os eventos são interpretados”*. Estes autores assumem o conceito de Catastrofismo como

“esperar ou preocupar-se sobre consequências negativas de uma situação, mesmo numa situação de menor importância [em que este é] uma forma de cognição que pode ser distinguida de crenças e estratégias de Coping [e que] tem sido consistentemente associado com dor aumentada e disfunção física e psicossocial em pacientes com vários problemas de Dor Crónica”. Turner e col. (2000, p. 115- 125)

Porter (2005, p. 340) citando Rosenstiel e Keefe (1983) e Lamé (2005, p.16) citando Sullivan e col. (1995) definem Catastrofismo como *“a tendência para focar e exagerar o valor ameaçador de um estímulo doloroso e avaliar negativamente a própria capacidade para lidar com a dor. O Catastrofismo tem sido consistentemente ligado a níveis mais elevados de dor e incapacidade nos doentes com uma variedade de condições dolorosas”*.

Lamé e col. (2005, p. 15) citam vários estudos em que a dor crónica está relacionada com altos níveis de ansiedade, depressão, disfunção social e ocupacional e em que o Catastrofismo tem um papel predominante, já que

consideram que este promove o medo do movimento, com consequente comportamento de evitamento, desuso, incapacidade e depressão.

Os estudos de Koleck e col. (2006, p. 8) mostraram que os doentes tentaram lidar com a dor através de estratégias como rezar, evitar pensar na dor e focaram a sua atenção noutras coisas, de forma intencional, embora sintam que dependem da vontade do Destino / Deus. Estas estratégias parecem jogar um papel disfuncional no ajuste à dor. Os resultados expuseram que os doentes se encontram submersos em emoções e sentimentos negativos, com pouca ou nenhuma esperança de cura ou recuperação, com manifestações de síndromes depressivos.

Em conclusão, é possível compreender que existem várias definições, teorias e consequências em redor do *Stress*, no entanto, adaptou-se o Modelo Transaccional de Lazarus, sendo este actualmente o que mantém a melhor definição e modelo explicativo daquele construto.

Assim, quer a definição, quer o modelo de Lazarus, põem em evidência o esforço cognitivo e comportamental consciente e intencional, por parte do indivíduo para a resolução e confronto da situação stressante. Este confronto e os seus resultados estão dependentes das circunstâncias pessoais e ambientais em que ela decorre, bem como da avaliação do grau de ameaça e de capacidade de resolução dessa situação.

Nesse percurso de avaliação e apreciação, o indivíduo analisa as estratégias de *Coping* que possui à sua disposição e que melhor se adequam, embora como Lazarus ressalva, estas estratégias podem simplesmente passar por fugir ou ignorar o confronto stressante.

Foi demonstrado que existem várias estratégias de *Coping* e que as estratégias passivas têm sido comprovadamente associadas com piores resultados em

termos de saúde e bem – estar e pior qualidade de vida. Foi também aflorado a face dos ganhos secundários, muitas vezes presente em alguns indivíduos, em que o benefício de estar doente é superior ao benefício de estar saudável, e por isso, mantêm estratégias negativas.

O papel do Catastrofismo e da religião foram também observados, em que se perceberam as dificuldades em se compreender quando são a causa ou consequência de pior qualidade de vida, já que nos estudos analisados, observam-se sintomas negativos, com pior condição geral de saúde, quando na presença do Catastrofismo e / ou religião negativa.

4. QUALIDADE DE VIDA - DEFINIÇÕES

Qualidade de Vida (QV), enquanto conceito e embora utilizado com muita frequência, é de difícil definição. É um conceito cada vez mais em voga, quer pelas grandes companhias internacionais, que procuram os seus produtos induzam uma melhor qualidade de vida nos seus clientes, mas principalmente na área da saúde, em que cada vez mais se discute, a Qualidade de Vida que os doentes têm, muitas vezes em detrimento do prolongamento da vida.

É cada vez mais debatido, quer em grupos de trabalho de investigação, quer escolares, quer em comissões de ética, os limites da Qualidade de Vida, onde começam e acabam, que procedimentos e efeitos terapêuticos de facto, aumentam a Qualidade de Vida e / ou melhoram a já existente. Os estudos mais recentes tentam englobar a avaliação da Qualidade de Vida como forma de monitorização ao que de facto pretendem avaliar, como garantia de prestação de bons cuidados.

No entanto, as dificuldades em comparar trabalhos de investigação prendem-se com a definição de Qualidade de Vida adoptada. Neste sentido, o grupo de trabalho WHOQOL – World Health Organization Quality of Life (n. d.), define Qualidade de Vida como

“a percepção que os doentes têm da sua postura na vida no âmbito da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito vasto que é afectado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e a sua relação com os traços mais evidentes do ambiente que o rodeia.” WHOQOL (n.d.)

Esta definição traz uma perspectiva não só da capacidade física e mental que o indivíduo possui, e que consegue pôr à sua disposição, para a obtenção do que o satisfaz, mas o bem-estar que o indivíduo sente relativamente a obtenção de um nível satisfatório de Qualidade de Vida, pelas actividades em que se consegue envolver. (Bennett, 2002)

Cristóvão (1999, p. 22) define *“Qualidade de Vida em termos de satisfação com a vida, como uma sensação pessoal de bem – estar, variando desde a satisfação à insatisfação em relação a aspectos importantes da vida”*.

Ribeiro (2005, p. 100) citando Brock (1993) define Qualidade de Vida do ponto de vista de três teorias:

- A Hedonista, em que Qualidade de Vida *“é uma boa experiência consciente, que seja prazenteira, feliz, satisfatória ou agradável e que acompanhe a prossecução bem sucedida dos nossos desejos”*;
- As teorias baseadas na preferência e satisfação em que *“uma boa vida consiste na satisfação dos desejos e / ou preferências pessoais”*;
- A Idealista, em que *“uma boa vida consiste na consecução de ideias normativas”*;

Magalhães (2001, p. 222 – 224), in Archer (2001) sublinha que Qualidade de Vida *“é o cerne da questão ética. Nada tem a ver com vida fácil ou com a ausência do sofrimento e da luta. Pelo contrário, é a conquista para o maior número possível de pessoas de uma vida digna e com sentido. Designa a auto – realização desenvolvida e plena do Homem, designa o encontro com a sua própria identidade”*. Magalhães (2001, p. 222 – 224)

Em relação à importância que a dor assume na vida de cada um, Katz (2002, p. S39), citando Rummans e col. (1998) e Anderson e col. (1999), define Qualidade de Vida, *“como a capacidade individual para desempenhar uma gama de papéis na sociedade e para atingir um nível aceitável de satisfação, pelo seu*

desempenho nesses papéis.

Daqui se observa que Qualidade de Vida é um construto de difícil definição, tal como refere Almeida (2002, p. 43) *“... prende-se com o uso vulgarizado do termo, não só na linguagem comum, como em áreas especializadas [...] transformando-o num conceito multidisciplinar e multifacetado, que recebe diferentes definições de acordo com os objectivos das avaliações em causa”.*

Assim, dentro das várias definições de Qualidade de Vida encontram-se definições gerais, que traduzem a satisfação global com a vida e outra mais específicas, que dividem a Qualidade de Vida em várias dimensões.

Mas, acima de tudo, todas as definições mostram que a Qualidade de Vida é um construto pessoal e subjectivo, como refere Almeida (2002, p. 53) citando (Ribeiro, 1998) *“...a abordagem psicológica centra-se na experiência e nos aspectos valorizados pelo próprio doente [e] a melhor forma de a avaliar é pela perspectiva do doente. Porque estar doente – «disease» – é diferente de sentir-se doente – «illness» – ou de comportar-se como doente – «sickness».”*

Apesar de todas as definições que o construto Qualidade de Vida possa ter, este *“...é utilizado, quer em contextos clínicos, quer pela população em geral, para chamar a atenção para o facto de que a cura e sobrevivência dos doentes, mas também o seu bem – estar, são aspectos essenciais dos cuidados médicos.”* (Lopes, 2004, p. 89)

A percepção de um bom estado de saúde é um aspecto desejável na vida do indivíduo e para a maioria dos indivíduos e que é continuamente influenciado por um número de factores incluindo condições sociais, económicas, psicológicas e médicas, como referem Bergman e col. (2004, p. 115)

Nesta linha de pensamento e em conclusão, assume-se, tal como referem Lamé e

col (2005, p. 16), “... o uso generalizado no exame médico da combinação de instrumentos de medida psicológica e de Qualidade de Vida, deve ser o primeiro passo para obter um conhecimento profundo, do ponto de partida psicológico, de uma população com dor crónica”.

5. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Fortin (1999, p. 17) define investigação científica como *“um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. [...] este processo é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos”*.

O método de investigação é definido como *“descrição e análise dos métodos científicos, às suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico”* Pinto, 1990, p.35

Neste capítulo, é apresentado todo o desenho de investigação, tal como refere Fortin (1999, p. 40) *“... o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”* e onde se vão descrever os materiais e métodos utilizados, com uma descrição da justificação da escolha dos instrumentos utilizados, bem como de todos os procedimentos adoptados.

5.1 Caracterização do estudo

O estudo realizado é do tipo descritivo – correlacional, quantitativo e transversal já que se pretendem descrever as características da amostra face à dor e qualidade de vida reportada, descrever as relações entre as variáveis definidas e através da colheita de dados quantificáveis, sendo os dados obtidos num único momento predefinido, tal como é definido por Pinto (1990) e Fortin (1999).

5.2 Objectivos específicos

Na linha teórica em que este trabalho se desenvolve e dado o tipo de estudo definido, foram delimitados os seguintes objectivos, que pretendem indicar claramente o que se pretende obter:

1. Caracterizar, por amostra, uma população com Dor Crónica em termos demográficos e socioeconómicos;
2. Determinar que estratégias de *Coping* são utilizadas por esta amostra;
3. Determinar que relações existem entre as estratégias de *Coping* e o nível de qualidade de vida percebida nesta amostra;
4. Validar e contribuir para o estudo do CAD-R quando aplicado à população portuguesa;

Dados os objectivos específicos definidos, o enquadramento teórico abordado e o tipo de estudo que se pretende fazer, foram definidas as seguintes questões de investigação e respectivas hipóteses de estudo:

Q1. Que estratégias de *Coping* com a dor são mais utilizadas pelos doentes com dor crónica?

Q2. Que repercussões induzem ao nível percebido de Qualidade de Vida?

H1. Os doentes com dor crónica utilizam estratégias de *Coping* essencialmente passivas para lidar com a dor.

H2. Os doentes que utilizam estratégias de *Coping* activas para lidar com a dor repostam melhor Qualidade de Vida.

5.3 Variáveis em estudo

De acordo com o tipo de investigação foram assumidas as seguintes variáveis a serem trabalhadas:

Variável independente: Doente com dor crónica

Variáveis dependentes: Coping e Qualidade de vida

Variáveis de controlo ou de atributo:

- Variáveis Sócio – Demográficas
 - Idade
 - Sexo
 - Nº filhos
 - Estado civil
 - Estudos
 - Coabitação
 - Emprego
 - Tipo religião

- Variáveis Clínicas
 - Tipo de diagnóstico clínico
 - Tipo de dor

5.4 Considerações de natureza ética

No sentido de manter o senso, coerência e respeito ético, procedeu-se a um pedido de autorização junto da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, que deliberou autorizar a recolha de dados juntos dos utentes da Unidade de Tratamento de Dor (UTD) daquela instituição. (Ver Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Anexo 1 e respectiva autorização por aquela Comissão ao desenvolvimento da investigação – Anexo 2, p. 119 e 122, respectivamente).

Por respeito ético aos direitos dos doentes, mantendo a confidencialidade e privacidade, todos os participantes e depois de lhes ser explicado quer verbalmente, quer após leitura de folha de apresentação, assinaram o

consentimento informado. Em anexo encontram-se respectivamente a folha de apresentação – Anexo 3 e o consentimento informado – Anexo 4. (p. 124 e 126)

5.5 Participantes

Dado que era objectivo desta investigação validar o CAD –r para a população portuguesa com dor crónica, foi estabelecida uma amostra inicial de 30 indivíduos, com características semelhantes às da amostra final. Esta amostra foi obtida ainda no decorrer da pesquisa bibliográfica e reveste-se de doentes que eram encaminhados para a Unidade de Tratamento da Dor, a partir do internamento.

Quer para a amostra inicial de validação do CAD-r, quer para a amostra final, os indivíduos foram seleccionados por amostra accidental, que como define Fortin (1999, p. 208) *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”*.

Depois de explicados os objectivos da investigação e de lhes ser assegurado total anonimato e confidencialidade, os doentes preencheram os questionários fornecidos, sempre na presença da investigadora, embora esta presença se traduzisse apenas na eliminação de dúvidas que pontualmente surgissem e para que os doentes respondessem na totalidade a todos os itens de todos os questionários, não omitindo qualquer resposta.

Foram definidos para esta investigação os seguintes critérios de inclusão dos participantes na amostra:

- Idade igual ou superior a 18 anos
- Portadores de dor crónica clinicamente diagnosticada à mais de 6 meses

Como critérios de exclusão da amostra foram definidos:

- Estados de deterioração neurológica ou cognitiva, impeditivas de preenchimento

dos questionários

Estes critérios foram estabelecidos com base nas características de amostras seleccionadas em trabalhos semelhantes e dado o conhecimento prévio da realidade dos utentes da Unidade de Tratamento da Dor, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Para melhor se compreender esta realidade procede-se a um breve resumo da caracterização da Unidade de Tratamento da Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, bem como da sua logística funcional, apresentado no anexo 5 (p. 128)

De ressaltar que não se fez distinção entre doentes oncológicos e não oncológicos que são habitualmente acompanhados na UTD, visto que em termos numéricos a distinção ia produzir amostras independentes de baixo número e que para o objectivo desta investigação não têm de momento interesse.

5.6 Instrumentos utilizados

São vários os autores, cujos questionários utilizaram e/ou adaptaram as escalas preconizadas por Lazarus, encontrando diferenças entre termos das Escalas de *Coping* que os doentes usam. Também são muitos os questionários que utilizam outros modelos, que não os de Lazarus, no entanto, o objectivo de todos eles, é tentar avaliar da forma mais minuciosa e fidedigna possível, o que é para os doentes viver com Dor Crónica, que consequências tem para a sua vivência diária e se, de alguma forma, se pode prever o desenrolar daquela situação, no sentido de melhorar e aumentar a qualidade de vida dos doentes.

O ideal seria como referem Jensen e col. (2003), p. 454

“...para efectuar uma avaliação meticulosa, avaliar as muitas dimensões das crenças e Coping da dor, que têm demonstrado estar associadas ao funcionamento da dor. [...] Embora essa avaliação meticulosa resultasse num

peso significativo sobre os pacientes e seria impraticável em muitas situações clínicas e de investigação”.

Já em relação aos questionários utilizados para a avaliação de Qualidade de Vida, existem instrumentos específicos para a avaliação de situações clínicas concretas, bem como instrumentos mais gerais, que têm como função avaliar a Qualidade de Vida em qualquer situação clínica (muitas vezes, utilizados para a comparação de diferentes grupos) ou para a avaliação clínica ao longo da doença.

Assim, o uso de inquéritos adicionais específicos para cada condição clínica pode tornar-se redundante e entediante para os pacientes, pelo que é desejável a utilização de métodos já obtidos e que sejam o mais eficientes possível. (Walsh e col. 2006, p. 317)

Os instrumentos de avaliação do impacto da dor crónica na Qualidade de Vida dos doentes são muito importantes mas devem ser sensíveis, porque aquele impacto, bem como a dor são elementos subjectivos e só um instrumento de auto resposta permite que o doente responda livremente sobre a sua experiência individual. (Meyer – Rosberg 2001, p. 401)

Tal como Katz (2002, p. S40) refere “... *validade e fidelidade são características cruciais de um questionário útil sobre qualidade de vida. Um instrumento válido é aquele que de facto, mede o que é desejado que meça, enquanto que um instrumento fiel é aquele que permite reproduzir os resultados”.*

5.6.1 Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica

O questionário utilizado foi construído de forma específica para esta investigação, para caracterização da amostra em estudo, de forma a conter as variáveis necessárias, em resposta às hipóteses levantadas.

Para além de uma caracterização básica quanto ao sexo, idade, estado civil, número de filhos, coabitação familiar, actividade religiosa e condição de emprego, foi ainda incluída a questão quanto ao diagnóstico clínico e diagnóstico de dor, necessário a uma maior discriminação do estado de saúde que poderia ou não condicionar o estado de dor.

É um questionário de resposta directa em que o doente assinala com uma cruz as opções que melhor o caracterizam. Para suprimir a possibilidade de os questionários ficarem incompletos em algumas respostas, foi incluído um espaço para a identificação dos dados de contacto do doente, para posterior preenchimento. Este questionário encontra-se no anexo 6 (p. 131)

5.6.2 Escala Visual Analógica (EVA)

A Escala Visual Analógica (EVA) é uma das escalas de avaliação da dor mais utilizadas actualmente, no sentido de avaliar, no momento, qual a percepção de dor que o doente apresenta. É uma tentativa de quantificação de dor, a mais real possível, e dá uma noção daquilo que o doente sente e consegue transmitir.

É uma escala numerada de zero a dez, em que o zero representa um estado em que a pessoa não sente dor nenhuma e dez será a pior dor possível, que essa pessoa possa imaginar. A EVA mostra ainda que valores de 0 a 2 são considerados estados de dor leve, de 3 a 7 são de dor moderada e de 8 a 10 são de dor intensa.

Como referem Laursen e col. (2005, p. 269) *“a EVA é simples e eficiente e tem mostrado ser de confiança e válida como escala de medida da intensidade da dor”*.

No sentido de minimizar o enviesamento possível, pela visualização de um grande número de páginas, que poderia trazer ao doente a sensação de questionários

longos e de preenchimento muito demorado ou complicado, a Escala Visual Analógica foi inserida no fim da página do Questionário de Caracterização Demográfico. (Ver Anexo 6, p. 131)

5.6.3 Cuestionario de Afrontamiento del Dolor – Reducido (CAD-R). Validação à População portuguesa

Soriano e Monsalve (2002; 2005) desenvolveram, sobre uma amostra espanhola com Dor Crónica, o Cuestionario de Afrontamiento del Dolor, composto por 31 itens, mas no sentido de melhorar a adesão ao questionário, foi posteriormente reduzido em 7 itens, sendo este último identificado como Cuestionario de Afrontamiento del Dolor – Reducido (CAD – R), com 24 itens.

No CAD-r são analisadas seis escalas:

- A religião – que se refere à necessidade de rezar e de empregar o uso da religião para conseguir estabilidade e consolo;
- A catarse – que se refere à busca de apoio emocional, em que os indivíduos procuram outras pessoas mais para desabafar e falar dos seus problemas, e não tanto uma solução para esses problemas
- A distracção – é uma estratégia que é considerada de maior adaptação, que faz com que o indivíduo deixe de prestar atenção à dor
- O autocontrolo mental – refere-se aos esforços mentais feitos para controlar a dor
- A autoafirmação – refere-se à capacidade do indivíduo em não se render perante a dor, animando-se para fazer frente a essa dor constante
- Busca de informação (busca de apoio social instrumental) – pressupõe o indivíduo procurar informação que o permita controlar e diminuir a dor.

Estas escalas podem ser englobadas em duas grandes dimensões, Estratégias de *Coping* Activas e Estratégias de *Coping* Passivas, conforme se pode ver na tabela seguinte:

DIMENSÕES	ESCALAS	ITENS
Estratégias de <i>Coping</i> Activas	Distracção	1,7,13,19
	Busca de informação	2,8,14,20
	Autocontrolo mental	5,11,17,23
	Auto afirmação	6,12,18,24
Estratégias de <i>Coping</i> Passivas	Religião	3,9,15,21
	Catarse	4,10,16,22

Tabela 2 – Dimensões, escalas e respectivos itens do CAD –r.

Cada um dos itens do CAD-r é pontuado de 1 (um) a 5 (cinco), em escala de Likert, em que ao um corresponde “nunca” e ao cinco “sempre”. Este questionário encontra-se em anexo, quer na sua versão original (Anexo 7, p. 133), quer na sua versão traduzida e adaptada (Anexo 8, p.135).

5.6.4 Lattinen

O Índice de Lattinen é um instrumento de avaliação da dor crónica, face às características de sono dos doentes. É um instrumento amplamente utilizado, citado nos mais diversos trabalhos e nas mais diversas instituições e unidades de tratamento da dor crónica, mas com um autor aparentemente desconhecido. (Anexo 9, p. 138).

Monsalve e col. (2006, p. 217) fizeram um trabalho de pesquisa nos últimos 25 anos e encontram referências confusas ou inexistentes quanto à autoria daquele instrumento, referindo igualmente trabalhos de pesquisa de outros autores neste sentido, cujos resultados continuam a não dar um nome ao autor do referido instrumento.

O Índice de Lattinen é um instrumento breve, de auto aplicação simples, constituído por cinco dimensões, que são: a intensidade da dor, o nível de actividade, frequência da dor, utilização de analgésicos e a qualidade do sono nocturno. Cada uma destas dimensões é pontuada de um a quatro, em escala de Likert, sendo os seus valores somados no final.

A pontuação total mais baixa (=5) indica uma menor incidência das consequências de dor crónica, no sono dos pacientes; ao invés, uma pontuação máxima (=20) mostra um paciente, cujas consequências da dor crónica no ritmo de sono, são bastante graves.

O Índice de Lattinen tem ainda um último item, que não é somado aos anteriores, mas serve de comparação com o resultado obtido e de auxílio ao tratamento clínico do paciente, que é a quantificação das horas de sono do paciente.

5.6.5 Short Form Health Survey -36 (SF – 36)

O Short Form Health Survey -36 (SF – 36) foi desenvolvido por Ware e Sherbourne em 1992 e é um questionário de avaliação da Qualidade de Vida relacionado com a saúde e que tenta que o doente se refira à sua percepção sobre a própria Qualidade de Vida.

O SF – 36 é composto por trinta e seis itens que se distribuem por oito escalas, que podem ser agrupadas em dois grandes componentes, o Componente Físico e o Componente Mental, mais um item que corresponde à transição de saúde e não é englobado em nenhuma dimensão, conforme é mostrado na seguinte tabela:

COMPONENTES	DIMENSÕES	ITENS
Componente Físico	Funcionamento Físico	$3a+b+c+d+e+f+g+h+i+j$
	Desempenho Físico	$4a+b+c+d$
	Dor Corporal	$7+8$
	Percepção Geral de Saúde	$1+11a+11b+11c+11d$
Componente Mental	Vitalidade	$9a+9e+9g+9i$
	Saúde Mental	$9b+9c+9d+9f+9h$
	Funcionamento Social	$6+10$
	Desempenho Emocional	$5a+5b+5c$
-----	Transição de Saúde	2

Tabela 3 – Componentes, dimensões e respectivos itens do SF-36, v.2.

Laursen e col. (2005, p. 269) citam Beaton (1997) dizendo que “o SF – 36 emergiu como sendo o instrumento genérico mais utilizado para medir o estatuto de saúde percebida em várias doenças e condições e tem sido sugerido como sendo o instrumento genérico mais apropriado para ser usado em doenças musculo – esqueléticas.”

Bergman e col. (2004, p. 115) citam Hemingway (1997), referindo-se ao SF -36, em que este “tem mostrado ser um instrumento válido de avaliação da mudança do estado de saúde das populações”.

O SF – 36 tem sido desenvolvido em Portugal pelo Dr. Pedro Ferreira, na qualidade de coordenador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra, no sentido da avaliação dos resultados das práticas de saúde e que muito gentilmente autorizou a utilização da versão 2 do SF-36 já validada para a população portuguesa (Anexos 10 e11, p. 140 e 142).

Actualmente, é o método mais utilizado para a avaliação da percepção da saúde e da Qualidade de Vida e como refere Ribeiro (2005, p. 89) o SF – 36 é

“Uma das técnicas cujas propriedades psicométricas e clinimétricas têm sido mais estudadas e publicadas. Deste modo há garantias reproduzidas por múltiplos estudos, que se está a avaliar o que se pretende avaliar (validade) e que o fez com fidelidade, sensibilidade e credibilidade; finalmente, trata-se de uma

técnica desenvolvida a partir da definição matricial de Saúde da OMS”.

Estudos recentes de 2005 como os que são citados por Soriano (2005, p.98) referem que

“Empregando o SF – 36 como critério de qualidade de vida encontram que o «Coping perante a dor» serviu de preditor para a Qualidade de Vida de forma negativa no Funcionamento Físico e nas limitações do Desempenho Físico, enquanto que actuou como preditor positivamente na Saúde Mental e na percepção geral de saúde”.

Walsh e col. (2006, p. 318), citando Ware e col. (1994), referem que *“valores no fim do «continuum» espelha doentes que têm «distress» psicológico frequente, incapacidade social e de desempenho de papéis devido a problemas emocionais e avaliam a sua saúde como pobre.”*

Ribeiro (2005, p. 80) referindo-se à utilização do SF – 36 diz que

“Em Portugal este questionário tem sido utilizado com dois grandes objectivos e que é apanágio dos estudos que recorrem à avaliação do estado de saúde ou da percepção do estado de saúde: com objectivos económicos ou clínicos [em que] recorre à avaliação da Qualidade de Vida ou da percepção do estado de saúde visando orientar recursos limitados ou as escolhas do doente perante tratamentos ou programas de intervenção alternativos”.

Este questionário está construído sobre o pressuposto de que à nota final mais alta corresponde uma melhor percepção de saúde, sendo que após a construção da base de dados, alguns itens necessitam da respectiva recodificação. Estes itens são respectivamente o 1,6,7,8,9c,9d,9e,9h. A tabela seguinte mostra o significado das notas por cada dimensão:

DIMENSÕES (Mínimo e máximo possível)	SIGNIFICADO DAS NOTAS	
	BAIXA	ELEVADA
FUNCIONAMENTO FÍSICO (10-30)	Muito limitado na realização de todas as actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se, por razões de saúde	Realiza todos os tipos de actividade física, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de saúde
DESEMPENHO FÍSICO (4-20)	Problemas com o trabalho ou outras actividades diárias em consequência da Saúde física	Sem problemas na realização do trabalho ou de outras actividades diárias em consequência da saúde física
DOR CORPORAL (2-12)	Dor muito intensa e extremamente limitativa	Sem dor ou limitação devida à dor
SAÚDE GERAL (5-25)	Avalia a sua saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar	Avalia a sua saúde como excelente
VITALIDADE (4-24)	Sente-se cansado e exausto a maior parte do tempo	Sente-se animado e cheio de energia
FUNCIONAMENTO SOCIAL (2-10)	Os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as actividades sociais normais	Realiza as actividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram
DESEMPENHO EMOCIONAL (3-15)	Em resultado de problemas emocionais, tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias	Não tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais
SAÚDE MENTAL (5-30)	Sente-se sempre nervoso e deprimido	Sente-se sempre em paz, feliz e calmo
TRANSIÇÃO DE SAÚDE (1-5)	Acredita que a saúde geral é muito melhor agora do que há um ano	Acredita que a saúde geral é muito pior agora do que há um ano

Tabela 4 - Significado das notas por dimensão do SF-36, v. 2. Adaptado de Ribeiro, J. (2005) "O importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde - SF-36". Merck Sharp & Dohme, p. 85

5.7 Procedimentos

Os questionários foram administrados presencialmente, sempre pelo mesmo entrevistador e os questionários quase sempre preenchidos pelo entrevistador,

dado que a maioria dos doentes apresentava deficits, na leitura e / ou escrita, ou pediam que assim fosse, dado que se sentiam mais à vontade para responder, do que escrever as respostas.

A conversa com os utentes decorria aquando da ida dos doentes à consulta programada da unidade de dor, ou à consulta programada de psicologia da dor. Por uma questão de respeito ético, profissional e pessoal não foram questionados os doentes que estavam num estado notório de dor irruptiva ou numa condição física aparentemente mais debilitada, pelo que se optou por aguardar por uma nova vinda àquela consulta.

Esta disponibilidade quer de preenchimento, quer de posterior entrevista, facilitaram a adesão ao estudo, com algumas situações em que os doentes após recusa inicial acederam posteriormente participarem e serem incluídos no estudo.

5.8 Reacções ao questionário

- *Participação no estudo:* A participação foi globalmente boa, havendo apenas dois casos de recusa de participação, em que os doentes alegaram estarem "fartos" de responder a questionários, situação que foi de imediato aceite. Houveram alguns casos de os doentes se encontrarem num estado de dor ou de debilidade marcada e que por isso se aguardou para posterior preenchimento. Surgiram ainda situações em que os doentes apesar do seu estado de debilidade mostraram vontade em responder, por entenderem que todos os estudos sobre dor são válidos e importantes para a progressão do desenvolvimento no tratamento da dor.

- *Compreensão do questionário:* Dado que muitos apresentavam alguma incapacidade física para a escrita, outros não sabiam ler, mas apresentavam vontade em participar no estudo, os questionários foram preenchidos

presencialmente, com esclarecimento imediato das dúvidas, se bem que estas tenham sido pontuais, aliadas à tensão emocional manifestada pelos doentes em falar do seu próprio estado de dor e dificuldades quotidianas de viver continuamente com dor.

- *Dificuldades encontradas:* As principais dificuldades encontradas prenderam-se com a utilização do espaço que existe e está limitado à unidade de tratamento da dor, que está integrada no espaço de gabinetes da consulta externa, das mais variadas especialidades. No entanto e graças à boa vontade quer do pessoal de enfermagem daquela unidade, quer do pessoal auxiliar, foi possível estabelecer um espaço próprio e privado para os doentes poderem preencher os questionários sem interrupções.

6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Foi utilizado o sistema SPSS[®], v. 12.0, para análise e interpretação dos dados. Para facilitar a leitura dos dados, estes são, em alguns casos, apresentados sob a forma de tabelas ou gráficos.

6.1 Caracterização sócio – demográfica da amostra

A amostra é constituída por 130 pessoas, com dor crónica à mais de 6 meses, recolhida através de amostra acidental na Unidade de Tratamento da Dor do CHVNG. A amostra em estudo foi caracterizada com base nas variáveis socio-demográficas e clínicas já examinadas no ponto 5.3 (p. 52).

Nas variáveis sócio – demográficas foram encontrados os seguintes resultados. A idade varia entre um mínimo de 30 anos e um máximo de 92, sendo a média de idades de 63 anos (d.p. =13.10). No gráfico seguinte está representada a distribuição da amostra por grupos de idades, dividida por quartis.

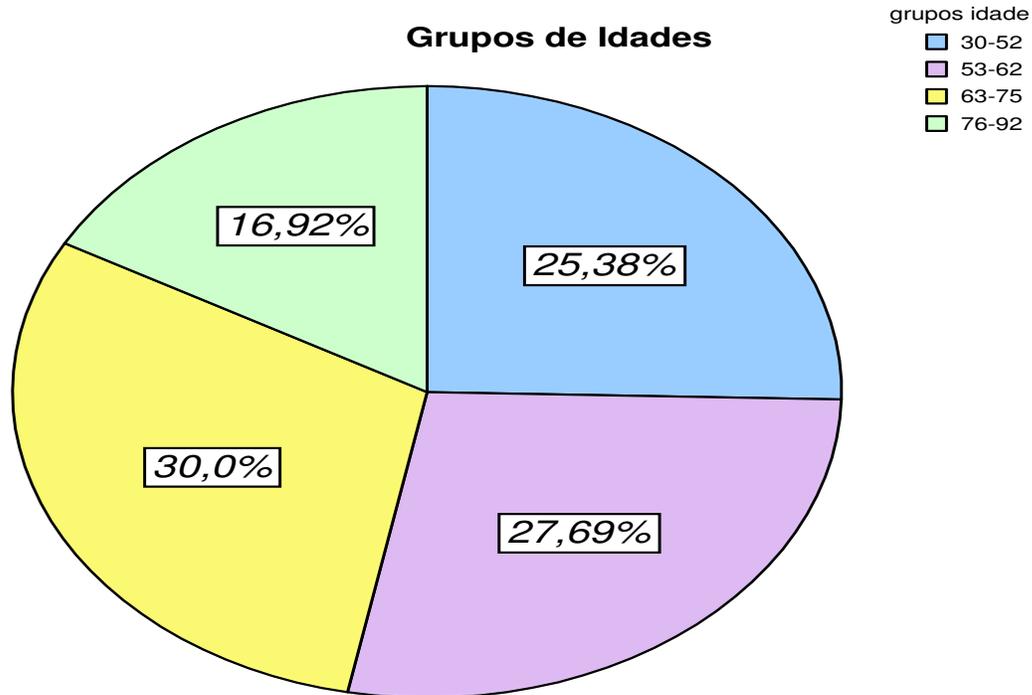


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por grupos de idades.

Na variável sexo verifica-se que a amostra tem uma predominância de mulheres, com 61.5% (N= 80), face ao número de homens inquiridos que eram 38.5% da amostra (N= 50), sendo que do total da amostra, 89.2% vivem acompanhados e 10.8% vivem sós. Observa-se também, em relação ao nº de filhos, que a média é de 2.3 filhos (d.p. = 1.86), distribuído por doentes sem filhos até um máximo de doentes com 9 filhos.

Quanto ao estado civil, o gráfico seguinte mostra uma predominância de casados (74.6%) face às restantes tipologias, em que se observam 13.8% de viúvos, 2.3% separados, 4.6% divorciados, 3.8% solteiros e apenas 0.8% (N=1) em união de facto.

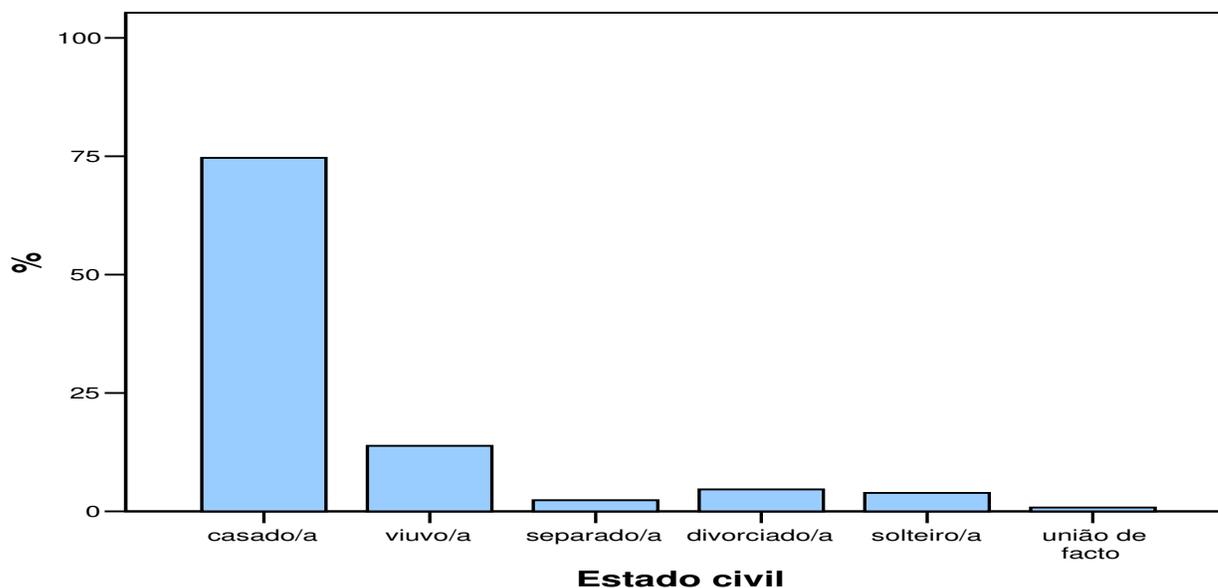


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por estado civil.

Na tabela seguinte é possível observar a distribuição da amostra por nível de escolaridade em que se demarcam 66.9% dos indivíduos com o 1º/2º ciclo, 15.4% que lêem ou escrevem e apenas 3.8% com estudos superiores.

Nível de Escolaridade	N	%
Não lê, nem escreve	6	4.6
Lê e/ou escreve	20	15.4
1º/2º Ciclo	87	66.9
3º Ciclo/Secundário	12	9.2
Ensino superior	5	3.8
<i>Total</i>	130	100.0

Tabela 5- Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

Na tabela seguinte mostram-se os dados relativos à religião adoptada por cada um dos indivíduos, em que se observa que 83.1% são religiosos e destes 76.2% são católicos praticantes e 4.6% se afirmem como católicos não praticantes. Dos inquiridos 12.3% afirmam-se como sem religião, isto é sem crença pessoal específica, que se distingue dos 16.9% que se afirmam crentes mas não praticantes.

Tipo religião		É religioso?		Total
		sim	não	
Católico	N	99	6	105
	<i>% do Total</i>	<i>76.2%</i>	<i>4.6%</i>	<i>80.8%</i>
Adventista do 7º Dia	N	1	0	1
	<i>% do Total</i>	<i>.8%</i>	<i>.0%</i>	<i>.8%</i>
Congregação Cristã	N	4	0	4
	<i>% do Total</i>	<i>3.1%</i>	<i>.0%</i>	<i>3.1%</i>
Judia	N	2	0	2
	<i>% do Total</i>	<i>1.5%</i>	<i>.0%</i>	<i>1.5%</i>
Testemunha de Jeová	N	2	0	2
	<i>% do Total</i>	<i>1.5%</i>	<i>.0%</i>	<i>1.5%</i>
S/Religião	N	0	16	16
	<i>% do Total</i>	<i>.0%</i>	<i>12.3%</i>	<i>12.3%</i>
Total	N	108	22	130
	<i>% do Total</i>	<i>83.1%</i>	<i>16.9%</i>	<i>100.0%</i>

Tabela 6 – Distribuição da amostra por tipo de religião.

É possível observar igualmente que face à actividade laboral 78.5% estão inactivos tendo trabalhado (sendo esta maioria constituída por pessoas reformadas, quer pela idade, quer por invalidez dada a sua condição de doente crónico), 11.5% estão ainda activamente empregado, 7.7% são donas de casa,

1.5% encontram-se inativos (desempregados) e apenas 0.8% (n=1) se encontra à procura do 1º emprego.

Nas variáveis clínicas, observa-se que os indivíduos têm dor associada a um diagnóstico clínico, em 28 casos referentes a dor pós – cirúrgica da coluna (21.5%), em 24 casos a dores musculo – esqueléticas (18.5%), em 9 casos de fibromialgia (6.9%) e em 7 casos relacionados com neoplasia da mama (5.4%). Os restantes encontram-se distribuídos por vários diagnósticos clínicos, como se pode ver na tabela em anexo (anexo 12, p. 147).

Quanto ao diagnóstico de dor observa-se que 66.2% dos indivíduos têm dor neuropática e 26.2% têm dor somática, como pode ser observado no gráfico seguinte:

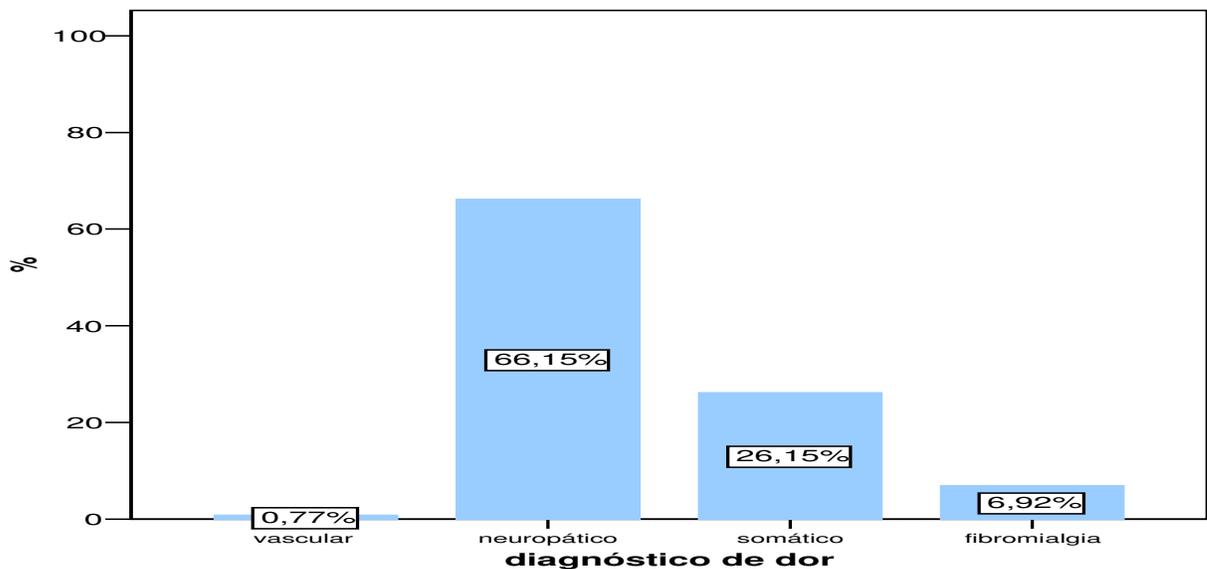


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por diagnóstico de dor

6.2 Pontuações dos questionários EVA, Lattinen, CAD-r e SF-36

Os 130 inquiridos avaliaram o grau de dor no momento da entrevista utilizando a EVA, tendo sido obtidos 46.15% com dor moderada e 31.54% com dor intensa,

sendo que 16.9% classificam dor 8 (oito) e 12.3% classificam dor 5 (cinco) e apenas 3.8% classificam dor 0 (zero) e 3.8% classificam dor 10 (dez).

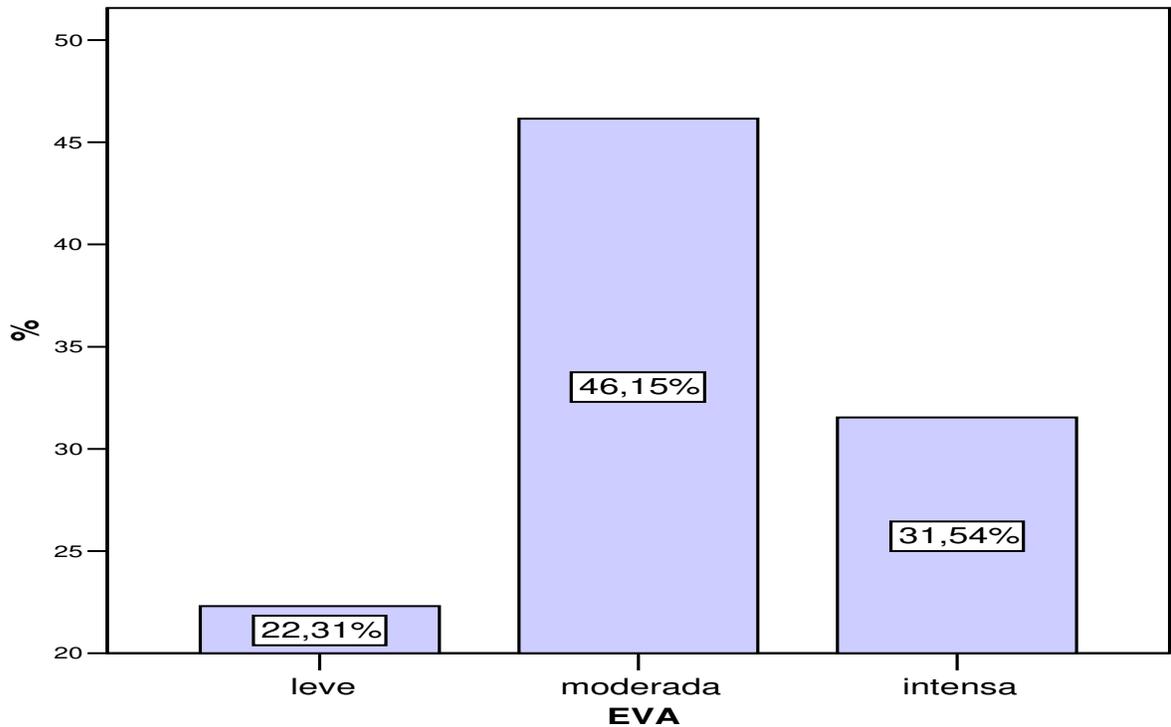


Gráfico 4 – Distribuição da amostra por EVA.

A caracterização da amostra através do questionário Lattinen mostra que em relação ao nº de horas de sono diário a média situa-se em 4.62, isto 5h / dia (d.p. = 1.67), com um mínimo de 2h e um máximo de 9h de sono. Quanto às diferentes escalas que compõem o Lattinen, estas são apresentadas em seguida, sob a forma de tabelas. Assim, quanto à intensidade da dor verifica-se que os doentes referem em 48.5% como intensa, 35.4% como incómoda e 10.8% como insuportável, sendo a média de 2.65 (d.p. = . 746).

Intensidade da Dor	N	%
Ligeira	7	5.4
Incómoda	46	35.4
Intensa	63	48.5
Insuportável	14	10.8
<i>Total</i>	<i>130</i>	<i>100.0</i>

Tabela 7 – Distribuição da amostra por intensidade da dor, assinalada no Lattinen.

Quanto ao nível de actividade verifica-se que os doentes referem ser auto-suficientes em 38.5% dos casos, sendo que necessitam de ajuda ocasional em 28.5% e de ajuda frequente em 26.9%. 6.2% estão acamados no seu dia-a-dia, com necessidade de cuidados totais, sendo a média de 2.01 (d.p. = .952).

Nível de Actividade	N	%
Auto-suficiente	50	38.5
Ajuda ocasional	37	28.5
Ajuda frequente	35	26.9
Acamado	8	6.2
<i>Total</i>	<i>130</i>	<i>100.0</i>

Tabela 8 – Distribuição da amostra por nível de actividade, assinalada no Lattinen.

Quanto à frequência da dor verifica-se que os doentes referem ter dor contínua em 73.1% dos casos, sendo a dor muito frequente e frequente referida em igual proporção de 10.8%, sendo a dor rara apenas em 5.4% dos casos, sendo a média de 3.52 (d.p. = .891).

Frequência da Dor	N	%
Rara	7	5.4
Frequente	14	10.8
Muito frequente	14	10.8
Continua	95	73.1
<i>Total</i>	<i>130</i>	<i>100.0</i>

Tabela 9 – Distribuição da amostra por frequência da dor, assinalada no Lattinen.

Quanto à utilização de analgésicos verifica-se que os doentes consideram em 50% dos casos que a toma de analgésicos é pautada, em 30% tomam muitos analgésicos e 15.4% dos doentes referem tomar muitíssimos analgésicos, sendo a média de 2.56 (d.p. = .807).

Utilização de Analgésicos	N	%
Ocasional	6	4.6
Pautados	65	50.0
Muitos	39	30.0
Muitíssimos	20	15.4
<i>Total</i>	<i>130</i>	<i>100.0</i>

Tabela 10 – Distribuição da amostra por utilização de analgésicos, assinalada no Lattinen.

Quanto à percepção da qualidade do sono verifica-se que os doentes consideram em 34.6% dos casos dormem muito mal e 30.8% dormem mal. 26.2% dos doentes toma medicação para dormir, sendo a média de 2.78 (d.p. = .932).

Qualidade do Sono	N	%
Regular	11	8.5
Mal	40	30.8
Muito mal	45	34.6
Com medicação	34	26.2
<i>Total</i>	<i>130</i>	<i>100.0</i>

Tabela 11 – Distribuição da amostra por qualidade do sono, assinalada no Lattinen.

Quanto aos dados obtidos no CAD-r verifica-se que os doentes pontuam em média na escala distração 8.08 (d.p.= 4.47), na escala busca de informação 12.20 (d.p. = 3.70), na escala auto controlo pontuam em média 4.68 (d.p. = 1.64) e na escala auto afirmação 15.19 (d.p. = 4.29).

Em relação às escalas pertencentes às estratégias passivas, os doentes pontuam em termos de religião uma média de 12.75 (d.p.= 7.50) e na escala catarse 10.01 (d.p.= 3.65). Em seguida apresenta-se a distribuição média, máxima e mínima da pontuação por cada por cada item:

ITENS	Média (d.p.)	Mínimo	Máximo
1- "Ignoro a dor"	2.25 (1.43)	1	5
2 - "Falo com um Profissional"	3.19 (1.02)	1	5
3- Rezo para me curar"	3.18 (1.85)	1	5
4- "Procuro um amigo"	2.32 (.998)	1	5
5 - Concentro-me na minha dor para que diminua"	1.20 (.534)	1	4
6 - "Não me rendo, luto"	3.56 (1.41)	1	5
7 - "Penso noutra coisa"	2.52 (1.56)	1	5
8 - "Falo com alguém que possa fazer algo concreto"	3.04 (.918)	1	5
9 - "Rezo para conseguir orientação"	3.19 (1.89)	1	5
10 -"Partilho os meus sentimentos"	2.48 (.990)	1	5
11-"Tento diminuir a dor mentalmente"	1.12 (.366)	1	3
12 -"Animo-me para aguentar a dor"	3.47 (1.39)	1	5
13 -"Tento recriar uma paisagem"	1.52 (1.03)	1	5
14 -"Tento que me expliquem o que posso fazer"	2.95 (1.01)	1	5
15 - "Utilizo a fé para aliviar a minha dor"	3.18 (1.90)	1	5
16- "Tento falar com alguém. Ajuda-me a suportá-lo"	2.72 (1.03)	1	5
17 - "Concentro-me na sua localização, para tentar controlá-lo"	1.26 (.654)	1	4
18 - "Digo a mim mesmo que tenho que ser forte"	4.02 (1.15)	1	5
19 - "Imagino situações agradáveis"	1.79 (1.17)	1	5
20 - "Procuro alguém que me aconselhe"	3.02 (1.03)	1	5
21 - "Rezo para que as dores desapareçam"	3.20 (1.89)	1	5
22 - "Falo com outras pessoas, para me sentir melhor"	2.48 (1.07)	1	5
23 - "Concentro-me no ponto onde me dói para o tentar diminuir"	1.11 (.358)	1	3
24 - "Penso que tenho que ter forças"	4.14 (1.10)	1	5

Tabela 12 - Distribuição média da amostra por cada item do CAD-r

Em termos de utilização das diferentes estratégias de Coping foi efectuado um teste de Chi-Quadrado de onde se verifica que a religião é a estratégia mais empregue, seguida da distração, sendo a menos utilizada a busca de informação.

	Distracção	Busca de informação	Autocontrolo	Auto afirmação	Religião	Catarse
Chi-Quadrado	168.831	83.908	384.446	95.477	422.554	110.200
Diferença	15	15	6	15	11	12
Significância	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Tabela 13 - Distribuição das estratégias de Coping mais utilizadas.

Em relação ao SF-36, a amostra pontuou as diferentes dimensões da seguinte forma:

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Funcionamento Físico	10	30	17.51	5.69
Desempenho Físico	4	20	9.46	4.30
Dor Corporal	2.0	8.4	4.425	1.71
Saúde Geral	5.0	20.4	10.602	3.44
Vitalidade	6	20	10.91	4.37
Funcionamento Social	2	10	5.03	2.24
Desempenho Emocional	3	15	8.08	3.82
Saúde Mental	7	26	13.86	5.78
Transição de saúde	1	5	3.79	.962

Tabela 14 - Distribuição das pontuações por dimensões do SF-36.

6.3 Fidelidade dos questionários

Para avaliar a fidelidade dos questionários foram feitas análises sobre cada uma das escalas do Lattinen, CAD-r e SF-36, utilizando o α de Cronbach, que mostrou que em qualquer uma das escalas dos questionários referidos, não há mudanças significativas, se algum dos itens é eliminado, conforme é mostrado nas tabelas seguintes:

- Lattinen:

Alpha Cronbach	N de Itens
.784	5

Tabela 15 - Alpha de Cronbach para o questionário Lattinen.

	Alpha Cronbach se item eliminado
Intensidade da dor	.704
Nível de actividade	.757
Frequência da dor	.742
Analgésicos	.742
Qualidade do sono	.772

Tabela 16 - Alpha de Cronbach se item eliminado para o questionário Lattinen.

➤ CAD-r:

ESCALA E RESPECTIVOS ITENS	α DE CRONBACH	α DE CRONBACH SE ITEM ELIMINADO
<i>DISTRACÇÃO</i>	.873	
Item 1		.810
Item 7		.823
Item 13		.870
Item 19		.837
<i>BUSCA DE INFORMAÇÃO</i>	.940	
Item 2		.914
Item 8		.922
Item 14		.929
Item 20		.920
<i>RELIGIÃO</i>	.998	
Item 3		.998
Item 9		.996
Item 15		.998
Item 21		.996
<i>CATARSE</i>	.915	
Item 4		.911
Item 10		.873
Item 16		.898
Item 22		.877
<i>AUTOCONTROLO MENTAL</i>	.852	
Item 5		.815
Item 11		.780
Item 17		.861
Item 23		.805
<i>AUTOAFIRMAÇÃO</i>	.864	
Item 6		.841
Item 12		.867
Item 18		.796
Item 24		.804

Tabela 17 - Alpha de Cronbach para o questionário CAD-r.

➤ SF-36:

ESCALA E RESPECTIVOS ITENS	α DE CRONBACH	α DE CRONBACH SE ITEM ELIMINADO
<i>FUNCIONAMENTO FÍSICO</i>	<i>.938</i>	
Pergunta 3a.		.937
Pergunta 3b.		.930
Pergunta 3c.		.930
Pergunta 3d.		.934
Pergunta 3e.		.928
Pergunta 3f.		.930
Pergunta 3g.		.932
Pergunta 3h.		.926
Pergunta 3i.		.929
Pergunta 3j		.938
<i>DESEMPENHO FÍSICO</i>	<i>.987</i>	
Pergunta 4a.		.991
Pergunta 4b.		.980
Pergunta 4c.		.979
Pergunta 4d.		.980
<i>DOR CORPORAL</i>	<i>.575</i>	
Pergunta 7		Não aplicável
Pergunta 8		Não Aplicável
<i>SAÚDE GERAL</i>	<i>.836</i>	
Pergunta 1		.807
Pergunta 11a.		.847
Pergunta 11b.		.778
Pergunta 11c.		.802
Pergunta 11d.		.759
<i>VITALIDADE</i>	<i>.950</i>	
Pergunta 9a.		.922
Pergunta 9e.		.934
Pergunta 9g.		.949
Pergunta 9i.		.931
<i>FUNCIONAMENTO SOCIAL</i>	<i>.935</i>	
Pergunta 6		Não aplicável
Pergunta 10		Não Aplicável
<i>DESEMPENHO SOCIAL</i>	<i>.987</i>	
Pergunta 5a.		.964
Pergunta 5b.		.989
Pergunta 5c		.988
<i>SAÚDE MENTAL</i>	<i>.962</i>	
Pergunta 9b.		.958

Pergunta 9c.		.949
Pergunta 9d.		.960
Pergunta 9f.		.944
Pergunta 9h.		.953

Tabela 18 - Alpha de Cronbach para o questionário SF-36, v.2.

Dados os resultados obtidos pode-se afirmar que os questionários utilizados têm uma boa consistência interna.

6.4 Validação do CAD-r para a amostra portuguesa

No procedimento de validação do Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido (CAD – R) seguiram-se os seguintes passos. Inicialmente foi feita a tradução directa espanhol – português pela investigadora, com consequente leitura e análise do mesmo por vários colaboradores, para análise quer da correcção, quer do sentido gramatical. Depois de efectuadas as devidas correcções foi enviado o questionário português para retradução para o espanhol, para uma pessoa independente, licenciada em tradução Português – Espanhol, no sentido de avaliação da manutenção do sentido e significado das várias frases.

Depois de se observar que se mantinha o sentido e coerência das frases, o questionário foi distribuído a uma amostra acidental de 30 indivíduos, independente da amostra final deste trabalho. Este questionário foi analisado, bem como as poucas dúvidas que foram expostas, pelo que foi mantida a linguagem e os termos traduzidos. Em anexo encontram-se quer a versão original do CAD-r, quer a versão traduzida e adaptada para português do CAD – r. (ver anexos 7 e 8, respectivamente, p. 133 e 135).

Em seguida, e dada a não alteração em termos de conteúdo do questionário procedeu-se à análise estatística do mesmo, com a criação de uma base de dados, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 12.0.

Assim, a amostra de validação do CAD-r caracteriza-se como tendo 36,7% de homens e 63,3% de mulheres, em que 96,7% vivem acompanhados e 3,3% vivem sós, sendo da totalidade da amostra 86,7% casados e 13,3% viúvos. A tabela seguinte mostra a média, mínimo e máximo e respectivo desvio – padrão das variáveis Idade, do nº de filhos de cada doente e o valor de EVA inicial referido.

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	60,57	13,21	38	83
Nº Filhos	2	1,02	0	5
EVA	4,03	3,15	0	10

Tabela 19 – Caracterização da amostra de validação do CAD-r, quanto à idade, nº de filhos e EVA reportada.

Ao nível da escolaridade 83,3% dos indivíduos tinham os 1º/2º ciclos e 10% os 3ºciclo/Secundário, enquanto 3,3% não liam ou escreviam. Ao nível do diagnóstico de dor e seguindo os critérios definidos pela IASP verificou-se que 63,3% reportavam dor neuropática e 30% dor somática e apenas 3,3% manifestavam dor vascular e 3,3% fibromialgia.

Para verificar se era adequado proceder à análise factorial dos dados, avaliou-se a matriz de correlação dos itens, através do índice KMO (*Kaiser - Meyer -Olkin Measure of Sampling Adequacy*), para se verificar se o conjunto das variáveis disponíveis na matriz de correlação reunia as condições necessárias a essa análise factorial. O índice KMO é claramente significativo (KMO=.832), o que indica que existe variância suficiente para se poder aplicar uma análise factorial.

Para a validação do questionário foi aplicado um método de rotação ortogonal (Varimax) por se pretender separar ao máximo as saturações das variáveis através dos factores. Com isso pretendeu-se reproduzir os resultados obtidos pelos autores do CAD-r (Soriano e Monsalve, 2004). O método de retenção de factores seleccionado foi o de *eigenvalues* igual à unidade.

Pode observar-se também como o método por gráfico de sedimentação confirma a retenção dos seis factores inicialmente estabelecidos pelos autores do questionário (Soriano e Monsalve, 2002). Os resultados encontram-se nas tabelas seguintes:

Matriz de Componentes rotacionados^(a)

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
cad1	-.320				.381	.747
cad2		.796				
cad3	.963					
cad4			.837			
cad5				.787		
cad6			.321		.727	
cad7	-.373				.313	.716
cad8		.829				
cad9	.975					
cad10			.860			
cad11				.906		
cad12						.528
cad13			.354			.709
cad14		.767	.324		.318	
cad15	.969					
cad16		.385	.712			
cad17				.828		
cad18		.389			.759	
cad19			.375			.750
cad20		.831				
cad21	.976					
cad22			.777			
cad23				.856		
cad24					.881	

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

^a Rotação convergente em 7 iterações.

Tabela 20 - Matriz de componentes rotacionados

Itens	Inicial	Extracção
cad1	1.000	.860
cad2	1.000	.887
cad3	1.000	.988
cad4	1.000	.774
cad5	1.000	.764
cad6	1.000	.730
cad7	1.000	.800
cad8	1.000	.895
cad9	1.000	.995
cad10	1.000	.861
cad11	1.000	.845
cad12	1.000	.701
cad13	1.000	.730
cad14	1.000	.830
cad15	1.000	.988
cad16	1.000	.761
cad17	1.000	.732
cad18	1.000	.823
cad19	1.000	.857
cad20	1.000	.858
cad21	1.000	.995
cad22	1.000	.837
cad23	1.000	.793
cad24	1.000	.854

Método de Extracção: Análise dos Componentes Principais
Tabela 21 - Análise de comunalidades, por componentes principais.

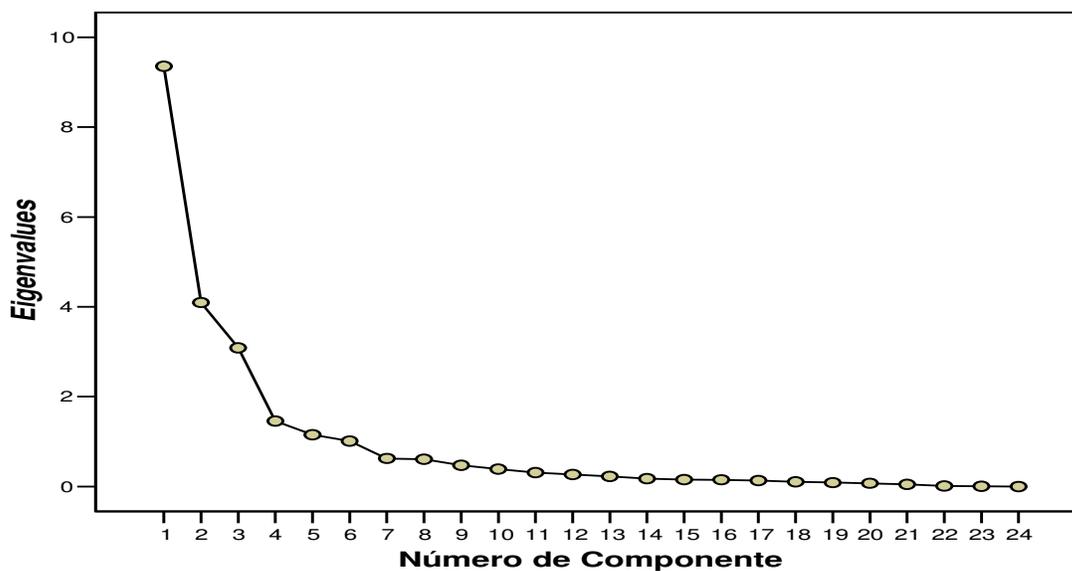


Gráfico 5 - Gráfico de Sedimentação

Variância total explicada

Componente	<i>Eigenvalues</i>			Soma das saturações ao quadrado da extracção			Soma das saturações ao quadrado da rotação		
	Total	% Variação	% Cumulativa	Total	% Variação	% Cumulativa	Total	% Variação	% Cumulativa
1	9.355	38.979	38.979	9.355	38.979	38.979	4.266	17.775	17.775
2	4.095	17.061	56.039	4.095	17.061	56.039	3.474	14.477	32.252
3	3.088	12.865	68.904	3.088	12.865	68.904	3.424	14.265	46.517
4	1.456	6.068	74.972	1.456	6.068	74.972	3.215	13.395	59.912
5	1.151	4.797	79.769	1.151	4.797	79.769	2.889	12.039	71.951
6	1.012	4.216	83.985	1.012	4.216	83.985	2.888	12.034	83.985
7	.625	2.606	86.591						
8	.608	2.535	89.126						
9	.474	1.976	91.102						
10	.387	1.612	92.714						
11	.308	1.283	93.997						
12	.270	1.125	95.122						
13	.225	.937	96.059						
14	.176	.734	96.793						
15	.156	.649	97.442						
16	.151	.629	98.071						
17	.133	.553	98.624						
18	.107	.447	99.071						
19	.086	.360	99.430						
20	.071	.297	99.728						
21	.049	.206	99.934						
22	.010	.042	99.976						
23	.005	.021	99.997						
24	.001	.003	100.000						

Método de Extracção: Análise dos Componentes Principais

Tabela 22 - Variância total explicada

A variância explicada pelos 6 factores é de 83,98%, aspecto claramente satisfatório, existindo também, uma distribuição proporcional da variância explicada por cada um dos factores retidos.

6.5 Relações entre as variáveis

Para avaliar de que forma as variáveis interagem entre si foi efectuada uma matriz de correlação entre as variáveis da EVA e as escalas dos questionários. Dessa matriz de correlação sobressaem bastantes correlações. Foram seleccionadas as seguintes correlações, que apresentam nível de significância $p = .01$.

A EVA relaciona-se em sentido positivo com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Apresenta igualmente uma relação significativa e em sentido negativo com a escala busca de informação do CAD-r e em sentido positivo com a escala religião. Quanto à relação entre a EVA e as escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

Quanto às diferentes escalas do Lattinen observa-se que a Escala Intensidade de Dor se relaciona significativamente com a EVA e com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Na relação com as escalas do CAD-r observa-se que se relaciona significativamente, em sentido negativo, com a busca de informação e em sentido positivo com a religião. Quanto à relação entre a Intensidade da Dor e as escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

Quanto à escala Nível de actividade observa-se que se relaciona significativamente com a EVA e com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Na relação com as escalas do CAD-r observa-se que se relaciona significativamente, em sentido negativo, com a busca de informação, distracção, auto afirmação e catarse e em sentido positivo com a religião. Quanto à relação entre a Intensidade da Dor e as

escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

Na escala Frequência da dor verifica-se que se relaciona significativamente com a EVA e com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Na relação com as escalas do CAD-r observa-se que se relaciona significativamente, em sentido negativo, com a busca de informação. Na sua relação com as escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

A escala de toma de analgésicos relaciona-se em sentido positivo com a EVA e com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Apresenta igualmente uma relação significativa e em sentido negativo com as escalas busca de informação, auto controlo, auto afirmação e catarse. Quanto à relação com as escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

Na escala qualidade do sono verifica-se que se relaciona significativamente com a EVA e com todas as escalas do Lattinen, embora se relacione em sentido negativo com a escala nº de horas de sono. Na relação com as escalas do CAD-r observa-se que se relaciona significativamente, em sentido negativo, com a busca de informação, distração, auto afirmação e catarse e em sentido positivo com a religião. Na sua relação com as escalas do SF-36, verifica-se que se mantém o sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde.

Quanto à escala nº de horas de sono observa-se que se relaciona significativamente e em sentido negativo com a EVA e com todas as escalas do

Lattinen. Na relação com as escalas do CAD-r observa-se que se relaciona significativamente, em sentido positivo, com a busca de informação, distração, auto afirmação e catarse. Quanto à relação entre o nº de horas de sono e as escalas do SF-36, verifica-se que se relaciona positivamente com todas as escalas deste questionário, embora se relacione negativamente com o item Transição de Saúde.

Nas diferentes escalas do CAD-r e mantendo o nível de significância $p = .01$, observa-se que a escala distração se relaciona em sentido negativo com o nível de actividade e qualidade do sono e positivo com o nº de horas de sono, do questionário Lattinen; tem uma relação positiva com todas as escalas do CAD-r, excepto a religião que tem uma relação em sentido negativo. Já em relação à sua relação com as escalas do SF-36 observa-se que tem uma relação significativa e em sentido positivo com todas as escalas, à excepção do item transição de saúde, em que esta relação é em sentido negativo.

Quanto à escala Busca de informação observa-se que tem uma relação negativa com a EVA, com todas as escalas do Lattinen, à excepção do nº de horas de sono, em que é uma relação de sentido positivo; tem uma relação negativa com a escala religião e positiva com a distração, auto afirmação e catarse; Na sua relação com as escalas do SF-36 observa-se que tem uma relação significativa e em sentido positivo com todas as escalas, à excepção do item transição de saúde, em que esta relação é em sentido negativo.

A escala autocontrolo é a que apresenta menor número de relações com outras escalas, sendo que apresenta uma relação de sentido negativo com a escala toma de analgésicos (Lattinen) e religião (CAD-r) e uma relação de sentido positivo com a escala distração do CAD-r.

A escala auto afirmação relaciona-se em sentido negativo com a EVA, o nível de actividade, qualidade do sono, intensidade da dor e toma de analgésicos e positivo

com o nº de horas de sono, do questionário Lattinen; tem uma relação positiva com a distração, a busca de informação e catarse, e com a religião tem uma relação em sentido negativo. Já em relação à sua relação com as escalas do SF-36 observa-se que tem uma relação significativa e em sentido positivo com todas as escalas, à excepção do item transição de saúde, em que esta relação é em sentido negativo.

A escala religião tem uma relação de sentido positivo com a EVA, a intensidade da dor, o nível de actividade e qualidade do sono (escalas do Lattinen) e uma relação em sentido negativo com a distração, busca de informação, auto controlo e auto afirmação. Na sua relação com as escalas do SF-36 observa-se que se relaciona negativamente com todas as escalas à excepção do item transição de saúde, com o qual se relaciona positivamente.

Quanto à escala catarse observa-se que tem uma relação negativa o nível de actividade, toma de analgésicos e qualidade do sono. Tem uma relação positiva com o nº de horas de sono; tem uma relação positiva com a distração, auto afirmação e busca de informação; Na sua relação com as escalas do SF-36 observa-se que tem uma relação significativa e em sentido positivo com todas as escalas, à excepção do item transição de saúde, em que esta relação é em sentido negativo.

As escalas do SF - 36 , como se vem a observar tem uma relação significativa com quase todas as escalas de todos os questionários e que é o item Transição de saúde que se relaciona sempre em sentido oposto face às restantes dimensões daquele questionário. Assim, verifica-se que as escalas do SF-36 se relacionam negativamente com a EVA e todas as escalas do Lattinen, à excepção do nº de horas de saúde (como já referido o item transição de saúde relaciona-se em sentido oposto, isto é, neste caso, em sentido positivo). Todas as escalas do SF-36 relacionam-se positivamente com as escalas distração, busca de informação, auto afirmação e catarse e negativamente com a religião (novamente à excepção

do item transição de saúde que é em sentido oposto).

Para avaliar as relações entre as variáveis demográficas e as escalas dos questionários procedeu-se a uma divisão da amostra por sexo, em que se compararam as mulheres (n=80) e os homens (n=50). Observou-se que as mulheres diferem dos homens, com uma pontuação mais alta, na escala nível de actividade do Lattinen e na estratégia religião, enquanto os homens apresentam uma pontuação mais elevada na escala vitalidade, conforme se pode observar da tabela seguinte:

	Sexo	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média	t	Sig.
Nível de Actividade	<i>Feminino</i>	2.16	.863	.097	2.387	.018
	<i>Masculino</i>	1.76	1.041	.147		
Busca de informação	<i>Feminino</i>	11.58	3.854	.431	-2.506	.013
	<i>Masculino</i>	13.20	3.136	.444		
Religião	<i>Feminino</i>	15.14	6.593	.737	4.991	.000
	<i>Masculino</i>	8.94	7.338	1.038		
Vitalidade	<i>Feminino</i>	10.20	4.014	.449	-2.379	.019
	<i>Masculino</i>	12.04	4.703	.665		

Tabela 23- Diferenças significativas entre sexos no Lattinen, CAD-r e SF-36, v.2

Para comparação das diferenças entre grupos de idades foi empregue uma divisão da amostra total pela mediana, em que à metade inferior corresponde o grupo designado por “jovens”, com idades dos 30 aos 61 anos (n=63), enquanto que à metade superior, que corresponde o grupo designado por “velhos”, têm uma franja de idades dos 62 aos 92 anos (n=67). Assim, observa-se que Nível de actividade e religião, no Lattinen e no CAD-r, respectivamente, são as escalas mais pontuadas pelos mais velhos, enquanto distracção, autocontrolo, auto afirmação, e funcionamento físico são as escalas pontuadas pelos mais jovens.

	Grupo de Idade	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média	t	Sig.
Nível de Actividade	<i>Jovens</i>	1.78	.888	.112	-2.735	.007
	<i>Velhos</i>	2.22	.966	.118		
Distracção	<i>Jovens</i>	9.48	4.518	.569	3.594	.000
	<i>Velhos</i>	6.78	4.045	.494		
Auto controlo	<i>Jovens</i>	5.19	2.184	.275	3.555	.001
	<i>Velhos</i>	4.21	.565	.069		
Auto afirmação	<i>Jovens</i>	16.19	4.016	.506	2.633	.010
	<i>Velhos</i>	14.25	4.350	.531		
Religião	<i>Jovens</i>	10.44	7.025	.885	-3.555	.001
	<i>Velhos</i>	14.93	7.326	.895		
Funcionamento Físico	<i>Jovens</i>	18.78	5.508	.694	2.521	.013
	<i>Velhos</i>	16.31	5.628	.688		

Tabela 24 - Diferenças significativas entre grupos de idade no Lattinen, CAD-r e SF-36.

Foi efectuado o mesmo tipo de análise para comparação entre diagnóstico de dor, pelo que se compararam os tipos de dor mais numerosos da amostra: dor neuropática (n=86) e a dor somática (n=34), eliminando os dez casos restantes por serem um grupo pequeno e de difícil comparação (dor vascular, n=1 e fibromialgia, n=9).

Do cruzamento das variáveis dos questionários, com estes dois grupos de dor, obtiveram-se pontuações mais altas pelos doentes diagnosticados com dor neuropática nas escalas Funcionamento Físico, Dor Corporal e Desempenho emocional, do SF-36, como se pode ver na tabela seguinte:

	Diagnóstico de Dor	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média	t	Sig.
Funcionamento Físico	<i>Neuropática</i>	18.38	5.609	.605	3.028	.003
	<i>Somática</i>	14.91	5.786	.992		
Dor Corporal	<i>Neuropática</i>	4.731	1.6672	.1798	3.105	.002
	<i>Somática</i>	3.682	1.6692	.2863		
Desempenho Emocional	<i>Neuropática</i>	8.71	3.907	.421	2.686	.008
	<i>Somática</i>	6.62	3.676	.631		

Tabela 25- Diferenças significativas entre grupos de dor no Lattinen, CAD-r e SF-36,v.2

6.6 Confirmação das hipóteses

Para tentar estabelecer as relações existentes entre o emprego das estratégias de coping e a repercussão na qualidade de vida dos doentes, foram realizadas duas análises *cluster* de dois grupos (método de K-means). O primeiro empregando como variáveis de classificação as estratégias de coping utilizadas pelos doentes, a partir da qual se comprovou a existência de possíveis diferenças no resto das variáveis (Idade, estudos, EVA, Lattinen, Qualidade de Vida).

Na segunda análise *cluster* procedeu-se de forma contrária, foram elaborados os grupos (dois em cada caso) atendendo às pontuações de qualidade de vida (SF-36) e comparando-os com o resto das variáveis (idade, estudos, EVA e CAD-r). Os resultados estão representados nas tabelas seguintes [as tabelas de amostra independentes (teste t de student) encontram-se em anexo, anexos 13 e 14, p. 149 e 152, respectivamente]:

6.6.1 Grupos em função das suas estratégias de *Coping*

O grupo 1, em relação ao grupo 2 pontua mais alto em todas as estratégias de *Coping*, menos na da religião, observando-se que todas as estratégias resultam discriminantes para a formação dos dois grupos (ANOVA). O grupo 1 está composto por 71 doentes, enquanto que o grupo 2 é composto pelos restantes (n=59).

	Conglomerado	
	1	2
Distracção	11	5
Busca de informação	14	10
Autocontrolo	5	4
Auto afirmação	17	13
Religião	7	20
Catarse	12	8

Tabela 26 - Centros dos conglomerados finais em função das estratégias de *Coping*

ANOVA

	Conglomerado		Erro		F	Sig.
	Media Quadrada	gl	Media Quadrada	gl		
Distracção	1027,872	1	12,142	128	84,653	,000
Busca de informação	380,989	1	10,592	128	35,969	,000
Autocontrolo	23,286	1	2,537	128	9,177	,003
Auto afirmação	495,401	1	14,647	128	33,823	,000
Religião	5255,589	1	15,614	128	336,604	,000
Catarse	378,612	1	10,487	128	36,102	,000

Tabela 27 - Análise da variância (ANOVA), em função das estratégias de *Coping*

Conglomerado	1	71,000
	2	59,000
Válidos		130,000
Perdidos		,000

Tabela 28- Número de casos em cada conglomerado

Perante a aplicação da análise cluster procede-se a comprovar a existência de diferenças entre ambos os grupos e o resto das variáveis empregues no estudo. Para isso aplicou-se uma prova de diferença de médias (t de Student). Os resultados aparecem na tabela seguinte (a tabela de amostras independentes encontra -se no anexo 13, p. 149):

	Número inicial de casos	N	Media	Desvio-padrão	Erro padrão médio
Idade	1	71	59,14	13,237	1,571
	2	59	66,64	11,792	1,535
Estudos	1	71	3,08	,874	,104
	2	59	2,81	,880	,115
EVA	1	71	4,56	2,761	,328
	2	59	6,24	2,775	,361
Lattinen intensidade da dor	1	71	2,45	,672	,080
	2	59	2,88	,768	,100
Lattinen nível de actividade	1	71	1,48	,652	,077
	2	59	2,64	,866	,113
Lattinen frequência	1	71	3,39	,978	,116
	2	59	3,66	,757	,099
Lattinen analgésicos	1	71	2,38	,799	,095
	2	59	2,78	,767	,100
Lattinen qualidade do sono	1	71	2,44	,841	,100
	2	59	3,20	,867	,113

Lattinen nº horas de sono	1	71	5,14	1,543	,183
	2	59	4,00	1,597	,208
Funcionamento Físico	1	71	19,85	5,546	,658
	2	59	14,69	4,473	,582
Desempenho Físico	1	71	10,93	4,145	,492
	2	59	7,69	3,816	,497
Dor Corporal	1	71	5,090	1,5195	,1803
	2	59	3,624	1,5925	,2073
Saúde Geral	1	71	11,752	3,4364	,4078
	2	59	9,217	2,9064	,3784
Vitalidade	1	71	12,35	4,492	,533
	2	59	9,17	3,529	,459
Funcionamento Social	1	71	5,87	1,963	,233
	2	59	4,02	2,145	,279
Desempenho Emocional	1	71	9,49	3,496	,415
	2	59	6,39	3,514	,457
Saúde Mental	1	71	15,85	5,711	,678
	2	59	11,47	4,939	,643

Tabela 29 - Prova *t* de Student, em função das estratégias de Coping

Estes resultados indicam que existem diferenças em todas as variáveis excepto no nível de estudos (os dois grupos são iguais) e na frequência de dor do Lattinen. Assim, o grupo que emprega mais estratégias de *Coping* (menos a religião) é algo mais jovem (59 anos vs. 66 anos) e valorizam a dor inicialmente em menor grau, tendo menor intensidade de dor, menor limitação a nível de actividades quotidianas, toma menos analgésicos, a sua qualidade de sono é melhor, dorme mais horas e tem melhor qualidade de vida em todas as variáveis avaliadas pelo questionário SF-36.

6.6.2 Grupos em função da qualidade de vida

O grupo 1, em relação ao grupo 2, pontua mais alto em todas as variáveis de qualidade de vida, observando-se que todas as variáveis resultam discriminantes para a formação dos dois grupos (ANOVA). O grupo 1 está composto por 40 doentes, enquanto que o grupo 2 está composto pelos restantes (n=90). Esta classificação é independente da classificação anteriormente realizada, ou seja, os sujeitos são diferentes. Os resultados aparecem na tabela seguinte (a tabela de amostras independentes encontra -se no anexo 14, p. 152):

	Conglomerado	
	1	2
Funcionamento Físico	23	15
Desempenho Físico	14	7
Dor Corporal	6,2	3,6
Saúde Geral	14,5	8,9
Vitalidade	16	8
Funcionamento Social	8	4
Desempenho Emocional	12	6
Saúde Mental	21	11

Tabela 30 - Centros dos conglomerados finais, em função da Qualidade de Vida

ANOVA

	Conglomerado		Erro		F Media Quadrada	Sig. gl
	Media Quadrada	gl	Media Quadrada	gl		
Funcionamento Físico	1855,728	1	18,068	128	102,705	,000
Desempenho Físico	1243,108	1	8,916	128	139,430	,000
Dor Corporal	192,517	1	1,449	128	132,854	,000
Saúde Geral	878,107	1	5,043	128	174,116	,000
Vitalidade	1774,770	1	5,360	128	331,093	,000
Funcionamento Social	352,277	1	2,309	128	152,542	,000
Desempenho Emocional	1014,539	1	6,778	128	149,690	,000
Saúde Mental	3006,410	1	10,212	128	294,409	,000

Tabela 31 - Análise da variância (ANOVA), em função da Qualidade de Vida

Conglomerados	1	40.000
	2	90.000
Validos		130.000
Perdidos		.000

Tabela 32- Número de casos em cada conglomerado

	Número inicial de casos	N	Media	Desvio- padrão	Erro padrão médio
Idade	1	40	63,28	13,553	2,143
	2	90	62,22	12,960	1,366
Estudos	1	40	3,20	1,043	,165
	2	90	2,86	,787	,083

EVA	1	40	3,70	2,312	,365
	2	90	6,04	2,824	,298
Lattinen intensidade da dor	1	40	2,13	,563	,089
	2	90	2,88	,700	,074
Lattinen nível de actividade	1	40	1,53	,679	,107
	2	90	2,22	,980	,103
Lattinen frequência	1	40	3,00	1,177	,186
	2	90	3,74	,610	,064
Lattinen analgésicos	1	40	2,03	,423	,067
	2	90	2,80	,824	,087
Lattinen qualidade do sono	1	40	1,93	,616	,097
	2	90	3,17	,783	,082
Lattinen nº horas de sono	1	40	5,73	,987	,156
	2	90	4,13	1,671	,176
Distracção	1	40	11,38	4,705	,744
	2	90	6,62	3,505	,369
Busca de informação	1	40	15,28	2,801	,443
	2	90	10,83	3,152	,332
Autocontrolo	1	40	4,93	1,670	,264
	2	90	4,58	1,628	,172
Auto afirmação	1	40	18,48	2,309	,365
	2	90	13,73	4,159	,438
Religião	1	40	10,75	7,232	1,143
	2	90	13,64	7,482	,789
Catarse	1	40	12,03	4,166	,659
	2	90	9,11	3,015	,318
Activas	1	40	3,1281	,44734	,07073
	2	90	2,2354	,58248	,06140
Passivas	1	40	2,8469	1,16144	,18364
	2	90	2,8444	,90940	,09586

Tabela 33- Prova t de Student, em função da Qualidade de Vida

Tendo em vista as tabelas de amostras independentes (em anexos 13 e 14, p. 149 e 152) e assumindo as variâncias iguais (não há motivo para que se tenha que assumir variâncias diferentes), os resultados apontam para que não exista diferenças significativas quanto à idade (aspecto importante na hora de estabelecer hipóteses causais) e não aparecem mudanças nas estratégias de *Coping* de autocontrolo, nem tão pouco no total de estratégias passivas.

Isso mostra que aparecem diferenças no resto das variáveis contrastadas, sendo que o grupo 1 (o que tem maior qualidade de vida em todas as variáveis), possui maior nível de estudos, valoriza a dor com menor intensidade (tanto com o EVA, como com o Lattinen), tem maior nível de actividade, menor frequência de dor, emprega em menor grau os analgésicos e possui melhor qualidade de sono, assim como, dorme mais horas. Na perspectiva do *Coping* emprega em maior grau a distração activa, procura activamente informação sobre a sua doença, anima-se mais para fazer frente à doença, emprega menos religião e verbaliza o seu problema em maior grau.

Por último, em termos gerais emprega mais as estratégias activas, embora não haja diferenças nas passivas. Isso indica que as estratégias activas de *Coping* podem resultar melhor a nível terapêutico, já que entre as passivas não existem diferenças significativas.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS - COPING E QUALIDADE DE VIDA NA DOR CRÓNICA

O objectivo deste trabalho de investigação é estudar o *Coping* e a Qualidade de Vida em doentes com dor crónica. Tendo como finalidade última, a melhoria da prestação de cuidados aos doentes com dor crónica, este estudo teve como objectivos específicos: caracterizar, por amostra, uma população com Dor Crónica em termos demográficos e socioeconómicos, determinar que estratégias de *Coping* são utilizadas por esta amostra; determinar que relações existem entre as estratégias de *Coping* e o nível de qualidade de vida percebida nesta amostra; validar e contribuir para o estudo do CAD-R quando aplicado à população portuguesa;

Esta investigação, do tipo descritivo correlacional, de desenho transversal, utiliza como base conceptual a análise das várias definições associadas a cada um dos construtos Dor, Stress enquanto processo desencadeador de estratégias de Coping, e na sua abordagem, o Modelo Transaccional de Lazarus (1984) e ainda, Qualidade de Vida. Foram abordados 130 doentes com dor crónica.

Como instrumentos de avaliação foram utilizados o Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica, a versão portuguesa do Questionário de Lattinen, a versão adaptada e validada no decorrer desta investigação, para a população portuguesa do Cuestionario de Afrontamiento del Dolor - Reducido (Soriano e Monsalve, 2004) e a versão portuguesa do MOS - Short Form Health Survey, SF-36 (Ware e Sherbourne, 1992).

Este capítulo está dividido em duas partes principais, em que na primeira parte são discutidos os resultados encontrados face aos objectivos de estudo e numa segunda parte são abordadas as limitações inerentes à investigação.

PARTE I - Discussão dos resultados com base nos objectivos de estudo

7.1 Caracterizar uma amostra portuguesa com dor crónica em termos demográficos e sócio - económicos

Os dados obtidos revelaram uma amostra maioritariamente feminina (61.5%), de idade avançada (m= 63, d.p.=13.10) e casada (74.6%). Dada a faixa etária desta amostra faz todo o sentido, em termos de actividade laboral, que a maioria de doentes se encontre numa situação de “inactivo tendo trabalhado”, já que nesta categoria se incluem os reformados, quer pela idade, quer por invalidez.

Os dados mostram que a maioria dos doentes tem apenas o 1^o/2^o ciclo, que é significativo dada a faixa etária e o género em evidência. Observa-se igualmente que uma maioria significativa (83.1%) se identifica como religioso ou como tendo práticas religiosas ou espirituais. Estes dados estão de acordo com os Censos Nacionais (última actualização de 31.12.2004), do Instituto Nacional de Estatística.

Verifica-se que os dados obtidos mostram que a maioria dos doentes seguidos na UTD têm por diagnóstico clínico primordial e que foi motivo de encaminhamento para aquela unidade, o pós-operatório de Cirurgia da coluna em 21,5%, as dores Músculo-esqueléticas não específicas em 18,5%, a fibromialgia em 6,9% e o pós-operatório da neoplasia da mama. Estes diagnósticos são de alguma forma específicos dada a maioria de mulheres presentes nesta amostra. Depois da primeira avaliação já na UTD, os doentes são observados e acompanhados pelo diagnóstico de dor, sendo que se observa uma maioria de dor neuropática.

7.2 Determinar que Estratégias de Coping são utilizadas por esta amostra

Os resultados médios dos doentes nas escalas do CAD-r e resultantes da validação deste questionário para a amostra portuguesa, variam entre um mínimo de 4,68 e 15,19. Estes valores são semelhantes àqueles encontrados pelos autores daquele questionário (Soriano e Monsalve, 2004), aquando da validação do CAD-r, embora o ordenamento das escalas apresente ligeiras diferenças em relação aos do trabalho na amostra espanhola.

Numa análise descritiva simples das duas grandes dimensões do Coping avaliadas pelo CAD-r, observa-se que os doentes desta amostra utilizam maioritariamente estratégias de Coping activas (m=40.16, d.p.= 10.92), face às estratégias passivas (m=22.76, d.p.=7.91).

Esta pontuação é altamente influenciada pela utilização significativa da estratégia activa auto afirmação (m=15.19, d.p.= 4.286), embora logo em seguida apareça a estratégia passiva religião (m=12.75, d.p.= 7.4999) e a estratégia activa da busca de informação (m= 12.20, d.p.= 3.669). A escala menos pontuada é a escala activa do autocontrolo com média de 4.68 (d.p.= 1.643), seguida da escala activa distracção com média de 8.08 (d.p.= 4.474).

Estes dados são o oposto dos dados obtidos por vários estudos em que se observa que as estratégias passivas são as mais utilizadas pelos doentes, tal como refere Blyth e col. (2005, p. 290)

“Aqueles com Dor Crónica usam uma larga escala de estratégias de auto – controlo, muitas vezes combinado com estratégias passivas e activas [...] o uso exclusivo de estratégias passivas foi quatro vezes mais comum do que o uso exclusivo de estratégias activas.” Blyth e col. (2005, p. 290)

A Escala Auto afirmação corresponde à capacidade de os doentes se esforçarem cognitivamente em se auto - animarem e se manterem activos, para não

desfalecerem ou desanimarem. Esta escala aparece relacionada em alguns estudos com a intensidade da dor (Soucase e col., 2004, Soriano e Monsalve, 2005) e nesta investigação observa-se esta relação quer ao nível da EVA reportada, bem como nos itens do questionário Lattinen, em sentido negativo, pelo que se pode afirmar que quanto maior for a intensidade da dor reportada, menor é a capacidade dos doentes em se animarem a si mesmos.

A escala religião aparece como a segunda estratégia de *Coping* mais utilizada. Esta escala é apoiada pela característica feminina desta amostra (mulheres» m=15.14, d.p.=6.60 e homens» m=8.94, d.p.=7.34) e também pela idade, já que se verificou que, no grupo mais velho, a utilização da religião está mais presente (jovens» m=1.44, d.p.= 7.025 e velhos» m= 14.93, d.p.= 7.33), sendo este facto apoiado pela história social do nosso país, em que a vertente religiosa católica está ainda, bem enraizada, principalmente nas pessoas mais idosas. De facto, os dados obtidos mostram uma maioria religiosa, praticante do catolicismo.

A escala religião refere-se à necessidade de rezar e empregar a religião como meio de obter consolo e estabilidade e muitos doentes ao longo do preenchimento dos questionários referiam ter-se voltado mais para as práticas religiosas, quando sentiram que nunca iriam ficar sem dores ou se sentiram abandonados pela comunidade médica (pela falta de uma solução eficaz) ou pelos familiares e comunidade social; muitos doentes referiam “*estar nas mãos de Deus*”.

A escala busca de informação é mais representativa nos homens (m=13.20, d.p.=3.14) do que nas mulheres (m=11.58, d.p.=3.85), sendo que se pode associar ao facto de esta estratégia se referir à procura de apoio instrumental, isto é, a procura activa de soluções que possam resolver a dor eficazmente, característica mais comum nos homens, tal como refere Thoits (1991).

A escala menos pontuada, a estratégia auto controlo mental, é definida como o esforço cognitivo para tentar diminuir a dor, como por exemplo concentrar-se no

ponto onde mais dói e tentar diminuir a dor, no entanto, os doentes referiam este esforço como muito difícil, visto que tentavam antes de tudo “esquecer a dor” e consideravam “impossível” diminuir a dor através do esforço mental.

De notar que o tipo de dor, neuropático ou somático não aparece associada com nenhuma das estratégias de *Coping*, pelo que se pode inferir que não é tanto o tipo de dor que realmente intercede no momento da escolha da estratégia mais adequada.

Assim, em resposta à Questão de Investigação 1 (“Que estratégias de Coping com a dor são mais utilizadas pelos doentes com dor crónica?”) esta amostra utiliza maioritariamente estratégias activas de *Coping*, essencialmente a estratégia auto afirmação, que é considerada uma estratégia adaptativa, no sentido que permite que o doente se sinta determinado e com força para fazer frente à dor, pelo que a hipótese 1 (“Os doentes com dor crónica utilizam Estratégias de *Coping* essencialmente passivas para lidar com a dor”) não se confirma na sua totalidade.

7.3. Determinar que relações existem entre as Estratégias de *Coping* e o nível de Qualidade de Vida percebido nesta amostra

O questionário de Lattinen tem sido utilizado como instrumento de medida da intensidade da dor, mas dadas as suas características e forma de pontuação (pontuações baixas indicam ausência de sintomatologia dolorosa, enquanto pontuações mais altas indicam claramente a presença de sintomatologia dolorosa), tem sido igualmente utilizado como indicador de Qualidade de Vida.

Como refere Monsalve e col. (2006) os cinco itens do Lattinen constituem um grupo relacionado entre si e que avalia de que forma a dor interfere no quotidiano do doente, enquanto que o item nº de horas de sono se relaciona de forma oposta.

Esta relação contraditória foi igualmente comprovada no decorrer desta investigação, podendo dizer-se que quanto mais dorme o doente, menor é a pontuação total, ou seja, menor sintomatologia ou interferências no quotidiano provocadas pela dor, facto confirmado igualmente pela relação significativa, em sentido oposto, com a EVA. De destacar também, a relação oposta verificada entre as escalas qualidade do sono e nº de horas de sono, tal como o Monsalve e col. (2006) descrevem. Como estes autores referem “*surge a clássica oposição entre qualidade versus quantidade*” (p. 226).

No decorrer da análise, verifica-se que, de facto, o Lattinen pode actuar como um indicador de qualidade de vida, visto que, se relaciona significativamente com todas as dimensões do SF-36, ainda que em sentido negativo, isto é, as pontuações mais baixas do Lattinen relacionam-se com uma melhor qualidade de vida e vice-versa, embora o item nº de horas de sono, actue em sentido oposto, ou seja, quanto mais horas de sono, melhor é a qualidade de vida do doente, tal como o encontrado por Monsalve e col. (2006).

Os resultados médios dos doentes nas escalas do SF-36 variam entre 17.51 e 4.43, sendo a pontuação mais alta a da escala Funcionamento Físico (m=17.51 e d.p.= 5.685), seguida da escala Saúde Mental e Vitalidade e a mais baixa da Dor Corporal (m=4.43 e d.p.= 1.712), seguida do Funcionamento Social (m= 5.03, d.p.= 2.241) e Desempenho Físico (m=9.46, d.p.=4.299).

A análise dos resultados da escala do SF-36 permite detectar possíveis áreas de funcionamento nas quais os sujeitos apresentam maiores ou menores dificuldades. As respostas aos questionários, mas essencialmente nos itens do SF-36 fornecem dados sobre problemas ou situações específicas associadas à dor crónica.

A interpretação dos resultados é relativamente complexa, dado que algumas escalas constituem uma medida subjectiva de bem-estar, incluindo aspectos da

saúde positivos (como, por exemplo, energia) e expressões somáticas de doença física e de perturbação psicológica (por exemplo, fadiga).

Neste estudo, verifica-se que em relação à dor corporal, 44,6% dos doentes apresentaram dores fortes (item 7), com dois valores semelhantes para a avaliação do impacto dessa dor no trabalho normal, com 31,5% dos doentes a referirem uma interferência moderada e outros 31,5% a referirem que a dor não teve qualquer interferência (item 8), sendo esta relação observada igualmente face à EVA, em sentido oposto, pelo que se pode inferir, que quanto maior a pontuação na EVA, pior a qualidade de vida dos doentes. Este dado é demonstrado por vários estudos, em que a EVA é também considerada como preditora da Qualidade de vida do doente com dor crónica. (Soucase e col., 2004; Laursen e col., 2005; Monsalve e col. 2006).

Quanto ao funcionamento social verifica-se que cerca de 34% dos doentes referem uma interferência moderada da dor no seu relacionamento social (item 6) e em 33,8% na sua actividade social (item 10). Em termos de desempenho físico (item 4) verifica-se que os doentes referem a dor interferiu no seu desempenho a maior parte do tempo (item pontuado mais alto em todas as questões).

Estes resultados sugerem que a dor corporal e o impacto que esta tem sobre o funcionamento social e o desempenho físico parecem ser os aspectos de maior importância para os doentes, já que mesmo durante o preenchimento dos questionários, os doentes faziam questão de ressaltarem a pouca vontade que tinham em sair de casa e conviver, principalmente porque apresentavam um nível de dor bastante intenso, embora cumprissem a prescrição analgésica. Este grau de dor era incapacitante em grande medida para realizarem as suas tarefas do quotidiano, embora este grau de dor pesasse mais na hora de decidir a prioridade das tarefas a desempenhar.

Miles e col. (2005, p. 431 – 432) estudaram a experiência das pessoas com Dor

Crónica e observa que as dificuldades associadas à Dor Crónica são consideráveis, visto que impõe limitações sérias, graves e consideráveis no dia – a – dia dos doentes com Dor Crónica, quer limitações nas suas capacidades físicas e na realização das suas actividades, mas também limitações naquilo que os doentes pensam que conseguem fazer.

Como referem os autores, “a Dor Crónica priva as pessoas de fazerem uma gama de actividades, transtornar a sua noção de identidade e desafiar os aspectos do seu mundo que usualmente tomam como garantido”. (p. 431) Estes resultados são igualmente partilhados por Katz (2002, p. S38 – S41)

Observou-se que na relação SF-36 e género as mulheres apresentam - se com menor pontuação (m=10.20, d.p.= 4.01) na escala Vitalidade, face aos homens (m=12.04, d.p.=4.70), sendo que, em relação à idade, aparece a diferença esperada entre jovens e velhos, na escala Funcionamento Físico, com os mais novos a apresentarem valores mais altos, dadas as características decorrentes do processo de envelhecimento.

Observaram-se relações significativas em três escalas do SF-36 (Funcionamento Físico, Dor Corporal e Desempenho Emocional) face ao tipo de dor, em que a dor neuropática aparece sempre com pontuação mais alta, de onde se pode inferir que os doentes com dor neuropática apresentam melhor qualidade de vida. Esta conclusão foi igualmente observada por Monsalve e col. (2006)

Vários estudos referem uma relação bastante acentuada entre os factores estratégias de *Coping* e Qualidade de Vida percebida dos doentes. (Turek e col., 1996; Blyth e col., 2005; Mercado e col., 2005). Assim, nos dados encontrados, verifica-se que a utilização da estratégia passiva religião é preditora de uma menor Qualidade de Vida, com um risco superior de desenvolvimento de Dor Crónica ou de utilização de recursos de saúde, embora na globalidade das estratégias passivas, os dados não mostrem essa relação.

Com mais expressão, verifica-se que a utilização de estratégias de *Coping* activas parecem ter uma relação com o menor risco de desenvolvimento de Dor Crónica, visto que se relacionam muito significativamente com todas as escalas do SF-36, dados comprovados pela análise de grupos face às estratégias de Coping e à qualidade de vida, em que se verifica que o grupo mais jovem utiliza mais estratégias de coping activas, reporta menos dor (tanto na EVA, como no Lattinen), apresenta maior nível de actividade, com melhor qualidade de vida em todas as escalas do SF-36. Estes dados vêm confirmar os dados recolhidos por Dysvik e col. (2005).

Assim, as estratégias de *Coping* activas, caracterizadas pelo autocontrolo e autoconfiança, verifica-se estarem associadas a um nível aumentado de actividade física e um maior nível de Qualidade de Vida, enquanto, por outro lado, embora menos expressivo e com menor capacidade preditiva, as estratégias de *Coping* passivas parecem estar intimamente ligadas à má adaptação física à Dor Crónica, com diminuição do nível de Qualidade de Vida e podem assumir uma capacidade preditiva de desenvolvimento de novas incapacidades de adaptação ou até mesmo do desenvolvimento de novas patologias limitativas,

Bergman e col. (2004, p. 122) no seu estudo concluíram que

“Tanto os aspectos físicos como mentais do estado de saúde são importantes, como medidas do impacto, quer do desenvolvimento da dor, quer da sua persistência e que aqueles são sensíveis a mudanças no estado de saúde. O aspecto mental parece ser, relativamente mais importante quando a dor é generalizada. Encontrou-se também, que, tanto os aspectos físico como mental predizem o desenvolvimento da dor crónica.” Bergman e col. (2004, p. 122)

Sarafino (2002) alerta para que independentemente de ser uma doença temporária ou crónica, as primeiras fases de *Coping* são semelhantes, mas com a diferença fulcral de que numa doença crónica, as adaptações pessoais e

familiares são permanentes, alterando desta forma, a noção e sensação de Qualidade de Vida, até à adaptação ao novo estado, embora esta adaptação quase sempre ocorra com sofrimento emocional.

Santos (1999, p. 46 – 47) citando vários autores, alerta para

“a confirmação de uma doença crónica afecta a actividade psicológica, económica e social da mesma forma que a física. Cada uma dessas áreas actua como um «stressor» específico, interactuando de forma cíclica. Dos problemas inevitavelmente enfrentados [...] incluem-se os intrafamiliares e sexuais, o isolamento social, os conflitos de independência «versus» dependência, as injúrias às alterações da sua imagem corporal, as pressões económicas e ameaças de morte. A forma como o indivíduo responde ao diagnóstico e lida com a cronicidade, relaciona-se geralmente com as suas experiências anteriores com situações de crise e a sua resistência, solidez ou fraqueza perante elas.” Santos (1999, p. 46 – 47)

Desta forma, se compreende a abrangência de consequências negativas que a dor crónica traz à Qualidade de Vida dos indivíduos e se vê assim respondida a Questão de Investigação 2 (“Que repercussões induzem no nível percebido de Qualidade de Vida?). Verifica-se também que a Hipótese de Investigação 2 (“ Os doentes que utilizam Estratégias de *Coping* activas para lidar com a dor reportam melhor Qualidade de Vida”) se vê confirmada pelos dados obtidos neste estudo.

PARTE II - Limitações inerentes à investigação

A área da investigação sobre a Dor cresce a cada dia que passa, quer pelo desenvolvimento de novos fármacos mais potentes, quer pela compreensão cada vez mais, alargada e pormenorizada, dos mecanismos fisiopatológicos da dor e das doenças que provocam dor, bem como de novos métodos de avaliação e

compreensão das interacções da dor com outros factores, como os factores psicológico, familiar e social.

No entanto, muito há ainda a dizer sobre a dor e sobre a psicologia da dor, mas porque é um território em exploração, foram sentidas dificuldades e encontradas limitações na realização deste estudo. Essas limitações abrangem essencialmente o limite temporal da investigação, que os prazos académicos impõem e perante os quais se delineou o desenho do estudo, que se pretendeu que fosse o mais adequado possível e o mais eficaz para a realização da investigação.

Este tema é bastante vasto, abrangente e absorvente e pelas suas características necessitaria de um estudo mais alargado no tempo, com mais do que um momento de avaliação e alargado a um maior número de doentes, até de outras instituições. Há autores que defendem que as estratégias de *Coping* são um traço de personalidade, outros defendem que são esforços cognitivos, aprendidos, mas mutáveis consoante as situações, pelo que seria interessante à mesma amostra fazer um segundo momento de avaliação, com os mesmos instrumentos, mas as condições hospitalares e o tempo disponível, não permitiram a realização de um estudo mais alargado.

Porque o limite de tempo condicionou a selecção da amostra, a sua não aleatoriedade limita a segurança na inferência e generalização dos resultados. Foi feito um esforço significativo para a obtenção do número adequado de doentes para o estudo, que também englobava a validação do CAD-r. Mais uma vez, a limitação temporal, não permitiu que se estabelecessem contactos com um maior número de doentes, que iam às consultas programadas, quer de Psicologia, quer médicas. O número de doentes inquiridos não foi superior dado o estado clínico de muitos deles, em que a ética e o respeito pelo doente se impuseram à necessidade da recolha de dados.

8. CONCLUSÃO

No quotidiano popular, está globalmente aceite a noção de que a dor e com mais significado, a dor crónica, tem um impacto negativo na qualidade de vida, com consequências mais ou menos visíveis na saúde em geral e no bem-estar social e psicológico.

Tal como refere Katz (2002, p. S40 – 41)

“... a dor e a qualidade de vida são fenómenos que partilham muitas das suas características fundamentais [...] a dor envolve componentes cognitivos, motivacionais, afectivos, comportamentais e físicos. Qualidade de vida, enquanto construto que incorpora todos os factores que têm impacto na vida individual, tem uma natureza abrangente semelhante.”

Em vários estudos sobressaem que os dois tipos básicos de estratégias, activas ou passivas, interferem de modo preponderante na resolução da situação de *Stress* e por conseguinte, na Qualidade de Vida que os doentes têm e mais importante, sentem ter.

A validação do questionário CAD-r a uma amostra portuguesa de doentes com dor crónica veio mostrar que o CAD-r mostra ser um instrumento fiável, válido, útil e de fácil utilização, tendo ainda a vantagem de permitir avaliar as estratégias de *Coping* de primeira ordem, com as dimensões que as englobam, constituindo uma combinação das estratégias de primeira ordem, que parecem ter resultados mais adaptativos, com resultados mais positivos, para os doentes com dor crónica.

Este questionário veio de uma forma algo inesperada contrariar a 1ª hipótese

estabelecida e que é formulada na maioria dos trabalhos, que referem as Estratégias de Coping passivas como as mais utilizadas pelos doentes com dor crónica, sendo estas as que têm maior grau preditivo da incapacidade e de pior Qualidade de Vida, tendo-se obtido dados que permitem afirmar que esta amostra utiliza essencialmente estratégias de Coping activas e os doentes que as utilizam, na sua maioria, apresentam melhor qualidade de vida.

Este estudo trouxe à luz as relações entre Eva, Lattinen, CAD-r e SF-36 e de que forma actuam enquanto indicadores de qualidade de vida e como instrumentos de trabalho clínico para a definição do melhor método terapêutico para os doentes com dor crónica.

No futuro, a aplicação do CAD-r pode fornecer dados para uma melhor interpretação do mesmo, mas principalmente para a construção de um perfil mais pormenorizado do doente com dor crónica.

8.1 Propostas de novos estudos e intervenções

Como já foi referido, todos os trabalhos de investigação, quer académicos, quer clínicos, estão sujeitos a limitações, quer de tempo, de recursos humanos e materiais, pelo que muito fica por explorar.

Assim, e face ao trabalho de investigação efectuado, pensa-se que terá interesse no futuro avaliar se existem diferenças entre grupos de doentes oncológicos e não oncológicos, face às estratégias de Coping e de que forma actuam na Qualidade de vida dos doentes; outra linha de investigação, que ficou por abordar e que parece interessante, tem a ver com a forma como a família se relaciona com o doente com dor crónica em termos de Coping, e a rede de apoio social deste, visto que, a família adapta-se e modifica-se e tem um papel preponderante nas Estratégias de Coping que são adoptadas pelo doente com dor crónica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. (2003). *Recursos e Estratégias para Lidar com a Crise*. Coimbra: Revista Sinais Vitais, nº 48. Maio, p. 43-46

ALDWIN, C. M. (2000) *Stress, Coping and Development – An integrative perspective*. New York: Guilford Press

ALMEIDA, M.C. (2002). “Stress e qualidade de vida dos doentes nos Cuidados Intensivos”. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

ANDRÉS, J. (2005). “Tratamiento del dolor – Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar”. In: Monsalve, V e Soriano, J. “Boletín de Psicología.”, Valencia: Editorial Promolibro, nº 84, Julho, p. 11-23

BENNER, P. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison – Wesley Publishing Company.

BENNETT, Paul (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

BERGMAN, S; JACOBSSON, L.; HERRSTRÖM, P; PETERSON, I. (2004) “Health status as measured by SF – 36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3 – year follow –up study in the general population.” Seattle: Pain, Vol. 108, Issues 1-2, Março, p. 115- 123

BLANCO, L. (2005) “Evaluación del dolor”. In: Monsalve, V e Soriano, J. “Boletín de Psicología.”, Valencia: Editorial Promolibro, nº 84, Julho, p. 77-90

BLYTH, F. (2005). *Self – management of chronic pain: a population – based study*. Seattle: PAIN, Vol. 113, Issue 3, Fevereiro, p. 285-292

BREIVIK, H; COLLET, B; VENTAFRIDA, V; COHEN, R; GALLACHER, D (2005) “Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment.” Erlangen: European Journal of Pain, Volume 10, Issue 4, Maio, p. 287-333

CAILLIET, R. (1999). *Dor, mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed

CARROL, LJ; CASSIDY, JD; CÔTÉ, P. (2006) “The role of pain coping

strategies in prognosis after whiplash injury: Passive Coping predicts slowed recovery”. Seattle: Pain, nº 124, Setembro, p. 18 – 26

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. “População residente por concelho, segundo os grandes grupos etários e o sexo” Atualização de 31/12/2004 [Online]. Visualizado em 5 de Março de 2006: <http://www.ine.pt/prodserv/quadros/quadro.asp/>

CONIAM, S.W. (1997). *Controlo da Dor*. Lisboa: Climepsi Editores

CRISTÓVÃO, F. (1999). *Stress, coping e qualidade de Vida em doentes Renais Crónicos em Hemodiálise*. NEPHRO’S. Lisboa: Edições Recipe, Vol. 4, nº 1, Janeiro, p. 21 – 29

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. “A Dor como 5º Sinal Vital – Registo sistemático da intensidade da Dor”. Circular Normativa de 14/06/2003, nº 9/DGCG. [Online]. Visualizado em 28 de Setembro de 2005: <http://www.arsc.online.pt/docs/DOR5.pdf/>

DYSVIK, E.; NATVIG, G.K.; EIKELAND, O-J; LINDSTRØM, T.; (2005) “coping with chronic pain”. London: International Journal of Nursing Studies. Vol. 42, Issue 3, Março, p. 297-305

ENDLER, N; CORACE, K; SUMMERFELDT, L; JOHNSON, J; ROTHBART, P; (2003) “Coping with chronic pain”. Pergamon: Personality and Individual Differences. Vol. 34, Issue 2, Fevereiro, p. 323 – 346

FOLKMAN, S. e LAZARUS, R. (1991) “Coping and Emotion”. IN: MONAT, A. e LAZARUS, R.S. “Stress and coping – an Anthology”. New York: Columbia University Press. 3ª Edição. p. 207 – 227

FORTIN, M –F. (1999) “O Processo de Investigação: Da Concepção à realidade”. Loures: Lusociência

GIAMBERARDINO, M. (2005). *Visceral Pain*. Seattle: Pain Clinical Updates. Vol. XIII, nº 6, Dezembro, p. 1- 6

GOOD, M. J. D.; BRODWIN, P. E.; GOOD, B. J; KLEINMAN, A. (1992). *Pain as a Human Experience – An Anthropological Perspective*. California: University of California Press.

GUERRA, M. P. (2001). *A vivência psicológica da dor e sofrimento*. IN: DUPUIS, M; PORÉE, J; CANTISTA, M. J; MACEDO, J. M; MARTINS, M. M; VERÍSSIMO, A. e col. *Dor e sofrimento – uma perspectiva multidisciplinar*. Porto: Campo de Letras, p. 191

HANDSON, R. (2003) “Self – Management of Chronic pain Patient

Handbook. [Online] Visualizado em 10 de Dezembro de 2005: http://www.long-beach.med.va.gov/Our_services/Patient_Care/cmpbook/cmpbook.html

HANSON, R. e GERBER, K. (1990). *Coping with chronic pain – A guide to patient self- management*. New York: The Guilford Press.

HARSTALL, C. e OSPINA, M. (2003). *How prevalent is chronic pain?* Seattle: Pain Clinical Updates. Vol. XI, nº2, Junho, p. 1- 4

HASSINGER, D. D. e HAYES, D. (n. d.). *A consistent lexicon for chronic pain: defining etiologies and mechanisms*. Atlanta: The Neuroscience Institute

HAYTHORNTHWAITE, J; MEREFEE, L; HEINBERG, L; CLARK, M. (1998) “Pain Coping strategies predict perceived control over pain” Seattle: Pain, Vol. 77, Issue 2, Julho, p. 33-39

JENSEN, M; KEEFE, F; LEFEBVRE, J.; ROMANO, J.; TURNER, J. (2003) “One and two – item measures of pain beliefs and coping strategies” Seattle: Pain, Setembro, nº 124, p. 18-26

JONES, A.; ROLLMAN, G.; WHITE, K.; HILL, M.; BROOKE, R.; (2003) “The Relationship between cognitive appraisal, affect and catastrophizing in patients with chronic pain”. Pittsburgh: The Journal of Pain, Vol. 4, Nº 5, Junho, p. 267-277

KANNER, R. (1998). *Segredos em Clínica de Dor*. Porto Alegre: Artmed

KATZ, N. (2002) “The impact of Pain management on Quality of life” New York: journal of Pain and Symptom Management. Vol. 24, Issue 1, Supplement 1, Julho, p. S38-S47

KOLECK, M; MAZAUX, J – M; RASCLE, N; BRUCHON – SCHWEITZER, M. (2006) “Psycho social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low – back pain: A prospective studie”. Erlangen: European Journal of Pain. Vol. 10, Janeiro, p. 1-11

LAMÉ, IE; PETERS, ML, VLAYEN, JW; KLEEFEE, MV; PATJIN, J. (2005) “Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity”. Erlangen: European Journal of Pain, Vol. 9, Issue 1, Fevereiro, p. 15-24

LAURSEN, B.; BAJAJ, P.; OLESEN, A.; DELMAN, C.; ARENDT –NIELSEN, L.; (2005) “ Health related Quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non –malignant pain” Erlangen: European Journal of

Pain, Vol. 98, Issue 3, June, p. 267 – 275

LAZARUS, R. S. e FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

LOPES, H. (2004) “Qualidade de vida, Respostas emocionais e Estratégias de Coping para lidar com a doença em Mulheres com Cancro Ginecológico e da mama: Um estudo comparativo”. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

MAGALHÃES, V. P. (2001). *Qualidade de Vida – desafios e ambiguidades*. In: ARCHER, L; BISCAIA, J; OSSWALD, W; RENAUD, M. *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, p. 222-224

MARSH, M.J. (2002). The SF-36 quality of life instrument: Updates and strategies for critical care research.” *Critical Care Nurse*: Dezembro, Vol.22, p.35-43. [ONLINE]. Visualizado em 28 de Setembro de 2005: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mONUC/is_6_22/ai_95676861/

MELZACK, R. e WALL, P. (1982). *O Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

MERCADO, A; CARROL, L; CASSIDY, J.D; CÔLE, P. ;(2005). *Passive Coping is a risk factor for disabling neck or low back pain*. Seattle: PAIN, nº 117, Issue 1-2, Setembro, p. 51-57.

MERSKEY, H. e BOGDUK, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*. [ONLINE] Visualizado em 29 de Setembro de 2005: www.medscape.com/pages/sites/infosite/nsi/content/article-1005-painlexicon

MEYER – ROSBERG, K; BURCKHARDT, C; HUIZAR, K; KVARNSTRÖM, A; NORDFORDS, L –O; KRISTORFFERSON, A. (2001) “A comparison of the SF- 36 and Nottingham Health Profile in patients with chronic neuropathic pain”. Erlangen: *European Journal of Pain*. Vol. 5, Issue 4, Dezembro, p. 391-403

MILES, A.; CURRAN, HV.; PEARCE, S.; ALLAN, L. (2005) “Managing constraint: the experience of people with chronic pain”. London: *Social Science & Medicine*. Vol. 61, Issue 2, Julho, p. 431-441

MONSALVE, V; SORIANO, J; DE ANDRÉS, J. (2006) “ Utilidad del índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones com afrontamiento y calidad de vida”. Corunha: *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 13, nº 4, Maio

MOOS, R. (1986) “Coping with life crisis – An integrated approach”. New

York: Plenum Press. p. 13-19

MORRIS, D. B. (2000). *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Instituto Piaget.

NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL (2001) "Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatments." USA

NICASSIO, P (2006) "Pain coping and recovery from whiplash: New data on an important problem". Seattle: Pain, Vol. 124, Setembro, p. 3-4

PAIN2 (2004). *Consenso do Funchal: Dor Crónica Músculo – Esquelética*. Funchal: Fundação Grünenthal

PEREIRA, M. G. e FERREIRA, J. M. (2003). *Stress Traumático – Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores

PINTO, A. C. (1990) "Metodologia da Investigação Psicológica". Porto: Edição do Jornal de Psicologia

PORTER, L.S.; KEEFE, F.J.; LIPKUS, I; HURWITZ, H. (2005) "Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: Associations with pain and quality of life". Seattle: Pain, nº 117, Outubro, p. 340 – 348

REIS, F. e PEREIRA, M. G. (2000). *Variáveis psicossociais em adultos com artrite reumatóide em fase crónica*. In: RIBEIRO, José L. P; LEAL, I; DIAS, M. 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas. Actas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p. 757 – 770

RIBEIRO, J. L. P. (2005) "O importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de Saúde – SF -36". Merck, Sharp & Dohme

RIBEIRO, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Colecção Psicologias, Série Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto

RIPPENTROP, A.E; ALTMAIOR, E.M; CHEN, J.J; FOUND, E.M; KEFFALA, V.J. (2005). "The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population." Seattle: PAIN, nº 116, Agosto, p. 311-321.

SANTOS, C. (1999) "Saúde e Qualidade de Vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação". Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

SANTOS, C. (2003) “Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no doente oncológico e família” Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

SANTOS, C. e RIBEIRO, J. (2000). *Contribuição para o estudo da escala “Ways os Coping” de Lazarus*. In: RIBEIRO, José L. P; LEAL, I; DIAS, M. R. “3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas.” Actas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p. 173 – 184

SARAFINO, Edward P. (2002). *Health Psychology – Biopsychosocial Interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons.

SELYE, H. (1991) “History and Present status of the stress Concept” IN: MONAT, A. e LAZARUS, R.S. “Stress and coping – an Anthology”. New York: Columbia University Press. 3ª Edição. p. 21 – 35

SORIANO, J. e MONSALVE, V. (2002). *CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico*. Coruña: Revista de la Sociedad Espanhola del Dolor, Volume 9, nº 1, Janeiro – Fevereiro, p. 13-22

SORIANO, J. e MONSALVE, V. (2004a). *Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia*. Coruña: Revista de la Sociedad Espanhola del Dolor, Volume 11, nº 6, Agosto – Setembro, p. 353-359

SORIANO, J. e MONSALVE, V. (2004,b). *Validación del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico Reducido (CAD-R)*. Coruña: Revista de la Sociedad Espanhola del Dolor, Volume 11, nº 7, Outubro – Novembro, p. 407-414

SORIANO, J. e MONSALVE, V. (2005) “El afrontamiento del dolor crónico”. IN: MONSALVE, V. e SORIANO, J. “DOLOR CRONICO”. Valencia: Boletín de Psicología, Julho, nº 84

SOUCASE, B., MNSALVE, V., SORIANO, J., DE ANDRÉS, J. (2004) *“Estrategias de Afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia”*. Coruña: Revista de la Sociedad Espanhola del Dolor, vol. 11, nº 6, Agosto-Setembro

THOITS, P. A. (1991) “Gender differences in Coping”. IN: ECKENRODE, J. “The social context of coping”. New York: Plenum Press. Cap. 6, p. 107 – 138

TUREK, A., NORRIS, M. P.; TAN, G. (1996). *Active and passive coping strategies in chronic pain patients*. Seattle: Pain, nº 64, 455-462

TURNER, J. H. (2003). *Origens das Emoções humanas – um inquérito sociológico acerca da evolução da afectividade*. Lisboa: Instituto Piaget

TURNER, JA.; JENSEN, M.; ROMANO, J.; (2000) “Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?” *Pain*, nº 85, Março, 115 -125

WALSH, T; HOMA, K; HANSCOM, B; LURIE, J; SEPULVEDA, M; ABDU, W. (2006) “Screening for depressive symptoms in patients with chronic spinal pain using the SF-36 Health Survey”. Lebanon, USA: *The Spine Journal*, Vol. 6, Issue3, Maio – Junho

WELLS, A. (2001). *Atenção e Emoção, uma visão clínica*. Lisboa: Climepsi Editores

WHOQOL (n. d.) “Introducing the WHOQOL Instruments”. [ONLINE]. Visualizado em 28 de Setembro de 2005:
<http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql1.htm>

WINCENT, A; LIDÉN, Y; ARNÉR, S. (2003) “Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions” *Erlanger: European Journal of Pain*, Vol. 7, Issue 4, Agosto, p. 311-321

WOODWORD, D. (n. d.), *About Chronic Pain*. COPING – Derbyshire Chronic Pain Support Group. Derbyshire [ONLINE]. Visualizado em 10 de Janeiro de 2006: www.coping.org.uk/chronicpain.htm

10. ANEXOS

Anexo1. Pedido de autorização dirigido à Comissão De Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Aos Exmos.
Membros da Comissão de Ética
Do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Data, 2005-12-02

Exmos. Senhores,

Sou Albina Rodrigues Pereira Dias, enfermeira nesta instituição e actualmente a desenvolver uma tese no Mestrado em Psicologia da Dor, pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, cujo tema é “Estratégias de Coping em doentes com dor crónica e Qualidade de Vida”.

O tema escolhido prende-se com as consequências do aumento vertiginoso das doenças crónicas e com lógico aumento da dor e diminuição de qualidade de vida.

Dado o percurso de vida profissional da autora desta tese, pareceu importante analisar a população com dor crónica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Consulta Externa de Dor Crónica, na perspectiva de identificar que estratégias de coping utilizam para fazer face à sua dor e que repercussões trazem para a sua qualidade de vida.

O esforço desta investigação parece ser útil pelo contributo que traz ao estudo das estratégias de coping que são utilizadas na dor crónica e que percepção têm os doentes da sua qualidade de vida, no sentido em que permite conhecer uma amostra de uma população com dor crónica, bem como abrir caminho a futuras investigações nesta área, no sentido de melhorar o apoio prestado. Assim, os objectivos desta investigação são:

- Identificar por amostra uma população com dor crónica quanto às suas características demográficas e socioeconómicas;
- Determinar que estratégias de coping são utilizadas por esta amostra;
- Determinar que relações existem entre as estratégias de coping e o nível de qualidade de vida percebida nesta amostra;

Esta investigação em nenhum aspecto pretende pôr em causa aspectos éticos, que ficam salvaguardados com a autorização expressa de recolha de dados pela assinatura de um consentimento informado de todos os participantes, com o compromisso de que todos os dados estarão salvaguardados, que não serão utilizados para outros fins que não os desta investigação e que a continuação do seu tratamento/accompanhamento não ficará comprometido pela não participação ou

pelos resultados obtidos. (Ver em anexo I o consentimento informado que será apresentado aos utentes).

É importante igualmente referir que os participantes são-no de forma voluntária e que os dados obtidos prendem-se com aspectos de caracterização sócio – demográfica da amostra e com dados unicamente referentes à dor e à percepção de qualidade de vida. Em nenhum sítio do questionário é pedida a identificação do doente, nem é permitido que o identifique, sob pena de ser anulado.

Esta recolha de dados será feita no início ou no fim das consultas para minimizar o desconforto de deslocações extra a esta instituição.

Venho assim por este meio solicitar autorização para a recolha de dados dos doentes que utilizem a Consulta da Dor – Consulta Externa.

Com os melhores cumprimentos,

(Enf. Albina Dias)

Anexo2. Autorização à realização da investigação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia



Centro Hospitalar
de
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde
Administração Regional
de Saúde do Norte

Exma. Senhora
Enf. Albina Rodrigues Pereira Dias
Serviço de Cirurgia Homens

Sua Referência	Data	Nossa Referência	Data
	02/12/2005	C.A.	19/12/2005

Em resposta ao solicitado por V. Exa., relativo ao desenvolvimento de uma tese de mestrado relativo ao tema “ Estratégias de Coping em doentes com dor crónica e Qualidade de Vida”, informamos que o mesmo foi autorizado em reunião de Conselho de Administração em 09/12/2005, precedido de parecer da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. Luís Castanheira Nunes)



Mod. SC - 2 5535002

Rua Conceição Fernandes - 4434-502 Vila Nova de Gaia - Telef. 227 865 100 - Fax 227 830 209

Anexo 3. Folha de Apresentação

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

Eu, Enfermeira Albina Dias, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia da Dor, no qual estou a desenvolver um trabalho de investigação sobre “Coping e Qualidade de Vida em Dor Crónica”, em que procuro conhecer as estratégias de Coping e a qualidade de vida percebida pelos doentes com dor crónica.

Para a conclusão do trabalho de investigação venho solicitar a sua colaboração no preenchimento de 4 questionários. Os dados são **confidenciais** e a sua participação é **livre**, podendo recusar participar sem que existam quaisquer consequências para si.

Caso esteja interessado(a) nos resultados do estudo poderá contactar-me a partir de Janeiro de 2007, altura em que prevejo terminar o meu trabalho.

Desde já o meu muito obrigado.

A Investigadora,

Contacto:

Enf^a Albina Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

R. Conceição Fernandes – Monte da Virgem

4434- 502 VILA NOVA DE GAIA

Tel.: 227865100

Anexo 4. Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Utente na Consulta da Dor, da Consulta Externa do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, declaro que consinto participar na investigação a ser levada a cabo por Albina Dias, Enfermeira, no âmbito da sua candidatura ao grau de mestre pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob a orientação do Prof. Doutor José Soriano da Faculdade de Psicologia da Universidade de Valência, Espanha.

A investigação tem como objectivos gerais:

- Identificar por amostra uma população com dor crónica quanto às suas características demográficas e socioeconómicas;
- Determinar que estratégias de coping são utilizadas por esta amostra;
- Determinar que relações existem entre as estratégias de coping e o nível de qualidade de vida percebida nesta amostra;

A participação implica a assinatura deste consentimento informado e o preenchimento dos questionários que lhe serão fornecidos. A sua cooperação neste estudo é confidencial e não tem qualquer implicação nos tratamentos que está ou venha a efectuar.

“Confirmando que fui informado da minha liberdade de autorizar ou não a participação nesta investigação e que a minha aceitação ou recusa não terão qualquer influência no processo de atendimento/procedimento; foi-me facultada a resposta a dúvidas; foi-me assegurada a confidencialidade da informação recolhida; foi-me assegurado que na conclusão da investigação, caso o pretenda, ser-me-ão facultadas informações sobre as conclusões do mesmo.”

Vila Nova de Gaia, ____/____/_____.

O Participante,

Anexo 5. Caracterização da Unidade de Tratamento da Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

UNIDADE DE TRATAMENTO DA DOR – CHVNGaia

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia iniciou a sua actividade em 1997. Funciona no 1º andar do Pavilhão Feminino, integrada nas Consultas, devidamente sinalizada e constitui uma das unidades funcionais do Departamento de Anestesia e Emergência.

Os objectivos da UTDor centram-se na melhoria da qualidade de vida dos doentes portadores de dor crónica, procedentes do próprio hospital, ou referenciados pelos cuidados de saúde primários. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 15 horas.

ATENDIMENTO TELEFÓNICO

A UTDor dispõe de atendimento telefónico permanente durante o período de funcionamento. Os doentes e familiares recorrem muito a este apoio, ocupando grande parte do tempo de uma das enfermeiras. Podem ligar para esclarecer dúvidas, para alterar ou marcar consulta, por não controle de dor ou por qualquer outro motivo que considerem pertinente.

ESPAÇO FÍSICO

As instalações da UTDor constam de:

- Gabinete médico
- Sala de tratamentos
- Gabinete de enfermagem
- Pequeno corredor de ligação entre os 3 gabinetes, onde se improvisou uma sala de espera para os doentes

RECURSOS HUMANOS

A multidisciplinaridade da UTDor é assegurada por uma equipa de:

- 5 Médicos anestesistas, cada um deles com um dia fixo na semana para consulta
- 2 Enfermeiras
- 1 Assistente Social
- 1 Auxiliar de Acção Médica compartilhada com outras valências da Consulta Externa
- 1 Psicóloga, 2 vezes por semana
- 1 Equipa de consultadoria constituída por médicos de outras especialidades.

Anexo 6. Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDADE: _____

SEXO: F M

Nº FILHOS: _____

NOME: _____

MORADA: _____

Nº CONTACTO: _____

HORA PARA CONTACTO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO _____
 VIÚVO _____
 SEPARADO _____
 DIVORCIADO _____
 SOLTEIRO _____
 UNIÃO DE FACTO _____

NÍVEL CULTURAL: NÃO LÊ NEM ESCREVE _____
 LÊ E/OU ESCREVE _____
 1º/2º CICLO _____
 3º CICLO/SECUNDÁRIO _____
 FORMAÇÃO PROFISSIONAL _____
 ENSINO SUPERIOR _____

VIVE SOZINHO ACOMPANHADO:

ACTIVIDADE LABORAL: ACTIVO _____
 PROCURA 1º EMPREGO _____
 INACTIVO TENDO TRABALHADO _____
 INACTIVO _____
 ESTUDANTE _____
 DONA DE CASA _____

PRACTICANTE RELIGIÃO: SIM NÃO TIPO RELIGIÃO: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO DE DOR: VASCULAR _____
 NEUROPÁTICO _____
 SOMÁTICO _____
 VISCERAL _____
 FIBROMIALGIA _____

EVA:



Anexo 7. Versão original do CAD - r

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR (CAD-R)

© Soriano, J. y Monsalve, V. (2002)

A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con lo que usted hace cuando tiene dolor. Para contestar *ponga una cruz* en la casilla que refleje su forma de actuar. En este cuestionario **no hay respuestas acertadas o erróneas**, simplemente nos interesa saber su opinión. Por favor, **no deje ninguna pregunta sin contestar**. Muchas gracias.

ITEM		<i>Nunca</i>	<i>Pocas Veces</i>	<i>Ni muchas ni pocas</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre</i>
1	Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
2	Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
3	Rezo para curarme					
4	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
5	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
6	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
7	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
8	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					
9	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
10	Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
11	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
12	Me doy ánimos para aguantar el dolor					
13	Intento recrear mentalmente un paisaje					
14	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
15	Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
16	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
17	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
18	Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
19	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
20	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
21	Rezo para que mis dolores desaparezcan					
22	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
23	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
24	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					

DIST	
BINFO	
RELI	
CATA	
AUTM	
AUTOA	

Anexo 8. Versão traduzida e adaptada do CAD-r para a população portuguesa

Nº: _____

QUESTIONÁRIO DE COPING FACE À DOR

(Tradução e adaptação portuguesa do CAD – R, de Soriano, J. e Monsalve, V. [2002])

Neste questionário vai encontrar uma série de frases relacionadas com o que sente quando tem dor. Para responder coloque **uma cruz (x)** dentro do quadrado que reflecte a sua forma de actuar.

Neste questionário **não há respostas certas nem erradas**, apenas se pretende saber a sua opinião. Por favor, **não deixe nenhuma resposta por responder.**

NUNCA	POUCAS VEZES	NEM MUITAS NEM POUCAS	MUITAS VEZES	SEMPRE
1	2	3	4	5

1	Ignoro a dor, pensando noutra coisa	1	2	3	4	5
2	Falo com um Profissional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) do problema para que me ajude a fazer-lhe frente	1	2	3	4	5
3	Rezo para me curar	1	2	3	4	5
4	Procuro um amigo ou pessoa próxima que me compreenda e me ajude a sentir-me melhor com a dor	1	2	3	4	5
5	Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor, tentando que diminua	1	2	3	4	5
6	Quando tenho dor não me rendo, luto	1	2	3	4	5
7	Quando tenho dor, penso noutra coisa	1	2	3	4	5
8	Falo com alguém que possa fazer algo concreto sobre a minha dor	1	2	3	4	5
9	Rezo para conseguir força e orientação sobre o problema	1	2	3	4	5
10	Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, pois ao partilhar os meus sentimentos, sinto-me melhor	1	2	3	4	5
11	Quando tenho dor concentro-me nela e tento diminui-la mentalmente	1	2	3	4	5

NUNCA	POUCAS VEZES	NEM MUITAS NEM POUCAS	MUITAS VEZES	SEMPRE
1	2	3	4	5

12	Animo-me para aguentar a dor	1	2	3	4	5
13	Tento recriar mentalmente uma paisagem	1	2	3	4	5
14	Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor	1	2	3	4	5
15	Utilizo a fé para aliviar as minhas dores	1	2	3	4	5
16	Quando tenho dor tento falar com alguém e contar-lhe o que me está a acontecer. Isto ajuda-me a suportá-lo	1	2	3	4	5
17	Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para tentar controlá-lo	1	2	3	4	5
18	Digo a mim mesmo que tenho que ser forte	1	2	3	4	5
19	Quando tenho dor imagino situações agradáveis	1	2	3	4	5
20	Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe sobre como superar a situação	1	2	3	4	5
21	Rezo para que as minhas dores desapareçam	1	2	3	4	5
22	Falo com outras pessoas sobre a minha dor, porque ao falar ajuda-me a sentir melhor	1	2	3	4	5
23	Concentro-me no ponto em que mais me dói, tentando diminuir a dor	1	2	3	4	5
24	Penso que tenho que ter forças e não desfalecer	1	2	3	4	5

Obrigado pelo tempo dispensado.

Anexo 9. Lattinen

Questionário Lattinen

INTENSIDADE DA DOR	1.- Ligeira 2.- Incómoda 3.- Intensa 4.- Insuportável
NIVEL DE ACTIVIDADE	1.- Auto-suficiente 2.- Ajuda ocasional 3.- Ajuda frequente 4.- Acamado
FREQUÊNCIA	1.- Rara 2.- Frequente 3.- Muito frequente 4.- Contínua
ANALGÉSICOS	1.- Ocasional 2.- Pautados 3.- Muitos 4.- Muitíssimos
QUALIDADE DO SONO	1.- Regular 2.- Mal 3.- Muito mal 4.- Com medicação
HORAS DE SONO	

Anexo 10. Autorização para a utilização do SF-36, v.2



Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 9 de Janeiro de 2006

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Gostaria, no entanto, que me fornecesse uma cópia do relatório do seu trabalho logo que concluído.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre este instrumento de qualidade de vida, por favor não hesite em contactar-me. Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

Anexo 11. SF-36, v.2

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.

Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 12. Distribuição da amostra por diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	N	%
Artrite Reumatóide	4	3.1
AVC	3	2.3
AVC + Dor facial	1	.8
Cefaleias	2	1.5
Cirurgia cardíaca	1	.8
Cirurgia coluna	28	21.5
Cirurgia Medular	1	.8
Cirurgia Pulmão	2	1.5
Cirurgia Túnel cárpico	2	1.5
Dor Abdominal	1	.8
Dor Cervical	1	.8
Dor lombar	2	1.5
Dor membro fantasma	1	.8
Dor Temporo - Mandibular	2	1.5
Dores Musculo Esqueléticas	24	18.5
Espondilite anquilosante	1	.8
Fibromialgia	9	6.9
Hérnia Discal	3	2.3
Herpes Zoster Cabeça e ombro	1	.8
Herpes Zoster Lombar	3	2.3
Herpes Zoster Oftálmico	2	1.5
Neoplasia cólon	5	3.8
Neoplasia cólon metastisado	1	.8
Neoplasia Esófago	3	2.3
Neoplasia Estômago	3	2.3
Neoplasia Intestino	1	.8
Neoplasia Mama	7	5.4
Neoplasia Maxilar	2	1.5
Neoplasia prostata	1	.8
Neoplasia Pulmão	6	4.6
Nevralgia do Trigêmeo	3	2.3
Síndrome do desfiladeiro	1	.8
Síndrome do Túnel Cárpico	1	.8
Substituição de Pace-maker	1	.8
Varizes	1	.8
Total	130	100.0

Tabela de distribuição da amostra por diagnóstico clínico

Anexo 13. Teste de amostras independentes em função das Estratégias de *Coping*

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Diferença erro - padrão
Idade	Variâncias iguais	.601	.440	-3.380	128	.001	-7.503	2.220
Estudos	Variâncias iguais	.133	.715	1.754	128	.082	.271	.154
EVA	Variâncias iguais	.124	.725	-3.434	128	.001	-1.674	.487
Lattinen Intensidade da dor	Variâncias iguais	.098	.755	-3.411	128	.001	-.431	.126
Lattinen Nível de actividade	Variâncias iguais	4.114	.045	-8.744	128	.000	-1.165	.133
Lattinen Frequência	Variâncias iguais	9.068	.003	-1.711	128	.090	-.267	.156
Lattinen Analgésicos	Variâncias iguais	.000	.989	-2.888	128	.005	-.399	.138
Lattinen Qualidade do sono	Variâncias iguais	.035	.852	-5.106	128	.000	-.767	.150
Lattinen Nº horas de sono	Variâncias iguais	.970	.327	4.131	128	.000	1.141	.276
Distracção	Variâncias iguais	61.880	.000	9.201	128	.000	5.648	.614

Busca de informação	Variâncias iguais	.995	.320	5.997	128	.000	3.439	.573
Autocontrole	Variâncias iguais	20.485	.000	3.029	128	.003	.850	.281
Auto afirmação	Variâncias iguais	4.431	.037	5.816	128	.000	3.921	.674
Religião	Variâncias iguais	65.855	.000	- 18.347	128	.000	-12.771	.696
Catarse	Variâncias iguais	32.886	.000	6.008	128	.000	3.428	.570
Funcionamento Físico	Variâncias iguais	1.226	.270	5.746	128	.000	5.150	.896
Desempenho Físico	Variâncias iguais	.038	.845	4.591	128	.000	3.235	.705
Dor Corporal	Variâncias iguais	2.630	.107	5.360	128	.000	1.4664	.2736
Saúde Geral	Variâncias iguais	4.267	.041	4.487	128	.000	2.5352	.5650
Vitalidade	Variâncias iguais	9.318	.003	4.424	128	.000	3.183	.719
Funcionamento Social	Variâncias iguais	2.130	.147	5.145	128	.000	1.856	.361
Desempenho Emocional	Variâncias iguais	.383	.537	5.027	128	.000	3.103	.617
Saúde Mental	Variâncias iguais	2.625	.108	4.616	128	.000	4.370	.947
Transição de saúde	Variâncias iguais	11.287	.001	-5.534	128	.000	-.846	.153

Anexo 14. Teste de amostras independentes em função da Qualidade de Vida

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Diferença erro - padrão
Idade	Variâncias iguais	.163	.687	.421	128	.674	1.053	2.498
Estudos	Variâncias iguais	3.176	.077	2.077	128	.040	.344	.166
EVA	Variâncias iguais	2.598	.109	- 4.606	128	.000	-2.344	.509
Lattinen Intensidade da dor	Variâncias iguais	1.332	.251	- 5.987	128	.000	-.753	.126
Lattinen Nível de actividade	Variâncias iguais	9.229	.003	- 4.080	128	.000	-.697	.171
Lattinen Frequência	Variâncias iguais	51.820	.000	- 4.748	128	.000	-.744	.157
Lattinen Analgésicos	Variâncias iguais	37.360	.000	- 5.621	128	.000	-.775	.138
Lattinen Qualidade do sono	Variâncias iguais	6.052	.015	- 8.882	128	.000	-1.242	.140
Lattinen Nº horas de sono	Variâncias iguais	10.946	.001	5.600	128	.000	1.592	.284

Distracção	Variâncias iguais	5.693	.018	6.397	128	.000	4.753	.743
Busca de informação	Variâncias iguais	.925	.338	7.664	128	.000	4.442	.580
Autocontrolo	Variâncias iguais	2.204	.140	1.113	128	.268	.347	.312
Auto afirmação	Variâncias iguais	17.911	.000	6.753	128	.000	4.742	.702
Religião	Variâncias iguais	1.342	.249	- 2.056	128	.042	-2.894	1.408
Catarse	Variâncias iguais	10.962	.001	4.501	128	.000	2.914	.647