



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência da Dor

Alexandra Barbas Pinto Rei

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora
Associada com Agregação, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2022



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência da Dor

Alexandra Barbas Pinto Rei

Mestrado em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora
Associada com Agregação, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2022

É com a minha humilde pequenez e com um grande voto de força que dedico este trabalho a todas as pessoas que de alguma forma estão a passar por momentos complicados devido ao diagnóstico de dor crónica.

Agradecimento

A coisa mais importante que aprendi a nível pessoal em todo o meu percurso académico foi que as relações sociais são fundamentais para a nossa saúde física e psicológica, e que todos os obstáculos são contornados com mais facilidade quando existe suporte social. Então, para mim, esta é a secção mais relevante deste trabalho, pois não teria sido capaz de o executar com tanta dedicação sem o apoio de todas as pessoas que irão ser mencionadas.

Primeiramente, gostava de agradecer à pessoa que me mais impacto teve em todo o meu percurso académico, a minha orientadora, professora Sónia Bernardes, por todo o trabalho, dedicação e rigor, mas principalmente pela paciência e carinho, que me fizeram evoluir de forma profissional e pessoal. Um grande obrigada. A Sandra e a Elsa foram duas pessoas que entraram na minha vida nesta fase e que também foram essenciais. Apesar de ter aprendido tantas coisas a nível profissional, também dei conta da importância da amizade no trabalho e que sem elas não estaria a escrever este agradecimento agora. Desejo-lhes tudo de bom. Ainda, e não menos importante, queria agradecer à Doutora Vanda, que será um exemplo (o meu exemplo) do que é ser uma boa pessoa e profissional, que são dois conceitos complementares. Não me esquecerei de toda a aprendizagem, amizade e motivação que me transmitiu. Também lhe desejo muita felicidade. Continuando dentro do ambiente profissional/ escolar, queria agradecer a todos os meus colegas de turma, pela ajuda, companheirismo e amizade.

Evidentemente que não podia deixar de agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, a minha família. Aos meus pais, que tornam o impossível possível, que acreditam sempre em mim, me dão força e lutam por mim, e a quem devo tudo o que sou. Aos meus quatro irmãos, que são o meu espelho e me dão todo o amor incondicional, mesmo estando longe, e a todos os meus amigos e namorado, por toda a paciência, força e dedicação que me concederam nesta caminhada.

Resumo

Estima-se que, cerca de 30% da população mundial encontra-se com dor crónica, e uma vez que existem evidências que a mesma tem repercussões biopsicossociais, o suporte social de familiares pode desempenhar um papel crucial na sua gestão. Contudo, estudos realizados neste campo de ação demonstraram que o impacto do suporte social na incapacidade relacionada à dor pode ter efeitos distintos, dependendo de este ter uma função de promoção de autonomia ou dependência funcional. Neste estudo pretende-se validar um instrumento que mede a percepção de suporte social informal face à promoção de autonomia e dependência funcional das pessoas adultas na sua vivência com dor: Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR). Neste estudo participaram 303 pessoas (53,3% mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos ($M = 39$; $DP = 15,12$). Foi pedido aos participantes que preenchessem o questionário ESIAD_DOR juntamente com as versões portuguesas do *Brief Pain Inventory*, do *Chronic Pain Coping Inventory* e do *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*. Foram ainda feitas algumas questões sobre a experiência atual de dor. A ESIAD_DOR revelou uma estrutura fatorial de três dimensões (i.e., percepção de suporte instrumental promotor de autonomia, percepção de suporte emocional promotor de autonomia e percepção de promoção de dependência), com valores de fidelidade interna e sensibilidade adequados. Evidenciou também boa validade de critério, podendo ser considerada uma escala com boas propriedades psicométricas, que permite a avaliação da de duas funções do suporte social familiar fundamentais na convivência com a dor.

Palavras-chave: Dor, Dor Crónica, Suporte Social Recebido, Autonomia e Dependência Funcional, Família

Código de Classificação (*American Psychological Association*):

3365 Promoção e Manutenção da Saúde e Bem-Estar

2950 Casamento e Família

Abstract

It's estimated that about 30% of the world population has chronic pain, and since there is evidence that it has biopsychosocial repercussions, family social support can play a crucial role in its management. However, studies carried out in this area have shown that the impact of social support on pain-related disability can have dissimilar effects, depending on whether it has a function of promoting functional autonomy or dependence. This study aimed to validate an instrument that assesses self-reported informal social support for the promotion of functional autonomy and dependence of adults with pain: The Informal Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory ISSADI_PAIN). A total of 303 people participated in this study (53.3% women), aged between 18 and 85 years ($M = 39$; $SD = 15.12$). Participants were invited to complete the ISSADI_PAIN along with the Portuguese versions of the Brief Pain Inventory, do Chronic Pain Coping Inventory and the *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*. Some questions were also asked about their current pain experiences. The ISSADI_PAIN revealed a three-factor structure (instrumental support for promoting functional autonomy, emotional support for promoting functional autonomy and perceived promotion of dependence), with adequate internal reliability and sensitivity. The scale also showed good criterion validity of criterion. It can be considered a scale with good psychometric properties, which allows the assessment of the two fundamental functions of family social support for persons living with pain.

Key Words: Pain, Chronic Pain, Received Social Support, Functional Autonomy and Dependence, Family

Classification Code (*American Psychological Association*):

3365 Promotion and Livelihood of Health and Well-Being

2950 Marriage & Family

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
<i>Abstract</i>	vii
CAPÍTULO 1. Introdução	1
1.1. Epidemiologia da dor crónica	2
1.2. Implicações da dor crónica	3
1.3. Modelos explicativos da dor	4
1.4. Dor e Suporte Social	6
1.4.1. Modelos teóricos do suporte social e dor crónica	8
1.4.2. Evidências sobre suporte social e dor	9
1.4.3. Suporte social e autonomia vs. dependência funcional	10
1.5. A evolução da escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)	11
1.6. Plano de validação da ESIAD_DOR	14
CAPÍTULO 2. Método	19
2.1. Amostra	19
2.2. Instrumentos	20
2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)	20
2.2.2. Experiência de dor atual	21
2.2.3. Inventário Resumido da Dor (<i>Brief Pain Inventory</i>)	21
2.2.4. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (<i>Chronic Pain Coping Inventory</i>)	22
2.2.5. Inventário de avaliação funcional (<i>Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey</i>)	23
2.3. Procedimento	23
CAPÍTULO 3. Resultados	25
3.1. Características descritivas dos itens da ESIAD_DOR	25
3.2. Estrutura fatorial da ESIAD_DOR e intercorrelações dos seus fatores	27
3.3. Características descritivas, fidelidade interna e sensibilidade dos fatores	28
3.4. Validade de Critério	29
3.4.1. Diferenças de sexo e experiência atual da dor em PPA (Inst e Emoc) e PPD	29

3.4.2. Relação entre o funcionamento físico autorrelatado e PPA (Inst e Emoc) e PPD	30
3.4.3. Relação entre intensidade e severidade da dor e PPA (Inst e Emoc) e PPD	30
CAPÍTULO 4. Discussão	33
4.1. Limitações e constrangimentos	38
4.2. Implicações e Direções Futuras de Investigação	39
Referências bibliográficas	41
ANEXO A. Questionário	47

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterísticas Sociodemográficas e da Dor na Amostra Total e nas Diferentes Experiências de Dor Atual	19
Tabela 2. Caraterísticas Descritivas dos Itens da ESIAD_DOR	26
Tabela 3. Estrutura Fatorial da ESIAD_DOR	28
Tabela 4. Características Descritivas e Consistência Interna dos Fatores da Escala de Percepção de Promoção de Suporte Social da ESIAD_DOR	29
Tabela 5. Diferenças entre Sexo e Experiências Atuais de Dor nas PPA (Inst e Emoc) e PPD	30
Tabela 6. Correlações entre Variáveis de Critério e PPA (Inst e Emoc) e PPD por tipo de dor	32

Glossário de Siglas

ESIAD_DOR- Escala de Suporte Social para a Autonomia e Dependência da Dor

BPI- Inventário Resumido da Dor

CPCI- Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crônica

SF-36- Inventário de Avaliação Funcional

ESFAD_DOR- Escala de Suporte Formal para a Autonomia na Dor

SSS-MOS- Escala de Suporte Social do *Medical Outcomes Study*

PPD- Percepção de Promoção de Dependência

PPD-Inst- Percepção de Suporte Instrumental Promotor de Dependência

PPD-Emoc- Percepção de Suporte Emocional Promotor de Dependência

PPA-Inst- Percepção de Suporte Instrumental Promotor de Autonomia

PPA- Emoc- Percepção de Suporte Emocional Promotor de Autonomia

CAPÍTULO 1

Introdução

A dor é definida como um estímulo angustiante, associado a lesões reais ou potenciais aos tecidos, com elementos sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais (Williams & Craig, 2016). Ela é complexa por ser subjetiva, sendo que cada pessoa a experimenta de forma diferente, em função das suas experiências psicossociais. Por isso, a mesma não tem um foco exclusivamente sensorial (Williams & Craig, 2016). Ao contrário de muitos outros sintomas (e.g., febre), a dor é de difícil medição (Świeboda et al., 2013). Ela é avaliada através da localização, intensidade, duração e qualidade (Antunes, 2018). A qualidade é útil para a apreciação da origem da dor, podendo discriminá-la em vários tipos: 1) dor neuropática, 2) dor nocicetiva, 3) dor nociplástica e 4) dor mista (Trouvin & Perrot, 2019). A dor neuropática é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial, já a dor nocicetiva acontece devido a um dano real ou ameaçado do tecido não neural e deve-se à ativação de nociceptores (i.e., receptores sensoriais). A dor nociplástica surge de uma nociceção alterada (apesar de nenhuma evidência clara de lesão tecidual), causando a excitação de nociceptores periféricos. Por fim, a dor mista é uma sobreposição complexa dos diferentes protótipos de dor (i.e., nocicetiva, neuropática e nociplástica), em qualquer combinação, agindo simultaneamente e/ou concorrentemente, causando dor na mesma área corporal (e.g., dor oncológica, dor lombar e dor pós-cirúrgica). Normalmente esta dor é mais intensa e compromete igualmente a qualidade de vida dos indivíduos (Trouvin & Perrot, 2019).

De outro modo, a duração da dor é uma característica mensurável, que ajuda a distinguir dois tipos de dor: dor aguda e dor crônica, apesar de a diferença entre ambas não ser uma questão exclusivamente temporal (Świeboda et al., 2013). A dor aguda é a dor mais comum e é responsável por dois terços das presenças nos cuidados de saúde (Ballantyne et al., 2011). Ela é considerada um sintoma associado a uma lesão tecidual, então, quando o agente causal desaparece, a dor também (Niv & Devor, 2004). A dor aguda é a consequência imediata da intensificação dos sistemas nociceptivos (i.e., sistemas sensoriais que enviam sinais e que causam percepção da dor em resposta a um estímulo) por um agente nosológico (i.e., estímulo). Ela pode ser considerada como protetora, pois tem função de alarme quando existe um dano tecidual (Ritto et al., & Faustino, 2012).

Diferentemente da dor aguda, a dor crônica não tem função protetora, sendo definida como uma dor persistente ou recorrente, durante pelo menos três a seis meses, e que se pode manter para além da cura do agente causal, ou que existe sem lesão aparente (Apkarian, 2019). Ela pode ser dividida em dor crônica primária e secundária (Nicholas et al., 2019). A dor crônica

primária é caracterizada por uma dor em um ou mais locais, podendo ocorrer em qualquer sistema do corpo. Esta não tem nenhum diagnóstico associado e subdivide-se em dor crónica generalizada, síndromes de dor complexa regional, dor de cabeça crónica (e.g., enxaquecas), dor visceral crónica (e.g., síndrome do intestino irritável) e dor crónica músculo-esquelética (e.g., fibromialgia; Nicholas et al., 2019). Em contrapartida, a dor crónica secundária advém da consequência de um quadro clínico (e.g., cancro: causado pela doença ou tratamento; artrite, SIDA e diabetes), ou de alguns processos como cirurgias e traumatismos. No entanto, a sua causa pode ser de difícil identificação, podendo manifestar-se de várias formas e gerar diversos estados patológicos (Ritto et al., 2012).

Por conseguinte, é possível entender que a complexidade da dor crónica pode trazer inúmeros problemas na vida de uma pessoa, e que para além disso, é uma condição com elevada prevalência, seja em Portugal ou mesmo em toda a Europa, tornando-se relevante a compreensão dos seus efeitos na componente social, das suas respostas à disfunção e da sua perceção em relação ao apoio da família.

1.1. Epidemiologia da dor crónica

Estima-se que um em cada cinco europeus mantém dor crónica moderada ou grave (Breivik et al., 2013), sendo que cerca de 34% dessa população possui dor severa, num período médio de dois a quinze anos (Breivik et al., 2006). Os locais de dor mais comuns são nas costas e nas articulações (Elliott et al., 1999), seguidos de dor de cabeça e pescoço (Breivik et al., 2006). As causas mais habituais são os problemas de coluna e dor após um trauma ou cirurgia, sabendo que grande parte dos pacientes não estão expostos a tratamento (Breivik et al., 2013). Em relação ao sexo, alguns estudos revelaram diferenças, existindo mais mulheres a experienciar esta condição, e estas relatam maior necessidade de cuidados em comparação com os homens (Breivik et al., 2006). Por outro lado, este tipo de dor é mais comum em pessoas adultas idosas (Breivik et al., 2006), e assim sendo, a intensidade da dor e a necessidade de cuidados de saúde têm uma relação positiva com a idade (Elliott et al., 1999).

Tendo em conta a prevalência de dor crónica a nível nacional, aproximadamente 36,7% da população adulta portuguesa padece de dor crónica, mais frequente entre pessoas de meia-idade, com a duração média de dez anos, e sensivelmente 53% relata a sua persistência por mais de vinte anos. Ela é contínua em 53% dos casos e cerca de 22% referem dor intensa. Mais de dois terços mantém dor na região lombar e nos membros, e as etiologias mais frequentes são as

artrites e artroses, osteoporose e problemas de coluna (Azevedo et al., 2012). Em suma, a dor crónica tem impacto em uma grande parte da população nacional e europeia e que exerce bastantes limitações na vida de uma pessoa. Por isso, torna-se imprescindível entender as suas complicações, de maneira a ser possível intervir nesta componente.

1.2. Implicações da dor crónica

Embora a dor aguda seja, por definição, um processo breve e com função protetora, quando passa a dor crónica começa a dominar a vida dos indivíduos (Niv & Devor, 2004). O primeiro desfecho da dor crónica é a nível físico, sugerindo dores intensas, fadiga, obstipação, náuseas (Ritto et al., 2012), distúrbios de sono e de apetite, e vulnerabilidade do sistema imunitário (Świeboda et al., 2013). Possui também grandes repercussões psicológicas, causadas na maior parte das vezes pelo medo da dor e da concentração de pensamentos na procura constante da causa da mesma (i.e., catastrofização). Tais repercussões são o desespero, baixa autoestima (Breivik et al., 2006), irritabilidade, stress, dificuldade de concentração e humor depressivo, podendo originar depressão e ansiedade (Świebod et al., 2013).

Como consequência das condições físicas e psicológicas, assomam problemas na vida social do doente, não estando este muitas vezes capaz de participar em atividades do dia a dia (e.g., fazer exercício, caminhar, executar as tarefas domésticas, e atividades sociais e sexuais) e de manter um estilo de vida autónomo (Breivik et al., 2006), de tal forma que exige dependência medicamentosa e social (i.e., formal e informal; Breivik, Eisenberg, & O'Brien, 2013), dificultando a dinâmica familiar (Ritto et al., 2012).

As complicações são nefastas também na componente laboral, sendo que bastantes pessoas perdem o seu emprego, as suas habilidades e responsabilidades, e alguns indivíduos são confrontados com a mudança de trabalho e reformas adiantadas (Breivik et al., 2006).

A dor crónica não interfere apenas na vida da pessoa que dela padece, mas também na sua família. Eles podem ser igualmente afetados pela dor do paciente, verificando que a dor dos cônjuges ativa partes cerebrais idênticas nos parceiros (Ballantyne et al., 2009). Por fim, uma implicação identicamente relevante, é a redução do poder económico devido à falta de condições de trabalho e à hospitalização destas pessoas. Estimam-se custos elevados para o estado em Portugal, dado que o valor indireto da dor crónica nas costas e articulações em 2008 foi cerca de 740 milhões de euros, com perdas de produtividade estimadas em 0,5%, o que socialmente traz efeitos a nível do absentismo e aposentadoria precoce e por invalidez (Breivik

et al., 2013). Em síntese, este tipo de dor é impactante, transtornando o indivíduo de forma interindividual e intraindividual, tornando-se um problema de saúde pública (Ritto et al., 2012). É então relevante compreender aprofundadamente os modelos explicativos da dor e a sua evolução até aos dias de hoje.

1.3. Modelos explicativos da dor

Várias teorias descreveram os mecanismos subjacentes à dor e durante séculos ela foi vista apenas como sinal de lesão. Em meados do século XVII, René Descartes foi um dos primeiros filósofos ocidentais a descrevê-la, afirmando que a mesma é uma percepção que existe no cérebro. Ele fez a distinção entre o fenómeno neural da transdução sensorial (i.e., nociceção) e a experiência perceptiva da dor. O que é fundamental no progresso de Descartes é a sua descrição das fibras nervosas, definidas como tubos ocos que transmitem informações sensoriais e motoras. Depois, Galeno demonstrou três condições da percepção: 1) um órgão ser capaz de receber um estímulo, 2) existir ligação entre os sistemas e o cérebro, e 3) haver um centro de processamento que converte a sensação numa percepção consciente (Moayedí & Davis, 2013). Mais tarde, no século XIX, as hipóteses propostas com mais ênfase foram a Teoria da Especificidade e a Teoria da Intensidade da Dor. A primeira comprova que a dor é uma modalidade específica, de tal forma que os neurónios têm funções particulares e que a percepção sensorial é diferente da experiência sensorial, existindo uma fibra nervosa concreta, com o papel de via da zona sensorial até a uma região do cérebro (i.e., caminho específico da dor; Melzack & Wall, 1965). Já a Teoria da Intensidade da Dor tem vários momentos ao longo da história. Primeiro, proposta no século IV AC por Platão, esclarece que a dor não é uma experiência sensorial única, mas uma emoção que ocorre quando um estímulo é mais forte do que o normal. Séculos depois, Erasmus Darwin, em 1794, sugeriu que a dor ocorria em qualquer sistema sensorial quando a intensidade era suficientemente alcançada, em vez de ser uma modalidade de estímulo por si só. Mais tarde, em 1859, concluiu-se que existe alguma forma de somação que ocorre para que os estímulos se tornem insuportavelmente dolorosos, ou seja, a dor depende da intensidade do estímulo (Moayedí & Davis, 2013). Ao longo do tempo, houve grandes avanços no que toca à definição de dor, e resumindo, foi importante o confronto entre a existência da ideia de um sistema específico para a dor ou não, e da dor derivar de um estímulo mais intenso.

Finalmente, em 1965, foi proposta uma teoria revolucionária, a Teoria do Portão, defendida por Melzack & Wall. A mesma elucidou o mecanismo da dor como estímulo-resposta, sendo ela mediada por uma rede de processos que interagem entre si. A entrada de informação é realizada num "portão" na medula espinhal, que recebe informação de fibras nervosas periféricas (i.e., local da lesão). Esta informação é processada e gera um comportamento (e.g., atenção, foco na fonte de dor) e emoção (e.g., ansiedade, medo), determinando a forma como se lida com o estímulo. A informação que é processada é enviada para um sistema de ação, que resulta em percepção da dor. Sendo assim, a dor é mais uma percepção e experiência, do que uma sensação relacionada com o papel da pessoa no grau de dor que experimenta, sendo ela uma interpretação do impulso doloroso (Melzack & Wall, 1965). Esta teoria foi inovadora porque, apesar das anteriores descreverem sistemas detalhados de percepção da dor, elas focam-se unicamente na dor como estímulo-resposta, olhando para ela através de uma perspetiva biomédica, contrariamente à Teoria do Portão, que começou a ver a dor como uma abordagem biopsicossocial (Moayedi & Davis, 2013).

A perspetiva biomédica reflete um foco exclusivo em processos orgânicos, na procura de explicações através de sintomas e causas físicas. Em relação à dor, sabendo que se trata de um acontecimento com uma componente física, é de prever que resida no campo da medicina, que consequentemente, quando tratada é através de medidas médicas (e.g., medicação, cirurgia e fisioterapia). A questão aqui envolvida é que tais ferramentas clínicas deixam de ter o resultado desejado por si só, pois a dor pode-se desenvolver por efeitos psicossociais (i.e., eventos sociais e psicológicos), que não são tidos em conta nesta abordagem. É necessário então compreender que a dor é algo subjetivo e que uma perspetiva biomédica tradicional não pode resolver adequadamente todas as questões relacionadas com esta condição (Schatman, 2012), e é por isso que existiram grandes avanços na história da dor a partir da Teoria do Portão. Esta defende que a maioria das dores resulta de uma combinação de aspetos físicos e psicológicos, e que não são determinadas apenas por acontecimentos biológicos (Melzack & Wall, 1965), abrindo as portas para o modelo biopsicossocial. Tal perspetiva nasceu na década de 1940, no Hospital Tacoma General, por John Bonica e colegas (Schatman, 2012), procurando dar respostas de como, porquê e onde cada componente influencia determinado fenómeno. Trata a dor crónica como uma disfunção no controlo destes elementos, uma vez que a sua recuperação é determinada pela qualidade de vida, englobando o bem-estar psicológico e social. Ela explica que quando a intervenção é baseada em métodos tradicionais (i.e., medicina) e esta não é a adequada, gera comorbidades (e.g., aumento dos níveis de stress, ansiedade, depressão e isolamento), que implicam dor mais acentuada. Portanto, o tratamento eficaz deve ser

multidimensional (Banks & Mackrodt, 2006), incluindo três elementos comuns: a medicação, atividade física regular e técnicas cognitivo-comportamentais para gerir a dor e o stress (Schatman, 2012). Contudo, o modelo biopsicossocial definiu a dor como uma percepção subjetiva que resulta da transdução, transmissão e modulação da entrada sensorial, filtrada pela composição genética e aprendizagens anteriores, assim ela é composta por três integrantes: o estado fisiológico e os processos orgânicos, o estado psicológico do indivíduo (i.e., emoções, sentimentos, entre outros), e o contexto social (i.e., família, grupos de pares, cultura). Estas três áreas podem estar relacionadas e podem ter influência umas nas outras (Banks & Mackrodt, 2006). Ou seja, a diversidade na expressão da doença (i.e., severidade, duração e consequências) é explicada pelas interações desses contextos (Turk & Gatchel, 2018).

Terminando, o modelo biopsicossocial é fundamental na ocorrência de dor, fornecendo uma estrutura que sustenta que os processos biológicos, psicológicos e sociais interagem de forma significativa perante um problema de saúde (Fernández-Peña et al., 2018), sendo importante entender como as funções e tipos de relações sociais podem ser essenciais nos resultados de saúde (Fernández-Peña et al., 2018), nomeadamente o suporte social. Assim é indispensável investigar as relações da pessoa e os seus recursos sociais (Fernández-Peña et al., 2018).

1.4. Dor e Suporte Social

O suporte social é considerado um construto multidimensional, envolvendo componentes diversas e distintas. É o processo pelo qual as interações sociais podem influenciar a saúde e o bem-estar (Kamp et al., 2019). Segundo Bandura (1986), o suporte social é bastante relevante na influência do comportamento das pessoas, de maneira que apoia na deliberação de quais atitudes serão tidas no meio social e individual. Ele pode ser tangível (e.g., ajuda financeira) ou intangível (e.g., ajuda emocional), com resultados no stress e na qualidade de vida das pessoas que o recebem (Langford et al., 1997), pois está associado a estratégias de *coping*, percepção de controlabilidade, senso de estabilidade, autoconceito e afeto (Baptista, 2005), e é um preditor da resposta emocional. Contempla um conjunto de aspetos quantitativos (i.e., tamanho da rede social) e qualitativos (i.e., sentimento positivo ou negativo perante as relações), e envolve várias dimensões de avaliação: 1) direção, que avalia de onde o suporte pode ser fornecido, 2) prestação de suporte em situação hipotética e/ou real e 3) descrição (i.e., satisfação do suporte; Requena et al., 2007).

Por outro lado, o suporte social pode ser classificado sob duas perspectivas: estrutural e funcional. A primeira, refere-se ao tamanho, composição e complexidade da rede social, e a perspectiva funcional refere-se à qualidade e tipos funcionais de assistência (i.e., prestada ou disponível), que geralmente podem ser classificadas em emocional, instrumental e informativa. O suporte social emocional é caracterizado por condutas que desenvolvem sensação de conforto e segurança (Fernández-Peña et al., 2018), podendo ser avaliado através do apoio do incentivo, de escuta e de compreensão empática (Wang et al., 2019). O suporte informativo é o conhecimento que esclarece o doente, de maneira a adaptar-se às mudanças derivadas de uma condição (Fernández-Peña, Molina, & Valero, 2018), que pode ser medido através da análise do estado da condição, da orientação e do *feedback* (Wang et al., 2019). O suporte instrumental é determinado como o apoio material ou tangível, que ajuda a resolver problemas práticos (Fernández-Peña et al., 2018) e é avaliado através da alimentação adequada, da atividade física, da medicação e do suporte económico (Wang et al., 2019). As funções de suporte instrumental e emocional são as mais importantes quando um indivíduo enfrenta um evento que altera a sua vida (Rutkowski et al., 2018), e que membros íntimos da família podem ser úteis especificamente em termos de suporte social emocional, pois este influencia mais positivamente o bem-estar psicológico do que o suporte informativo e instrumental (Shiba et al., 2016). Além disso, a dimensão funcional pode ser medida de duas formas, através do suporte social percebido (i.e., disponibilidade do apoio do cuidador, quando necessário e a análise da adequação e qualidade desse apoio) e do suporte social recebido (i.e., natureza e frequência de transações de suporte específicos; del-Pino-casado et al., 2018).

O suporte social também é estudado em vários contextos, formais e informais. O suporte social informal é entendido como o apoio proporcionado fora de ambientes formais (e.g., família, vizinhos, amigos; Campbell et al., 2011), já que o estudo do cuidado familiar é uma boa oportunidade para analisar como o suporte social está relacionado aos resultados psicológicos de uma situação de doença (del-Pino-Casado et al., 2018). Por outro lado, o suporte social formal requer cuidados que também são importantes e eficazes na gestão de uma condição de saúde, porém fora do ambiente familiar (e.g., médicos de família, enfermeiros, assistentes sociais; Shiba et al., 2016). De grosso modo, serão indicados alguns exemplos de suporte social formal: a ajuda do nutricionista com suplementos nutricionais (suporte instrumental), o assistente social dando informações sobre os recursos da comunidade (suporte informativo), e o enfermeiro praticar escuta ativa (suporte emocional; Rutkowski et al., 2018).

Em síntese, existiram várias formas de tentar perceber como pode o suporte social desempenhar um papel de influência na vida de alguém com dor, que se abordam seguidamente.

1.4.1. Modelos teóricos do suporte social e dor crónica

Consta-se que o suporte social exerce proteção contra o stress e influencia a suscetibilidade a doenças. Mecanismos iniciais de tal influência na dor crónica foram explicados através de várias perspetivas (Fernández-Peña et al., 2018). O modelo operante, defendido por Fordyce (1976), afirma que o reforço (e.g., apoio e atenção), em especial de cônjuges, pode explicar a persistência de comportamentos de dor (i.e., condutas verbais e não verbais que comunicam dor aos outros), encorajando a dependência e aumentando a dor crónica. Ou seja, familiares solícitos (i.e., apoiam e realizam as tarefas pelo indivíduo), reforçam a chamada de atenção e comportamentos de dor, que consequentemente revigoram a inatividade, levando à disfuncionalidade. Então, o parceiro pode punir as ações de dor através de respostas negativas (e.g., raiva e desaprovação) ou ignorá-las e reforçar atitudes mais saudáveis e adaptativas (e.g., através de elogios e incentivos), o que levará à extinção dos comportamentos e ao aumento de atividade. Teorias cognitivo-comportamentais trouxeram outra vertente, focada nas perceções e sentimentos perante os comportamentos do cuidador. Ao contrário do modelo anterior, este defende que o parceiro pode reagir de forma solícita e não desencadear comportamentos de dor, dependendo da interpretação do paciente. Por exemplo, respostas negativas podem não punir ações de dor, se forem vistas como preocupação do outro (Cano et al., 2012).

Começou-se a integrar várias teorias interpessoais em modelos integrativos da saúde na dor crónica. Por exemplo, a Teoria Transacional (Lazarus & Folkman, 1987), defende que os casais consideram algo ameaçador com base nas avaliações das situações e na perceção dos seus recursos disponíveis, então se a solicitude for percecionada como um recurso (e.g., suporte emocional), pode ser adaptativa (e.g., diminuir a dor). Posto isto, Sharp (2001) criticou estes modelos, referindo que dão pouco ênfase à cognição e que ainda se baseiam muito na perspetiva operante, propondo uma reformulação da teoria cognitivo-comportamental da dor. O mesmo afirma que muitos fatores contribuem para a avaliação de uma situação (e.g., sensações, aprendizagens anteriores, respostas fisiológicas, contexto, etc.). Também outros modelos cognitivos sugerem que fatores ambientais desempenham um papel fundamental na adaptação à dor. Por exemplo, na teoria do medo - evitamento (Slade et al., 1983), o doente percebe que realizar atividade física aumenta a intensidade da dor, então desenvolve catastrofização, gerando inatividade e prejudicando o seu estado de saúde (e.g., perda de força muscular e falta de autoestima), resultando em comorbidades, como a depressão e intolerância à dor (Cano et al., 2012). A catastrofização da dor é como uma distorção cognitiva que antecipa a dor de forma exagerada. De acordo com isso, ela pode ser uma estratégia para obter apoio social (Ryum et

al., 2019). Segundo o Modelo de *Coping* Comunal, a catastrofização tem uma função social de comunicação, que visa maximizar a probabilidade de que o sofrimento seja administrado dentro de um contexto interpessoal. Propõe que a expressão de angústia pode ser um elemento necessário de uma abordagem social para lidar com a situação. Se as estratégias de *coping* incluem a procura de proximidade, apoio e empatia, a comunicação deve ser eficaz quando o indivíduo se encontra em sofrimento. As funções comunicativas da catastrofização são uma relação consistente entre a catastrofização e o comportamento de dor autorrelatado e observado. Quanto maior o nível de catastrofização, menor a percepção das pessoas de que eles são capazes de gerir a sua dor (i.e., autonomia). Então, a catastrofização está positivamente relacionada com a solicitude (Sullivan et al., 2001). Outra alternativa à abordagem operante foram os modelos de regulação interpessoal e emocional. Segundo eles, a intimidade é vista como algo necessário ao ser humano, que é alcançada através da validação emocional e responsividade do parceiro, então respostas de aprovação emocional aumentam a sensação de intimidade dentro de um casal, melhorando sintomas da dor, influenciados pela expectativa do doente sobre as relações, levando à segurança contra ameaças e reduzindo significativamente o stress (Clark et al., 2018).

Em conclusão, existem várias teorias a tentar elucidar a relação entre o suporte social e a adaptação à dor, sendo elas bastante fundamentais para ampliar a investigação nesta área, delineando um acesso a vastas relações entre conceitos. Deste modo, de seguida, irá rever-se alguma literatura existente, que expõe resultados acerca de tal associação.

1.4.2. Evidências sobre suporte social e dor

Vários estudos verificaram a relação entre o suporte social e a saúde mental (Puigpinós-Riera, et al., 2018). A literatura sugere que o suporte social informal, principalmente do cônjuge, pode ter um papel importante na redução de depressão de pessoas com dor crónica. Está positivamente relacionado com a qualidade de vida e com a melhoria do estado funcional e da intensidade da dor, e negativamente associado a problemas de memória e concentração, predizendo um resultado positivo no tratamento destes utentes (Jamison & Virts, 1990). O suporte social percebido pela pessoa com dor foi identificado como um fator-chave na superação da incapacidade relacionada à dor, mais nomeadamente, na mobilidade e desempenho de atividades diárias. Por sua vez, indivíduos que não percebem apoio familiar tendem a ter mais locais de dor, descrevem as suas dores como mais intensas, dependem mais da medicação, têm mais condutas de dor e mais stress. Isto porque as experiências ameaçadoras tornam-se menos tolerantes e é mais difícil de lidar com elas (Jamison & Virts, 1990). É de

salientar que a disponibilidade e a qualidade do suporte social diminuem consideravelmente uma condição de saúde (Rutkowski et al., 2018).

O suporte social é uma importante variável desencadeante de estratégias de *coping* para lidar com a dor. O *coping* é um conjunto de habilidades (i.e., pensamentos ou ações) que as pessoas utilizam para combater adversidades, sendo que elas podem ter uma componente ativa (i.e., controlar a dor ou funcionar apesar dela) ou passiva (e.g., evitar o problema; López-Martínez et al., 2008). Todavia, este efeito sugere contradições. Existem efeitos benéficos do suporte social na dor crónica (e.g., menos angústia e dor menos intensa), mas também existem impactos negativos (e.g., dor mais elevada e mais comportamentos de dor; López-Martínez et al., 2008). Por conseguinte, o medo e o evitamento e a catastrofização resultam em estratégias de *coping* passivas, como a diminuição de atividade, que consequentemente, resultam em maior intensidade e severidade da dor. Em contraste, estratégias ativas como a distração da dor e continuar atividades apesar da dor traz resultados mais favoráveis (Evers et al., 2003). Afinal, o suporte pode ajudar os indivíduos a alterarem o significado da situação. Por exemplo, pode incitar o indivíduo com dor a procurar métodos adaptativos, que promovem a satisfação e a menor severidade da dor, ou pelo contrário, pode intensificar atitudes e crenças mais desadaptativas, que impactam de forma negativa (Holtzman et al., 2004).

1.4.3. Suporte social e autonomia vs. dependência funcional

É possível fazer a distinção entre dois tipos de suporte social, em função do grau em que este promove a autonomia funcional dos indivíduos. A autonomia funcional é definida como a capacidade de realizar tarefas do quotidiano sem auxílio de pessoas, aparelhos e sistemas. (Dantas & de Souza Vale, 2004). A perceção de que a pessoa tem autonomia para realizar o que planeia está relacionado com o bem-estar e com a satisfação. No entanto, ameaças biopsicossociais podem desencadear dificuldades a nível do funcionamento, limitando a pessoa a agir por conta própria, causando dependência. Apesar disto, a autonomia pode ser mantida mesmo que existam complicações. As pessoas podem ser auxiliadas e ainda assim decidirem o que fazem e como o fazem. Ela vai para além do *status* funcional e é algo que é percebido pela pessoa. A crença de que o próprio é capaz de atingir o que deseja é adaptativo, pois aumenta o sentimento de autoeficácia (Warner et al., 2011).

Em contrapartida, a dependência está associada a alguns fatores de risco (Shahar, 2008). Ela pode ser a causa de degradação física e está associada à perda de controle, depressão e sentimentos de incapacidade, devido ao facto de os familiares assumirem as suas

responsabilidades e atividades diárias (Matos et al., 2017), apesar de também se confirmar que a dependência funcional é um fator protetor no que remete ao ajustamento de algumas questões físicas (Shahar, 2008).

Em contexto de dor, a promoção de autonomia funcional pode significar persistência nas tarefas quotidianas, ou seja, a promoção de estratégias de *coping* ativas (relacionada com menos severidade da dor e incapacidade; Matos et al., 2017). Por sua vez, a promoção de dependência funcional está associada à diminuição de atividade, submissão a outras pessoas, isolamento social, e relacionada com estratégias de *coping* passivas, consequentemente associado ao aumento da intensidade e severidade da dor; Matos et al., 2017). Porém, os estudos revistos acerca do suporte social e da dor são muito inconsistentes, pois tanto sugerem uma relação negativa entre suporte social e interferência e severidade da dor, depressão e menos estratégias de *coping* passivas (e.g., evitar atividades), como divulgam que a solicitude percebida (e.g., ajuda persistente) mantém uma associação positiva com a gravidade e incapacidade da dor, com comportamentos de dor (e.g., queixas) e dependência (Matos et al., 2017). Por exemplo, atitudes solícitas do cônjuge foram associadas a um desajuste do paciente (Ballantyne et al., 2013), e respostas reforçadoras aumentam comportamentos de dor (Jamison & Virts, 1990).

1.5. A evolução da escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)

Na revisão teórica foi possível verificar que existe uma relação entre o suporte social e a saúde mental. O suporte social foi identificado como um fator-chave na superação da incapacidade relacionada à dor, nomeadamente, na mobilidade e desempenho de atividades diárias (Jamison & Virts, 1990). Tal como foi revisto no modelo do medo e evitamento (Slade et al., 1983), comportamentos de evitamento representam um principal preditor de incapacidade funcional (Cano et al., 2012). Então, o suporte social que promove autonomia ou dependência funcional pode ter uma relação com a autoeficácia na dor crónica, promovendo comportamentos desadaptativos (e.g., evitar atividades funcionais) ou adaptativos (e.g., superar a incapacidade relacionada à dor). De uma maneira geral, o suporte promotor de dependência resulta em inatividade em situações de dor crónica, e o suporte promotor de autonomia desenvolve superação e melhora o desempenho, porém, existem muitas contradições em trabalhos existentes (Matos & Bernardes, 2013; Domingues & Bernardes, 2014). Apesar da dor aguda e da dor crónica serem complementares, também são bastante díspares. Com isto, é possível compreender que o suporte social pode ter efeitos diferentes em ambos os tipos de dor. Outrora,

existiu a necessidade de compreender até que ponto o apoio social pode ser um fator de risco ou protetor, e se está associado ao tipo de experiência de dor. O problema que surgiu foi não existirem escalas que avaliassem a frequência de ações de suporte que uma pessoa com dor reporta receber.

Por conseguinte, foi desenvolvida uma medida, a ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, 2013), com o objetivo de determinar a frequência de promoção de suporte que um sujeito com dor entende receber de cuidadores no contexto de redes formais (i.e., centros de dia, lares e universidades seniores). Tal medida compreende duas dimensões, a percepção de promoção de autonomia: percepção de ações de apoio que fornecem ajuda tangível (i.e., suporte instrumental), ou que reforçam maior autoestima e autoconfiança para continuar apesar da dor (i.e., suporte emocional/ de estima), e a percepção de promoção de dependência: percepção de auxílio tangível, onde substituem a pessoa nas suas atividades (i.e., suporte instrumental), ou que reforçam a menor autoeficácia para continuar apesar da dor (i.e., suporte emocional/ de estima). É composto por oito itens, como os seguintes: “*Quando estou com dores, os funcionários desta instituição incentivam-me a participar em atividades de lazer*” (promoção de autonomia) e “*Quando estou com dores, os funcionários desta instituição trazem-me tudo, para que eu não precise de me mover*” (promoção de dependência). A avaliação dos mesmos é composta por uma escala *Likert*, que varia entre 1 (Nada Frequente) a 5 (Extremamente Frequente).

Ainda sobre a ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, 2013), verificou-se que é um instrumento com boas propriedades psicométricas.

A ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, 2013; Matos et al., 2015) foi bastante relevante, pois promoveu argumentações consideráveis para o estudo do suporte social na dor crónica, sugerindo uma grande evolução. O instrumento mostra fidelidade interna e validade adequadas, porém dá apenas resposta às necessidades existentes na literatura ao nível do suporte formal, não permitindo avaliar as percepções do suporte social informal. Considerando que o apoio familiar contribui para grandes melhorias nas pessoas com dor (Jamison & Virts, 1990), é de total importância existir um teste que tenha em conta essa componente. De forma a combater essa problemática, foi construída a ESIAD_DOR (Domingues & Bernardes, 2014). Foi concebida para testar a percepção dos sujeitos face ao suporte promotor de autonomia/dependência, proveniente de manifestações protagonizadas por membros da sua família. Para cada uma das dimensões referidas foram delineadas duas subdimensões distintas, representadas por ações de suporte instrumental e emocional, que promovem a autonomia e/ou a dependência funcional na convivência com a dor, sendo que o processo de construção dos itens do ESIAD_DOR (Domingues & Bernardes, 2014) foi baseado numa comparação paralela

com os itens que compunham a ESFAD_DOR. Em relação à validação deste instrumento, para medir a validade de conteúdo recorreram a dois especialistas independentes, com experiência ao nível da dor crónica. Após as modificações efetuadas, o novo conjunto de itens foi apresentado a dois novos juízes, cuja avaliação comprovou um índice de fidelidade interjuíz excelente (K Cohen=1, nível de confiança = 100%).

Para a validade relacionada a um critério avaliaram a relação concorrente entre a perceção de suporte medidas pela ESIAD_DOR e três critérios distintos: (1) tipo de experiência de dor atual (i.e., dor aguda, dor crónica ou sem dor atual), (2) grau de severidade e interferência da dor e (3) tipo de estratégias de *coping* adotadas no processo de adaptação à dor. Perante isto, (H1) esperavam que os indivíduos com dor crónica percebessem promoção de autonomia e de dependência, (H2) previam que as pessoas com dor aguda percecionassem com menor frequência o suporte promotor de autonomia/dependência do que os indivíduos com dor crónica, e (H3) esperavam que as pessoas sem dor atual apresentassem menor perceção. Porém, os resultados declararam que as pessoas com dor aguda percebem mais promoção de dependência do que as pessoas com dor crónica, e não se detetou diferenças significativas entre os sujeitos sem dor e os restantes. De outro modo, (H4) esperavam uma relação positiva entre perceção de promoção de dependência e o grau de severidade e interferência da dor, e que (H5) o tipo de dor exercesse uma função moderadora na relação entre a perceção de promoção de dependência no aumento da severidade e interferência da dor, em indivíduos com dor crónica, e a relação entre a perceção de promoção de dependência e a severidade e interferência da dor não deveria ser verificável em indivíduos com dor aguda. Mas os resultados não foram ao encontro das hipóteses, pois apurou-se que apenas as pessoas que reportavam sofrer de dor aguda apresentavam correlações significativamente positivas entre a perceção de promoção de autonomia e o grau de interferência da dor. Por último, (H6) acreditavam que os indivíduos que percebessem de modo mais frequente o suporte promotor de dependência recorressem maioritariamente a estratégias de *coping* passivas, ao invés daqueles cuja perceção de suporte estivesse mais associadas à promoção de autonomia e que desse modo, utilizassem com maior frequência as estratégias de *coping* ativas. Ainda, (H7) expetavam que as relações acima descritas fossem mais salientes em indivíduos com dor crónica, do que com dor aguda ou sem dor, que foram parcialmente ao encontro dos resultados, de tal forma que se observou que as estratégias de *coping* ativas correlacionaram-se significativamente com a perceção de promoção de autonomia e dependência, assim como as estratégias de *coping* passivas. No que diz respeito às pessoas com dor aguda atual, as estratégias de *coping* ativas e passivas evidenciaram correlações significativas, tanto com a perceção de promoção de autonomia como dependência,

e quanto às pessoas com dor crónica atual, só se verificou a existência de correlação significativa entre a perceção de promoção de dependência e as estratégias de *coping* passivas.

Para finalizar, de maneira a validar a escala ao nível do construto, estudaram a relação entre as subescalas de perceção de frequência de suporte social percebido da ESIAD_DOR e da SSS-MOS (*Social Support Scale of Medical Outcomes Study*). Esperava-se a inexistência de correlações entre os dois instrumentos, uma vez que apesar de ambas medirem a perceção de suporte informal, a ESIAD_DOR pretende avaliar especificamente a perceção de promoção de autonomia e dependências derivados do suporte familiar prestado em situação de dor, enquanto a SSS-MOS avalia a perceção de suporte informal generalizado e não centrado nas questões de autonomia/dependência. Ao nível da perceção de frequência de suporte social percebido, a variável suporte emocional/informativo correlacionou-se significativamente com a perceção de promoção de autonomia instrumental para as pessoas sem dor atual, não se verificando qualquer tipo de correlação para as pessoas com dor aguda e dor crónica. No que diz respeito à variável perceção de suporte tangível da SSS-MOS, esta evidenciou correlações significativas com as variáveis perceções de promoção de dependência e autonomia instrumental, para todos os grupos de dor.

Contudo, apesar da ESIAD_DOR (Domingues & Bernardes, 2014) ter adquirido bons resultados (e.g., a escala tem uma excelente validade de conteúdo: K Cohen=1, nível de confiança = 100%), também foi possível perceber que as conclusões do estudo não tiveram consenso com as hipóteses sugeridas (i.e., validade de critério e conteúdo pouco satisfatórias), derivado de algumas limitações do estudo (e.g., a amostra ter uma dimensão pequena, podendo influenciar na estabilidade da estrutura fatorial e no alcance de conclusões pouco firmes e seguras). Dessa forma, observa-se que a validação da escala contém algumas lacunas, e dada a centralidade do suporte social informal percebido, torna-se bastante pertinente que o objetivo preliminar deste estudo seja aprimorar o instrumento em causa (ESIAD_DOR), de modo a obter literatura mais consistente acerca do suporte social informal e da dor, e consequentemente ser possível desenvolver intervenções adequadas em torno da problemática abordada até ao momento.

1.6. Plano de validação da ESIAD_DOR

Para investigar se instrumento ESIAD_DOR é válido, foi executado um plano de validação composto apenas pelo teste da validade de critério e construto, uma vez que a validade de conteúdo já tinha sido analisada e os resultados foram apropriados (Domingues & Bernardes,

2014). Em relação à validade de construto, foi avaliada através da exploração da estrutura fatorial realizada com os 12 itens da ESIAD_DOR que reuniram maior carga fatorial no estudo anterior (Domingues & Bernardes, 2014), e a análise da intercorrelação entre os seus fatores. Quanto à validade relativa a um critério, procurou-se avaliar a relação concorrente (i.e., relação feita em simultâneo) entre a perceção de suporte medida pela ESIAD_DOR e cinco critérios distintos: (1) sexo dos participantes, (2) tipo de experiência de dor atual (i.e., dor aguda vs. dor crónica), (3) funcionamento físico autorrelatado, (4) grau de intensidade e da interferência da dor no quotidiano e (5) tipo de estratégias de *coping* adotadas no processo de adaptação à dor crónica. Para cada um dos fatores referidos foram estipuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1): No que diz respeito a estereótipos de género, destaca-se em alguns estudos evidências de uma associação, em contextos de dor, entre representações estereotípicas de masculinidade e autonomia e estoicismo, assim como uma associação entre representações estereotípicas de feminilidade e dependência e expressividade (Fillingim et al., 2009). Esta expectativa foi confirmada no estudo de Matos et al (2015), mostrando diferenças entre homens e mulheres idosos na perceção de promoção de dependência por parte dos funcionários dos centros de dia que frequentavam, verificando-se que as mulheres reportaram níveis mais elevados de perceção de promoção de dependência que os homens. Tendo em conta tais achados, esperar-se-ia que as mulheres, em média, reportassem mais respostas promotoras de dependência funcional e os homens mais respostas promotoras de autonomia funcional em situações de dor. Contudo, salienta-se que estes resultados refletem as perceções de idoso/as sobre as ações de suporte recebidas dos seus cuidadores formais em centros de dia/lares. A extrapolação de tal padrão de resultados para um contexto familiar de suporte informal deve ser feita de forma cuidadosa. Efetivamente, estudos sugerem que existe a expectativa de que num ambiente familiar, a mulher reaja de forma mais estoica, tentando suportar até ao limite a sua dor, devido ao papel que desempenha em casa (mais saliente numa família tradicional do ponto de vista do género), e por outro lado, o homem assuma reações mais impacientes e de sofrimento (Bernardes et al., 2010). Assim sendo, em contexto familiar, é de esperar que as mulheres reportem níveis mais elevados de perceção de promoção de autonomia e os homens níveis mais elevados de perceção de promoção de dependência.

Hipótese 2 (H2): Segundo os resultados de Matos & Bernardes (2013), as pessoas com dor crónica percebem mais promoção de autonomia que as pessoas com dor aguda. Ainda, no estudo de Domingues & Bernardes (2014), os resultados mostraram que a perceção de promoção de dependência tem uma maior associação com a dor aguda, comparativamente com a dor crónica. Estes efeitos são explicados pelo facto de a dor aguda ser associada a lesão e

suscitar nos membros da família manifestação de estímulos à inatividade, para melhorar a cura, assim como na dor crónica a promoção de dependência deve ser diminuída, de forma a melhorar a condição do doente. Posto isto, em relação à experiência de dor, espera-se que as pessoas com dor crónica percebam maior promoção de autonomia e as pessoas com dor aguda percebam mais promoção de dependência.

Hipótese 3 (H3): Em detrimento do funcionamento físico autorrelatado, apurou-se que os resultados do estudo de Matos et al., (2015) concluíram que o funcionamento físico autorrelatado está positivamente correlacionado com a percepção de promoção de autonomia e negativamente correlacionado com a percepção de promoção de dependência. Por conseguinte, é exetável que tanto em indivíduos com dor crónica como com dor aguda, exista uma relação positiva entre o funcionamento físico autorrelatado e a percepção de promoção de autonomia, e uma relação negativa entre o funcionamento físico e a percepção de promoção de dependência.

Hipótese 4 (H4): No que remete as variáveis intensidade e interferência da dor, de acordo com Matos & Bernardes (2013), a percepção de promoção de dependência está positivamente correlacionada com a intensidade e interferência nas pessoas com dor crónica. Já Matos (2011) concluiu que em pessoas com dor crónica existe correlação positiva entre percepção de promoção de autonomia e o grau de severidade e interferência da dor. No estudo de Domingues & Bernardes (2014), confirmou-se que os indivíduos que reportam sofrer de dor aguda apresentaram correlações significativamente positivas entre a percepção de promoção de autonomia e o grau de interferência da dor. Revendo a literatura, o suporte social recebido é considerado benéfico na superação da incapacidade relacionada com a dor (e.g., mobilidade e desempenho de atividades diárias), e uma vez que os pessoas que relatam pensamentos de preocupação, medo e incapacidade de desviar a atenção da dor foram classificados como catastrofistas (Sullivan et al., 2001), é de esperar que as mesmas comuniquem mais a sua dor aos familiares. Em contrapartida, para as pessoas com dor aguda, o esforço não exige recuperação, ao contrário da dor crónica. Assim sendo, aguarda-se que exista uma associação positiva entre percepção de promoção de autonomia e intensidade e interferência da dor, nas pessoas com dor crónica, e uma associação positiva entre percepção de promoção de dependência e o grau de interferência e de severidade da dor nos indivíduos com dor aguda.

Hipótese 5 (H5): Existem consequências da adaptação à dor crónica quando o paciente percebe promoção de autonomia e não quando o cuidador transcende a independência da pessoa com dor crónica (i.e., promoção de dependência), devido ao facto do paciente se tornar mais ativo na realização das suas tarefas do quotidiano (Jamison & Virts, 1990). No estudo de Domingues & Bernardes (2014), os resultados mostraram que a percepção de promoção de

autonomia está relacionada com estratégias de *coping* ativas nas pessoas com dor crónica e a percepção de promoção de dependência está relacionada com estratégias de *coping* passivas nas pessoas com dor aguda. Com isto, espera-se que exista uma relação positiva entre percepção de promoção de autonomia e estratégias de *coping* adaptativas: persistência, exercício físico e relaxamento, mais significativa em pessoas com dor crónica, que em indivíduos com dor aguda. Pelo contrário, é prevista uma relação positiva entre percepção de promoção de dependência e estratégias de *coping* desadaptativas: pedir auxílio, defesa e descanso, mais considerável em pessoas com dor aguda, em comparação a pessoas com dor crónica.

Em suma, a validação da ESIAD_DOR permitirá ir ao encontro de resultados que visam promover um melhor bem-estar e relações familiares mais adequadas à população que se encontra com dor.

CAPÍTULO 2

Método

No método pretende-se caracterizar a amostra utilizada neste estudo, os instrumentos utilizados para auxiliar o processo de validação, e por fim passar-se à descrição dos procedimentos realizados na recolha de dados dos participantes.

2.1. Amostra

Neste estudo participaram 303 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos ($M=39$; $DP=15,12$), sendo a maioria do sexo feminino (53,3%), tal como se pode verificar na Tabela 1. Mais de metade dos participantes encontravam-se casados (57,8%) e a maior parte das pessoas coabitavam com a família nuclear (81,8%). O nível de escolaridade predominante foi entre seis e doze anos (46,2%), sendo que grande parte se encontrava empregado (63,9%).

Sabendo que o problema relevante do estudo é a dor e que uma das variáveis a ser testada é a experiência de dor atual (i.e., dor crónica, dor aguda ou sem qualquer tipo de dor), é relevante entender que cerca de metade dos participantes (53,5%) que preencheram o questionário encontravam-se com dor crónica, mais frequentemente localizada na coluna (16,5%), mais prevalente nas mulheres (60,9%) que se encontram empregadas (64,6%), casadas (54,9%) e a viver com a família nuclear (78,4%). Por sinal, a dor aguda também se localizava maioritariamente na coluna (5%), mais prevalente nos homens (52,5%) casados (44,3%), que se encontram empregados (77,6%) e que vivem com a família nuclear (80%).

Tabela 1

Caraterísticas sociodemográficas e caraterísticas de dor da amostra total e dos participantes por experiência atual de dor.

Variáveis		Sem Dor	Dor Aguda	Dor Crónica	Amostra Total
Sociodemográficas		(n=61)	(n=80)	(n=162)	(n=303)
		%	%	%	%
Idade	18 - 39	15,7	9,4	14,4	26,8
	40 - 65	8	9	29,1	53,8
	> 65	26,8	1,7	9,7	19,4

Sexo	Mulher	42,5	47,5	60,9	53,3
	Homem	57,5	52,5	39,1	46,7
Estado civil	Solteiro/a	13,8	41	18,5	21,8
	Casado/a	73,8	44,3	54,9	57,8
	Divorciado/a	2,5	11,5	13	9,9
	Viúvo/a	3,8	1,6	4,3	3,6
	União de Facto	6,3	1,6	9,3	6,9
Anos de Escolaridade	0 – 5	8,9	1,4	11,7	20,5
	6 - 12	12,1	11,7	26	46,2
	> 12	6	6,8	15,3	26,1
Coabitação	Amigos	-	1,7	0,6	0,7
	Família ampliada	6,3	6,7	9,3	7,9
	Família nuclear	90	80	78,4	81,8
	Sozinho/a	3,8	11,7	11,7	9,6
Situação profissional	Empregado/a	52,5	77,6	64,6	63,9
	Desempregado/a	13,8	8,6	13,7	12,7
	Reformado/a	33,8	13,8	21,7	23,4
Localização da Dor	Membros superiores	-	3,6	3	6,6
	Membros inferiores	-	4	8,6	12,5
	Cabeça	-	2	4	5,9
	Tórax	-	0,3	0,7	1
	Coluna	-	5	16,5	21,5
	Bacia	-	0,3	1	1,3
	Visceral	-	1,7	1,3	3
	Vários Locais	-	2,3	10,6	12,9
	Geral	-	1	7,6	8,6

2.2. Instrumentos

2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)

O instrumento ESIAD_DOR que será testado, tal como referido, tem como objetivo estudar a perceção de suporte familiar em indivíduos adultos em situação de dor, caracterizada por dimensões de promoção de autonomia e dependência funcional, enquanto funções do suporte

social recebido. Na sua visão preliminar foram construídos 20 itens, embora no presente estudo apenas sejam utilizados os 12 itens com maior carga fatorial no estudo exploratório preliminar (Domingues & Bernardes, 2014). Tais itens estão igualmente repartidos por quatro categorias: (1) Suporte instrumental promotor de autonomia funcional, (2) Suporte emocional/estima promotor de autonomia funcional, (3) Suporte instrumental promotor de dependência funcional e (4) Suporte emocional/estima promotor de dependência funcional. Para qualquer um dos itens, a natureza da sua operacionalização remonta para a percepção do indivíduo acerca da frequência com que é alvo de determinadas ações comportamentais ou manifestações e expressões de afeto e compreensão por parte dos elementos da sua família quando sente dor. Alguns exemplos de questões são “*Quando estou com dores os meus familiares fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar*” e “*Quando estou com dores os meus familiares incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão*”, e são avaliadas através de uma escala *Likert* de 5 pontos (1- Nada Frequente, 2- Pouco Frequente, 3- Moderadamente Frequente, 4- Muito Frequente, 5- Extremamente Frequente).

2.2.2. Experiência de dor atual

No sentido de avaliar a presença de dor nos participantes, foram colocadas questões sobre a ocorrência de dor crónica no passado (e.g.: “*Já alguma vez teve dor constante ou intermitente, por mais de três meses consecutivos?*”), bem como a ocorrência de dor crónica no presente (e.g.: “*Sentiu essa dor durante a semana passada?*”). No caso de o participante ter respondido negativamente à presença de dor crónica atual, independentemente da resposta à existência de dor crónica no passado, tinha de responder relativamente à presença de dor aguda no presente (e.g.: “*Sentiu alguma dor na semana que passou?*”). A escala de resposta às perguntas consistia em “*Sim*” e “*Não*”. No caso de a pessoa responder negativamente às perguntas sobre a atualidade de dor crónica e aguda era classificado como um participante sem dor.

2.2.3. Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*)

Para testar a validade de critério foi tida em conta a versão portuguesa do *Brief Pain Inventory* (Cleeland, 1989), que foi desenvolvida para medir a intensidade e a interferência que a dor tem na vida das pessoas. A escala de severidade da dor é constituída por 4 itens com questões sobre a intensidade da dor máxima e mínima dos participantes, em relação à última semana e ao momento atual. A classificação de resposta é de 0 (Sem dor) a 10 (A pior dor que se pode imaginar). A escala de interferência da dor é constituída por sete itens e é composta por questões

sobre o nível de interferência da dor no quotidiano, na última semana (i.e., interferência no trabalho, nas relações interpessoais, na mobilidade, na disposição, no sono, no prazer e na capacidade para andar a pé), sendo a resposta classificada entre 0 (Não interferiu) e 10 (Interferiu completamente). O BPI encontra-se validado para a população portuguesa, apresentando boa fidelidade interna, com um *alpha* de *Cronbach* de 0,98 para a escala da severidade e 0,84 para a escala da interferência (Azevedo et al., 2007).

De modo a averiguar as propriedades psicométricas das subescalas de intensidade e interferência da dor na amostra em estudo, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,91$; Bartlett's $\chi^2 (55) = 1640$, $p < 0,001$). Durante o processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido extraídos, de acordo com o critério de *Kaiser* dois fatores, que explicam aproximadamente 69% da variância total: 1) Intensidade e 2) Interferência da dor. Tais fatores apresentam uma boa fidelidade interna, apresentando valores de *alpha* de *Cronbach* de 0,85 para a intensidade e 0,92 para a interferência. Estes fatores foram calculados através da média dos respetivos itens, sendo que valores mais elevados correspondem a dor mais intensa e incapacitante.

2.2.4. Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica (*Chronic Pain Coping Inventory*)

Em relação ao critério estratégias de *coping*, procurou-se testá-lo a partir do *Chronic Pain Coping Inventory* (Jensen et al., 1995), que é um questionário de autoaplicação, com 65 itens que avaliam as componentes cognitivas e comportamentais do *coping*, através da frequência de utilização, em número de dias durante a última semana (i.e., escala numérica de 1 a 7), de um vasto conjunto de estratégias para lidar com a dor crónica, todavia neste ensaio apenas foram utilizados os 24 itens com maior saturação. Foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua, de modo a aferir as propriedades psicométricas das subescalas das estratégias de *coping* ($KMO = 0,82$; Bartlett's ($\chi^2 (276) = 2205$, $p < 0,001$). Durante o processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido extraídos, de acordo com o critério de *Kaiser* sete fatores. Contudo, a análise *Scree Plot* identificou seis fatores que explicam cerca de 64% da variância total: 1) Pedir de ajuda, 2) Persistência, 3) Descansar, 4) Defesa, 5) Relaxamento e 6) Exercício físico. Este instrumento apresentou bons valores de fidelidade interna em todas as subescalas, nomeadamente, *Coping* de Defesa/ Proteção ($\alpha = 0,75$), Pedir

Ajuda ($\alpha = 0,85$), Relaxamento ($\alpha = 0,75$), Persistência ($\alpha = 0,80$), Exercício Físico ($\alpha = 0,77$) e Descanso ($\alpha = 0,76$). Os indicadores das formas de lidar com a dor foram calculados através das médias dos respetivos itens, sendo que valores mais elevados correspondem a maior frequência de utilização de formas de lidar com a dor.

2.2.5. Inventário de avaliação funcional (*Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*)

Entretanto, para avaliar o critério pertencente ao funcionamento físico foi usado o *Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey* (SF-36; McHorney & Ware Jr, 1995), que é um instrumento que mede conceitos gerais de saúde, não específicos para qualquer idade, doença ou grupo de tratamento. O SF-36 tem o objetivo de mensurar os seguintes oito domínios de saúde: 1) Funcionamento físico, 2) Papel físico, 3) Dor corporal, 4) Saúde geral, 5) Vitalidade, 6) Funcionamento social, 7) Papel emocional e 8) Saúde mental. É composto por 36 itens, porém, neste estudo apenas será empregue a escala de funcionamento físico. É a mais longa, com dez itens que abordam a capacidade de realizar atividades diárias, como mover uma mesa, escalar um lanço de escadas, dobrar-se, ajoelhar-se ou inclinar-se, andar um quarteirão, e tomar banho ou vestir-se, detendo uma escala de resposta de 1 (Muito limitado) a 3 (Nada limitado). O SF-36 original tem uma alta consistência interna, apresentando um *alpha de Cronbach* na população em geral de cerca de 0,81 em todas as escalas SF-36, exceto no da saúde geral ($\alpha = 0,73$; Busija, et al., 2020). Em relação à versão portuguesa da escala de funcionamento físico, também obteve boas qualidades psicométricas ($\alpha = 0,87$; Ferreira, 2000).

A escala de funcionamento físico do SF-36 também tem uma elevada consistência interna nesta população, pois o seu *alpha de Cronbach* é de 0,91. O indicador de funcionamento físico foi calculado através da média dos 10 itens, sendo que valores mais altos dizem respeito a níveis de funcionamento físico mais elevados.

2.3. Procedimento

Em primeiro lugar, é de notar que todo o estudo foi realizado em conformidade com as normas éticas do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, bem como do artigo 7 do código referente à investigação em Psicologia, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011), garantido a voluntariedade e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Relativamente ao método de obtenção de dados desta investigação, não foi homogéneo, tendo sido adotadas duas estratégias distintas de recolha. Uma vez definidos os instrumentos a utilizar e quando estruturado o questionário final, este foi disponibilizado numa plataforma online, angariando mais sujeitos para a amostra, através de um sistema de amostragem em bola de neve. Em simultâneo, de modo a garantir uma amostra mais robusta em termos de quantidade e variedade de participantes, foram aplicados questionários em formato de papel, na população em geral e, também foram recolhidos questionários em associações, onde seria possível ter um maior número de sujeitos com dor (i.e., amostragem por conveniência).

Em ambas as condições, foram inicialmente explicados os objetivos do estudo em decurso, sendo solicitada a livre colaboração dos participantes e garantido o anonimato, bem como a confidencialidade das suas respostas. A participação no estudo foi levada a cabo apenas por indivíduos que manifestaram vontade de o fazer e, perante casos de recusa, antes ou durante o preenchimento, foram eliminadas todas as evidências da participação dessas pessoas. O questionário encontra-se dividido em quatro partes, em que a primeira se destina à apresentação da ESIAD_DOR, em segundo lugar, são exibidas questões relativas à experiência de dor e, caso o indivíduo apresente algum tipo de dor atual é-lhe requerido que preencha as questões pertencentes às escalas de severidade e interferência da dor (BPI). Em caso de ausência de dor recentemente, o participante deveria responder diretamente aos itens da terceira parte do questionário, dirigida para as estratégias de *coping* (CPCI), e por último, era pedido ao participante que respondesse a algumas questões que permitiam fazer a sua caracterização sociodemográfica. Para terminar, sendo o presente estudo quantitativo, todas as análises realizadas para testar a validade da ESIAD_DOR foram executadas no programa *IBM SPSS Statistics*, sendo possível verificar tais resultados no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

Resultados

Este capítulo destina-se à análise das características descritivas da distribuição dos itens da ESIAD_DOR, à sua estrutura fatorial, a par dos dados sobre as características descritivas, sensibilidade e fidelidade interna dos seus fatores, e à apresentação dos dados relativos ao processo de validação, nomeadamente no que diz respeito à validade de construto e de critério.

3.1. Características descritivas dos itens da ESIAD_DOR

A Tabela 2 apresenta as características descritivas de todos os itens da ESIAD_DOR apresentados aos participantes neste estudo. As respostas abrangeram todos os valores da escala (min=1, máx=5), as médias variaram entre 1,92 e 3,07 e os desvios-padrão situam-se entre 1,20 e 1,43. A menor média e menor desvio padrão verificaram-se nas respostas ao item “*Desaconselham-me a realizar exercício físico*”. A média mais elevada encontra-se associada ao item “*Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente*”, e o item “*Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar*” tem o maior valor de desvio padrão.

Relativamente às distribuições dos itens, mostraram-se significativamente distintas da distribuição normal. A partir do teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi possível perceber que nenhuma das questões exibiu uma distribuição normal ($p < 0,001$). A maioria dos itens exibiu uma distribuição platicúrtica (curtose/ DP $> |1,96|$), mas relativamente simétrica (assimetria/ DP $< |1,96|$). Excecionalmente, o item “*Desaconselham-me a realizar exercício físico*” mostrou um grau de assimetria muito elevado. Dada a enorme assimetria, este item foi excluído dos testes posteriores, nomeadamente, da análise fatorial da escala.

Tabela 2

Características descritivas dos itens da ESIAD_DOR (N=303).

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Curtose/ DP	Assimetria/ DP	K-S (sig)
Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente	3,07	3	1,42	1	5	-4,71	-0,92	0,001
Motivam-me para fazer exercício físico	2,91	3	1,27	1	5	-3,70	-0,27	0,001
Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas	2,93	3	1,32	1	5	-4,13	-0,40	0,001
Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades	2,62	2	1,27	1	5	-3,88	1,92	0,001
Auxiliam-me no contacto com entidades para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente	2,84	3	1,37	1	5	-4,37	0,69	0,001
Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos	2,67	3	1,27	1	5	-3,57	1,74	0,001
Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar	2,91	3	1,43	1	5	-4,70	0,58	0,001
Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer	2,49	2	1,23	1	5	-3,12	2,68	0,001

Ajuda-me a tratar de aspetos práticos para que consiga participar em atividades/saídas sociais	2,75	3	1,34	1	5	-4,14	1,36	0,001
Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão	2,91	3	1,22	1	5	-3,30	-0,10	0,001
Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa	2,78	3	1,38	1	5	-4,307	0,89	0,001
Desaconselham-me a realizar exercício físico	1,92	1	1,20	1	5	1,43	8,64	0,001

3.2. Estrutura fatorial da ESIAD_DOR e intercorrelações dos seus fatores

Como mencionado no plano de validação, para explorar a validade de construto procedeu-se a uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua, com o objetivo de identificar a estrutura da escala ($KMO=0,849$; Bartlett's $\chi^2 (55) = 1389,204$ $p<0,001$). Segundo o critério de *Kaiser*, foram identificados dois fatores, porém a análise *Scree Plot* sugeria três. Tais fatores foram extraídos, explicando 56% da variância na sua totalidade: 1) Perceção de promoção de dependência (PPD), 2) Perceção de suporte instrumental promotor de autonomia (PPA-Inst), e 3) Perceção de suporte emocional promotor de autonomia (PPA-Emoc), apresentando uma estrutura mais adequada, como é possível observar na Tabela 3.

No que diz respeito à correlação entre os fatores da ESIAD-DOR, reconheceram-se correlações relativamente fortes e significativas (Cohen, 1992) entre PPD e PPA-Inst ($r=0,53$) e PPA-Inst e PPA-Emoc ($r=0,49$). Já a correlação entre PPD e PPA-Emoc é fraca a moderada ($r= 0,20$).

Tabela 3

Estrutura fatorial da ESIAD_DOR (N=303).

Itens	Fatores		
	PPD	PPA- Inst.	PPA- Emoc.
Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar.	,821		
Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas.	,772		
Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	,653		
Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer.	,615		
Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades.	,375		
Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.		-,825	
Ajudam-me a tratar de aspetos práticos para que consiga participar em atividades/saídas sociais.		-,637	
Auxiliam-me no contacto com entidades para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.		-,635	
Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão.			,738
Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos.			,730
Motivam-me para fazer exercício físico.			,671

3.3. Características descritivas, fidelidade interna e sensibilidade dos fatores

A análise das características descritivas de cada um dos fatores, que se encontra na Tabela 4, permite constatar que os valores das médias variam entre baixo a moderado, ou seja, as respostas às questões basearam-se recorrentemente em “Moderadamente Frequente”. De uma forma geral, os fatores apresentam distribuições platicúrticas, mas simétricas. Pode-se afirmar através do teste *Kolmogorov-Smirnov* que os resultados apresentam diferenças significativas relativamente à distribuição normal ($p < 0,001$). Em relação à consistência interna, os três fatores anteriormente descritos revelam *alphas* de *Cronbach* elevados, apresentando muito boa fidelidade interna (Kline, 2011).

Tabela 4

Características descritivas e consistência interna dos fatores referentes às escalas de percepção de promoção de suporte social da ESIAD_DOR (N=303).

Fator	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Curtose/ Dp	Assimetria/ Dp	K-S (sig)	Alpha de Cronbach
PPD	2,75	2,80	1,01	1	5	-2,56	1,07	0,001	0,82
PPA- Inst	2,89	2,67	1,20	1	5	-3,99	0,56	0,001	0,84
PPA- Emoc	2,83	2,67	1,04	1	5	-2,75	0,53	0,001	0,78

3.4. Validade de Critério

Como já aludido no plano de validação, neste ponto pretende-se analisar a validade de critério da ESIAD_DOR em relação ao sexo, à experiência atual de dor, ao funcionamento físico autorrelatado, à interferência e severidade da dor, e às estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes com dor.

3.4.1. Diferenças de sexo e experiência atual da dor em PPA (Inst e Emoc) e PPD

O critério experiência atual de dor foi testado através de análises de comparação de médias (*Testes-t student*). Como se pode constatar na Tabela 5, existem diferenças significativas nas experiências atuais de dor no que toca à percepção de promoção de dependência ($F(119,1) = 2,28, p = 0,03$), sendo que pessoas com dor aguda percebem mais promoção de dependência que as pessoas com dor crónica. Não se verificaram mais diferenças significativas em função do tipo de dor ou em função do sexo.

Tabela 5

Diferenças entre sexo e experiências atuais de dor nas PPA (Inst e Emoc) e PPD (N= 303).

	Dor Aguda		Dor Crónica		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PPA- Inst	3,06	1,16	2,97	1,18	0,51	0,61
PPA- Emoc	2,76	0,96	2,84	1,06	-0,55	0,58
PPD	2,95	0,87	2,64	0,99	2,28	0,03
	Homens		Mulheres		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PPA- Inst	2,89	1,21	3,08	1,15	0,82	0,37
PPA- Emoc	2,79	1,11	2,85	0,98	0,08	0,78
PPD	1,07	2,79	0,88	2,69	1,39	0,24

3.4.2. Relação entre o funcionamento físico autorrelatado e PPA (Inst e Emoc) e PPD

A Tabela 6 apresenta as correlações entre percepção de promoção de autonomia (instrumental e emocional) e dependência, e as variáveis a testar, como o funcionamento físico autorrelatado, a interferência e intensidade da dor e as estratégias de *coping*. Na mesma encontra-se mencionado que existe correlação significativa entre o funcionamento físico autorrelatado e o suporte instrumental promotor de autonomia nas pessoas que se encontram com dor crónica ($r=-0,13$, $p<0,05$) e com dor aguda ($r=0,21$, $p<0,05$). Dessa forma, quanto maior o funcionamento físico autorrelatado maior a PPA-Inst nos indivíduos com dor aguda, mas menor a PPA-Inst entre as pessoas com dor crónica.

3.4.3. Relação entre intensidade e severidade da dor e PPA (Inst e Emoc) e PPD

De maneira a testar as variáveis intensidade e interferência da dor, realizaram-se correlações para os diferentes fatores que constituem a escala (i.e., interferência e intensidade), para analisar se existe relação entre o nível da percepção de suporte social nas diferentes experiências de dor atual. Determinou-se então, uma correlação significativa de PPA-Inst nos indivíduos com dor crónica ($r= 0,14$, $p<0,05$) para a intensidade da dor, e uma correlação significativa entre PPD e interferência da dor nas pessoas com dor aguda ($r=0,20$, $p<0,05$), tal como se observa na Tabela 6. Pode-se então afirmar que quanto maior a intensidade da dor nas pessoas com dor crónica,

maior a percepção de suporte instrumental promotor de autonomia, e por outro lado, quanto maior a severidade da dor nos participantes com dor aguda, maior a percepção de promoção de dependência.

3.4.4. Relação entre as estratégias de *coping* e PPA (Inst e Emoc) e PPD.

Referente às estratégias de *coping* adotadas pelos participantes, foram feitas correlações dos vários fatores que compõem as variáveis estratégias de *coping* adaptativas (i.e., persistência, execução de exercício físico e exercícios de relaxamento) e desadaptativas (i.e., descansar, defesa e pedir ajuda), como é possível observar na Tabela 6.

No que toca à população com dor aguda, verificou-se a existência de correlações significativas entre a estratégia de pedir auxílio e PPA-Inst e PPD ($r=0,32$, $p<0,001$), e a execução de exercício físico e PPD ($r=-0,29$, $p<0,05$). Conclui-se que nas pessoas com dor aguda, quanto maior a percepção de promoção de autonomia (instrumental) mais pedidos de ajuda as pessoas fazem aos seus familiares, assim como, quando percebem mais promoção de dependência também tendem a pedir mais ajuda e a realizarem menos exercício físico.

Em contrapartida, nas pessoas com dor crónica existiram correlações entre pedir ajuda e PPA (Inst e Emoc) e PPD ($r=0,27$, $p<0,001$; $r=0,23$, $p<0,001$; $r=0,26$, $p<0,001$, respetivamente), tal como correlações significativas entre a variável persistência e PPD ($r=-0,17$, $p<0,05$), entre a execução de exercício físico e PPA Inst ($r=0,13$, $p<0,05$), e Emoc ($r=0,28$, $p<0,001$), entre repouso e PPA-Inst ($r=0,14$, $p<0,05$), e exercícios de relaxamento e PPA Inst ($r=0,17$, $p<0,05$) e Emoc ($r=0,17$, $p<0,05$). Então, é possível afirmar que os sujeitos que se encontram com dor crónica, quando percecionam promoção de autonomia (Instrumental) pedem mais ajuda, fazem mais exercício físico e de relaxamento, e descansam mais. Quando percecionam promoção de autonomia (Emocional) também pedem mais ajuda e executam exercício físico e de relaxamento. Por fim, quando percebem maior promoção de dependência também pedem ajuda e persistem menos nas suas tarefas, apesar da dor.

Tabela 6

Correlações entre variáveis de critério (funcionamento físico autorrelatado, intensidade e interferência da dor, e estratégias de coping) e PPA (Inst e Emoc) e PPD por tipo de dor atual.

	Dor Aguda (N=61)			Dor Crônica (N=162)		
	PPA- Inst	PPA- Emoc	PPD	PPA- Inst	PPA- Emoc	PPD
Funcionamento físico	0,21*	0,13	0,07	-0,13*	0,07	0,08
Intensidade da dor	0,19	0,05	0,15	0,14*	0,09	-0,02
Interferência da dor	0,13	-0,04	0,20*	0,06	0,05	-0,04
<i>Coping</i> : Pedir ajuda	0,32**	0,22	0,32**	0,27**	0,23**	0,26**
<i>Coping</i> : Persistência	0,02	0,10	-0,11	-0,12	-0,16	-0,17*
<i>Coping</i> : Exercício	-0,11	0,01	-0,29*	0,13*	0,28**	-0,07
<i>Coping</i> : Descansar	0,10	0,05	0,11	0,14*	0,10	0,07
<i>Coping</i> : Defesa	0,193	0,083	0,183	0,088	0,054	0,11
<i>Coping</i> : Relaxamento	-0,02	0,04	-0,01	0,17*	0,17*	-0,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

CAPÍTULO 4

Discussão

Neste capítulo irão ser discutidos os resultados obtidos no estudo, procedendo-se à reflexão sobre as características de fidelidade e validade da ESIAD_DOR. Por último, serão referidos os condicionamentos e limitações do estudo, informando investigações futuras sobre as perceções de suporte social informal promotor de autonomia e dependência funcional na dor crónica.

No sentido de validar a ESIAD_DOR, definiram-se como estratégias de validação o teste às validades de critério e de construto. No que concerne à validade de construto, a estrutura fatorial da escala permitiu concluir a deteção de diferentes funções de suporte social em contextos de dor. Quando realizada, foram extraídos três fatores (PPA-Emoc, PPA-Inst e PPD). No estudo de Domingues & Bernardes (2014) foram identificados quatro fatores (i.e., PPA-Inst, PPA-Emoc, PPD-Inst e PPD-Emoc). A extração de apenas três fatores reflete uma medição menos específica do suporte de promoção de dependência funcional. Os itens relativos à perceção de promoção de autonomia foram replicados do ensaio anterior (Domingues & Bernardes, 2014), que elucida o facto da sua constituição manter-se repartida (PPA-Inst e PPA-Emoc). Algumas questões do suporte promotor de dependência com menor carga fatorial não foram replicadas, e o facto de se ter eliminado um item com grande assimetria (*“Desaconselham-me a realizar exercício físico”*) pode explicar a redução da estrutura fatorial. Dessa forma, PPD foi composto por itens que remetem mais para suporte instrumental, existindo apenas duas questões de suporte emocional: *“Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer”* e *“incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades”*, que não justificam a diferenciação do suporte promotor de dependência. Visto de outra forma, em relação à ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, 2013), a estrutura fatorial mostrou-se mais complexa, já que a primeira é bifatorial (i.e., PPA e PPD). Como a escala (ESFAD_DOR) é direccionada a cuidadores formais, revela menos proximidade emocional entre as pessoas com dor e os profissionais de saúde, o que dificulta a distinção entre promoção de suporte emocional e instrumental.

No que diz respeito às categorias de suporte emocional e instrumental promotores de autonomia, são bastante consistentes e distintas nos conceitos que avaliam. Em termos de correlações entre fatores (PPD, PPA-Inst e PPA-Emoc), é de realçar que em geral são positivas e elevadas. Detalhadamente, as correlações entre PPA-Emoc e PPA-Inst, e PPA-Inst e PPD são positivas e fortes, sendo a relação entre PPD e PPA-Emoc mais fraca. É possível então concluir que todas as categorias se correlacionam porque fazem parte de ações de suporte social, sendo

que a presença de PPA não significa o contrário e a ausência da PPD, ou seja, ambas as concepções não são a oposição uma da outra, podendo ocorrer os dois padrões de suporte em situações semelhantes de promoção por parte da família. Porém, verifica-se que PPD difere mais de PPA-Emoc que de PPA-Inst. Isto pode significar que é menos prevalente ocorrerem de forma concorrente ou que o suporte instrumental promotor de autonomia pode ser mais facilmente confundido com a substituição da pessoa nas suas atividades (i.e., promoção de dependência), que o suporte emocional promotor de autonomia. Contrariamente, no estudo anterior (Domingues & Bernardes, 2014) foram determinadas correlações moderadas e fortes entre todos os fatores. Este resultado pode dever-se ao que foi acima referido, isto é, existirem mais itens referentes a suporte instrumental na PPD, que itens que remetem a suporte emocional, determinando uma relação mais forte entre PPD e PPA-Inst, que entre PPD e PPA-Emoc. Em suma, a extração destes fatores permite afirmar a adequabilidade da escala aos conceitos operacionalizados, revelando que a mesma é leal ao seu principal objetivo: avaliação das perceções de suporte social promotores de autonomia e dependência, facultado pelos membros da família do indivíduo com dor.

Quanto ao processo de validação da ESIAD_DOR relativa a um critério, foram anteriormente levantadas algumas hipóteses. A primeira (H1) hipotetizava que as mulheres perceberiam mais promoção de autonomia e os homens mais promoção de dependência funcional, justificado pelas diferenças entre as expectativas de papel de género dentro do ambiente familiar. O pressuposto não foi confirmado, porque os efeitos mostraram que não existem distinções entre sexos nas perceções de promoção de autonomia e dependência na amostra total. O mesmo aconteceu no estudo anterior (Domingues & Bernardes, 2014). Mas, na validação da escala de suporte formal (Matos et al., 2015) concluiu-se que as mulheres percebiam mais PPD que os homens. O presente estudo e o anterior (Domingues & Bernardes, 2014) são compostos por amostras diversificadas em termos de faixa etária, na qual muitas pessoas ainda vivem com os pais, sozinhos ou com amigos. Tal circunstância pode influenciar o papel de género na variável preditora, uma vez que a comparação entre marido e mulher remete para a segunda ser mais autónoma, porém noutro contexto essa premissa pode mudar (e.g., a mulher viver com os pais – mais dependente; e o homem viver sozinho – mais autónomo). Igualmente, quando foi executada a hipótese, não foi tido em conta que a amostra pudesse ser composta por casais de pessoas do mesmo sexo, por exemplo. Assim, as diferenças emergem com maior complexidade e consequentemente, os efeitos tornam-se mais imprecisos.

A segunda hipótese (H2) previa que as pessoas com dor crónica perceberiam mais suporte promotor de autonomia funcional e que as pessoas com dor aguda perceberiam mais suporte

promotor de dependência funcional. A hipótese foi parcialmente confirmada, dado que os resultados mostraram que as pessoas com dor aguda percebem mais promoção de dependência que as pessoas com dor crônica, tal como se averiguou no estudo anterior (Domingues & Bernardes, 2014). As pessoas com dor aguda perceberam mais PPD-Emoc que as pessoas com dor crônica. Todavia, na construção da escala ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, 2013), os resultados mostraram que os indivíduos com dor crônica perceberam mais elevada promoção de autonomia que as pessoas com dor aguda. Na verdade, nas pessoas com dor crônica, respostas solícitas dos familiares reforçam comportamentos de dor (Ballantyne et al., 2013) e pelo contrário, impulsionar comportamentos mais saudáveis e adaptativos leva as pessoas a serem ativas (Cano et al., 2012). Em oposição, familiares que enfatizam a dependência nas pessoas com dor aguda, contribuem para a sua recuperação e consequente diminuição da dor. Contudo, quando se trata de suporte proveniente de ambientes formais é de esperar que o tipo de apoio seja mais instrumental e que o originário do ambiente informal seja mais emocional (Shiba et al., 2016). Dessa forma, o suporte que promove autonomia (instrumental) prestado pelas entidades formais, podem ser confundidos com percepção de promoção de dependência.

Na H3 foi hipotetizado que o funcionamento físico tem uma correlação positiva com a percepção de promoção de autonomia e negativa com a percepção de promoção de dependência, tendo em conta o trabalho de Matos et al. (2015). Os resultados não foram ao encontro do esperado, concluindo que existem correlações positivas entre a percepção de promoção de autonomia (Inst) e o funcionamento físico autorrelatado, nas pessoas com dor aguda, porém, correlações negativas entre a percepção de promoção de autonomia (Inst) e o funcionamento físico autorrelatado nas pessoas com dor crônica. Matos et al. (2015) conferiram que o funcionamento físico autorrelatado teve uma correlação positiva com a percepção de promoção de autonomia e negativa com a percepção de promoção de dependência. De certa forma, o suporte social recebido é identificado como um fator-chave na superação da incapacidade relacionada à dor, mais especificamente, na mobilidade e desempenho de atividades diárias, como dito no modelo do evitamento do medo. Porém, comportamentos de evitação representam o principal preditor da incapacidade funcional (Slade et al., 1983). Pode existir a possibilidade de as pessoas com dor crônica terem medo da dor e por isso, percebem o suporte promotor de autonomia como menos eficiente. Então, quando percecionam suporte promotor de autonomia, tendem a ser mais catastróficas e a funcionarem menos, como estratégia para obterem mais auxílio (i.e., suporte promotor de dependência) dos seus familiares.

A quarta hipótese (H4) tem de ver com a intensidade e severidade da dor. Considerou-se uma associação positiva entre intensidade e interferência da dor e percepção de promoção de

autonomia nas pessoas com dor crónica, e uma associação positiva entre o grau de interferência e de severidade da dor e percepção de promoção de dependência, nas pessoas com dor aguda. Este estudo mostrou que PPA-Inst tem uma relação positiva com a intensidade nos participantes com dor crónica, e que a interferência tem uma associação positiva com PPD em pessoas com dor aguda. Os dados anteriores de Matos & Bernardes (2013) também concluíram que a severidade e o grau de interferência das pessoas com dor crónica exerceram efeito na percepção de promoção de autonomia. Por outro lado, Domingues & Bernardes (2014) revelaram que PPA-Emoc correlaciona-se com o grau de interferência da dor, apenas nas pessoas que padecem com dor aguda.

Efetivamente, a interferência e intensidade remetem para mais comportamentos de catastrofização, como estratégia de obter apoio (Ryum et al., 2019). Por sinal, quanto maior intensidade e interferência da dor, maior o reporte de suporte social recebido. Ainda, averiguou-se no estudo atual que apenas a intensidade esteve significativamente associada à percepção de promoção de autonomia (instrumental) e a interferência apenas esteve significativamente associada à percepção de promoção de dependência. As pessoas com dor crónica pioram o seu estado quando não estimulam o local de dor (i.e., quando se tornam dependentes). É de destacar que quando o paciente se sente com dor mais intensa é quando percebe mais promoção de autonomia (instrumental). Quando o cuidador entende que o quotidiano é interferido devido à dor, é quando o mesmo presta suporte, de forma a realizar ações pelo familiar, reduzindo a sua dor. Por isso, os participantes com dor aguda percebem mais suporte promotor de dependência quando existe maior interferência. Porém, devido à diversidade na coabitação da amostra em estudo, pressupõe-se que os resultados sejam menos lineares na percepção do apoio da família, uma vez que o suporte realizado por um amigo pode diferir de o do cônjuge.

Para terminar, na hipótese 5 foi hipotetizado que nas pessoas com dor crónica, a percepção de promoção de autonomia estaria positivamente correlacionada com as estratégias de *coping* adaptativas e nas pessoas com dor aguda, a percepção de promoção de dependência estaria positivamente correlacionada com as estratégias de *coping* desadaptativas. Segundo os efeitos, esta foi parcialmente suportada. Verificou-se que quanto mais as pessoas com dor aguda pedem ajuda, maior a sua PPD e PPA-Inst, assim como quanto menor a execução de exercício físico, maior PPD. Em relação aos participantes com dor crónica, quanto mais pedidos de ajuda fazem, maior a sua percepção de promoção de dependência e de autonomia (instrumental e emocional). Por sinal, quando a sua persistência é menor, a percepção de dependência é maior. Para terminar, quando eles relatam descansar mais, fazer mais exercício físico e de relaxamento, percebem mais suporte emocional e instrumental promotores de autonomia. O que se determinou no

estudo anterior (Domingues, & Bernardes, 2014) foi que as estratégias de *coping* ativas nas pessoas com dor aguda atual, correlacionavam-se positivamente com PPA-Emoc e negativamente com PPD-Emoc, e as estratégias de *coping* passivas apresentavam correlações significativas com PPA-Emoc e PPA-Inst. Quanto às pessoas com dor crónica atual, existiu uma correlação significativa entre PPD-Inst e as estratégias de *coping* passivas.

Sabe-se que a dependência resulta em comportamentos passivos (i.e., *coping* desadaptativo), sugerindo maior intensidade e severidade da dor crónica. Em contraste, a autonomia resulta em comportamentos mais ativos para lidar com a dor (i.e., *coping* adaptativo), trazendo resultados favoráveis (Evers et al., 2003). Por sinal, na dor aguda acontece de forma oposta. As estratégias de *coping* passivas são adaptativas e as ativas são desadaptativas, pois como já referido, é indispensável comportamentos passivos na cura da dor aguda. Era de esperar que quantos mais pedidos de ajuda e quanto menos exercício as pessoas com dor aguda executassem (i.e., realizassem mais estratégias de *coping* desadaptativas), mais promoção de dependência percebiam. Assim como, quanto maior promoção de autonomia percebiam, mais estratégias ativas executavam. Apesar disso, é perceptível que quantos mais pedidos de ajuda façam, também percebam mais suporte instrumental promotor de autonomia. Sendo este apoio funcional, é muitas vezes confundido e substituído pela promoção de dependência.

Em relação às pessoas com dor crónica, parece que quanto menos persistentes se mostram, maior a perceção dos outros de que eles não são capazes de se manterem autónomos e com isso, percebem mais promoção de dependência. Da mesma maneira que quanto mais atividades físicas (mais descanso) e de relaxamento fizerem, maior a sua perceção de promoção de autonomia (Instrumental e Emocional). Em relação ao estudo anterior (Domingues & Bernardes, 2014), igualmente era esperado que estratégias de *coping* passivas remetessem para mais promoção de dependência instrumental. Por outro lado, além de não ir ao encontro das hipóteses, é plausível que quando uma pessoa com dor crónica pede ajuda, perceba tanto promoção de dependência como de autonomia (instrumental e emocional). Todos os recursos que os familiares têm são utilizados, de forma a ajudar a pessoa com dor. Por fim, falando novamente da diversidade da população e das dinâmicas familiares, tanto no presente estudo, como no de Domingues & Bernardes (2014), estas podem influenciar a informação que os familiares têm acerca do problema e, consequentemente, a forma como atuam. Por exemplo, se a pessoa com dor crónica coabitar com amigos, a grande probabilidade de ela ter o conhecimento de que a dor crónica diminui com o estímulo de atividade funcional é muito pequena. Dessa forma, é muito provável que os seus familiares/amigos promovam dependência.

Apesar deste trabalho ter o intuito de contribuir para estudos com maior detalhe a nível da dor crónica, é um tema sensível e que se deve ter em conta muitos fatores. Sendo assim, torna-se realmente importante incluir os indivíduos que se encontram com dor aguda, de forma a ser possível controlar esta variante e equiparar o tipo de suporte que as pessoas com as diferentes experiências de dor percebem receber, sabendo que ambos têm repercussões distintas. Com isto, podem-se retirar como principais conclusões que em contexto informal as pessoas com dor percebem mais suporte instrumental promotor de autonomia, sendo que os sujeitos com dor aguda percebem mais promoção de dependência que os pessoas com dor crónica. Isto revela que os familiares demonstram intenção de promover a funcionalidade do indivíduo, sem comprometer a sua autonomia.

Pessoas com dor crónica, quando relatam menor funcionalidade e maior intensidade percebem mais percepção de promoção de autonomia (instrumental), assim como quando executam estratégias de *coping* adaptativas, é maior a sua percepção de promoção de autonomia (emocional e instrumental), na generalidade. Em contraste, os indivíduos com dor aguda que confirmam ser mais funcionais, que percebem mais percepção de promoção de autonomia (Instrumental), e quanto maior a interferência da dor maior a percepção de promoção de dependência. Por conseguinte, apesar da dor aguda e da dor crónica serem complementares, também se revelam distintas, levando as pessoas a lidarem com elas de forma díspar.

Por fim, é de ressaltar que a ESIAD_DOR tem competências para medir as percepções de suporte informal na dor crónica vs. dor aguda, dado que é composta por características adequadas de sensibilidade e fidelidade interna, e uma vez que através da análise da validade de critério foi possível notar nos resultados uma extensão de concordância entre o construto operacionalizado na escala e os critérios estipulados, expressando coeficientes de relação entre ambos, indo parcialmente ao encontro das hipóteses estipuladas. Para terminar, com base na validade de construto também é possível aludir que o instrumento avalia o que é hipotético, dado que nos resultados a estrutura fatorial revelou-se parcimoniosa e os fatores sugeridos correlacionavam-se entre si, identificando que medem todos o mesmo construto (i.e., suporte social).

4.1. Limitações e constrangimentos

Tal como qualquer trabalho de investigação, este não é isento de limitações. O primeiro obstáculo está relacionado com a amostra. Nos testes onde é executada a divisão de grupos entre as pessoas com dor crónica e dor aguda é relevante que o número dos participantes de ambos os grupos não seja excessivamente desigual, pois pode afetar os resultados que os

comparam na percepção do suporte social promovido pelos familiares, assim como a disparidade no número de pessoas do sexo masculino e feminino. Ainda, os critérios de exclusão foram restritos, incluindo no estudo pessoas com características muito dispare, das quais, características de dor e experiências do dia a dia muito diversas. As pessoas que não coabitam com a família nuclear (e.g., vivem sozinhos, com amigos ou com irmãos), ou que vivem apenas com os filhos, e que de certa forma, residem com sujeitos que não são próximos de um perfil de cuidador e que não têm tanta disponibilidade, por diversas razões, e cuja relação está comprometida, poderá influenciar o suporte social recebido. Isto significa que a diversidade dos agregados familiares pode justificar alguma variabilidade dos dados. Para além disso, a ocorrência de os itens referentes à percepção de promoção de dependência serem mais direcionados ao suporte instrumental, havendo poucos que se referem ao apoio emocional, pode ter colaborado para a desconformidade das hipóteses, como foi verificado na discussão da validade de critério. Por fim, sendo uma medida de autorrelato, apenas é possível verificar a percepção de suporte que as pessoas com dor recebem, mas não é possível analisar o suporte oferecido pelos familiares.

4.2. Implicações e Direções Futuras de Investigação

Com este trabalho foi possível entender a grande importância de existir alguém que apoie uma pessoa que se encontra com alguma questão relacionada com a saúde, por isso o tema do suporte social torna-se realmente importante no estudo da dor crónica, e de forma a colmatar a falta de informação e intervenções a nível da dor crónica, é importante o desenvolvimento de instrumentos como o ESIAD_DOR. Porém, na realização do mesmo surgiram algumas implicações que podem enriquecer investigações posteriores. Tendo em conta o que se referiu nas limitações, pode-se afirmar que futuramente seria relevante perceber que informação as pessoas com dor/familiares têm do que é a dor crónica vs. dor aguda, assim como de executar comparação de grupos entre indivíduos que foram diagnosticados com dor crónica e que são acompanhados por profissionais de saúde vs. sujeitos que não foram diagnosticados. Assim, é possível entender a diferença entre as pessoas/ familiares que sabem o diagnóstico e que se encontram em tratamento, e pessoas que ainda não estão expostas a uma terapêutica, podendo influenciar a forma como percebem o suporte recebido. Dando continuidade, incluir os familiares em estudos futuros seria muito importante, determinando os seus sentimentos e percepções em relação à dor dos seus familiares, e sabendo que o entendimento que as pessoas têm do suporte que é recebido pode não ser o apoio que é oferecido na realidade. Também, como citado nas limitações, a relação que existe entre pessoa com dor e o familiar pode ser indispensável para entender a evolução das estratégias para lidar com a dor. Por isso,

compreender uma variável que analisasse a relação entre os mesmos pode ter impacto nos resultados. Igualmente, ter uma amostra mais homogênea (e.g., indivíduos com fibromialgia) era mais enriquecedor, assim como, ter como variável de critério a localização da dor também pode trazer efeitos diversos no que toca a percepção do suporte proveniente dos familiares.

Além disso, acredita-se que existe um grande número de pessoas com dor crónica que não é acompanhada por profissionais de saúde e que não entendem do que se trata este problema. Para além de ser imprescindível existir uma equipa multidisciplinar numa unidade da dor, que acompanhe tanto o doente como a família, e que exista educação para a saúde dentro do contexto hospitalar, também são necessárias intervenções comunitárias, externas a esse ambiente, de maneira que toda a população tenha acesso à intervenção da dor crónica. Para finalizar, sendo a dor crónica uma questão psicossocial, é essencial intervenções que previnam tal acontecimento (e.g., intervenções sociais, na área do trabalho e junto das famílias).

Em suma, considera-se necessária a continuação de estudos que incluam as percepções de suporte social formal e informal no contexto da dor, como forma de prevenir e ultrapassar as adversidades do quotidiano associadas à dor crónica, que consiste num obstáculo em todas as populações e faixas etárias.

Referências bibliográficas

- Antunes, H. S. A. (2018). Análise do percurso clínico de um paciente com dor crónica em Portugal (Doctoral dissertation).
- Apkarian, A. V. (2019). Definitions of nociception, pain, and chronic pain with implications regarding science and society. *Neuroscience letters*, 702, 1-2.
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain*, 13(8), 773-783.
- Ballantyne, J., Cousins, M., Giamberardino, M. A., McGrath, P. A., Rajagopal, M. T., Smith, M. T., Sommer, C., & Wittink, H. M. (2009). Coping with pain. *Pain: Clinical Updates*, 17(5), 1-6.
- Ballantyne, J., Cousins, M., Giamberardino, M. A., Jamison, R. N., McGrath, P. A., & Rajagopal, M. T. (2011). Managing acute pain in the developing world. *Pain Clin Update- IASP*.
- Ballantyne, J., Cousins, M., Giamberardino, M. A., Jamison, R. N., McGrath, P. A., & Rajagopal, M. T., Smith, M. T., Sommer, C., & Wittink, H. M. (2013). Psychosocial aspects of chronic pelvic pain. *Pain: Clinical Updates*, 21(1), 1-8.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359.
- Banks, C., & Mackrodt, K. (2006). *Chronic pain management*. John Wiley & Sons.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Bernardes, S. F., Lima, M. L., & Paulino, P. (2010). DO ESTOICISMO FACE À DOR: UM MODELO ENRAIZADO SOBRE A CONTEXTUALIDADE DAS EXPECTATIVAS DE PAPEL DE GÉNERO DE LEIGO/AS E ENFERMEIRO/AS. *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros*, 6, 79.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-333.

- Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC public health*, 13(1), 1229.
- Busija, L., Ackerman, I. N., Haas, R., Wallis, J., Nolte, S., Bentley, S., ... Buchbinder, R. (2020). Adult Measures of General Health and Health-Related Quality of Life. *Arthritis Care & Research*, 72, 522-564.
- Campbell, P., Wynne-Jones, G., & Dunn, K. M. (2011). The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: a systematic review. *European journal of pain*, 15(5), 444-e1.
- Cano, A., Leong, L., Hasenbring, M. I., Rusu, A. C., & Turk, D. C. (2012). Significant others in the chronicity of pain and disability. In *From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications* (pp. 339-354). Oxford University Press, Oxford, UK.
- Clark, S. M., Leonard, M. T., Cano, A., & Pester, B. (2018). Beyond operant theory of observer reinforcement of pain behavior. In *Social and Interpersonal Dynamics in Pain* (pp. 273-293). Springer, Cham.
- Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C. R. Chapman & J. D Loeser (Eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, 391 – 403. New York: Raven Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155- 159. doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155.
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martínez, M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One*, 13(1), e0189874.
- Dantas, E. H. M., & de Souza Vale, R. G. (2004). Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. *Fitness & Performance Journal*, (3), 175-182.
- Domingues, M., & Bernardes, S. F. (2014). Construção e Validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor. In Maria Luísa lima, Sónia Bernardes & Sibila Marques (Ed.), *Psicologia Social da Saúde: Investigação e intervenção em Portugal*. (pp. 155-176). Lisboa: Sílabo.
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *The lancet*, 354(9186), 1248-1252.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour research and therapy*, 41(11), 1295-1310.

- Fernández-Peña, R., Molina, J. L., & Valero, O. (2018). Personal network analysis in the study of social support: The case of chronic pain. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2695.
- Ferreira, P. L. (2000). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II--Validation tests. *Acta medica portuguesa*, 13(3), 119-27.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, 10(5), 447-485.
- Fordyce, W. E. (1984). Behavioural science and chronic pain. *Postgraduate Medical Journal*, 60(710), 865.
- Holtzman, S., Newth, S., & Delongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 677-695.
- Jamison, R. N., & Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour research and therapy*, 28(4), 283-287.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60 (2), 203-216.
- Kamp, K. J., West, P., Holmstrom, A., Luo, Z., Wyatt, G., & Given, B. (2019). Systematic Review of Social Support on Psychological Symptoms and Self-Management Behaviors Among Adults With Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(4), 380-389.
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(4), 373-379.
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic pain experiences. *Health Psychology*, 36(12), 1195.

- Matos, M. A. O. D. (2011). Construção e validação da escala de suporte formal para a autonomia na dor nas pessoas idosas (Doctoral dissertation).
- Matos, M., & Bernardes, S. F. (2013). The Portuguese formal social support for autonomy and dependence in pain inventory (FSSADI _ PAIN): A preliminary validation study. *British journal of health psychology*, 18(3), 593-609.
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Carvalho, H. (2015). The revised formal social support for autonomy and dependence in pain inventory (FSSADI_PAIN): confirmatory factor analysis and validity. *The Journal of Pain*, 16(6), 508-517.
- McHorney, C. A., & Ware Jr, J. E. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical care*, 15-28.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of neurophysiology*, 109(1), 5-12.
- Nicholas, M., et al. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28-37.
- Niv, D., & Devor, M. (2004). Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Practice*, 4(3), 179-181.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico. Consultado a 14 de outubro de 2020.
- Puigpinós-Riera, R., Graells-Sans, A., Serral, G., Continente, X., Bargalló, X., Doménech, M., ... Vidal, E. (2018). Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiology*, 55, 123-129.
- Requena, G. C., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., & Faustino, S. (2012). Manual de dor crónica. Lisboa: Fundação Grünenthal Portugal. Instituto Português de Oncologia.
- Rutkowski, N. A., Lebel, S., Richardson, K., Mutsaers, B., Chasen, M., & Feldstain, A. (2018). A little help from my friends: social support in palliative rehabilitation. *Current Oncology*, 25(6), 358.

- Ryum, T., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C., Landrø, N. I., & Stiles, T. C. (2019). Interpersonal problems as a predictor of pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(1), 51-59.
- Schatman, M. E. (2012). Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates*, 20(7), 1-5.
- Slade, P. D., Troup, J. D. G., Lethem, J., & Bentley, G. (1983). The fear-avoidance model of exaggerated pain perception—II: Preliminary studies of coping strategies for pain. *Behaviour research and therapy*, 21(4), 409-416.
- Shahar, G. (2008). Que medida de dependência interpessoal prevê mudanças no apoio social?. *Revista de Avaliação de Personalidade*, 90(1), 61-65.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour research and therapy*, 39(7), 787-800.
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology*, 26(12), 622-628.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.
- Świeboda, P., Filip, R., Prystupa, A., & Drozd, M. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Pain*, 2(7).
- Trouvin, A. P., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 101415.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2018). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications.
- Wang, X., He, L., Zhu, K., Zhang, S., Xin, L., Xu, W., & Guan, Y. (2019). An integrated model to evaluate the impact of social support on improving self-management of type 2 diabetes mellitus. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1), 197.
- Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schüz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2011). Maintaining autonomy despite multimorbidity: self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Ageing*, 8(1), 3-12.
- Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.

ANEXO A
Questionário

QUESTIONÁRIO SOBRE A DOR

Durante toda a vida, a maior parte das pessoas sente dor de vez e quando. A dor pode ser uma experiência que dificulta o nosso dia a dia e a realização de várias tarefas quotidianas. Nestas circunstâncias, em que as pessoas sentem dor, o apoio de familiares pode ser útil. No presente questionário estamos interessados em conhecer a sua perceção sobre a frequência com que elementos da sua família lhe prestam apoio e assistência quando tem dores. Não existem respostas certas ou erradas. Abaixo estão indicadas diferentes situações de apoio prestadas em contexto de dor. Por favor, para cada situação faça um círculo num dos números de 1 a 5, mostrando com que frequência os elementos da sua família lhe fornecem o tipo de ajuda que é descrita.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
2. Auxiliam-me no contacto com entidades para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
3. Ajudam-me a tratar de aspetos práticos para que consiga participar em atividades/saídas sociais.	1	2	3	4	5
4. Motivam-me para fazer exercício físico.	1	2	3	4	5
5. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5
6. Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos.	1	2	3	4	5

7. Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar.	1	2	3	4	5
8. Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
9. Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	1	2	3	4	5
10. Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer.	1	2	3	4	5
11. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5

PARTE II

Agora, gostaríamos que nos falasse um pouco mais sobre sua dor:

1. Já alguma vez teve dor, constante ou intermitente, por mais de 3 meses consecutivos?

Sim _____ Não _____

2. Sentiu essa dor durante a semana passada?

Sim _____ Não _____

3. Se respondeu que não à última questão, diga se sentiu alguma dor na semana que passou?

Sim _____ Não _____

Se respondeu SIM à questão 2 ou à questão 3 continue a responder às questões que se seguem. Se respondeu NÃO a essas duas questões, passe diretamente para a Parte III.

Tendo em conta a sua dor na passada semana:

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

Sem dor

A pior dor que se
pode imaginar

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

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

Sem dor

A pior dor que se
pode imaginar

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

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

Sem dor

A pior dor que se
pode imaginar

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

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

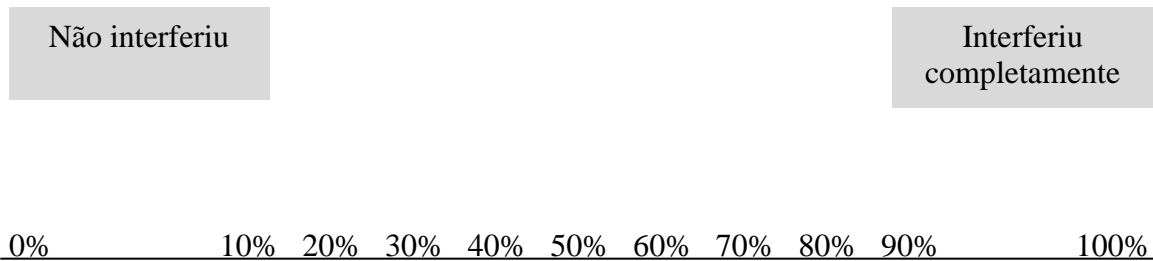
Sem dor

A pior dor que se
pode imaginar

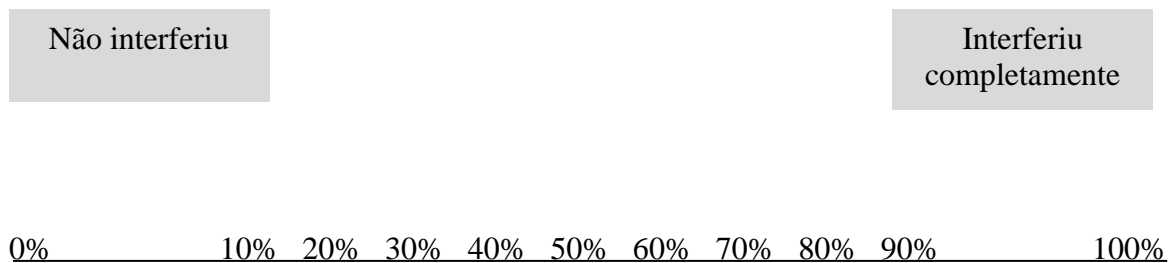
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

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

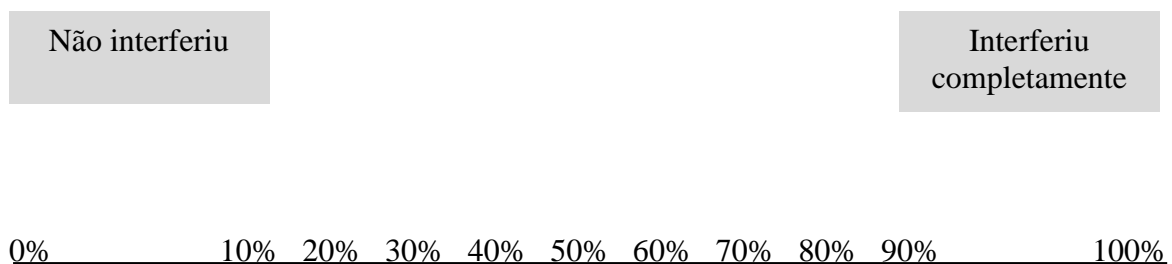
8.1. Atividade geral



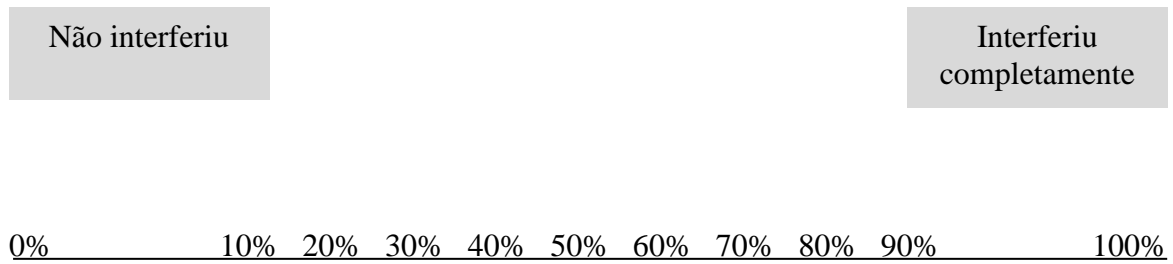
8.2. Disposição



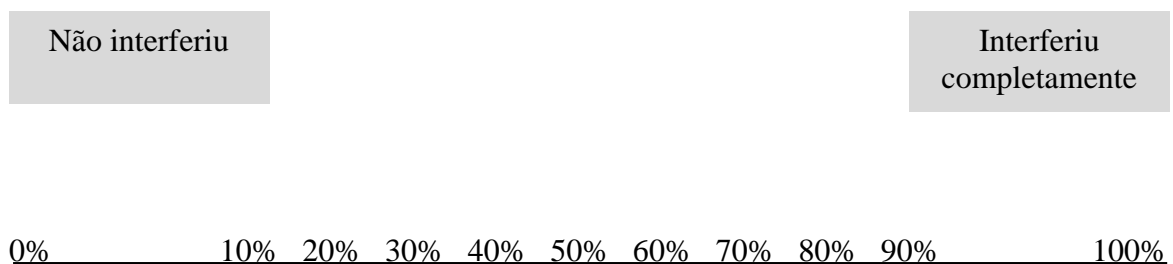
8.3. Capacidade para andar a pé



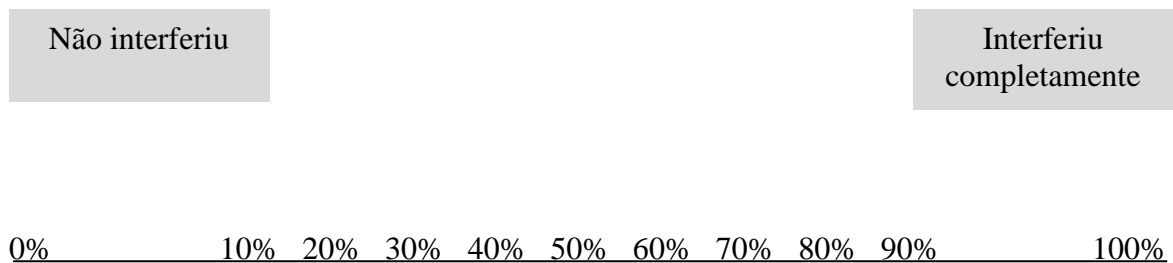
8.4. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)



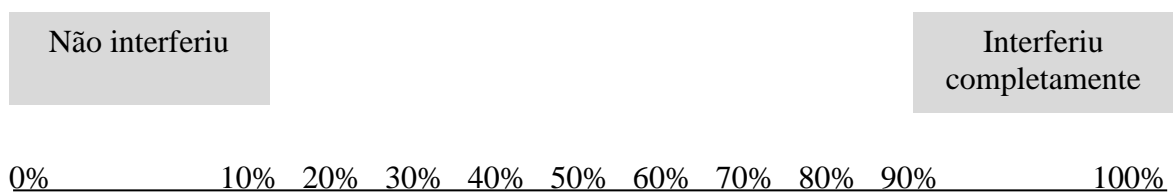
8.5. Relações com outras pessoas



8.6. Sono



8.7. Prazer de viver



PARTE III

Centre-se nos momentos em que teve dor mais recentemente. Assinale com um círculo o número de dias que utilizou as seguintes estratégias para lidar com a dor.

1. Pedi ajuda para um trabalho ou uma tarefa.

1 2 3 4 5 6 7

2. Pedi a alguém que me ajudasse.

1 2 3 4 5 6 7

3. Pedi a alguém que me trouxesse algo.

1 2 3 4 5 6 7

4. Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa.

1 2 3 4 5 6 7

5. Ignorei a dor.

1 2 3 4 5 6 7

6. Limitei-me a não dar atenção à dor.

1 2 3 4 5 6 7

7. Continuei a fazer o que estava a fazer.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. Não deixei que a dor afetasse o que eu estava a fazer.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Fiz exercício para melhorar a minha condição física geral pelo menos 5 minutos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Fiz exercício para fortalecer os músculos das pernas pelo menos 1 minuto.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Pensei numa imagem calma ou que me distraísse para me ajudar a relaxar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Meditei para relaxar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. Deitei-me numa cama.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. Fui sozinho/a para um quarto para descansar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. Descansei o máximo que pude.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. Evitei fazer peso sobre os pés ou pernas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17. Limitei o tempo que passo em pé.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

18. Evitei algumas atividades físicas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19. Evitei a atividade.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20. Estiquei os músculos onde me doía e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21. Estiquei os músculos dos ombros/braços e mantive-os esticados pelo menos 10 segundos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22. Concentrei-me em relaxar os músculos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23. Respirei fundo e lentamente para relaxar.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

PARTE IV

Centre-se nos momentos em que teve dor mais recentemente. Assinale com um círculo o quão limitado(a) se sentiu ao executar as seguintes tarefas:

	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)
1. Atividades violentas (ex.; correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes).	1	2	3
2. Atividades moderadas (ex. Deslocar uma mesa ou aspirar a casa).	1	2	3
3. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.	1	2	3
4. Subir vários lanços de escada.	1	2	3
5. Subir um lanço de escadas.	1	2	3
6. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
7. Andar mais de 1 km.	1	2	3
8. Andar várias centenas de metros.	1	2	3
9. Encarregar-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3
10. Andar uma centena de metros.	1	2	3
11. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.	1	2	3

DADOS PESSOAIS
(Por favor, assinale com “X”)

SEXO:

☐ F ☐ M

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)
☐ União de facto
☐ Viúvo(a)
☐ Divorciado(a)

Com quem vive? _____

Quantos anos de escolaridade frequentou? _____

Qual é a sua situação laboral?

- ☐ Empregado(a)
☐ Desempregado(a)
☐ Reformado(a)

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

Qual a sua profissão atual ou última profissão? _____

CONDIÇÃO CLÍNICA

1. Há quanto tempo tem problemas de dor?

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