



Joana Alexandra dos Santos Costa
Fevereiro de 2011

Modelo de manutenção de estados emocionais negativos na artrite reumatóide



Joana Alexandra dos Santos Costa
Fevereiro de 2011

Modelo de manutenção de estados emocionais negativos na artrite reumatóide

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, sob a orientação do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto-Gouveia.

Bolsa de investigação da FCT SFRH/BD/31487/2006



Aos meus pais

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia pelo interesse, empenho, disponibilidade e pela possibilidade de crescimento e aprendizagem constantes.

À D. Rosário pela disponibilidade e amizade.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, em particular aos Centros de Saúde de Torres Vedras, Lourinhã e Cadaval, e ao Instituto Português de Reumatologia, que referenciou os pacientes.

Aos pacientes que se disponibilizaram para o preenchimento das entrevistas e protocolos de investigação.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia que financiou o presente trabalho de investigação.

Resumo

Os limites pouco definidos entre os sintomas físicos e a experiência subjectiva da dor, permitiram demonstrar a ineficácia das abordagens biomédicas mas também enunciar várias barreiras na investigação do fenómeno no âmbito dos modelos biopsicossociais. As múltiplas linhas de investigação desenvolvidas têm suscitado controvérsia no que respeita à aparente sobreposição versus selecção dos modelos. A necessidade de abordagens teóricas e empíricas integrativas tornou-se evidente, com a proliferação da investigação e dos programas de intervenção. Assim, a literatura tem reforçado a importância de uma abordagem eficaz, que possibilite a identificação dos elementos comuns às várias abordagens mas também a contribuição específica de cada abordagem alternativa, dentro de um modelo integrativo que suscite a promoção do ajustamento às patologias que cursam com dor crónica.

O presente trabalho de investigação propôs-se estudar este domínio conceptual. Pretendemos assim compreender porque alguns indivíduos com dor desenvolvem múltiplas limitações a vários níveis enquanto outros não desenvolvem; e também compreender porque alguns indivíduos com dor e com limitação física tendem a desenvolver quadros depressivos enquanto outros não desenvolvem. As hipóteses específicas a respeito de cada domínio e das inter-relações entre eles foram identificadas e abordadas num estudo de carácter longitudinal.

A revisão das questões conceptuais e metodológicas relevantes em cada domínio possibilitou o desenvolvimento de uma análise teórica das diferenças e semelhanças entre as duas áreas de investigação beneficiando as potencialidades de cada área numa abordagem integrativa. A relevância das abordagens cognitivo-comportamentais de 3ª geração assentes nos processos de aceitação e de mindfulness foi demonstrada, e reforçou a mudança da função e do contexto do fenómeno interno, promovendo a alteração da relação que o indivíduo tem com os seus pensamentos, sentimentos e sensações. As evidências ressaltam o papel de elevados níveis de evitamento experiencial/baixos níveis de aceitação, como factor tóxico no funcionamento físico e emocional dos indivíduos com AR. Assim, o desafio da investigação neste contexto assenta na análise das funções da dor, como a dor é psicologicamente experienciada e os seus efeitos nas outras experiências emocionais e nos comportamentos.

Palavras-chave: Dor, Limitação, Conteúdos Cognitivos Negativos, Coping, Suporte Social, Psicopatologia, Aceitação, Auto-Compaixão, Aptidões Mindfulness.

Abstract

The poorly defined boundaries between physical symptoms and subjective experience of pain have demonstrated the ineffectiveness of biomedical approaches but also spell out several barriers in the investigation of the phenomenon within the biopsychosocial model. Multiple lines of research have attracted controversy developed regarding the apparent overlap versus selection models. The need of a theoretical and an empirical integrative model became evident with the proliferation of research and intervention programs. The literature has reinforced the importance of an effective approach, allowing identification of the elements common to various approaches but also the specific contribution of each alternative approach, within an integrative model that gives rise to the promotion of the adjustment to the pathology that presents with pain chronic.

The present research proposed to study this conceptual domain. So, we want to understand why some individuals develop pain with multiple constraints at various levels while others do not develop, and also understand why some individuals with pain and physical limitations tend to develop depression while others do not develop. The specific assumptions about each domain and the interrelations between them have been identified and addressed in a longitudinal study.

A review of conceptual and methodological issues relevant to each area allowed the development of a theoretical analysis of the differences and similarities between the two research areas benefiting from the potential of each area on an integrative approach. The relevance of the 3rd generation cognitive-behavioral approaches based on the processes of acceptance and mindfulness has been demonstrated and reinforced the change of the function and the context of the phenomenon, promoting a change in the relationship that the individual has with their thoughts, feelings and sensations.

The evidence underscores the role of high levels of experiential avoidance/low levels of acceptance as a toxic factor in physical and emotional functioning of individuals with RA. Thus, the challenge of research in this context is based on the analysis of the functions of pain, how pain is psychologically experienced and its effects on other emotional experiences and behaviors.

KeyWords: Pain, Limitation, Negative Beliefs, Coping, Social Support, Acceptance, Self-Compassion, Mindfulness Skills.

Resumo dos capítulos

No **Capítulo 1** é feita uma abordagem geral das patologias de foro reumático, com particular relevância para a caracterização da Artrite Reumatóide (AR). Destacam-se os factores desencadeantes bem como os aspectos implícitos ao diagnóstico, ao prognóstico e ao tratamento.

O **Capítulo 2** apresenta uma visão geral das questões relativas ao impacto da AR e dos sintomas associados, com particular destaque para a caracterização do fenómeno da dor. É feita uma descrição das principais abordagens às patologias que cursam com dor crónica, dentro da perspectiva mais clássica da psicologia, desde os modelos biomédicos até aos modelos biopsicossociais.

O **Capítulo 3** caracteriza os principais constructos implícitos às abordagens clássicas da psicologia, nomeadamente os conteúdos cognitivos, o coping e o suporte social. É feita uma revisão da literatura existente tendo em consideração a relevância destes constructos para a dor, a limitação e a psicopatologia.

No **Capítulo 4** é feita uma abordagem crítica dos modelos mais clássicos da psicologia no âmbito das patologias álgicas, estabelecendo direcções futuras.

O **Capítulo 5** apresenta várias linhas de investigação dentro dos novos modelos cognitivo-comportamentais de 3ª geração. O conceito de aceitação, de auto-compaixão e de mindfulness são descritos, e a investigação dentro destes domínios é revista. São ainda abordados os principais modelos implícitos a cada um destes constructos, relevantes no âmbito das patologias que cursam com dor crónica como a AR, tais como a Terapia da Aceitação e Compromisso, as Terapias focadas no Sofrimento e as Abordagens para a Redução do Stress Baseadas no Mindfulness.

O **Capítulo 6** estabelece as principais semelhanças e diferenças entre os modelos cognitivo-comportamentais clássicos e os modelos de 3ª geração.

No **Capítulo 7** são descritos os objectivos gerais, os objectivos específicos da investigação e estabelecidas as hipóteses de estudo.

O **Capítulo 8** reporta a metodologia geral implícita à investigação, nomeadamente a caracterização das amostras clínicas de indivíduos com AR recentemente diagnosticada e com diagnóstico há mais de um ano, o procedimento geral, as etapas da investigação e os instrumentos utilizados.

No **Capítulo 9, 10 e 11** são descritos os estudos preliminares de aferição das medidas para a população portuguesa, respectivamente a COPE, a SOPA, a CPCI-42 e a CPAQ.

O **Capítulo 12** descreve o segundo estudo desta investigação, que analisou a progressão dos factores referidos na literatura clássica como determinantes para a incapacidade física e psicológica, ao longo dos 3 momentos de avaliação que constituíram a abordagem longitudinal. Numa abordagem integrativa dos modelos mais clássicas e dos modelos cognitivo-comportamentais de 3ª geração, foi analisado o impacto da aceitação na progressão da dor, da limitação física e da depressão com recurso a *Modelos de Crescimento Latente*.

O **Capítulo 13** descreve o terceiro estudo implícito a esta investigação. Pretendemos compreender porque é que alguns indivíduos com AR desenvolvem limitação física enquanto outros tendem a adaptar-se à situação.

O **Capítulo 14** descreve um estudo efectuado com o intuito de compreender porque é que alguns indivíduos com dor e com limitação física desenvolvem sintomatologia depressiva, enquanto outros apesar das perdas de funcionalidade e de autonomia, apresentam um funcionamento psicológico saudável.

No **Capítulo 15** é feita a descrição de um estudo realizado numa amostra de indivíduos com diagnóstico de AR há mais de 1 ano, visando identificar a importância do tempo de duração da AR nos conteúdos cognitivos, no coping, na percepção de suporte social, na aceitação, na auto-compaixão, no mindfulness e na psicopatologia.

O **Capítulo 16** descreve um estudo realizado numa amostra com AR, sobre o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia.

No **Capítulo 17** é feita a descrição de um estudo que explora a utilização do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) na identificação de subgrupos de indivíduos baseada nos scores obtidos nas duas componentes da medida.

O **Capítulo 18** apresenta uma conclusão geral e o **Capítulo 19** identifica as principais limitações da presente investigação/implicações clínicas e aborda sugestões para investigações futuras.

Índice

Capítulo 1 - Enquadramento conceptual

- 1. Caracterização da Artrite Reumatóide — 2
- 1.1. Factores Desencadeantes — 2
- 1.2. Diagnóstico — 2
- 1.3. Prognóstico — 3
- 1.4. Tratamento — 3

Capítulo 2 - Perspectiva Clássica da Psicologia na abordagem às patologias que cursam com dor crónica

- 2.1. Impacto da AR e dos sintomas associados — 5
- 2.2. O Fenómeno da Dor — 6
- 2.2.1. Caracterização da Dor — 6
- 2.3. Abordagens Clássicas da Dor — 7
- 2.3.1. Modelo biomédico tradicional — 7
- 2.3.2. Teoria do Portão de Controlo da Dor — 8
- 2.3.3. Modelo Neuromatrix da Dor — 9
- 2.4. Abordagens Biopsicossociais — 9
- 2.4.1. Modelo Operante — 10
- 2.4.2. Modelos Cognitivo-Comportamentais — 11
- 2.4.3. Modelo Cognitivo-Comportamental Reformulado — 13

Capítulo 3 - Conteúdos Cognitivos, Coping e Suporte Social nas Abordagens Clássicas da Psicologia. Sua relevância para a dor, limitação física e psicopatologia

- 3.1. Conteúdos Cognitivos Negativos — 16
- 3.1.1. Crenças — 16
- 3.1.2. Catastrofização — 18
- 3.1.3. Medo da Dor — 20
- 3.2. Coping — 22
- 3.3. Suporte Social — 24

Capítulo 4 - Direcções Futuras. Abordagem crítica aos modelos clássicos nas patologias álgicas — 27

Capítulo 5 - Novos Modelos Cognitivo-Comportamentais

- 5. 1. A Aceitação e a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) — 31

- 5.2. A Auto-Compaixão e as Terapias focadas no Sofrimento — 38
- 5.3. As Aptidões Mindfulness e as Abordagens para a Redução do Stress baseadas no Mindfulness — 43

Capítulo 6 - Abordagem crítica. Modelos Cognitivo-Comportamentais Clássicos vs Novos Modelos Cognitivo-Comportamentais — 49

ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo 7 - Objectivos — 51

Capítulo 8 - Metodologia Geral — 57

- 8.1. Amostra com diagnóstico recente de Artrite Reumatóide — 57
- 8.2. Amostra com diagnóstico de Artrite Reumatóide há mais de 1 ano — 61
- 8.3. Comparação das duas amostras — 64
- 8.4. Procedimento Geral — 65
- 8.5. Etapas da Investigação — 66
- 8.6. Instrumentos Utilizados — 68

Capítulo 9 - Estudos Preliminares de Aferição das Medidas. Contribuição para o estudo das qualidades psicométricas de uma medida para lidar com acontecimentos geradores de stress: Abordagem preliminar da Adaptação Portuguesa da COPE

1º ESTUDO

- 9.1 Método — 79
 - 9.1.1. Amostra — 79
 - 9.1.2. Instrumentos de Avaliação — 80
 - 9.1.3. Procedimento — 80
 - 9.1.4. Estratégia analítica — 81
- 9.2. Resultados — 82
 - 9.2.1. Estrutura Factorial COPE de 1ª ordem — 82
 - 9.2.2. Estrutura Factorial COPE de 2ª ordem — 87
 - 9.2.3. Fidelidade — 87

2º ESTUDO

- 9.3. Método — 88
 - 9.3.1. Amostra — 88
 - 9.3.2. Instrumentos utilizados — 89
 - 9.3.3. Procedimento — 89
 - 9.3.4. Estratégia Analítica — 89
- 9.4. Resultados — 90
 - 9.4.1. Análise Preliminar dos Dados — 90
 - 9.4.2. Validade convergente — 91
 - 9.4.3. Validade Divergente — 92
- 9.5. Discussão — 94

Capítulo 10 - Estudos Preliminares de Aferição das Medidas. Avaliação da Dor. Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes* (SOPA) e *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42) na População Portuguesa

1º ESTUDO

- 10.1. Método — 105
 - 10.1.1 Amostra — 105
 - 10.1.2 Instrumentos — 105
 - 10.1.3 Procedimento — 105
 - 10.1.4 Estratégia Analítica — 106
- 10.2. Resultados — 106
 - 10.2.1. Validade Factorial da *The Survey of Pain Attitudes* — 106
 - 10.2.2. Fidelidade — 108
 - 10.2.3. Validade Factorial da *Chronic Pain Coping Inventory-42* — 111

2º ESTUDO

- 10.3. Método — 114
 - 10.3.1. Amostra — 114
 - 10.3.2. Instrumentos — 115
 - 10.3.3. Procedimento — 115
 - 10.3.4. Estratégia Analítica — 116
- 10.5. Resultados — 116
 - 10.5.1. Análise Preliminar dos Dados — 116
 - 10.5.2. Validade Convergente — 117
 - 10.5.3. Validade Discriminante — 119
- 10.6. Discussão — 121

Capítulo 11. Estudos Preliminares de Aferição das Medidas Aceitação da Dor. Abordagem psicométrica do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* numa amostra portuguesa com dor crónica

- 11.1.2. Instrumentos — 129
- 11.1.3. Procedimento — 129
- 11.1.4. Estratégia Analítica — 130
- 11.2. Resultados — — 131
 - 11.2.1. Análise Preliminar dos Dados — 131
 - 11.2.2. Validade factorial — 132
 - 11.2.3. Fidelidade — 133
 - 11.2.4. Validade Convergente — 135
 - 11.2.5. Validade Discriminante — 136
- 11.3. Discussão — 137

Capítulo 12 - Continuidade da dor e da limitação

- 12.1. Método — 142
 - 12.1.1. Amostra — 142

12.1.2. Instrumentos de Avaliação —	143
12.1.3. Procedimento —	144
12.1.4. Estratégia analítica —	144
12.2. Resultados —	145
12.2.1. Análise Preliminar dos Dados —	145
12.2.2. Dor —	148
12.5.3. Limitação Física —	149
12.5.4. Conteúdos Cognitivos/Crenças —	149
12.5.4.1. Medo da Dor —	149
12.5.4.2. Crenças relacionadas com a Dor —	150
12.5.5. Estratégias de Coping —	154
12.5.6. Psicopatologia —	157
12.5.7. <i>Modelos de Crescimento Latente</i> —	157
12.5.7.1. Dor —	158
12.5.7.2. Limitação Física —	160
12.5.7.3. Depressão —	163
12.6. Discussão —	166

Capítulo 13 - Da Dor à Limitação Física

13.1. Método —	179
13.1.1. Amostra —	179
13.1.2. Instrumentos de Avaliação —	180
13.1.3. Procedimento —	180
13.1.4. Estratégia Analítica —	180
13.2. Resultados —	183
13.2.1. Análise Preliminar dos Dados —	183
13.2.2. Estudo dos preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico —	183
13.2.2.1. Influência da 1ª avaliação na explicação da limitação física 2 anos após o diagnóstico —	183
13.2.2.2. Influência da 2ª avaliação na explicação da limitação física 2 anos após o diagnóstico —	184
13.2.3. Influência da catastrofização na limitação física 2 anos após o diagnóstico —	188
13.2.4. Estudo da Catastrofização como variável mediadora —	189
13.2.4.1. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos —	189
13.2.4.2. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos —	190
13.2.4.3. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos —	191
13.2.4.4. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos —	192

- 13.2.4.5. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre as crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos— 192
- 13.2.5. Influência da Aceitação na limitação física 2 anos após o diagnóstico — 193
- 13.2.6. Estudo da aceitação como variável mediadora — 194
 - 13.2.6.1. Estudo da aceitação como mediador na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico — 194
 - 13.2.6.2. Estudo da aceitação como mediador na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico — 195
 - 13.2.6.3. Estudo da aceitação como mediador na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico — 196
 - 13.2.6.4. Estudo da aceitação como mediador na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico — 197
 - 13.2.6.5. Estudo da aceitação como mediador na relação entre as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico — 198
- 13.3. Modelo explicativo da limitação física na AR — 198
 - 13.3.1. Influência da dor, da catastrofização e da aceitação na limitação física — 199
 - 13.3.2. Influência da dor, do coping racional e da aceitação na limitação física — 201
- 13.4. Discussão — 202

Capítulo 14 - Da dor/limitação para a depressão

- 14.1. Método — 216
 - 14.1.1. Amostra — 216
 - 14.1.2. Instrumentos de Avaliação — 217
 - 14.1.3. Procedimento — 217
 - 14.1.4. Estratégia analítica — 217
- 14.2. Resultados — 219
 - 14.2.1. Análise Preliminar dos Dados — 219
 - 14.2.2. Influência da 1ª avaliação na explicação da depressão aos 2 anos de diagnóstico — 220
 - 14.2.3. Influência da 2ª avaliação na explicação da depressão aos 2 anos de diagnóstico — 222
 - 14.2.4. Influência da aceitação na depressão aos 2 anos de diagnóstico — 224
 - 14.2.5. Estudo da aceitação como variável moderadora na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de progressão da AR. — 224
 - 14.2.6. Estudo da auto-compaixão como variável moderadora na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de diagnóstico — 226
- 14.3. Modelos explicativos da Depressão — 227

- 14.3.1. Influência da dor, da limitação física, da limitação em termos de interação social e da aceitação na depressão — 227
- 14.3.2. Influência da dor, da limitação física, do mindfulness (observação distanciada da dor) e da aceitação na depressão — 229
- 14.4. Discussão — 232

Capítulo 15 - A importância do tempo de diagnóstico na AR. Sua relação com as crenças, as estratégias de coping, a percepção de suporte social, a aceitação, a auto-compaixão, as aptidões mindfulness e a psicopatologia

- 15.1. Método — 242
 - 15.1.1. Amostra — 242
 - 15.1.2. Instrumentos de Avaliação — 243
 - 15.1.3. Procedimento — 243
 - 15.1.4. Estratégia Analítica — 243
- 15.2. Resultados — 244
 - 15.2.1. Análise Preliminar dos Dados — 244
 - 15.2.2. Influência do tempo de diagnóstico na dor, na limitação física, nos conteúdos cognitivos, no coping, na percepção de suporte social, na aceitação, na auto-compaixão, nas aptidões mindfulness e na psicopatologia, — 246
- 15.3. Discussão — 248

Capítulo 16 - O efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia

- 16.1. Método — 252
 - 16.1.1. Amostra — 252
 - 16.1.2. Instrumentos de Avaliação — 253
 - 16.1.3. Procedimento — 253
 - 16.1.4. Estratégia Analítica — 254
- 16.2. Resultados — 254
 - 16.2.2. Relação entre coping, psicopatologia e evitamento experiencial — 255
 - 16.2.3. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia — 256
 - 16.2.3.1. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a depressão — 256
 - 16.2.3.2. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por evitação e a depressão — 257
 - 16.2.3.3. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a depressão — 258
 - 16.2.3.4. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a ansiedade — 258
 - 16.2.3.5. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a ansiedade — 259

- 16.2.3.6. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e o stress — 260
- 16.2.3.7. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e o stress — 261
- 16.3. Discussão — 261

Capítulo 17 - Aceitação da dor, auto-compaixão e psicopatologia. A utilização do *Chronic Acceptance Questionnaire (CPAQ)* para identificar subgrupos de pacientes

- 17.1. Método — 266
 - 17.1.1. Amostra — 266
 - 17.1.2. Instrumentos de Avaliação — 267
 - 17.1.3. Procedimento — 268
 - 17.1.4. Estratégia Analítica — 268
- 17.2. Resultados — 269
 - 17.2.1. Análise Preliminar dos Dados — 269
 - 17.2.2. Relação entre a Aceitação da dor, Auto-compaixão e Psicopatologia — 270
 - 17.2.3. Análise de Clusters — 272
- 17.3. Discussão — 273

Capítulo 18 - Conclusões Gerais — 279

Capítulo 19 - Limitações do Estudo. Sugestões para Futuras Investigações — 283

- 17.1. Limitações do Estudo — 283
- 17.2. Sugestões para Futuras investigações — 284

Referências — 289

-

Capítulo 1

Enquadramento conceptual

Neste capítulo é feito um enquadramento das patologias reumáticas com particular relevância para a Artrite Reumatóide, sendo abordadas as principais características bem como os factores desencadeantes, os aspectos relativos ao diagnóstico, prognóstico e ao tratamento.

As Doenças Reumáticas constituem o grupo de patologias mais frequentes nos países desenvolvidos. São um importante problema social e económico, cujo impacto negativo em termos de saúde pública tem tendência a crescer devido ao aumento da longevidade da população e aos estilos de vida. De acordo com dados da Direcção Geral de Saúde, a prevalência das doenças reumáticas nos países ocidentais, varia entre 8 e 12 %. Os estudos que têm sido realizados em Portugal mostram que as doenças reumáticas têm uma prevalência de 20 a 30%, representando cerca de 40000 doentes diagnosticados. As Doenças Reumáticas ocupam em Portugal o 2º/3º lugar de encargos com o consumo de medicamentos, constituindo a primeira causa de consulta médica. São a primeira causa de incapacidade temporária, sendo também responsáveis por cerca de 40 a 60 % de situações de incapacidade prolongada para algumas actividades da vida diária e, cerca de 35 a 41% do total de reformas antecipadas por doença.

As Doenças Reumáticas constituem um grupo com diversas entidades clínicas e vários sub-tipos, que se podem englobar em doenças ou alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática, e incluem as doenças inflamatórias (músculo-esqueléticas, do tecido conjuntivo e dos vasos), as doenças degenerativas (das articulações periféricas e da coluna), as doenças metabólicas (ósseas e articulares), as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores (Lipsky, 2000).

1. Caracterização da Artrite Reumatóide

Entre o variado grupo nosológico, destacamos a Artrite Reumatóide (AR) como a principal doença sistémica, devido à sua prevalência e importantes problemas pessoais, económicos e sociais que lhe estão inerentes. A prevalência da AR nos países europeus é de 0.5 a 1%.

Embora possa surgir em todas as idades, é sobretudo nos adultos jovens e nas mulheres pós-menopausa que surge com maior frequência. Em Portugal o sexo feminino é o mais afectado na proporção de 4 mulheres para um homem (4:1), tendendo estas diferenças a diminuir com o aumento da idade, segundo Lipsky (2000).

A AR é conceptualizada como uma doença crónica, inflamatória, de etiologia desconhecida, que afecta as estruturas articulares e periarticulares, bem como o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo podendo dar origem a múltiplas manifestações sistémicas, uma vez que existe uma desregulação do sistema imunitário (Queiroz, 2002).

1.1. Factores Desencadeantes

Embora seja uma patologia de etiologia desconhecida existem alguns factores ambientais ou biológicos mal caracterizados, como por exemplo as infecções virais, que podem iniciar uma resposta inflamatória auto-imune patológica nos pacientes com predisposição genética para a AR. Em circunstâncias normais, o processo inflamatório é regulado pelo controlo dos mediadores da inflamação que iniciam, mantêm e finalizam o processo inflamatório. Nos casos de inflamação crónica, como a AR, surge um desequilíbrio entre os mediadores que controlam o processo de resposta inflamatória, levando à destruição celular da cartilagem e do osso, característicos da AR.

Os factores psicológicos não constituem a origem mas podem precipitar o seu aparecimento. Os estudos familiares indicam uma predisposição genética, embora estes não expliquem plenamente a incidência de AR (Lipsky, 2000).

1.2. Diagnóstico

O diagnóstico precoce é fundamental, uma vez que quando diagnosticada nos primeiros 3 a 6 meses do seu curso clínico e correctamente medicada, apresenta grande probabilidade de não evoluir para formas mais severas de incapacidade funcional. O diagnóstico precoce da AR assenta na existência de tumefacção de 3 ou

mais articulações, no envolvimento das articulações metacarpofalângicas e/ou das articulações metatarsfalângicas, na rigidez matinal com duração superior a 30 minutos e na existência de simetria no envolvimento articular.

Os sintomas mais precoces são a rigidez matinal, a dor e a tumefação articular. As directrizes do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas determinam que os pacientes com poliartrite devem ser observados nas primeiras 10 semanas após o início dos sintomas. O diagnóstico não deve ser efectuado antes de terem passado 12 semanas sobre o início dos sintomas.

1.3. Prognóstico

O prognóstico da AR está condicionado por alguns factores sendo pior quando existe um grande número de articulações tumefactas, uma progressão acentuada da patologia, lesões sistémicas, a presença de alguns indicadores analíticos (tais como proteínas de fase aguda elevadas de forma persistente e factores reumatóides no soro), cirurgia articular substitutiva precoce, elevada incapacidade funcional, entre outros.

1.4. Tratamento

O tratamento da AR tem sido alvo de profundas modificações devido à avaliação da actividade inflamatória, ao conhecimento dos factores de pior prognóstico, ao uso de anti-reumáticos de acção lenta, ao aparecimento de terapêuticas combinadas e à introdução da terapêutica biológica. O principal objectivo do tratamento da AR é obter a remissão da patologia. O Ministério da Saúde tem actualmente em curso um Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, criado por iniciativa das Nações Unidas e com apoio da Organização Mundial de Saúde, que visa reverter a tendência de crescimento desta patologia, com uma abordagem multidisciplinar dos vários serviços de saúde, reduzindo não só o risco de contrair a doença mas também concretizar o seu tratamento e a reabilitação de forma adequada.

Assim, no capítulo seguinte são apresentados os modelos explicativos das patologias que cursam com dor crónica, preponderantes numa perspectiva clássica da psicologia, com particular destaque para as abordagens cognitivo-comportamentais.

Capítulo 2

Perspectiva Clássica da Psicologia na abordagem às patologias que cursam com dor crónica

Neste capítulo são apresentados os modelos mais preponderantes da perspectiva clássica das patologias que cursam com dor crónica. É apresentada uma breve revisão da literatura existente, e estabelecidas as principais limitações implícitas a cada modelo.

2.1. Impacto da AR e dos sintomas associados

Ao longo das últimas décadas a literatura tem reforçado o impacto da AR em várias áreas da vida do indivíduo, sendo crescentes as evidências do seu efeito no funcionamento físico, psicológico e social (Keefe, Buffington, Studts, Smith, Gibson & Galdwell, 2002; Newman, Fitzpatrick, Revenson, Skevington & Williams, 1996). Os indivíduos com AR enfrentam a perspectiva de uma vida com dor e com incapacidade crescentes, sem cura, tendo de tomar regularmente medicação. Ao longo deste processo contínuo de construção/reconstrução da identidade face às disrupções e à imprevisibilidade da AR, o indivíduo vai sendo confrontado com a necessidade de desenvolver estratégias/formas de lidar com os sintomas e com as consequências que surgem diariamente (Barlow, Cullen & Rowe, 1999; Newman et al., 1996; Newman & Mulligan, 2000).

A dor, a rigidez e a incapacidade constituem as maiores fontes de preocupação do indivíduo, que procura assistência essencialmente para minorar o nível de sintomas e para retomar as suas actividades diárias habituais. Estudos que avaliam os efeitos da AR a longo prazo referem que no primeiro ano de evolução da doença, as limitações no funcionamento e os níveis de dor são comparáveis aos manifestados pelos indivíduos com mais tempo de evolução da doença (Evers, Kraaijmaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003; Evers, Kraaijmaat, Geenen & Bijlsma, 1998; Griffith & Carr, 2002; Newman et al., 1996; Repping-Wuts, Uitterhoeve, Riel, Achterberg, in press).

A literatura existente mostra os esforços desenvolvidos no sentido de adequar os modelos tradicionais da psicologia à AR. A maioria dos estudos é baseada na identificação/conhecimento dos mecanismos implícitos à dor, com o intuito de promover uma melhor compreensão da incapacidade física, psicológica e social, sendo escassas as investigações baseadas exclusivamente em amostras de indivíduos com AR.

Apesar de terem surgido vários modelos originados de múltiplas tradições intelectuais, na sua generalidade todos procuram dar resposta às questões “O que é a dor crónica/as patologias que cursam com dor crónica?”, “Qual a melhor forma de diminuir a dor e o sofrimento associado?” (Amundson & Wright, 2004).

A presente investigação pretende colmatar a lacuna existente na literatura científica e identificar/compreender os mecanismos implícitos ao desenvolvimento da dor, da limitação física e da psicopatologia em indivíduos com AR. Para compreender a forma como o indivíduo pensa e reage face a AR e aos sintomas associados, é necessário considerar como interpreta e compreende os próprios sintomas, que teorias/“histórias” desenvolve a respeito das causas, do tratamento, o que está capacitado a fazer e/ou o que poderá estar capacitado a fazer acerca dos seus sintomas e do curso da doença.

2.2. O Fenómeno da Dor

2.2.1. Caracterização da Dor

A dor representa um fenómeno perceptivo, subjectivo e multidimensional que constitui uma experiência individual complexa, em torno da qual múltiplos factores cognitivo-emocionais (como por exemplo o significado da dor, o medo da dor, as atitudes, crenças, as expectativas face a situação), a experiência prévia, factores sociais (por exemplo o background cultural, religioso), factores biológicos, entre outros, assumem relevância (Turk & Okifuji, 2002). De acordo com a *International Association for the Study of Pain* a dor é “uma experiência sensorial e emocional desprazerosa associada a um dano real ou potencial” (Loeser & Melzack, 1999). A dor representa um fenómeno associado a uma sensação desagradável independente da sua origem ou duração, sendo definida pela maioria dos autores como um fenómeno individual e subjectivo. Independentemente da forma como é descrita, a interpretação que o indivíduo faz da experiência é tão individual como o seu carácter, tornando a dor uma experiência difícil de classificar e de categorizar.

A caracterização da dor, em função da sua duração, permite compreender os aspectos que lhe estão subjacentes. Se por um lado, a dor aguda é um tipo de dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo, constituindo um sinal que alerta para ocorrência de um traumatismo ou de uma queimadura, por exemplo, a dor crónica, como é o caso da dor da artrite (dor recorrente ou persistente durante pelo menos 3-6 meses), não tem vantagem para o indivíduo, provoca sofrimento e tem repercussões na saúde física e mental.

A dor crónica da AR pode ser provocada pelo processo inflamatório que causa rigidez nas articulações, pelas lesões no tecido, e pela fadiga resultantes do próprio processo da doença. Constitui o sintoma mais frequentemente relatado pelos indivíduos com AR, o mais exaustivamente estudado e divulgado na literatura da especialidade (Dixon, Keefe, Scipio, Perri & Abernethy, 2007).

A sua interferência nos processos mentais é considerada como a característica mais incapacitante. A dor assume prioridade no processamento de informação, uma vez que a sua ocorrência pode significar dano ou ameaça para o organismo. Assim, a dor assume um carácter disruptivo levando o indivíduo a desenvolver esforços para a tentar controlar ou eliminar (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eeelen, 1996).

Recentes investigações desenvolvidas no âmbito da análise da prevalência, do tratamento e do impacto da dor crónica na Europa mostram diferenças interessantes entre os países europeus que parecem reflectir a influência de aspectos culturais e de tradições locais na forma como os indivíduos lidam com a dor. Os resultados destacaram a presença de dor crónica de intensidade moderada a severa, que compromete a qualidade de vida e a actividade profissional, em cerca de 19% dos adultos europeus. Por outro lado, os resultados do estudo destacaram ainda que é escasso o recurso ao especialista de dor, pelo que cerca metade dos sujeitos da amostra recebiam tratamento inadequado (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).

2.3. Abordagens Clássicas da Dor

2.3.1. Modelo biomédico tradicional

O enquadramento biomédico na base dos primeiros modelos da dor, conceptualizavam-na como uma resposta automática a um factor externo (Ogden, 1999).

O modelo biomédico teve uma grande influência na compreensão das pato-

logias relacionadas com a dor, dominando a literatura da especialidade durante a primeira metade do século XX, não sendo reconhecida a importância dos processos psicológicos tais como a emoção, a atenção e a experiência passada. O modelo assentava no pressuposto que a dor era uma experiência sensorial resultante de estimulação de receptores específicos, constituindo um sintoma que tinha por base uma lesão física ou a actividade de uma doença. Segundo este modelo, a quantidade de dor experienciada era proporcional ao grau de actividade da doença. Tratava-se de um modelo reducionista, uma vez que assumia que todas as doenças estavam relacionadas com uma patologia física específica e exclusiva, dado que os mecanismos comportamentais, psicológicos e sociais não assumiam relevância (Asmundson & Wright, 2004; Hadjistravropoulos & Craig, 2004; Keefe, Abernethy & Campbell, 2005; Turk & Okifuji, 2002; Walker, Jackson & Littlejohn, 2004).

2.3.2. Teoria do Portão de Controlo da Dor

As limitações implícitas ao modelo biomédico suscitaram avanços nas teorias da dor. Melzack e Wall (1965) propuseram a Teoria do Portão do Controlo da Dor, integrando as perspectivas biológicas e psicológicas da dor. A dor passa assim a ser conceptualizada como uma experiência complexa, multidimensional com componentes sensoriais, afectivas e avaliativas. A teoria assume o processamento dinâmico da dor e dos centros cerebrais responsáveis pela cognição e pela emoção, como influentes na transmissão dos sinais do local lesado para o cérebro. De acordo com Melzack e Wall (1965) estes centros cerebrais activam sistemas descendentes que bloqueiam a dor através de um mecanismo de portão localizado na espinal medula. Ao propor uma base biológica para a influência de factores psicológicos, a Teoria do Portão de Controlo da Dor reforça a importância das conceptualizações psicológicas nas ciências biológicas, estimula a investigação da dor em laboratório e enfatiza o potencial das intervenções psicológicas na prática clínica (Asmundson & Wright, 2004; Keefe, Abernethy & Campbell, 2005; Melzack & Katz, 2004). Ao descrever as bases neurológicas para a complexidade da experiência da dor, inspira avanços na investigação e na prática, como a compreensão da neuroplasticidade na base da dor crónica (Melzack,Coderre, Katz & Vaccarino, 2001).

A Teoria do Portão de Controlo da Dor difere do modelo anterior em alguns pressupostos base. No que respeita a percepção da dor, esta teoria conceptualiza-a mais como uma percepção e como uma experiência do que como uma mera sensação. Esta mudança na terminologia reflecte o papel activo do indivíduo na dor expe-

rienciada, interpretando e avaliando o estímulo doloroso. Por outro lado o papel da variabilidade individual já não constitui um problema na compreensão da dor, mas representa os diferentes graus de abertura ou fecho do portão. A Teoria do Portão de Controlo da Dor sugere já a influência de múltiplos factores na percepção da dor e não apenas uma causa física, descrevendo mesmo a maioria dos quadros algícos como uma combinação de aspectos físicos e psicológicos (Odgen, 1999).

Apesar de representar um avanço importante relativamente às teorias mais simplistas da dor, apresenta algumas limitações. Por um lado, não existe evidência que ilustre a existência efectiva de um portão. Por outro lado, apesar de se tentar afastar dos modelos tradicionais dualistas, pressupõe ainda uma base orgânica para a dor, baseada num processo de estímulo-resposta, isto apesar da informação da lesão poder ser mediada/moderada pela experiência ou por outros factores psicológicos.

2.3.3. Modelo Neuromatrix da Dor

O Modelo Neuromatrix da Dor representa os recentes avanços dentro da Teoria do Portão de Controlo da Dor (Melzack, 1999), adequando-se já a uma perspectiva mais cognitivo-comportamental da dor, ao assumir o cérebro como uma rede neuronal que integra informação de várias fontes e produz a sensação de dor. O Modelo Neuromatrix abandonou o conceito cartesiano da dor como uma sensação produzida por um dano ou por uma patologia, e conceptualiza-a como uma experiência multidimensional que integra influências genéticas e sensoriais (Turk & Melzack, 2001).

O substrato anatómico que Melzack propôs assenta numa rede ampla e difusa de neurónios, e consiste em ligações entre o tálamo e o córtex, assim como entre o córtex e o sistema límbico. As ligações estão sináptica e espacialmente distribuídas, são determinadas geneticamente e moduladas por inputs sensoriais. Esta teoria propõe que os mecanismos cerebrais, na base da experiência, compreendem um sistema unificado que produz um padrão de neuro-assinatura, característica do organismo. A conceptualização de um mecanismo cerebral unificado é a base deste modelo, caracterizado como uma matriz dentro da qual outra se origina, se forma e desenvolve.

2.4. Abordagens Biopsicossociais

As abordagens biopsicossociais são o desenvolvimento mais evidente da integração dos factores biológicos, dos factores psicológicos (i.e. cognições, afectos,

comportamentos) e dos factores sociais (i.e. contexto cultural, social que influencia a percepção do indivíduo e a resposta aos sintomas), na compreensão da experiência das patologias que cursam com dor como a AR (Asmundson & Wright, 2004; Covic, Adamson, Spencer & Howe, 2003; Reis & Pereira, 2002). Estas abordagens fornecem uma perspectiva em sistemas, onde a mudança num dos sistemas promove mudanças noutro sistema, ou seja, um aumento da ansiedade e da depressão (i.e. mudanças psicológicas) e uma diminuição na capacidade de trabalhar e de realizar actividades diárias (i.e. mudanças sociais) são susceptíveis de produzir um aumento da dor e da limitação (i.e. na actividade da doença, ou seja, mudanças biológicas) (Keefe et al., 2002).

A revisão de literatura efectuada no âmbito dos modelos biopsicossociais, mostra a existência de múltiplas designações que parecem reflectir a prevalência de princípios comportamentais, cognitivos ou cognitivo-comportamentais, e que traduzem a própria evolução dos modelos dentro das abordagens às patologias álgicas, evidenciada ao longo do tempo. Assim, dentro das abordagens biopsicossociais faremos referência apenas às abordagens preponderantes no âmbito da investigação da AR.

2.4.1. Modelo Operante

Fordyce (1976) adequou os princípios de condicionamento operante à compreensão da dor crónica, admitindo que os padrões comportamentais da dor são aprendidos em resposta a um episódio de dor aguda. A teoria operante da dor crónica é fundamentalmente baseada na diferenciação entre os aspectos sensoriais da dor (essencialmente não observáveis) e os comportamentos de resposta à dor (observáveis e mensuráveis). A importância desta distinção reside no facto dos comportamentos de dor estarem sujeitos à influência da experiência e da aprendizagem. O modelo desenvolvido por Fordyce (1976) foi baseado na análise dos padrões comportamentais da dor e na forma como os reforços positivos e negativos funcionam como mecanismo através do qual os comportamentos de resposta a um episódio de dor aguda se mantêm e tornam crónicos.

A teoria do condicionamento operante propõe vários mecanismos através dos quais os comportamentos de dor podem ser reforçados e mantidos quer por reforço positivo (por exemplo a atenção e o afecto) quer por reforço negativo (por exemplo se a dor funciona como uma forma de desresponsabilização face a actividades habituais percebidas como indesejáveis).

O modelo propõe que os comportamentos de dor podem persistir perante a actividade sensorial, se forem mantidos dentro de determinados contextos de contingência de reforço originando comportamentos maladaptativos (Sharp & Harvey, 2001).

A adequação deste modelo às patologias que cursam com dor crónica tem, no entanto, sido questionada em algumas investigações, dado a influência da actividade da doença mais do que propriamente as contingências ambientais (Asmundson & Wright, 2004; Keefe, Abernethy & Campbell, 2005; Turk & Okifuji, 2002).

2.4.2. Modelos Cognitivo-Comportamentais

Embora os modelos psicológicos das patologias que cursam com dor crónica tenham sido dominados até um dado momento pelas teorias comportamentais (particularmente o condicionamento operante), tem-se assistido na última década a um aumento significativo da investigação em torno dos aspectos cognitivos da experiência da dor. Com Turk, Meichenbaum e Genest (1983) foi estabelecido o primeiro modelo que integrou os elementos cognitivos e comportamentais na área da dor, reforçando a necessidade de remover as crenças irracionais do indivíduo com dor crónica (Asmundson & Wright, 2004; Sharp, 2001).

Enquanto os modelos operantes eram focados exclusivamente no comportamento da dor e nas contingências de reforço (Fordyce, 1976; Sanders, 1996), os modelos cognitivo-comportamentais passaram a assumir a experiência global da dor como dependente, pelo menos em parte, do significado atribuído pelo indivíduo. Os factores físicos/biológicos são assim considerados como parte de uma experiência mais ampla, que engloba factores cognitivos, afectivos, comportamentais e ambientais (Turk, 1996). Apesar dos aspectos comportamentais não serem ignorados, os modelos cognitivo-comportamentais enfatizam que a extensão para a qual o input sensorial é desconfortável ou incapacitante depende do modo como é interpretado pelo indivíduo e da forma como este lida e como reage ao sintoma/à situação. Assim, a interpretação que o indivíduo faz da dor é conceptualizada por estes modelos como o elemento chave na compreensão das respostas (respostas comportamentais, afectivas) (Asmundson, Norton & Norton, 1999; Sharp, 2001; Sharp & Harvey, 2001).

Vários estudos têm reforçado a importância das cognições na intensidade da dor, nas tentativas de lidar com os sintomas (Jensen, Turner & Romano, 1991), no

humor (Asgahari, Julaeiha & Godarsi, 2008) e na incapacidade (Jensen, Romano, Good & Wald, 1999; Wash & Radcliffe, 2002). As evidências mostram que os conteúdos cognitivos relacionados com a dor estão associados à utilização de determinadas estratégias de coping, e podem afectar o impacto da patologia álgica na vida do indivíduo (Sharp, 2001). Num estudo que analisou a relação entre as crenças relacionadas com a dor, a depressão e a incapacidade, Asgahari, Julaeiha e Godarsi (2008) mostraram que as crenças de auto-eficácia sobre a dor estavam fortemente associadas à depressão e à incapacidade física.

As perspectivas cognitivo-comportamentais são as únicas a referir a reciprocidade de efeitos entre o indivíduo e o ambiente, e a influência do ambiente no indivíduo e no seu comportamento. Os indivíduos tendem a acreditar que têm uma capacidade limitada para controlar a dor. Estas avaliações negativas e maladaptativas face à situação e face à sua eficácia pessoal podem reforçar a inactividade e promover uma reacção exacerbada face ao estímulo, o que por sua vez tende a promover o desconforto psicológico e subsequentemente a limitação física. Além disso, os comportamentos do indivíduo tendem a elicitarem os comportamentos dos outros significativos, podendo reforçar modos de pensar, sentir e agir, adaptativos ou maladaptativos. As interpretações negativas podem ainda induzir os clínicos a prescreverem mais medicação, mais exames de diagnóstico e procedimentos mais invasivos. Os outros significativos podem expressar simpatia, desculpabilizar o paciente de responsabilidades e encorajar a passividade, contribuindo para o condicionamento físico (Turk & Okifuji, 2002). A perspectiva cognitivo-comportamental integra assim aspectos do condicionamento operante, no reforço externo e na evitação condicionada, dentro de uma rede conceptual de processamento de informação (Cano, 2001; Turk & Okifuji, 2002).

De um modo geral a literatura tem mostrado a eficácia e aplicabilidade dos modelos cognitivo-comportamentais nas patologias que cursam com dor crónica como é o caso da AR. São várias as referências existentes na literatura científica que reforçam que as mudanças nas cognições e nos comportamentos estão associadas a mudanças na dor, na incapacidade física e na incapacidade psicossocial (Jensen, Turner & Romano, 2007; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, Brewin & Allard, 2001; Turner, Holtzman & Mancl, 2007; Vowles, McCracken & Eccleston, 2007). Uma maior prevalência de cognições negativas acerca da patologia e dos sintomas associados, mais estratégias de coping passivo e menos suporte social parecem ser

preditores significativos de incapacidade física e psicológica (Evers, Kraaimaat, Van Riel & Jong, 2002).

Apesar de várias as referências citadas na literatura sobre a aplicabilidade dos modelos cognitivo-comportamentais, os resultados não são totalmente claros. Numa meta-análise recente, Thorn, Cross e Walker (2007) reforçaram a importância de investigações metodologicamente mais sistematizadas no que respeita aos parâmetros avaliados a curto e a longo prazo e os instrumentos utilizados.

2.4.3. Modelo Cognitivo-Comportamental Reformulado

Reformulações ao modelo cognitivo-comportamental foram propostas, partindo do pressuposto que os problemas associados com as patologias que cursam com dor crónica têm origem na forma como as pessoas reagem. As reacções incluem todas as formas de cognições (como pensamentos, imagens relacionadas com a dor) e não apenas com os comportamentos observáveis. De acordo com Sharp (2001) a diferença entre os indivíduos com dor incapacitados e/ou com desconforto, e os indivíduos para os quais a dor não constitui um problema, é baseada nas avaliações e interpretações que fazem, e não necessariamente na actividade sensorial.

O modelo cognitivo-comportamental reformulado tem em consideração que o stress e os factores iatrogénicos (como a utilização exagerada de medicação, busca de tratamentos, entre outros) podem exacerbar e/ou manter a incapacidade. Se o indivíduo interpretar a presença da dor ou os pensamentos relacionados com a dor como indicativos de algo negativo acerca da sua condição (por exemplo, “Pensar sobre os meus sintomas significa que é uma doença séria”; “Se não conseguir parar de pensar nos meus sintomas, irei enlouquecer”; “ Só consigo pensar nos meus sintomas”), pode tentar suprimi-los ou neutralizá-los (i.e. comportamentos de segurança). O modelo assume que as tentativas para suprimir (por exemplo, “Não pensar acerca da dor”) ou para neutralizar (por exemplo através de estratégias de distracção) os pensamentos associados, podem promover o aumento da sua frequência e a percepção de aversão em relação à dor e aos sintomas associados à patologia. Os comportamentos de segurança ou de evitação podem assim interferir na refutação ou na manutenção de alguns conteúdos cognitivos.

De acordo com Sharp (2001) existem algumas vantagens na integração de uma vertente mais cognitiva no contexto das patologias que cursam com dor crónica. Se a dor é associada a pensamentos intrusivos, o indivíduo tende a desenvolver tentativas de os neutralizar com comportamentos de segurança (como por exemplo

a evitação). De acordo com esta conceptualização, a dor crónica pode ser compreendida com constructos semelhantes aos aplicados para patologias obsessivas. No entanto, os autores do modelo reforçam que o conceito de comportamento de segurança necessita ser clarificado e estabelecido especificamente dentro do contexto da dor. O modelo cognitivo-comportamental reformulado coloca maior ênfase nas cognições e nas avaliações que o indivíduo faz acerca da dor. Os comportamentos são considerados importantes mas na sua relação com as cognições, e particularmente no modo como podem manter as cognições relacionadas com a dor.

O suporte empírico para este modelo cognitivo-comportamental reformulado tem sido essencialmente fornecido por investigações que mostram que, se os pacientes estão preocupados com a dor, é provável que estejam hipervigilantes, o que acarreta interferências na atenção e desencadeia igualmente um efeito amplificador da informação somática e dos mecanismos implícitos à resposta de medo (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eelen, 1998).

Apesar dos modelos cognitivo-comportamentais tradicionais no âmbito das patologias que cursam com dor crónica carecerem de desenvolvimentos adicionais, reforçam a relevância de 3 categorias de constructos. Neste sentido, abordaremos no próximo capítulo a relevância dos conteúdos cognitivos, do coping e do suporte social, sendo sistematizada a investigação empírica preponderante para a dor, para a limitação física e para a psicopatologia em indivíduos com AR.

Capítulo 3

Conteúdos Cognitivos, Coping e Suporte Social nas Abordagens Clássicas da Psicologia. Sua relevância para a dor, limitação física e psicopatologia

Este capítulo estabelece a relevância dos conteúdos cognitivos, do coping e do suporte social, na abordagem às patologias que cursam com dor crónica como a AR. Neste contexto, é feita uma sistematização da literatura mais preponderante no desenvolvimento/manutenção da dor, da limitação física e da psicopatologia.

Os indivíduos processam a informação referente aos estímulos internos e aos acontecimentos ambientais de forma activa, fazendo interpretações sobre o seu significado, mediante o recurso às estratégias gerais de processamento de informação, às histórias pessoais/aprendizagem e às estratégias de regulação emocional. Tendem a desenvolver expectativas a respeito das consequências, que por sua vez influenciam as suas respostas face à dor e aos sintomas associados à AR. O modelo cognitivo-comportamental ressalta as interacções existentes entre as cognições, as reacções emocionais, fisiológicas e comportamentais, e reforça a existência de interacções recíprocas entre o comportamento do indivíduo com dor crónica e o ambiente (Bradley, McKendree-Smith & Cianfrini, 2003).

A investigação tem mostrado que os factores psicológicos contribuem para o ajustamento à dor persistente e promovem uma clarificação dos mecanismos por detrás do facto de alguns indivíduos com dor crónica, como o caso da AR, apresentarem limitações físicas acentuadas, enquanto outros demonstrarem um melhor ajustamento à situação. Apesar da necessidade de desenvolvimentos adicionais, os modelos cognitivo-comportamentais tradicionais parecem identificar a relevância de três categorias de variáveis que influenciam a dor e a limitação física: as cog-

nições, as respostas de coping (Covic, Adamson, Spencer & Howe, 2003; Jensen, Tuner & Romano, 2007; Keefe, Albernethy & Campbell, 2005; Ramírez-Maestro, Esteve & López, 2008; Turner, Holtzman & Mancl, 2007), e o suporte social.

3.1. Conteúdos Cognitivos Negativos

3.1.1. Crenças

A importância dos conteúdos cognitivos do indivíduo com dor tem vindo a ser demonstrada em múltiplos estudos que identificam a sua influência, na percepção da dor, na exacerbação ou na manutenção dos sintomas, nos comportamentos relacionados com a dor, na procura de cuidados de saúde e na resposta ao tratamento (Dimond & Coniam, 1997; Ehde & Jensen, 2010; Evers, Kraaimaat, Riel & Jong, 2002; Flor, Behle & Birbaumer, 1992; Flor & Turk, 1988; Jensen & Karoly, 1991; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Novy, Nelson, Francis & Turk, 1995; Schiaffiano, Shawaryn & Blun, 1998; Sharp, 2001; Smith & Wallston, 1992).

A maioria da investigação tem definido as crenças sobre a dor como conceptualizações do próprio indivíduo acerca do que a dor é e o que representa para si (Strong, Ashton & Chant, 1992). As crenças representam assim configurações cognitivas pessoalmente formadas ou culturalmente partilhadas. Distinguem-se das atitudes uma vez que traduzem a compreensão sobre o acontecimento e não o sentimento sobre esse acontecimento. Constituem assim noções preexistentes acerca da realidade, que modelam a percepção do nosso ambiente e de nós próprios, determinando o seu significado. Embora as expectativas sejam frequentemente consideradas sinónimos de crenças, referem-se mais especificamente a crenças acerca do futuro, especialmente às relações entre um conjunto de acontecimentos e as suas consequências no futuro (DeGood & Tait, 2001).

As crenças acerca da experiência da dor englobam uma multiplicidade de crenças a respeito da etiologia da dor, do seu significado, sobre a capacidade de controlo, o impacto na vida do indivíduo, a preocupação sobre o futuro e as expectativas sobre o tratamento (Ehde & Jensen, 2010; Turk & Okifuji, 2002).

Várias investigações têm mostrado associações consistentes entre alguns tipos de crenças no funcionamento psicológico (Jensen, Romano, Turner, Good & Wald, 1999) e no funcionamento físico dos indivíduos com patologias que cursam com dor crónica (Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Os resultados têm salientado particular-

mente a relevância das crenças de controlo (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que pode controlar a dor), das crenças de incapacidade (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que está incapacitado pela dor) e das crenças de dano (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que a dor significa que o exercício deve ser evitado ou que está a ser prejudicial) (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Turner, Jensen & Romano, 2000). A influência destes três tipos de crenças na incapacidade física e psicológica foi demonstrada por Turner et al. (2000), num estudo que analisou a independência das crenças e das estratégias de coping em indivíduos com dor crónica, incluídos num tratamento multidisciplinar para a dor. O processo através do qual as avaliações de controlo influenciam o funcionamento psicológico de indivíduos com dor crónica foi também ressaltado num estudo de Jensen e Karoly (1991). Segundo estes autores, os indivíduos que reportaram ter mais controlo sobre a dor relataram igualmente mais bem-estar. A questão levantada pelos autores reside no facto desta promoção de bem-estar ser resultado de um efeito directo das crenças de controlo ou, se as crenças de controlo incitam o indivíduo com dor a iniciar ou a manter a utilização de estratégias de coping mais adaptativas.

Main, Foster e Buchbinder (2010) identificaram as crenças de controlo como os determinantes mais significativos no ajustamento à dor e/ou no desenvolvimento de incapacidade. Estes autores reforçaram ainda a possibilidade deste tipo de crenças mediar a relação entre a dor e a depressão.

Estudos sobre a eficácia dos modelos cognitivo-comportamentais têm também constituído suporte adicional acerca da importância de alguns tipos de crenças na resposta ao tratamento. De um modo geral, os resultados mostram que a diminuição das crenças de incapacidade e de dano (i.e., crenças a respeito dos sintomas significarem incapacidade ou constituírem um sinal de dano) está relacionada com resultados positivos no tratamento, nomeadamente com a diminuição da incapacidade física, da intensidade da dor e da depressão (Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Coughlin, Bandura, Fleischer & Guck, 2000).

Num estudo de carácter transversal com 118 indivíduos com patologia que cursa com dor crónica, Turner, Dworkin, Mancl, Huggins e Truelove (2001) mostraram que as mudanças nas crenças e nas estratégias de coping utilizadas, estavam associadas a melhorias em termos de intensidade da dor, incapacidade física e incapacidade psicossocial, na sequência de uma abordagem cognitivo-comportamental. Evidências semelhantes foram encontradas num estudo longitudinal com 141

indivíduos com dor crónica realizado por Jensen et al. (2001), com o objectivo de demonstrar a eficácia das mudanças nas crenças e nos estilos de coping ao longo de um tratamento multidisciplinar para a dor e dos respectivos *follow-ups* de 6 e 12 meses. Os autores demonstraram que o aumento das crenças de controlo e a diminuição das crenças de incapacidade e de dano estavam associadas a melhores resultados, tanto no tratamento como nos respectivos *follow-ups*. Estes resultados estão também de acordo com a abordagem longitudinal desenvolvida em 91 indivíduos com dor crónica por Jensen et al. (1994). Estes autores para além de mostrarem a eficácia de crenças mais adaptativas, evidenciaram uma diminuição na utilização dos cuidados de saúde.

3.1.2. Catastrofização

Embora múltiplas cognições tenham demonstrado associações consistentes com o funcionamento físico e psicológico em indivíduos com patologias que cursam com dor crónica como a AR, a catastrofização tem sido a cognição que demonstrou associações mais consistentes com um ajustamento deficitário. A catastrofização tem sido definida como uma orientação exagerada e negativa face ao estímulo e à experiência da dor (DeGood & Tait, 2001; Turner, Mancl & Aaron, 2004). Reflecte uma perspectiva extremamente negativa dos acontecimentos da vida, na qual o pior cenário é antecipado (Sinclair, 2001). Caracteriza-se por pensamentos irrealistas como por exemplo “esta dor nunca irá terminar”, que desencadeiam um processo activo que ocorre não apenas em resposta à dor mas antecipam igualmente a experiência da dor (Dixon, Thorn & Ward, 2004).

Apesar de vasta a literatura no âmbito da catastrofização os autores têm salientado algumas dificuldades na sua conceptualização como crença ou como estilo de coping (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991; Severerjs, Vlaeyen & Hout, 2004; Sinclair, 2001). Por outro lado, a sua caracterização enquanto característica traço (i.e. estável ao longo do tempo) ou característica estado (i.e. variável ao longo do tempo) tem também sido alvo de controvérsias. Alguns estudos que avaliam as qualidades psicométricas do constructo referem a sua estabilidade temporal (através de avaliações da fidelidade teste-reteste das medidas), mostrando evidências para a sua definição como característica traço; outros estudos mostraram a diminuição da catastrofização após uma intervenção cognitivo-comportamental, mostrando evidências para a sua definição como característica estado (Turner, Mancl & Aaron.,

2004). No mesmo sentido, Holtzman e DeLongis (2007) demonstraram o aumento da dor como preditor de catastrofização, num estudo de carácter longitudinal. De acordo com estes autores, existiam flutuações/oscilações ao longo do dia, no sentido de um aumento da catastrofização de manhã se associar a um aumento da intensidade da dor à noite. Turner et al. (2004) reforçaram que a catastrofização permanece estável por períodos curtos de tempo, mas apenas na ausência de oscilações acentuadas na dor.

Na literatura cognitivo-comportamental a catastrofização é conceptualizada como um tipo de inferência arbitrária, uma forma de distorção cognitiva. Face a uma situação de dor, o indivíduo com tendência a catastrofizar tende a avaliar a experiência de forma negativa e exagerada, tornando-se hipervigilante a estímulos somáticos, desenvolvendo uma preocupação excessiva face a todo e a qualquer sintoma que interprete como um agravamento da situação ou possível ameaça ao seu bem-estar (Sinclair, 2001).

De facto, a catastrofização da dor tem sido relacionada com uma maior interferência na actividade uma vez que parecem existir dificuldades em suprimir o foco atencional de pensamentos relacionados com a experiência da dor (Osborne, Jensen, Ehde, Hanley & Kraft, 2007; Sinclair, 2001). Estilos catastróficos de pensamento tendem a estar associados a avaliações excessivas de ameaça e a hipervigilância face aos estímulos somáticos associados à AR, sendo assim incapazes de suprimir o foco atencional de pensamentos relacionados com os sintomas (Sinclair, 2001).

Estudos experimentais têm também mostrado que os indivíduos que catastrofizam mais, estão hipervigilantes a informação somática ameaçadora. Num estudo experimental realizado na população normal, Crombez, Eccleston, Baeyens e Eelen (1998) mostraram que os indivíduos com maior frequência de pensamentos catastróficos acerca da dor, apresentavam de facto mais interferência na tarefa. Este efeito foi demonstrado quando a ameaça era externa (i.e. quando era esperado um estímulo doloroso de intensidade elevada) mas também quando a ameaça era interna (i.e. quando foi dada a instrução de que as fibras nervosas eram estimuladas).

Numerosas investigações têm fornecido suporte empírico entre a tendência geral para catastrofizar e elevados níveis de dor e de incapacidade (Jensen, Turner & Romano, 2000; Turner, Jensen & Romano, 2000; Turner, Jensen, Warms & Cardenas, 2002; Sinclair, 2001; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan & Tripp, 1998).

A literatura tem igualmente encontrado associações consistentes entre a ca-

tastrófização e as medidas de ajustamento, apesar de alguns estudos iniciais na área da dor terem sugerido a possibilidade da catastrofização ser meramente um sintoma da depressão. No entanto, estudos recentes mostraram que a catastrofização medeia a relação entre a dor e a depressão. Este tipo de cognição negativa parece estar assim relacionada com a experiência da dor independentemente da sua relação com a depressão, não sendo meramente o resultado dos sintomas depressivos mas co-ocorre frequentemente com experiência da dor (Ehde & Jensen, 2010; Keefe, Caldwell, Williams, Gil, et al., 1990; Sullivan et al., 1998). Num estudo de carácter transversal com 86 indivíduos com patologias que cursam com dor crónica, Sullivan et al. (1998) evidenciaram ainda que a catastrofização contribuiu para a incapacidade, para além da intensidade da dor e independentemente da depressão. Assim, embora a catastrofização esteja relacionada com a depressão e possa contribuir para a sua manutenção, a sua influência no ajustamento a patologias que cursam com dor crónica como é o caso da AR, tende a ser independente do humor (Ehde & Jensen, 2010)

Questões conceptuais e relacionadas com a operacionalização dos próprios constructos, têm sido sugeridas em estudos sobre as associações entre a catastrofização, a depressão e a ansiedade. A literatura tem reforçado que a catastrofização permanece como um preditor significativo da incapacidade, mesmo quando são controladas as variáveis que podem influenciar as relações, tais como as variáveis demográficas, a severidade da dor, as crenças de dor e os sintomas depressivos (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000; Sullivan et al., 1998).

3.1.3. Medo da Dor

De um modo geral, o medo aparece como um constructo importante na compreensão da dor, estando associado a crenças de que a dor representa um prejuízo ou um dano para o organismo, e a crenças de que a actividade que pode provocar dor deve ser evitada (Albaret, Sastre, Cottencin & Mullet, 2004).

As associações entre o medo da dor e o ajustamento têm sido salientadas em alguns estudos clínicos e experimentais tanto em populações com dor crónica como na população em geral (Amundson, Norton & Norton, 1999; Keef, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004; Vlaeyen & Linton, 2000). Particularmente têm sido demonstradas associações entre o medo da dor e algumas consequências negativas tais como o aumento da intensidade da dor (Vlaeyen & Crombez, 1999), a diminuição da tolerância à dor (Van der Hout, Vlaeyen, Houben, Soeters & Peters,

2001), a hipervigilância à dor (Keogh, Ellery & Hannent, 2001), a incapacidade funcional (Vlaeyen & Linton, 2000) e a depressão (Bishop, Ferraro & Borowiak, 2001). A maioria da investigação que foca este constructo tem tido como base o modelo de medo e de evitação da dor crónica, um modelo inserido dentro das abordagens biopsicossociais, proposto para explicar porque é que algumas lesões músculo-esqueléticas progridem para uma dor mais prologada, para incapacidade e para a depressão (Cook, Brawer & Vowles, 2006; Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & van Eek, 1995). Embora a literatura não faça referência à aplicação do modelo a patologias do foro reumático, o seu referencial teórico parece sustentar a clarificação do constructo relativo ao medo da dor. Keefe et al. (2004) salientaram que estes constructos são aplicáveis a pacientes com patologias relacionadas com dor, mas que a compreensão da limitação funcional em indivíduos com AR necessita investigações adicionais.

O modelo parte do pressuposto que uma lesão inicia a experiência da dor. Se esta experiência for avaliada como não constituindo uma ameaça, o indivíduo lida com ela de forma adaptativa, no sentido da recuperação. No entanto, se a experiência for avaliada como constituindo uma ameaça, o indivíduo poderá recorrer a estratégias maladaptativas para lidar com o problema, o que mantém o ciclo vicioso de medo e de evitação, e promove a incapacidade. No contexto deste modelo, o confronto com a experiência é visto como uma estratégia adaptativa uma vez que está associado a comportamentos que promovem a recuperação. Por outro lado, a evitação é vista como uma estratégia maladaptativa, com consequências indesejáveis tais como limitações nas actividades, consequências físicas e psicológicas que contribuem para a incapacidade e, adicionalmente mais medo e mais catastrofização (Amundson & Wright, 2004).

Resultados clínicos e empíricos, suscitaram reformulações no modelo original, e levaram os autores a enfatizar a relevância da catastrofização da dor e do medo da dor, como precursores de incapacidade crónica e da percepção exacerbada da dor (George, Dannecker & Robinson, 2006).

Num estudo de carácter longitudinal realizado em 83 indivíduos com dor crónica, com o intuito de explorar se as mudanças nos factores cognitivos estavam relacionadas com as mudanças na dor e na incapacidade, Woby, Watson, Roach e Urmston (2004) mostraram que a redução dos conteúdos cognitivos negativos relacionados com o medo da dor, e o aumento das crenças de controlo contribuiriam significativamente para a diminuição da incapacidade.

3.2. Coping

A dor, a rigidez e a incapacidade são os principais efeitos de uma doença com a qual o indivíduo tem de lidar de alguma forma. No entanto, os efeitos da AR ultrapassam amplamente os sintomas directos da própria doença. As restrições nos movimentos limitam por exemplo as possibilidades de trabalho, de realizar actividades diárias, de manter papéis sociais, entre outros. No entanto, o impacto da incapacidade da AR transcende as restrições nos movimentos, uma vez que o seu curso imprevisível e a incerteza que isso gera, requer uma adaptação com as dificuldades inerentes (Newman et al., 1996).

A investigação sobre a forma como os indivíduos com AR se adaptam à patologia, tem sido crescente nos últimos anos. O coping tem assumido um papel central na prática clínica e na investigação, constituindo um constructo amplamente ressaltado na compreensão das formas como os indivíduos lidam com a AR de um modo geral, mas também as estratégias que utilizam para lidar com os sintomas específicos desta patologia, como é o caso da dor (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991; Large & Strong, 1997; Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby & Monga, 2001).

O modelo central na abordagem do coping é o Modelo Transaccional de Stress e Coping de Lazarus e de Folkman (1984). O coping é assim definido como um processo fluido, sujeito a mudança em função da situação e ao longo do tempo, sendo composto por avaliações, respostas e reavaliações, influenciado pelas diferenças individuais, tais como as crenças, as expectativas, a personalidade, as características biológicas e o ambiente social (DeGood & Tait, 2001; Ruhlman, Karoly, Newton & Aiken, 2005). Traduz um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para lidar com as exigências internas e externas, avaliadas como excedendo os recursos pessoais do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, as formas de coping representam um conjunto de respostas produzidas pelo indivíduo, podendo ser maladaptativas ou adaptativas, dependendo dos recursos do indivíduo e das características da situação (Lazarus & Folkman, 1984).

Como a avaliação e a resposta face a uma situação são pautadas pelas diferenças individuais, alguns indivíduos podem avaliar a situação/patologia como uma potencial ameaça, outros indivíduos podem avaliar a mesma situação/patologia como um desafio (DeGood & Tait, 2001; Newman et al., 1996). Quando a AR e/ou os sintomas associados são conceptualizados como uma ameaça, tendem a apresen-

tar um carácter intrusivo, aversivo e provocar interferência significativa nas tarefas diárias do indivíduo (Van Damme, Crombez & Eccleston, 2008).

Abordagens multidisciplinares para a dor crónica enfatizam frequentemente a importância de cessar a utilização de estratégias maladaptativas e promover a utilização de estratégias adaptativas de coping (Tan, Nguyen, Anderson, Jensen & Thornby, 2005).

A abordagem desenvolvida por Jensen, Turner, Romano e Strom (1995) assenta na avaliação da frequência de utilização das estratégias de coping alvo de mudança nas intervenções multidisciplinares. Este tipo de abordagem permite identificar se o indivíduo com patologia que cursa com dor crónica precisa de intervenção assim como qual deverá ser o foco dessa intervenção (Hadjistavropoulos, MacLeod & Asmundson, 1999).

Novos métodos de avaliação do coping começaram a ser explorados em indivíduos com AR, nomeadamente com entrevistas e consequente análise de conteúdo sistemático, permitindo identificar as formas de coping utilizadas. Os comportamentos de coping identificados eram depois associados com medidas de funcionamento psicológico e físico. Este tipo de metodologia dentro da área da AR, permitiu mostrar que a utilização de estratégias de coping variou significativamente em função das diferentes áreas-problema (por exemplo estratégias para lidar com as actividades diárias versus estratégias para lidar com questões relativas ao relacionamento social). Por outro lado, este tipo de metodologias reforça a associação entre a flexibilidade nos comportamentos de coping e o funcionamento psicossocial, no sentido da reduzida flexibilidade no que respeita aos recursos utilizados para lidar com os sintomas associados à AR estar associada a mais incapacidade psicossocial (Keef, Buffington, Strudts, Smith, Gibson & Caldwell, 2002).

Têm igualmente sido salientados métodos de registo diários como forma de captar as alterações diárias na dor, no coping e no humor (Keef, Affleck, Lefbvre, Starr, Cadwell & Tennen, 1997).

De facto, a associação entre as respostas de coping e o ajustamento às patologias que cursam com dor crónica tem sido mostrada tanto em estudos de carácter transversal como de carácter longitudinal (Koleck, Mazaux, Rasclé, Bruchon-Schweitzer, 2006; Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson & Rothbart, 2003).

A literatura tem mostrado que os indivíduos com dor crónica que relatam mais persistência na tarefa, reportam igualmente um melhor funcionamento físico

e psicológico (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995; Martin, Bradley, Alexander, Alarcón, Triana- Alexander, Aaron & Alberts, 1996). Por outro lado, tem sido reforçado em alguns estudos, que a utilização de estratégias de prevenção está associada a um pior prognóstico. Truchon e Côté (2005) mostraram o poder preditivo das várias estratégias de coping no ajustamento a uma situação de dor aguda e 6 meses mais tarde. Os resultados salientaram que as estratégias de coping relativas à prevenção e ao relaxamento foram preditores significativos de mais incapacidade, mais intensidade da dor e mais depressão.

3.3. Suporte Social

O impacto da AR difunde-se em todas as áreas da vida do indivíduo tais como familiar, laboral, social, apresenta efeitos adversos na saúde física e no bem-estar psicológico, podendo exacerbar fontes de stress diárias bem como criar novas fontes de stress para o indivíduo (Barlow, Cullen & Rowe, 1999; Newman et al., 1996). Este aumento de stress promove um aumento da necessidade de suporte social por parte do indivíduo mas também pode afectar os outros significativos, capacitados para lhe fornecer suporte (Newman et al., 1996).

Os efeitos psicossociais da AR têm sido salientados em vários estudos que mostraram uma maior probabilidade de depressão em indivíduos com AR, comparativamente com a população normal (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002). A literatura tem mostrado que a dor e a incapacidade estão frequentemente associados a uma maior prevalência de depressão, no entanto a natureza direccional das relações é inconsistente ao longo dos estudos (Covic et al., 2003; Smedstad, Vaglum, Moun & Kvien, 1997). Uma meta-análise que abrangeu 12 estudos e comparou uma amostra de indivíduos com AR e indivíduos saudáveis, mostrou que a dor era um preditor significativo da depressão (Dickens et al., 2002). Outros autores mostraram a incapacidade funcional como preditor significativo de dor e de depressão, mas esta relação era mediada pela utilização de estratégias de coping passivas (Covic, Adamson & Hough, 2000).

O suporte social tem vindo a ser referido como tendo um impacto significativo no funcionamento físico e psicológico do indivíduo (Penninx, Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & Van Eijk, 1998; Penninx, Tilburg, Deeg, Kriegsman, Boeke & Van Eijk, 1997).

De facto, a literatura tradicional, baseada nas abordagens biopsicossociais, salienta a importância preditora do suporte social na dor e na incapacidade, isto para além das cognições e estratégias de coping, anteriormente mencionadas (López-Martínez, Esteve-Zarazaga & Ramírez-Maestro, 2008).

O suporte social tem sido conceptualizado como um constructo genérico que inclui as características estruturais da rede social e os aspectos funcionais das interações sociais (Ramjeet, 2003; Schreurs & Ridder, 1997). Por um lado, as características estruturais incluem o conceito de integração social, e compreendem as interações sociais estabelecidas. Por outro lado, os aspectos funcionais das interações sociais compreendem funções tais como o suporte emocional, o suporte instrumental, o fornecimento de informação, entre outras, lembrando o indivíduo que é parte de um grupo social com significado (Newman et al., 1996; Schreurs & Ridder, 1997).

Durante as últimas duas décadas, a literatura tem vindo a salientar o constructo de suporte social como um importante moderador na relação entre o stress e a doença. São vários os modelos desenvolvidos com o intuito de compreender os mecanismos na base dos efeitos benéficos das relações sociais. O modelo do efeito directo assume que as fontes de suporte social têm efeitos benéficos na saúde psicológica, independentemente do nível de stress que esteja a ser experienciado. Por outro lado, o modelo de protecção refere que as fontes de suporte social podem atenuar a influência negativa da fonte de stress na saúde (Newman et al., 1996; Penninx, Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & Van Eijk, 1998).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que os relacionamentos próximos e significativos promovem o bem-estar, actuando como um factor de protecção na saúde, particularmente em situações de stress intenso (Cohen, 1988). Tem sido proposto que o suporte social tem efeitos benéficos em indivíduos que lidam com uma doença crónica como a AR, protegendo-os de fontes de stress como a dor e a incapacidade, mas também promovendo os esforços de coping individuais e uma diminuição do desconforto (Newman et al., 1996).

A associação entre o suporte social e o ajustamento em indivíduos com diagnóstico de AR com diferentes durações, tem sido mostrada tanto em estudos de carácter transversal como em estudos de carácter longitudinal. Os estudos indicam que os indivíduos com patologia de dor crónica que relatam elevados níveis de suporte social, mostraram menos dor e menos desconforto (Jensen, Ehde, Hoffman, Patterson, Czerniecki & Robinson, 2002; Turk, Okifuj & Sharff, 1995).

Num estudo de carácter transversal realizado em 117 indivíduos com dor crónica, com o objectivo de analisar as relações entre a percepção de suporte social, o coping, a intensidade da dor, a depressão e a incapacidade funcional, López-Martínez et al. (2008), mostraram que a satisfação com o suporte social estava significativamente associada à redução de depressão e da intensidade da dor, mas não de incapacidade funcional. Apesar dos autores reforçarem a independência deste efeito e a utilização de respostas de coping activo, salientam associações moderadas e significativas entre as estratégias de coping passivas e o suporte social.

A influência do suporte social e do coping nos sintomas depressivos foi igualmente mostrada por Penninx et al., (1998). Os autores compararam os efeitos do suporte social em múltiplas patologias, tendo os resultados mostrado a sua associação com uma menor prevalência de sintomas depressivos em indivíduos com artrite. O papel do suporte social como factor protector da depressão foi igualmente mostrado por Penninx et al. (1997), num estudo que comparou os efeitos directos e os efeitos protectores do suporte social e das fontes de coping, na população geral e em indivíduos com AR moderada e severa. Os resultados indicaram que possuir controlo face às mudanças na sua vida, ter múltiplos relacionamentos sociais e receber suporte social emocional parecem atenuar a influência da AR nos sintomas depressivos, particularmente nos indivíduos com AR severa.

Apesar da literatura reforçar a relevância destas 3 categorias de constructos no âmbito da dor crónica, a sua aplicação às patologias de foro reumático é ainda muito escassa e com resultados ambivalentes. No capítulo seguinte é apresentada uma abordagem crítica dos modelos mais clássicos e delineadas direcções futuras de investigação.

Capítulo 4

Direcções Futuras.

Abordagem crítica aos modelos clássicos nas patologias álgicas

Este capítulo apresenta uma breve abordagem crítica dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos, sendo estabelecidas direcções de investigação futuras no contexto das patologias que cursam com dor crónica.

Apesar de consideráveis evidências sobre a eficácia das abordagens psicológicas clássicas na redução da dor e da incapacidade associada, em indivíduos com patologias que cursam com dor crónica como a AR, os mecanismos por detrás da sua eficácia não estão totalmente compreendidos (Keef, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004; Moorley & Keefe, 2007). As mudanças nas cognições e nos comportamentos contribuem para os benefícios clínicos dos modelos cognitivo-comportamentais na área da dor, tendo a literatura ressaltado a importância de constructos como os conteúdos cognitivos negativos (i.e. as crenças sobre a dor, a catastrofização, o medo da dor), as estratégias de coping e o suporte social.

As abordagens cognitivo-comportamentais conceptualizam como postulado central da intervenção a mudança cognitiva, promovendo a alteração e a reestruturação do conteúdo das cognições disfuncionais, de forma a promover um funcionamento adaptativo (Logmore & Worell, 2007). Embora a literatura científica faça referência a múltiplos métodos que os indivíduos utilizam para lidar com acontecimentos geradores de stress e para regular as suas experiências emocionais, outros factores parecem contribuir também para o desenvolvimento e para a manutenção das patologias que cursam com dor crónica.

Recentes desenvolvimentos dentro das abordagens cognitivo-comportamentais promovem uma alteração dos métodos que enfatizam o controlo ou a mudança no conteúdo das experiências psicológicas, para métodos mais contextuais que in-

cluem processos de aceitação e de mindfulness (Block-Lerner, Salters-Pedneault & Tull, 2005; McCracken & Vowles, 2008). Esta nova geração de terapias foca a diferença entre o conteúdo, a forma/frequência e a função dos acontecimentos internos (i.e. pensamentos, emoções, memórias, sensações corporais). Assim, mais do que tentar alterar o conteúdo, frequência e/ou forma de ocorrência do acontecimento interno indesejado, os novos modelos dentro das abordagens cognitivo-comportamentais promovem a alteração do contexto e da função do fenómeno interno, ou seja, a relação do indivíduo com os seus pensamentos, sentimentos e sensações (Flecher & Hayes, in press).

De um modo geral, os indivíduos com patologias que cursam com dor crónica são confrontados com múltiplos desafios quando tentam lidar com as suas experiências internas desprazerosas. Neste sentido, tendem a desenvolver esforços para controlar estes acontecimentos internos indesejados. De acordo com as abordagens de 3ª geração, o que torna uma determinada experiência interna disfuncional são as tentativas que o indivíduo realiza para evitar, controlar ou modificar os pensamentos, sentimentos e as sensações associadas à experiência, e não os pensamentos, sentimentos e sensações em si mesmo. A investigação empírica baseada nos novos modelos cognitivo-comportamentais tem mostrado que é a utilização rígida e inflexível de determinadas estratégias para regular as experiências internas indesejadas que está na base da incapacidade psicológica e funcional, não a estratégia utilizada em si. Apesar dos problemas associados às estratégias de controlo e de evitação, o indivíduo com dor tende a focar-se nos benefícios a curto prazo tais como a diminuição da dor e do desconforto associado, sem considerar as consequências a longo prazo (Kashdan, Morina & Priebe, 2008). Assim, a dor e os sintomas associados tendem a tornar-se o foco dos esforços diários do indivíduo, que despende tempo, esforço e energia em torno de formas para evitar ou controlar os sintomas, mas ao fazê-lo estes tornam-se centrais, dominantes e disruptivos, promovendo um afastamento dos seus objectivos e valores de vida (Hayes & Duckworth, 2006; McCracken & Yang, 2006).

Na tentativa de explicar porque é que alguns indivíduos apresentam limitações a tantos níveis enquanto outros com a mesma patologia não apresentam, a literatura baseada nesta nova geração de abordagens tem focado a relevância da aceitação e de algumas qualidades e competências da mente como a auto-compaixão e as aptidões mindfulness. Apesar de constituir uma área promissora de investigação, é

ainda escassa a sua utilização no âmbito das patologias que cursam com dor crónica. Nesta fase de revisão da literatura, é nosso objectivo fazer uma abordagem global tendo em consideração o ponto de vista teórico mas também as possibilidades de intervenção existentes com potencial aplicabilidade no contexto da AR.

Neste sentido, abordaremos no próximo capítulo os principais conteúdos implícitos aos recentes desenvolvimentos dentro das terapias cognitivo-comportamentais, nomeadamente o conceito de aceitação, de auto-compaixão e de aptidões mindfulness.

Capítulo 5

Novos Modelos Cognitivo-Comportamentais

Este capítulo aborda os principais modelos implícitos às terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração, com particular destaque para a Terapia da Aceitação e Compromisso, as Terapias Focadas no Sofrimento e, as Abordagens para a Redução do Stress baseadas no Mindfulness. A investigação empírica existente na área da dor crónica em torno dos conceitos de aceitação, de auto-compaixão e das aptidões mindfulness é apresentada. Os estudos desenvolvidos no contexto da patologia reumática são salientados.

5. 1. A Aceitação e a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT)

Ao longo da última década os desenvolvimentos implícitos às terapias cognitivo-comportamentais têm ressaltado a importância da função das cognições, das emoções, das memórias e das sensações problemáticas mais do que o seu conteúdo, forma ou frequência.

A Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) é conceptualizada como uma abordagem terapêutica contextual funcional, baseada na Terapia da Estrutura Relacional (RFT: Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001) uma conceptualização empiricamente validada da linguagem e da cognição, segundo a qual o indivíduo tem a capacidade de relacionar acontecimentos tendo em conta o controlo contextual arbitrário. Segundo a RFT, o indivíduo consegue abstrair características das respostas relacionadas sob um determinado controlo contextual e aplicá-las a acontecimentos que não estão relacionados formalmente nesse sentido.

Ao promoverem a diferença entre a forma e a função da experiência interna, as abordagens ACT introduzem uma característica inovadora no seio dos modelos mais tradicionais da psicologia. De um modo geral, a diferença entre os mo-

delos cognitivo-comportamentais tradicionais e a ACT reside no foco contextual implícito nas abordagens de 3ª geração. O contextualismo funcional permite uma abordagem das patologias baseada na exposição, mas utilizando competências mindfulness e uma rede contextual que reforça a análise dos valores do indivíduo. São justamente estes valores que promovem a mudança comportamental para direcções valorizadas. Deste modo, as estratégias implementadas tendem a promover o funcionamento adaptativo com base nos objectivos de vida valorizados, identificados e definidos como importantes para o indivíduo (Dahl & Lundgreen, 2006). As abordagens ACT não têm como objectivo a remoção dos sintomas associados à patologia e não intervêm com o intuito de validar as crenças acerca das causas da dor e dos sintomas associados. Visam promover uma mudança na relação que o indivíduo tem com a experiência interna (e as crenças associadas), capacitando-o a actuar de forma eficaz e flexível, na presença dos sintomas indesejados (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004). Estes métodos visam promover a mudança da função da experiência humana através de intervenções focadas no contexto e na promoção de reportórios comportamentais que funcionem (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino et al., 2004).

Os processos básicos implícitos às abordagens ACT (i.e. a aceitação, a neutralização cognitiva, o self como contexto, o foco no momento presente, os valores e, o compromisso para a acção) visam promover a flexibilidade psicológica ou seja, a capacidade de contactar com o momento presente, e mudar ou persistir nos comportamentos em conformidade com os objectivos valorizados (Hayes et al., 2004). São múltiplos os exercícios experimentais e as metáforas que podem ser utilizados para demonstrar as consequências do controlo emocional e para promover a disponibilidade (Strosahl, Hayes, Wilson & Gilfford, 2004).

As abordagens ACT conceptualizam o sofrimento humano e a psicopatologia como produto natural da linguagem e do mundo verbal em que vivemos, ou seja, como resultado de reportórios comportamentais reduzidos particularmente em duas áreas relativas ao evitamento experiencial e à fusão cognitiva. Estes processos são reforçados pela cultura do “sentir-se bem”, isto é, a cultura promove a ideia de que as pessoas saudáveis não têm dor, não têm sintomas depressivos, memórias traumáticas, e a ausência de experiências internas negativas é o estado desejável (Hayes et al., 2004). De acordo com as abordagens ACT, as tentativas para controlar ou evitar as experiências internas indesejadas são conceptualizadas como disfuncionais,

uma vez que tendem, paradoxalmente, a amplificar as sensações, as cognições e os sentimentos associados à experiência desagradável, promovem mais sofrimento e não eliminam o sintoma (Bach & Moran, 2008; McCracken, 2005; Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Estudos empíricos realizados na população normal têm vindo a reforçar o potencial das abordagens ACT em comparação com as abordagens tradicionais da psicologia, nomeadamente com os modelos cognitivo-comportamentais clássicos (Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper & Grundt, 1999; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004; Paéz-Blarrina, Luciano, Gutiérrez-Martínez, Valdivia, Ortega, Rodríguez-Valverde, 2008) e com os tratamentos médicos habituais (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004). De um modo geral, os resultados mostraram uma promoção da tolerância à dor mas não uma diminuição do relato da dor (Paéz-Blarrina et al., 2008), uma diminuição das ausências ao trabalho e do recurso aos cuidados de saúde (Dahl et al., 2004). Dahl et al. (2004) mostraram que os indivíduos submetidos ao tratamento médico habitual versus os indivíduos submetidos à abordagem ACT revelaram diferenças na forma de lidar com os sintomas e nas crenças a respeito dos mesmos, o que fornece evidências que suportam o modelo. Apesar dos grupos não apresentarem diferenças significativas nos dias de ausência ao trabalho e na utilização dos cuidados de saúde antes da intervenção, nos seis meses subsequentes à intervenção revelaram diferenças significativas. Assim, o grupo submetido à intervenção ACT revelou menos dias de ausência ao trabalho e menos utilização de cuidados de saúde comparativamente com o grupo de controlo. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que respeita os sintomas de dor. Assim, a promoção do funcionamento sem remissão do sintoma relatado permitiu mostrar que os indivíduos submetidos à intervenção ACT estiveram capacitados a actuar de forma eficaz e a funcionar de forma produtiva sem a redução da dor.

Apesar da relevância das abordagens ACT, a literatura no âmbito das patologias que cursam com dor crónica é ainda escassa. No entanto, alguns estudos no âmbito de programas multidisciplinares para a dor organizados em torno dos conceitos da ACT, começaram recentemente a surgir, mostrando resultados pertinentes. Num estudo com indivíduos com condições complexas de dor crónica (N= 108), McCracken, Vowles e Eccleston (2005) mostraram a eficácia das abordagens baseadas na aceitação, na promoção do funcionamento físico, emocional, social, bem como no recurso aos serviços de saúde.

Evidências empíricas baseadas nos processos do ACT foram também demonstradas por Vowles e McCracken (2010) num estudo que visou comparar as mudanças no coping e na flexibilidade psicológica decorrentes de um programa multidisciplinar para a dor, realizado com uma amostra de 114 indivíduos com dor crónica com uma duração média de dor de 96 meses. Os resultados mostraram que a flexibilidade psicológica promove o funcionamento, no sentido de reduzir as estratégias de controlo, de promover a participação em actividades significativas e o foco no momento presente (i.e. os processos de aceitação, de acção baseada nos valores e de mindfulness). A relevância dos processos implícitos à flexibilidade psicológica na redução do impacto da dor crónica, foi também mostrado por McCracken e Velleman (2010), nos cuidados de saúde primários, com uma amostra maioritariamente constituída por indivíduos com dor crónica decorrente do diagnóstico de artrite (N= 239), com uma duração média de dor de 120 meses. Os autores mostraram ainda as associações significativas entre as componentes da flexibilidade psicológica e as medidas de funcionamento físico, emocional e social, o que fornece suporte empírico à aplicabilidade destes processos em indivíduos que procuram tratamento especializado mas também em indivíduos que não têm contacto com um especialista.

No contexto da doença crónica, o constructo de aceitação tem sido maioritariamente analisado como uma das muitas estratégias de coping disponíveis. Numa revisão teórica sobre o ajustamento à doença crónica, Walker, Jackson e LittleJohn (2004) conceptualizaram a aceitação como um processo cognitivo que influencia a aquisição de significado face à experiência da doença, à aquisição de controlo e de auto-estima. Esta caracterização da aceitação difere das abordagens de 3ª geração, segundo as quais a aceitação é conceptualizada como um dos processos básicos implícitos às abordagens ACT.

De acordo com as novas abordagens dentro dos modelos cognitivo comportamentais, a aceitação é considerada como um domínio comportamental com duas componentes. A primeira componente traduz a realização de actividades de vida diárias mesmo quando a dor está presente/está a ser experienciada. Esta componente implica mais do que um mero processo mental uma vez que requer que o indivíduo realize actividades positivas e funcionais sob a influência das circunstâncias e as separe da dor. A segunda componente requer o reconhecimento de que as tentativas de evitar ou controlar a experiência interna indesejada/a dor constituem estratégias

ineficazes e promovem o afastamento de um funcionamento adaptativo (Kashdan, Morina & Priebe, 2008; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Vowles, 2008; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004).

O constructo de aceitação tem implícita uma atitude de abertura face à experiência e face à realidade do momento presente. Para McCracken (1998), a aceitação passa pela disponibilidade do indivíduo para aprender a observar as experiências internas sem as tentar evitar, modificar ou controlar. Estar presente no momento cria a possibilidade de fazer escolhas, abandonando as tentativas para controlar a dor, e actuar eficazmente em conformidade com os valores e com os objectivos de vida estabelecidos (Bach & Moran, 2008; Baer, 2006; Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, 2004; Hayes et al., 1999; McCracken, 1998; McCracken, 2005; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken & Yang, 2006; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder et al., 2003; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008). Apesar da aceitação implicar o reconhecimento por parte do indivíduo de que tem dor, é pretendido que desinvista de tentativas ineficazes para a controlar, que actue como se esta não implicasse necessariamente incapacidade e que reúna esforços para viver uma vida satisfatória (McCracken, 1998). Viver uma vida com significado e em conformidade com os objectivos valorizados implica a disponibilidade do indivíduo face à experiência, e a realização de actividades para além do mal-estar associado (Bach & Moran, 2008; Dahl et al., 2005; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hayes & Duckworth, 2006; Hayes et al., 1999; Hayes, 2004; Hofmann & Asmundson, 2008).

A aceitação é conceptualizada como o antónimo de evitamento experiencial, definido como “um fenómeno que ocorre quando o indivíduo está indisponível para permanecer em contacto com uma experiência interna particular (i.e. sensações somáticas, emoções, memórias, imagens, predisposições comportamentais) e desenvolve esforços para alterar a forma ou a frequência de ocorrência destas experiências, mesmo quando estas formas de evitamento suscitam dano comportamental” (Hayes et al., 2004). Os efeitos nocivos do evitamento experiencial têm sido salientados na literatura acerca da supressão cognitiva e emocional, bem como na literatura do coping (estilos de coping focados na emoção e estilos de coping de evitação) (Hayes et al., 2004). Estas estratégias constituem formas de controlo comportamental e, paradoxalmente, podem suscitar mais desorganização (Costa & Pinto-Gouveia, in press-a; Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper & Grundt,

1999; Wegner & Najmi, 2008; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). As novas abordagens ao promoverem o abandono das tentativas para controlar a experiência interna indesejada, potenciam a construção de padrões efectivos de acção (Hayes & Duckworth, 2006), pela promoção da mudança no contexto e na função do fenómeno interno, com o intuito de diminuir o seu impacto comportamental (Greco, Lambert & Baer, 2008; Hayes & Duckworth, 2006).

Estudos anteriores realizados tanto na população clínica (McCracken, 1998; McCracken, 1999; McCracken & Eccleston, 2006; McCracken & Yang, 2006; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008) como na população normal (Risdon, Eccleston, Crombez & McCracken, 2003) suportam a utilidade de ambas as componentes da aceitação. Recentes investigações no âmbito deste constructo têm sugerido a relativa independência das componentes e a possibilidade de identificar subgrupos de indivíduos tendo em consideração os scores obtidos nas duas componentes implícitas à aceitação (Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008).

Num estudo realizado numa amostra portuguesa com patologia que cursa com dor crónica nomeadamente a AR (N= 113), Costa e Pinto-Gouveia (in press-b) identificaram 3 subgrupos de indivíduos com base nos scores obtidos nas 2 componentes implícitas à aceitação (i.e. subgrupo com baixa aceitação, subgrupo com elevada aceitação e; subgrupo intermédio com scores de realização de actividades próximo do valor médio mas baixa disponibilidade para a dor). A comparação entre o subgrupo de indivíduos com baixa aceitação e o subgrupo intermédio sugere um efeito protector da realização de actividades face à psicopatologia, dado que o subgrupo com baixa aceitação reportou aproximadamente quatro vezes mais sintomas de depressão e de stress, comparativamente com o subgrupo intermédio (com scores de realização de actividades próximo dos valores médios e baixos scores de disponibilidade para a dor). De acordo com os autores, a identificação de um subgrupo intermédio sugere que a promoção da disponibilidade para a dor poderá ter implicações clínicas relevantes e adicionar benefícios preponderantes nas abordagens da dor crónica, uma vez que estes indivíduos revelam funcionar bem mas reportam igualmente elevados níveis de psicopatologia quando comparados com os indivíduos do subgrupo com elevada aceitação (i.e. realização de actividades e disponibilidade para a dor). O padrão de diferenças encontrado no que respeita a auto-comparação é também interessante, mostrando que o subgrupo com baixa aceitação relatou mais auto-ajuizamento, mais isolamento e mais sobre-identificação, quando compa-

rado com o subgrupo intermédio. Por outro lado, estes dois subgrupos de indivíduos apresentaram também diferenças na humanidade comum e no mindfulness. Os resultados sugerem assim a importância do indivíduo permanecer na realização de actividades de vida diárias, apesar da experiência da dor, uma vez que auxilia os indivíduos a não sobre-identificarem a experiência dolorosa. Os resultados parecem mostrar que os indivíduos com níveis elevados de aceitação apresentam uma melhor perspectiva dos seus problemas sendo menos provável sentirem-se isolados por eles.

Num estudo que analisou os constructos de aceitação, avaliada pelo *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004), e o coping, avaliado pelo *Coping Strategies Questionnaire* (Rosenstiel & Keef, 1983), na predição do desconforto e da incapacidade, McCracken e Eccleston (2003) mostraram a associação negativa entre a aceitação e a dor, a incapacidade física e psicossocial, mas também com algumas estratégias de coping tais como ignorar a dor. Os autores salientaram que a aceitação era melhor preditor das variáveis mencionadas, comparativamente ao coping. McCracken e Eccleston (2006) replicaram o estudo, e reforçaram a importância da aceitação na promoção do funcionamento do indivíduo.

A literatura científica no âmbito da aceitação é baseada em amostras de indivíduos com múltiplas patologias que cursam com dor crónica, caracterizadas na sua maioria apenas em termos de áreas de localização da dor e/ou duração da dor em meses, sendo escassos os estudos que identificam as patologias das quais a dor é um sintoma decorrente. Apesar disso, vários estudos têm demonstrado que a aceitação da dor mais do que a sua evitação ou controlo, está associada a um melhor funcionamento físico, emocional, social e laboral, mas também se associa a um menor recurso aos serviços de saúde, tanto em abordagens de carácter transversal (McCracken, 1998; McCracken, 2007) como em abordagens longitudinais (McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999; McCracken & Vowles, 2008; Nicholas & Asghari, 2006; Vowles, McNeil, Gross, McDaniel & Mouse, 2007).

Investigações anteriores têm mostrado que a aceitação é o melhor preditor do funcionamento adaptativo neste contexto clínico, independentemente da intensidade da dor (Dahl et al., 2005; McCracken, 1998; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzel, 1999; McCracken & Yang, 2006; Morone, Greco & Weiner, 2008; Nicholas & Asghari, 2006), sendo considerada como o processo base/determinante na mudança comportamental (Vowles, McNeil, Gross, McDaniel &

Mouse, 2007). Num estudo longitudinal realizada em 118 adultos com dor crónica, maioritariamente sem concordância de diagnóstico, McCracken e Eccleston (2005) forneceram suporte adicional à importância da aceitação na dor crónica, pelas associações obtidas entre a aceitação, no 1º momento de avaliação, e as variáveis relativas ao funcionamento no 2º momento de avaliação realizado 4 meses mais tarde. Os resultados demonstraram que os indivíduos que relataram aceitar melhor a sua experiência algica na 1ª avaliação reportaram também uma menor utilização de medicação na 2ª avaliação, após controlada a dor e as variáveis demográficas.

5.2. A Auto-Compaixão e as Terapias focadas no Sofrimento

As patologias que cursam com dor crónica como é o caso da AR, tendem a afectar o indivíduo de diferentes formas. Alguns indivíduos desenvolvem limitações, centrando os seus esforços em torno de tentativas para controlar os sintomas, enquanto outros tendem a encontrar um significado e satisfação na vida, lidando com a dor e com os sintomas associados à patologia, como parte da sua experiência diária (mais alargada) (McCracken, 2005).

A literatura tem mostrado que o nosso organismo está constantemente a tentar auto-regular-se, mas é justamente quando tentamos controlar as suas respostas que a regulação se pode tornar problemática. Estudos recentes têm salientado o potencial de determinadas competências da mente tais como a auto-compaixão, na promoção do funcionamento psicológico (Neff, 2003b), demonstrando associações consistentes com a diminuição da ansiedade e da depressão (Neff, 2003a; Neff, Hseih & Dejitterat, 2005).

A compaixão é vista como uma competência que auxilia o indivíduo a reparar no sofrimento do outro e a desejar minorá-lo. Implica a compreensão perante as falhas e os fracassos do outro, de forma a ver os comportamentos no contexto da falibilidade humana (Neff, 2008). A auto-compaixão permite lidar com as emoções mais perturbadoras com compreensão, cuidado auto-direccionado e com suporte (Pauley & McPherson, 2010). Pode ser vista como uma estratégia de regulação emocional adaptativa, através da qual as experiências internas indesejadas não são evitadas mas contidas de forma consistente, com bondade, compreensão e um sentido de humanidade partilhada.

Dentro das perspectivas psicológicas destacamos em particular a abordagem da psicologia social (Neff, 2003a) e a abordagem clínica evolucionária (Gilbert,

2009; Gilbert & Proacter, 2006; Neff, 2009). Cada uma destas abordagens foca-se em diferentes aspectos da auto-compassão. A investigação desenvolvida no âmbito de cada uma das abordagens tem também mostrado a associação entre esta competência da mente e resultados adaptativos (Gilbert, 2009; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

Dentro da perspectiva da psicologia social, Neff (2003a) conceptualiza a auto-compassão como uma competência que permite conter os próprios sentimentos de sofrimento com um sentido de calor humano, de ligação e de preocupação. De acordo com esta perspectiva a auto-compassão envolve três componentes bipolares essenciais, respeitantes à bondade vs auto-ajuizamento, à humanidade comum vs isolamento e ao mindfulness vs sobre-identificação. A bondade refere-se à tendência para ser bondoso e compreensivo consigo próprio, mais do que criticar ou censurar-se por ser inadequado, mesmo quando identifica uma característica problemática que necessita de mudança. A humanidade comum envolve o reconhecimento de que todos os seres humanos são imperfeitos, todos falham, cometem erros e enveredam em comportamentos pouco saudáveis. Implica a percepção do acontecimento indesejado ou desagradável como parte da experiência humana mais alargada e não como um acontecimento isolado. Finalmente, o mindfulness pressupõe um estado mental equilibrado de consciência, que predispõe o indivíduo a estar presente na experiência do momento, o que implica observar os aspectos que lhe desagradam em si ou na sua vida, as suas experiências internas indesejadas, com curiosidade, deixando-as estar como meras experiências internas, sem as sobre-identificar (Neff, 2003a, Neff, 2003b, Neff, 2008; Neff, 2009; Neff & Lamb, 2009).

O estudo da auto-compassão dentro da perspectiva da psicologia social é ainda recente. Apesar dos estudos realizados serem baseados na população não clínica e essencialmente de natureza correlacional, a investigação empírica tem mostrado resultados promissores (Pauley & McPherson, 2010). As investigações realizadas neste âmbito têm sido essencialmente baseadas na definição da natureza do constructo de auto-compassão e nas associações com outros constructos psicológicos.

A relação entre a auto-compassão enquanto competência da mente e o funcionamento adaptativo tem sido mostrado em numerosos estudos empíricos apesar dos mecanismos na base do seu efeito protector serem ainda desconhecidos. Um dos resultados mais robusto focado na literatura, refere-se à associação entre a auto-compassão e as medidas de ansiedade e de depressão (Neff, 2003a, Neff, Hsieh

& Dejithirat, 2005; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neff, Pisitsungkagarn & Hsieh, 2008; Raes, 2010).

Num estudo que analisou os efeitos mediadores da ruminação na relação entre a auto-compaixão e a psicopatologia (i.e. ansiedade e depressão) em estudantes universitários, Raes (2010) mostrou que o efeito da auto-compaixão na diminuição da ansiedade e da depressão, depende da redução do pensamento repetitivo improdutivo.

Investigações recentes têm demonstrado também o papel moderador da auto-compaixão em indivíduos com reatividade emocional face a acontecimentos negativos (Leary, Tate, Allen, Adams & Handock, 2007; Neff, Hsieh & Dejitterat, 2005). Neff et al. (2005) mostraram que a auto-compaixão atenua as consequências do auto-criticismo, do isolamento e da sobre-identificação perante uma experiência de fracasso em contexto académico e sugerem que a auto-compaixão está relacionada com uma promoção do equilíbrio emocional e com a adopção de estratégias de coping mais adaptativas face a experiências negativas. Assim, os indivíduos auto-compassivos tendem a ser mais bondosos, a aceitar melhor as experiências negativas, fazem avaliações mais fidedignas da situação, sendo menos provável de se sentirem isolados pelo problema (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009). Abordar as experiências internas indesejadas com auto-compaixão parece associar-se a características positivas da saúde mental, facilitando competências de crescimento, de exploração e de compreensão de si e dos outros (Neff & McGehee, 2010; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

Contrastando com a abordagem de Neff (2003a), a teoria das mentalidades sociais de Gilbert (2005) explica o desenvolvimento da auto-compaixão através do modelo evolutivo. Assim, as potencialidades da compaixão surgem de competências cognitivas, emocionais e motivacionais específicas (Gilbert & Tirsch, 2009). De acordo com esta abordagem, a experiência de vida modela o cérebro do indivíduo pela promoção de um conjunto de sistemas de processamento e estruturas biopsicológicas.

Gilbert (2009) sugere três sistemas chave na regulação emocional, o sistema de ameaça/defesa, o sistema de exploração/sucesso e, o sistema de conforto/segurança. Apesar dos vários sistemas terem funções específicas, funcionam em conjunto para promover o equilíbrio (Gilbert, 2004). O desenvolvimento, a coordenação e

a co-regulação destes três sistemas depende das interações entre a aprendizagem e os factores genéticos. Apesar de propostas outras subdivisões de sistemas, a abordagem da regulação emocional centrada em três sistemas é uma heurística útil para a terapia focada na compaixão (Gilbert & Turch, 2009).

O sistema de ameaça/defesa tem a função de reparar nas ameaças e fornecer sentimentos tais como a ansiedade, a raiva, a repugnância. Estes sentimentos promovem alterações no organismo, que alertam e incitam o indivíduo a adoptar/activar estratégias de protecção, como estratégias de luta, fuga, de inibição, de submissão, mas podem simplesmente promover a paragem na realização da actividade (Gilbert, 2009)

O sistema de exploração/sucesso promove sentimentos positivos que orientam e motivam o indivíduo a procurar recursos para sobreviver e para prosperar. Quando este sistema está em equilíbrio com o sistema de ameaça/defesa e com o sistema de conforto/segurança, assume uma função de orientação preponderante face a objectivos de vida relevantes (Gilbert, 2009).

Finalmente, o sistema de conforto/segurança capacita o indivíduo para a calma e a tranquilidade consigo próprio, facilitando o restabelecimento do equilíbrio. A relação deste sistema com o afecto e a bondade é determinante para o conceito de auto-compaixão e para o treino compassivo, dado que é vital para o bem-estar (Gilbert, 2009).

O modelo evolucionário de Gilbert sugere que o potencial para a auto-compaixão se desenvolve com os aspectos de receber carinho implícito ao sistema de vinculação, sendo conceptualizada como uma competência cognitiva, emocional e motivacional, que pode ser promovida mediante treino. A adopção por parte do outro significativo de uma atitude compassiva, suscita a gradual internalização de competências relativas à auto-compaixão, estimula o sistema de conforto/segurança e o promove comportamentos de tranquilização, empatia, tolerância saudável face ao desconforto e à motivação para cuidar/ser bondoso consigo próprio e com o outro (Gilbert, 2005, 2009). Da mesma forma, o indivíduo que não experencia compaixão ou experencia excessiva negatividade por parte do cuidador, durante o desenvolvimento do sistema de conforto/segurança (i.e. infância e adolescência), tende a apresentar níveis elevados de auto-criticismo, de vergonha e de culpa na idade adulta, como resultado directo dessas experiências (Gilbert, 2009; Gilbert & Irons, 2004).

As intervenções clínicas focadas no conceito de auto-compaixão de Gilbert,

enquanto qualidade da mente suportada pelo sofrimento, têm sido gradualmente desenvolvidas, embora não aplicadas ao contexto da dor crónica como a AR. A terapia focada na compaixão é uma abordagem particularmente direccionada para o indivíduo com experiências limitadas de auto-compaixão, permitindo desenvolver competências auto-compassivas dentro de um contexto terapêutico (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006; Gilbert & Proacter, 2006). Promove o sistema de conforto/segurança desenvolvido a partir de experiências de vinculação segura, uma vez que é um regulador natural dos sistemas de ameaça/defesa e de exploração/sucesso, e ressalta sentimentos de conexão/ligação e de bem-estar. O treino da auto-compaixão envolve o desenvolvimento de qualidades e competências motivadas numa atmosfera emocional de calma, de tranquilidade e de bondade em relação a si e aos outros. Estas competências podem ser utilizadas quando o indivíduo se sente desconfortável, mas também para promover o bem-estar.

O treino da mente compassiva baseia-se na premissa básica de que quando o indivíduo falha em certas tarefas, pode reechar as consequências (por exemplo, sentir vergonha, rejeição, entre outras), tornar-se auto-crítico e incapacitado a aceder ao seu sistema de conforto/segurança. O treino da mente compassiva vê o auto-criticismo como um estímulo interno que actua como um estímulo social, e que o cérebro pode tratar como uma interacção social (focada na ameaça). A mentalidade de ranking está assim relacionada com respostas activas de dominância (i.e. ataques hostis como por exemplo “falhaste outra vez”; “não és bom”; “ninguém irá gostar de ti”) e respostas de subordinação (por exemplo respostas de submissão, de ansiedade, de depressão). O treino da mente compassiva visa promover a alteração da orientação do indivíduo face ao self/eu e aos relacionamentos, pela substituição de um estilo de ataque/dominância por um modo compassivo. Promove-se deste modo uma forma do indivíduo se relacionar consigo próprio (“self to self”), aceitando e compreendendo as reacções emocionais sem auto-criticismo, desenvolvendo competências para se tranquilizar e gerar sentimentos auto-compassivos. São múltiplos os exercícios e os processos que podem ser terapêuticamente utilizados para promover a compaixão, tais como a escrita de uma carta compassiva e o desenvolvimento da imaginação auto-compassiva (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Proacter, 2006; Gilbert & Tirch, 2009).

A análise da eficácia das intervenções focadas na compaixão está ainda pouco desenvolvida, no entanto existem estudos que sugerem a sua utilidade clínica

em indivíduos resistentes às abordagens terapêuticas mais tradicionais (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Titch, 2009; Kelly, Zuroff & Shapira, 2009; Pauley & McPherson, 2010). Apesar da inexistência de estudos na área das patologias que cursam com dor crónica, a investigação noutras áreas clínicas tem mostrado a sua aplicabilidade em indivíduos com elevados níveis de criticismo e vergonha. Num estudo com o objectivo de explorar a aceitação, a compreensão e a capacidade de utilizar e praticar os processos focados na compaixão, Gilbert e Procter (2006) mostraram uma diminuição significativa na depressão, na ansiedade, no auto-criticismo, na vergonha, nos comportamentos de submissão e nos comportamentos de inferioridade, após uma intervenção focada no treino da mente compassiva.

Evidências acerca da eficácia da promoção de formas compassivas de auto-avaliação (i.e. foco na atenção compassiva, sentimentos, comportamentos e geração de imagens compassivas para si próprio), foram também mostradas por Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus e Palmer (2006), num estudo que utilizou uma tarefa de imaginação. Os resultados demonstraram que as dificuldades em gerar imagens compassivas sobre si (e de confiança nelas) podem contribuir para a sintomatologia depressiva.

5.3. As Aptidões Mindfulness e as Abordagens para a Redução do Stress baseadas no Mindfulness

O mindfulness é habitualmente definido como uma forma de prestar atenção às experiências do momento presente, aceitando a experiência e não a julgando (Baer, 2003; Baer, Smith & Allen, 2004; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006; Herndon, 2008).

Pelas suas rotas ancestrais, o mindfulness deriva da palavra *sati*, que traduz consciência, atenção, recordação/lembrança. Direcção a atenção para as suas experiências internas e para o que está a suceder à sua volta, permite ao indivíduo libertar-se de preocupações mentais e emoções indesejáveis. Outro aspecto implícito ao mindfulness, a recordação/lembrança, não se refere à memória de acontecimentos passados, mas traduz a importância da intenção na prática mindfulness. O objectivo do mindfulness na sua abordagem inicial era eliminar a inutilidade do sofrimento, promovendo o conhecimento profundo da mente e da natureza do mundo material (Siegel, Germer & Olendz, 2009).

Historicamente o conceito de mindfulness foi associado a movimentos espirituais e não a correntes principais dentro da psicologia (Cardaciotto, Herbert,

Forman, Moitra & Farrow, 2008). A promoção do mindfulness mediante a prática de meditação tem uma longa história na tradição oriental, principalmente no budismo. Segundo estas conceptualizações orientais, a prática de mindfulness reduziria o sofrimento e desenvolvia qualidades como a consciência, o conhecimento profundo, a sabedoria, a compaixão e a equanimidade (Baer et al., 2004).

O mindfulness representa a base da psicologia budista, tendo implícito um estado de consciência que envolve observar/reparar na experiência do momento. Este estado é promovido e desenvolvido através da prática de meditação, mediante a qual o indivíduo se torna menos reactivo ao que está a acontecer no momento presente. Traduz também uma forma do indivíduo se relacionar com a sua experiência global (seja ela positiva, negativa ou neutra), permitindo reduzir o sofrimento e promover o bem-estar (Didona, 2009; Germer, Siegel & Fulton, 2005).

A adopção do constructo de mindfulness pela psicoterapia ocidental desencadeou o afastamento das rotas ancestrais e expandiu o seu significado. No entanto, as qualidades mentais implícitas no *sati* foram incluídas no mindfulness, para a promoção de condições médicas (i.e. não julgar, compaixão e aceitação). O mindfulness é assim conceptualizado como a auto-regulação da atenção de forma a mantê-la na experiência imediata, promovendo o reconhecimento dos acontecimentos mentais no momento presente, adoptando uma orientação face à experiência, caracterizada pela curiosidade, pela abertura e pela aceitação (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody et al., 2004).

A literatura tem referido múltiplos exercícios com o intuito de desenvolver as aptidões mindfulness. Alguns autores têm reforçado a importância do indivíduo estar atento às experiências internas que ocorrem no momento (i.e. sensações corporais, pensamentos, emoções); outros, reforçam a atenção direccionada para aspectos do ambiente (i.e. sinais, sons). A prática de mindfulness como uma atitude de aceitação e não julgar, pressupõe que fenómenos que entram na consciência do indivíduo durante a prática do mindfulness, tais como as percepções, as cognições, as emoções ou as sensações, sejam cuidadosamente observadas mas não avaliadas (Baer, 2003).

A introdução da prática mindfulness nos programas de tratamento em saúde mental, pela aquisição de aptidões baseadas no treino, tem sido amplamente demonstrada na investigação empírica. Estas aptidões têm sido integradas em múltiplas intervenções, disponíveis tanto em contextos de saúde física como de saúde

mental. Destacam-se particularmente as intervenções baseadas no treino mindfulness e as intervenções que integram o treino mindfulness.

Das intervenções baseadas no treino mindfulness fazem parte as abordagens para a redução do stress baseadas no mindfulness (MBSR: Kabat-Zinn, 1990) e a terapia cognitiva baseada no mindfulness (MBCT: Segal, Williams & Teasler, 2002). Das intervenções que integram o treino mindfulness fazem parte a terapia dialéctica (DBT: Linehan, 1993a, 1993b), a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT: Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) e a prevenção de recaídas relativas ao abuso de substâncias (Marlatt & Gordon, 1985; Parks, Anderson & Marlatt, 2001).

Múltiplos estudos têm mostrado a eficácia das intervenções baseadas no mindfulness em vários contextos tais como a prevenção de recaídas da depressão (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000), no tratamento de sintomas depressivos residuais (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor & Malone, 2007), na ansiedade (Kabat-Zinn, 1990; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995) e no desconforto psicológico (Brown & Ryan, 2003). Numa revisão empírica e conceptual das intervenções baseadas no treino mindfulness, Baer (2003) forneceu suporte para a sua aplicabilidade como intervenção clínica em múltiplos contextos nomeadamente nas perturbações do eixo I (tais como perturbações de ansiedade, depressão, perturbações do comportamento alimentar) e nas patologias médicas (tais como psoríase e doença oncológica).

Estudos em populações não clínicas têm também fornecido suporte empírico para este tipo de abordagens na promoção de bem-estar, de respostas mais adaptativas ao stress (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli et al., 2003) e na redução de sintomas de ansiedade (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998).

Estas intervenções conceptualizam o mindfulness como um conjunto de aptidões que podem ser aprendidas de forma a reduzir os sintomas psicológicos e a promover a saúde e o bem-estar (Baer et al., 2006). Embora estas intervenções apresentem variações no modo como promovem a aquisição de aptidões mindfulness, as instruções gerais tendem a ser semelhantes na maioria dos exercícios mindfulness. É sugerido ao indivíduo que foque a sua atenção enquanto realiza tarefas habituais tais como andar, correr e repare que a sua atenção tende a divagar por pensamentos, por memórias, por sensações. O indivíduo é igualmente encorajado a rotular a experiência observada utilizando palavras ou frases tais como “sofrimento”, “tristeza”,

mantendo uma atitude de curiosidade, interesse e aceitação face a todos os fenómenos internos (Baer et al., 2004).

As intervenções baseadas no mindfulness têm demonstrado igualmente eficácia no âmbito da dor crónica e na incapacidade associada, embora a investigação empírica seja ainda escassa e essencialmente baseada nas abordagens de redução do stress baseadas no mindfulness (MBSR). (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987; Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe & Schorling, 2005; Sagula & Rice, 2004; Sephton, Salmon, Weissbecker, Ulmer, Floyd, Hoover & Studts, 2007; Morone, Lynch, Greco, Tindle & Weiner, 2008; Pradham, Baumgarten, Langenberg, Handwerger, Gilpin, Magyari, Hochberg, Berman, 2007).

As abordagens MBSR integram técnicas tais como o body scan, a meditação sentada e ioga hatha, assentam em sessões experimentais com prática deste tipo de exercícios mindfulness, e na discussão sobre os exercícios praticados (Baer, 2003; Baer & Krietemeyer, 2006; Chiese & Serretti, 2009).

Estas abordagens baseadas no mindfulness não promovem a alteração do conteúdo do fenómeno, mas a mudança na forma como este é experienciado e influencia o comportamento. O aspecto funcional do mindfulness adequa-se como método de tratamento no âmbito da dor crónica, ao promover “a mudança de comportamento em relação ao que se sente” e não “a mudança do que sente” (Baer & Krietemeyer, 2006; McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007).

Estudos empíricos na área da dor crónica têm mostrado melhorias significativas tanto no nível da dor como dos sintomas psicológicos associados. Os resultados mostram ainda que estas melhorias se mantêm nas avaliações *follow-up*, apesar das comparações se reportarem a designs pré e pós intervenção sem grupo de controlo (Baer, 2003).

McCracken, Gauntlett-Gilbert e Vowles (2007) avaliaram as aptidões mindfulness, a dor e o funcionamento emocional, físico e social, em indivíduos com dor crónica (N= 105), e mostraram que as aptidões mindfulness foram preditores significativos do funcionamento físico, social, cognitivo e emocional, assim como de menor utilização de medicação. Estes resultados permitem mostrar que quando o indivíduo está consciente e em contacto com as suas experiências, pode minimizar algumas das suas reacções automáticas, e funcionar melhor. De facto, a investigação tem vindo a mostrar que o mindfulness promove padrões eficazes de comportamentos, menos focados nos conteúdos de pensamentos e de emoções desconfortáveis.

No âmbito das patologias de foro reumático, Sephton, Salmon, Weissbecker, Ulmer, Floyd, Hoover e Studts (2007) analisaram o efeito de uma intervenção MBSR de 8 semanas numa amostra de 91 mulheres, aleatoriamente assinaladas para o grupo de intervenção (N= 51) e para o grupo de controlo (N= 40). Os resultados foram demonstrados através da análise dos declives dos efeitos da intervenção ao longo das 3 avaliações realizadas, e permitiram identificar uma redução nos sintomas depressivos (tanto os sintomas cognitivos como os sintomas somáticos), após a intervenção. Os benefícios da abordagem MBSR foram igualmente reforçados por Pradham et al. (2007) que mostram uma redução do desconforto psicológico em indivíduos com AR, 6 meses após uma intervenção baseada no mindfulness.

Apesar da literatura existente suportar os efeitos das aptidões mindfulness no funcionamento físico e psicológico dos indivíduos com dor crónica, mais investigação é necessária no âmbito da aplicabilidade das intervenções baseadas no mindfulness como parte integrante das abordagens nestas patologias.

No capítulo seguinte é feita uma breve abordagem crítica dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos e dos avanços introduzidos pelas terapias de 3ª geração no contexto das patologias que cursam com dor crónica como a AR, sendo reforçada a pertinência da integração destes novos constructos nas abordagens clássicas.

Capítulo 6

Abordagem crítica. Modelos Cognitivo-Comportamentais Clássicos vs Novos Modelos Cognitivo-Comportamentais

Neste capítulo são abordados as principais características implícitas aos modelos cognitivo-comportamentais clássicos e aos modelos de 3ª geração. É reforçada a aplicabilidade das novas abordagens no contexto das patologias que cursam com dor crónica como a AR e a importância do estudo desenvolvido.

O indivíduo com AR tende a interpretar a dor e os sintomas associados à patologia com base na sua história pessoal e sociocultural. As abordagens tradicionais dentro da psicologia têm feito referência a alguns factores que actuam como protectores da dor, da incapacidade e da depressão, reforçando a pertinência das interpretações que o indivíduo faz acerca do seu significado no funcionamento físico e psicológico (Dodge & Garber, 1991).

Apesar da vasta literatura no âmbito da aplicabilidade das abordagens tradicionais (particularmente os modelos cognitivo-comportamentais), os mecanismos por detrás da sua eficácia não são totalmente conhecidos. Neste sentido, outros constructos podem contribuir para compreender porque é que alguns indivíduos desenvolvem limitações a tantos níveis, enquanto outros com a mesma patologia apresentam um funcionamento adequado.

Mais do que promover a mudança nas cognições e nos comportamentos, como supracitado pelas abordagens cognitivo-comportamentais, as novas abordagens de 3ª geração reforçam a mudança da função e do contexto do fenómeno interno, ou seja, promovem a alteração da relação que o indivíduo tem com os seus pensamentos, sentimentos e sensações indesejadas.

Assim, a investigação teórica e empírica no âmbito da regulação emocional,

sugere que os esforços desenvolvidos para evitar as experiências internas indesejadas, estão na base de múltiplas perturbações (Gratz & Roemer, 2004). Recentes desenvolvimentos parecem demonstrar os benefícios da inclusão de constructos implícitos à aceitação e a certas competências e qualidades da mente como a auto-compassão e as aptidões mindfulness.

A inclusão destes constructos, implícitos aos novos modelos cognitivo-comportamentais acrescenta nova informação às abordagens tradicionais e cria também a possibilidade de modelos menos circulares e mais compreensivos do processo de adaptação às patologias que cursam com dor crónica no geral, e à AR em particular.

A aplicabilidade destas novas abordagens cognitivo-comportamentais às patologias reumáticas que cursam com dor crónica é ainda desconhecida na literatura. Neste sentido, o presente estudo constitui uma etapa original do processo de identificação e de compreensão da aplicação teórica e prática destes modelos à patologia reumática.

ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo 7 Objectivos

Neste capítulo são apresentados os objectivos gerais, os objectivos específicos e as respectivas hipóteses formuladas para os estudos empíricos realizados.

A presente tese explorou a possibilidade de integração de duas áreas de investigação no âmbito do ajustamento psicológico à Artrite Reumatóide (AR), uma assente nos modelos cognitivo-comportamentais tradicionais e outra baseada nas abordagens de terceira geração que integram conceitos de aceitação, de auto-compaixão e de mindfulness. A revisão das questões conceptuais e metodológicas relevantes em cada domínio possibilitou o desenvolvimento de uma análise teórica das diferenças e semelhanças entre as duas áreas de investigação beneficiando as potencialidades de cada área numa abordagem integrativa. Esta análise fornece hipóteses específicas a respeito de cada domínio e das inter-relações entre eles, sendo investigadas num estudo de carácter longitudinal.

A literatura tem mostrado que a AR tem um impacto significativo no funcionamento físico, emocional e social do indivíduo (Keefe et al., 2002; Newman et al., 1996), e que frequentemente este impacto ocorre cedo no início da doença com o conjunto de sintomas que lhe estão associados (Evers et al., 2003; Evers et al., 1998; Griffith & Carr, 2002; Newman et al., 1996; Repping-Wuts et al., in press). Apesar da existência de alguns estudos sobre a epidemiologia da AR na comunidade, pouco é sabido sobre a progressão da doença na população portuguesa. A literatura internacional é também escassa, mas tem referido que o curso da AR na sua

forma mais frequente consiste em episódios agudos caracterizados pelo agravamento dos sintomas, intercalados com períodos de remissão parcial ou total dos sintomas. Na maioria dos casos existe a tendência para um aumento progressivo da incapacidade ao longo do tempo.

Este projecto de investigação tem assim dois objectivos gerais:

- Compreender porque alguns indivíduos com dor desenvolvem múltiplas limitações a vários níveis enquanto outros não desenvolvem;
- Compreender porque alguns indivíduos com dor e com limitação física tendem a desenvolver quadros depressivos enquanto outros não desenvolvem.

A literatura clássica tem ressaltado o papel dos conteúdos cognitivos e das formas de lidar com os sintomas, sugerindo que as mudanças na dor e na limitação física tendem a reflectir as mudanças nas crenças e no coping que ocorrem durante o mesmo período (Jensen et al., 2007; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, Brewin & Allard, 2001; Turner, et al., 2007; Vowles, McCracken & Eccleston, 2007). Por outro lado conceptualizações mais recentes têm vindo a salientar que a aceitação, algumas qualidades e competências da mente (i.e. auto-compaixão e aptidões mindfulness, respectivamente) permitem lidar com a dor e com os sintomas associados à AR, aceitando e dando um sentido mais positivo à experiência indesejada (Blocker-Lerner, Salters-Pedneault & Tull, 2005; McCracken & Vowles, 2008).

Pretendemos assim propor modelos explicativos da limitação física e da depressão que reflectam as potencialidades de cada área numa abordagem integrativa.

Neste sentido, partindo das lacunas identificadas na literatura científica, colocamos os seguintes objectivos específicos:

1. Aferição dos instrumentos necessários ao projecto de investigação, para a população portuguesa.

2. Continuidade da dor e da limitação física:

2.a) Avaliar a progressão quasi-naturalista da dor e da limitação física ao longo dos dois primeiros anos de evolução da AR.

2.b) Analisar a progressão dos constructos referidos na literatura clássica como determinantes no ajustamento físico e psicológico da AR, nomeadamente a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos, as estratégias de coping e a psicopatologia ao longo de 2 anos (1ª Avaliação-3/6 meses após o diagnóstico de AR; 2ª Avaliação-1 ano após o diagnóstico; 3ª Avaliação-2 anos após o diagnóstico). Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que após 2 anos de evolução da patolo-

gia existia uma progressão no sentido de mais dor e mais limitação física. Partimos igualmente do pressuposto que as oscilações na dor e na limitação física influenciavam e eram influenciadas pelas oscilações nos conteúdos cognitivos negativos e no coping, prevalentes nesse momento. Colocamos ainda como hipótese de estudo a existência de diferenças mais acentuadas entre o 2º e o 3º momento de avaliação, isto é, entre 1 ano e 2 anos de diagnóstico.

2.c) Integrando os resultados de estudos recentes no âmbito das terapias de 3ª geração, concretamente as potencialidades das terapias focadas na aceitação, foi ainda nosso objectivo específico analisar a influência da aceitação na progressão/no nível de crescimento da dor, da limitação física e da depressão ao longo das 3 avaliações realizadas, utilizando *Modelos de Crescimento Latente*. Colocamos a hipótese da aceitação influenciar o nível de crescimento da dor, da limitação física e da depressão. A literatura tem mostrado que a AR tende a evoluir no sentido de mais dor e de mais incapacidade física. Embora não utilizando o mesmo tipo de metodologia estatística, a literatura tem feito referência à potencial relevância da aceitação na forma como o indivíduo reage e se adapta à dor crónica como a da artrite (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keef, 2004; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Viane et al., 2003).

3. Da dor à limitação física:

3.a) Compreender porque alguns indivíduos com AR desenvolvem mais limitação física do que outros na mesma fase de diagnóstico, identificando e analisando os efeitos das variáveis significativas na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico. Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que a dor, a limitação física, alguns conteúdos cognitivos negativos (i.e. o medo da dor minor, as crenças de incapacidade, as crenças relativas à influência do estado emocional, as crenças de solicitação, as crenças relativas à medicação, as crenças relacionadas com os cuidados médicos e as crenças relativas à cura médica) e as estratégias de coping relacionadas com a recusa/fuga tinham um efeito significativo na variação da limitação física 2 anos após o diagnóstico. Várias investigações têm mostrado associações consistentes entre alguns conteúdos cognitivos e o funcionamento físico (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Jensen, et al., 2000; Vlaeyen & Linton, 2000).

3.b) Analisar a influência da catastrofização na limitação física relatada 2 anos após o diagnóstico. Partimos do pressuposto que os indivíduos que apresentavam maior tendência para catastrofizar, relatavam mais limitação física 2 anos após o diagnóstico.

3.c) Analisar a catastrofização como factor mediador. Colocamos a hipótese da catastrofização promover o impacto das variáveis significativas avaliadas 1 ano após o diagnóstico, na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

3.d) Analisar a influência da aceitação na limitação física relatada 2 anos após o diagnóstico. Partimos do pressuposto que os indivíduos que apresentavam mais aceitação da experiência interna indesejada, relatavam mais limitação física 2 anos após o diagnóstico.

3.e) Analisar a aceitação como factor mediador. Partimos do pressuposto que a inclusão da aceitação iria contribuir para a explicação da limitação física relatada aos 2 anos de evolução da AR, diminuindo a influência das variáveis significativas 1 ano após o diagnóstico (i.e. dor, limitação física, e conteúdos cognitivos negativos) na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico. A literatura no âmbito da influência mediadora deste constructo é ainda escassa, mas sugere que baixos níveis de aceitação poderão constituir de alguma forma um factor de risco para a limitação física (McCracken & Eccleston, 2006; McCracken & Zhao-O'Brien, 2010; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008). A maioria dos estudos reporta a influência do evitamento experiencial (utilizando uma medida de aceitação geral) como mecanismo fundamental no desenvolvimento e manutenção do desconforto psicológico e de interferência significativa na realização espontânea de actividades. Alguns estudos sugerem que o efeito mediador do evitamento experiencial parece estar relacionado com as qualidades do contexto (rígido e inflexível), quando as circunstâncias determinam que este tipo de abordagem não é útil nem funcional (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006).

3.f) Propor um modelo explicativo da limitação física em indivíduos com o diagnóstico recente de Artrite Reumatóide, considerando uma perspectiva integradora que englobe constructos implícitos às terapias cognitivo-comportamentais tradicionais e constructos implícitos aos recentes desenvolvimentos nas abordagens de 3ª geração.

4. Da dor/limitação física para a depressão:

4.a) Analisar o efeito de constructos referidos nos modelos clássicos de ajustamento à doença, nomeadamente a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social, avaliadas 3/6 meses após o diagnóstico e 1 ano após o diagnóstico, na depressão aos 2 anos de progressão da doença. Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que a dor, a limitação física e a limitação pela interacção

social, tanto aos 3/6 meses de diagnóstico como 1 ano após o diagnóstico, estariam associados de forma positiva com a depressão aos 2 anos de diagnóstico. Por outro lado, colocamos igualmente a hipótese de que a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social, avaliados 3/6 meses e 1 ano após o diagnóstico, seriam preditores significativos da depressão 2 anos após o diagnóstico, apesar de ser esperado um maior poder explicativo da avaliação 1 ano após o diagnóstico, na depressão relatada aos 2 anos de progressão da AR. A literatura tradicional, baseada nas abordagens biopsicossociais, tem reforçado a importância preditora do suporte social na dor e na incapacidade (López-Martínez et al., 2008). Os estudos indicam que os indivíduos com patologia de dor crónica que relatam elevados níveis de suporte social, mostram menos dor e menos desconforto (Jensen et al., 2002; Turk, et al., 1995).

4.b) Analisar a influência da aceitação na depressão relatada aos 2 anos de progressão da patologia. Partimos do pressuposto que os indivíduos com AR com mais disponibilidade para a dor e que permanecem na realização das suas actividades diárias reportariam menos sintomas depressivos.

4.c) Analisar o efeito moderador da aceitação na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão relatada aos 2 anos de progressão da AR. Partimos do pressuposto que a aceitação iria reduzir a magnitude do efeito da limitação em termos de interacção social na depressão relatada aos 2 anos de progressão da AR. Assim, era esperado que o efeito da limitação em termos de interacção social na depressão fosse influenciado pelo nível de aceitação do indivíduo com AR.

4.d) Analisar o efeito moderador da auto-compaixão na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de progressão da AR. Assim, seria de esperar que o efeito da limitação em termos de interacção social na depressão reduzisse de magnitude em indivíduos mais auto-compassivos.

4.e) Propor um modelo explicativo da depressão em indivíduos com diagnóstico recente de AR, que integre os constructos implícitos às abordagens mais tradicionais e os constructos implícitos aos recentes desenvolvimentos no âmbito das abordagens cognitivo-comportamentais de 3ª geração.

5. Analisar a influência do tempo de duração da AR e a sua relação com a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos, as estratégias de coping, a percepção de

suporte social, a aceitação, a auto-compaixão, as aptidões mindfulness e a psicopatologia. A escassa literatura existente é controversa no que respeita às amostras utilizadas e às metodologias aplicadas (Barlow, Cullen & Rowe, 1999). É nosso objetivo clarificar estas relações.

6. Analisar o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia. Como hipóteses de estudo partimos do pressuposto que o evitamento experiencial diminui o impacto do coping na psicopatologia, sendo esperado que os participantes que relatassem uma menor utilização de estilos de coping adaptativos apresentassem mais psicopatologia (particularmente depressão), através das diferenças no evitamento experiencial. Apesar de alguns estudos empíricos no âmbito dos efeitos de mediação do evitamento experiencial noutras áreas da psicopatologia (Kashdan et al., 2006, 2008), a literatura no contexto das patologias que cursam com dor crónica é ainda escassa (McCracken & Eccleston, 2006). Kashdan et al. (2006) mostrou o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre os estilos de coping maladaptativos e a psicopatologia, numa amostra não clínica.

7. Analisar a possibilidade de identificar subgrupos de pacientes tendo por base os scores do CPAQ e explorar as diferenças entre os subgrupos de pacientes identificados no que respeita a psicopatologia e a auto-compaixão. Tendo em conta Vowles, McCracken, McCleod e Eccleston (2008) esperamos encontrar 3 subgrupos de pacientes (subgrupo de pacientes com níveis de realização de actividade e disponibilidade para a dor com níveis superiores à média; subgrupo de pacientes com níveis de realização de actividade e disponibilidade para a dor com níveis inferiores à média; subgrupo com níveis de realização de actividade próximos dos valores médios mas disponibilidade para a dor com níveis inferiores média). Estivemos particularmente interessados em explorar em que medida este subgrupo difere dos outros dois subgrupos no que diz respeito à psicopatologia e à auto-compaixão.

Capítulo 8

Metodologia Geral

Neste capítulo são descritas detalhadamente as duas amostras clínicas com diagnóstico de AR, utilizadas nos estudos empíricos. Numa vertente exploratória é também apresentada uma breve abordagem comparativa das duas amostras clínicas (i.e. entre a amostra com diagnóstico recente de AR e a amostra com mais tempo de diagnóstico). O procedimento geral e as etapas da investigação são igualmente descritas, assim como os instrumentos de medida utilizados para avaliação dos constructos em análise.

8.1. Amostra com diagnóstico recente de Artrite Reumatóide

Foi utilizada uma amostra clínica constituída por 55 indivíduos com diagnóstico recente de AR. Os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul e numa unidade de Cuidados de Saúde Secundários (Instituto Português de Reumatologia), entre Março de 2006 e Maio de 2010. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) diagnóstico de AR entre 3 a 6 meses no momento da 1ª avaliação, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos pelo *American College of Rheumatology*. Os critérios de exclusão da amostra foram: (1) presença de doença terminal; (2) presença de psicopatologia severa; (3) estar inserido numa abordagem multidisciplinar para a dor. O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelo especialista de Medicina Geral e Familiar ou pelo Reumatologista, no dia da consulta. Dos 60 pacientes contactados, 4 não deram o consentimento informado para participar no estudo e 1 foi excluído pela presença de co-morbilidade com psicopatologia severa (i.e. psicose). Não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos que não deram consentimento para participar no estudo e os indivíduos que integraram

a amostra. Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas da amostra com diagnóstico recente de AR. As Figuras 1, 2, 3, 4 e 5 apresentam a caracterização de história psiquiátrica anterior ao diagnóstico de AR, bem como alguns aspectos preponderantes à caracterização da amostra em termos de conteúdos cognitivos prevalentes numa fase inicial do diagnóstico, a interferência da patologia na rotina diária e a capacidade funcional. A amostra foi constituída por 11 participantes do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com uma média de idades de 55.28 anos (DP= 17.913). No que respeita ao estado civil, 80% dos participantes era casado/união de facto (5.5% solteiros; 5.5% divorciados/separados; e, 9.0% viúvos). Em relação à situação profissional, 69.1% dos participantes estavam empregados e 30.9% estavam reformados. No que respeita ao nível sócio-económico, a maioria dos participantes apresentaram um nível baixo. O nível de habilitações literárias dos indivíduos da amostra corresponde ao ensino básico (M=6.58; DP= 4.104).

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra de indivíduos com diagnóstico recente de AR.

	Sexo Masculino (N=11)		Sexo Feminino (N=44)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	1	1.8%	2	3.6%
Casado/Outro	9	16.4%	35	63.6%
Separado/Divorciado	1	1.8%	2	3.6%
Viúvo	0	-	5	9.0%
Profissão				
Empregada	9	16.4%	29	52.7%
Desempregado	0	-	0	-
Reformado	2	3.6%	15	27.3%
Estatuto Socio-Económico				
Baixo	8	14.5%	30	54.5%
Médio	3	5.5%	14	25.5%
Alto	0	-	0	-
	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	M	DP	M	DP
Idade	52.82	18.856	55.93	17.837
Habilitações literárias	6.18	3.027	6.68	4.355

No momento da 1ª avaliação, realizada 3/6 meses após o diagnóstico, 54.55% dos indivíduos relatou “aceitar os sintomas para que a doença não condicione a sua vida”, 16.36% sentiu-se “diminuído sem conseguir ter as mesmas capacidades” e 9.09% sentiu-se “perdido sem saber como iria ser a sua vida”.

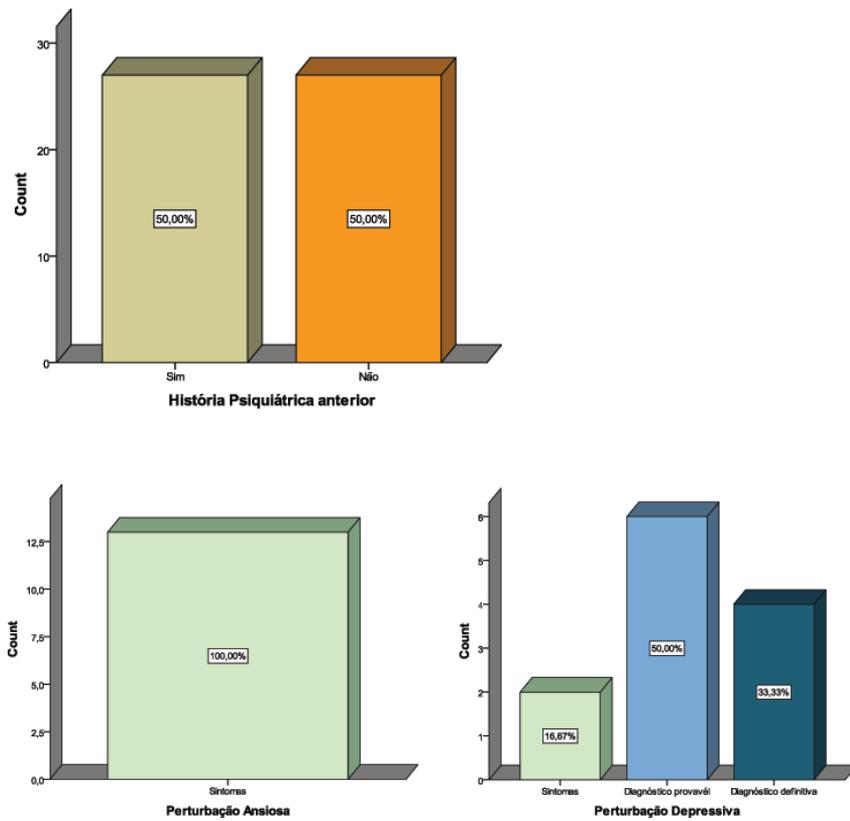


Figura 1. História Psiquiátrica anterior ao diagnóstico de AR.

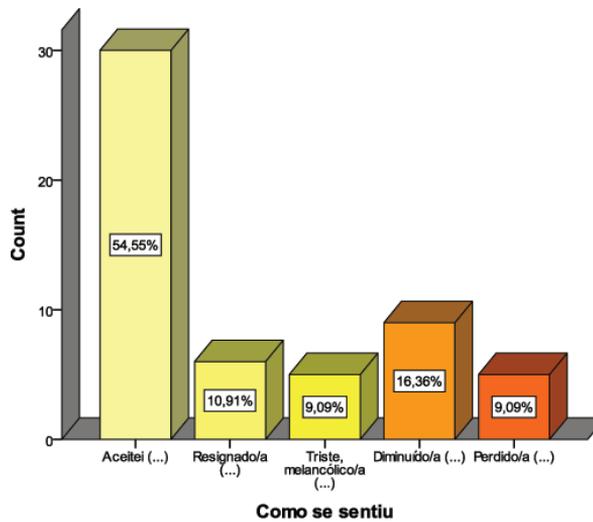
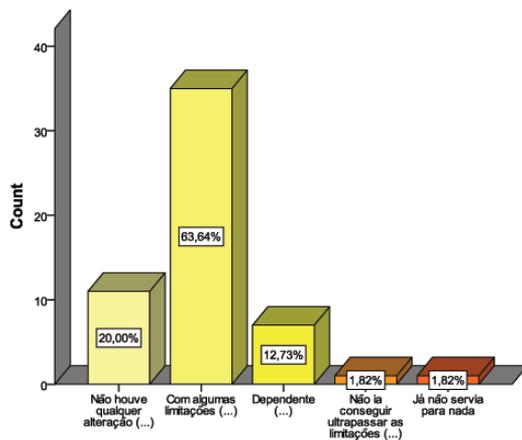


Figura 2. Como se sentiu com o diagnóstico de AR.



Como se viu/ O que pensou

Figura 3. Como se viu/o que pensou com o diagnóstico de AR.

Quando questionados sobre como se viram quando confrontados com a AR e as suas limitações, 63.64% relatou “sentir algumas limitações mas esforçar-se por encontrar alternativas para realizar as suas tarefas diárias e sentir-se uma pessoa valorizada”.

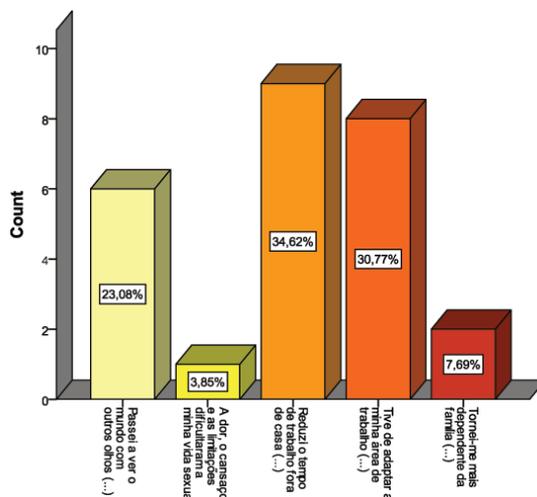


Figura 4. Interferência na rotina diária.

No que respeita à forma como a AR interferiu na rotina diária, 34.62% refere que “reduziu o trabalho fora de casa e que participa menos em actividades sociais”. Cerca de 30.77% revelou que “adaptou a área de trabalho às necessidades para continuar a realizar todas as tarefas”.

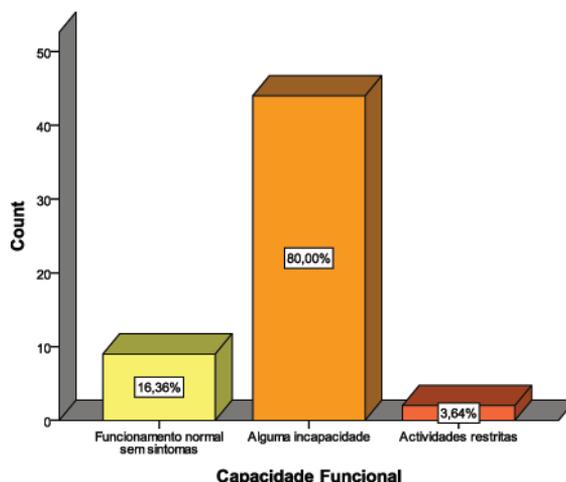


Figura 5. Capacidade Funcional

A maioria dos indivíduos da amostra (80.0%) revelou sentir “alguma incapacidade” decorrente da sua patologia.

8.2. Amostra com diagnóstico de Artrite Reumatóide há mais de 1 ano

Foi utilizada uma amostra clínica constituída por 78 indivíduos com diagnóstico de AR há mais de 1 ano. Os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (Centros de Saúde do Cadaval, da Lourinhã e de Torres Vedras) e numa unidade de Cuidados de Saúde Secundários (Instituto Português de Reumatologia), entre Junho de 2005 e Outubro de 2009. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) diagnóstico de AR há mais de 1 ano, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos pelo *American College of Rheumatology*. Os critérios de exclusão da amostra foram (1) presença de doença terminal; (2) presença de psicopatologia severa; (3) comorbilidade com outra patologia reumática; (4) estar inserido numa abordagem multidisciplinar para a dor. O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelo especialista de Medicina Geral e Familiar ou pelo Reumatologista, no dia da consulta. Dos 89 pacientes contactados, 8 não deram consentimento informado para participar no estudo, 2 foram excluídos por comorbilidade com outra patologia do foro reumático e 1 não completou o protocolo de avaliação. Não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos que não deram consentimento para participar no estudo e os indivíduos que integraram a amostra. Na Tabela 2 são apresentadas as ca-

racterísticas demográficas da amostra de indivíduos com diagnóstico de AR há mais tempo. As Figuras 6, 7, 8 e 9 apresentam respectivamente a história psiquiátrica anterior ao diagnóstico de AR, os aspectos relativos à forma como se sentiu e como se viu, bem como os aspectos implícitos à capacidade funcional no momento da avaliação. A amostra foi assim constituída por 78 indivíduos (9 participantes do sexo masculino e 69 do sexo feminino), com uma média de idades de 55.23 anos (DP= 13.530). No que respeita ao estado civil, 79.5% dos participantes era casado/união de facto, 7.7% era solteiro, 1.3% eram separados/divorciados e, 11.5% eram viúvos). Quanto à situação profissional, 52.6% estavam reformados e 39.8% estavam empregados. Em relação ao nível sócio-económico, a maioria dos participantes apresentou um nível sócio-económico baixo. Os participantes apresentaram um nível de escolaridade com uma média de 5.98 anos (DP= 4.375).

Tabela 2. Caracterização demográfica dos indivíduos com diagnóstico de AR há mais tempo

	Sexo Masculino (N=9)		Sexo Feminino (N=69)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	1	1.3%	5	6.4%
Casado/Outro	8	10.3%	54	69.2%
Separado/Divorciado	0	-	1	1.3%
Viúvo	0	-	9	11.5%
Profissão				
Empregada	2	2.6%	29	37.2%
Desempregado	0	-	6	7.7%
Reformado	7	9.0%	34	43.6%
Estatuto Socio-Económico				
Baixo	5	6.8%	53	71.6%
Médio	3	4.1%	12	16.2%
Alto	0	-	1	1.4%
	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	M	DP	M	DP
Idade	56.11	14.357	55.12	13.524
Habilitações literárias	5.86	4.259	6.00	4.427

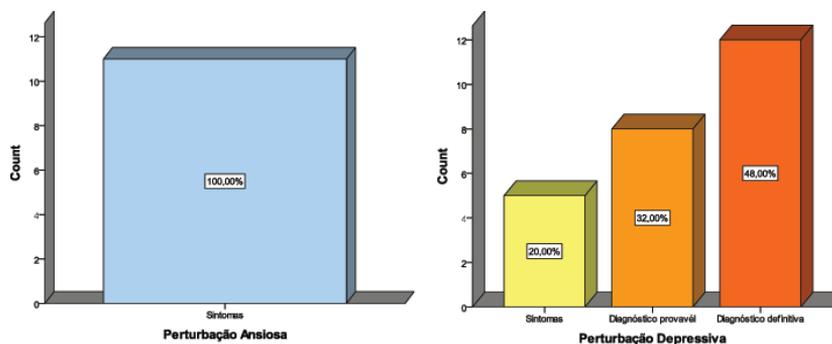


Figura 6. História Psiquiátrica anterior ao diagnóstico de AR

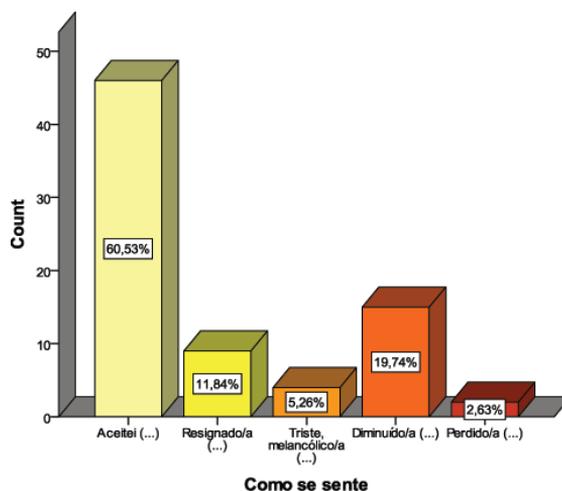


Figura 7. Como se sente com a AR.

No momento da avaliação, cerca de 60,53% dos indivíduos relatou “aceitar os sintomas associados à AR para que esta não condicionasse a sua vida”; 19,74% revelou sentir-se “diminuído sem conseguir ter as mesmas capacidades” e; 2,63% sentiu-se “perdido sem saber como iria ser a sua vida”.

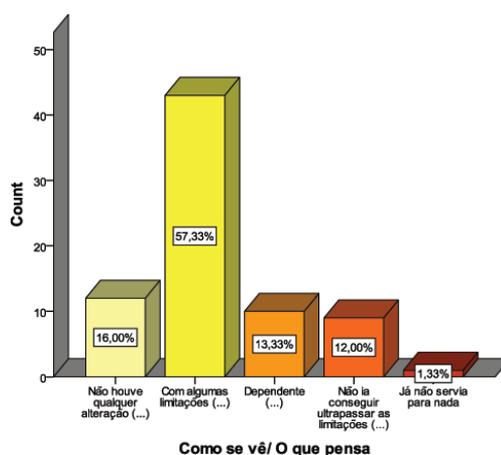


Figura 8. Como se viu/O que pensou com o diagnóstico de AR.

Quando questionados acerca de como se viam/o que pensavam actualmente perante a AR e as limitações decorrentes, 57,33% revelou sentir-se “com mais limitações mas continuar a esforçar-se para encontrar alternativas e realizar as suas tarefas diárias”.

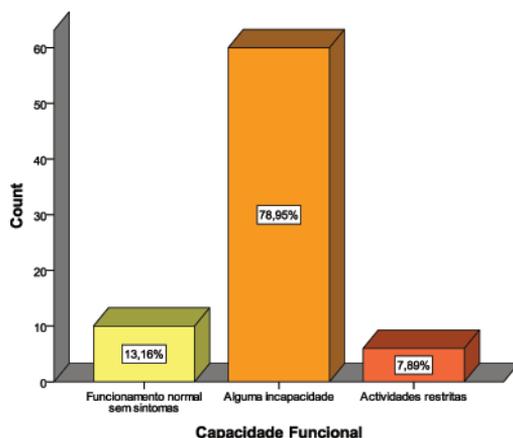


Figura 9. Capacidade Funcional

No que respeita à capacidade funcional, a maioria dos indivíduos da amostra (78.95%) relatou sentir “alguma incapacidade”.

8.3. Comparação das duas amostras

Numa abordagem exploratória, baseada nos valores das médias e de desvio padrão obtidos, analisamos as diferenças entre a amostra de indivíduos com diagnóstico recente e a amostra de indivíduos com mais tempo de diagnóstico, no que respeita as principais variáveis em estudo. A amostra de indivíduos com diagnóstico de AR recente apresentou menos dor, menos limitação física, menos conteúdos cognitivos negativos e menos psicopatologia comparativamente com os indivíduos da amostra com mais tempo de diagnóstico (Tabela 2.1).

Tabela 2.1. Valores médios e de desvio padrão das amostras clínicas com diagnóstico de AR recente e com mais de 1 ano de diagnóstico, para as variáveis em estudo.

	Amostra com diagnóstico recente de AR		Amostra com diagnóstico há mais tempo de AR	
	M	DP	M	DP
Dor	7.418	6.900	8.612	6.876
Limitação Física	10.9291	2.365	11.525	2.822
Conteúdos Cognitivos				
Medo da dor severa	28.073	17.079	30.58	14.743
Medo da dor minor	4.327	7.888	6.221	9.335
Medo da dor procedimentos médicos	7.001	12.338	2.364	5.617
Crenças Controlo/Est. Auto-Controlo	2.630	.790	2.495	.7645
Crenças Incapacidade	1.618	1.168	2.218	1.301

Crenças Emoção	2.586	1.359	2.951	1.388
Crenças Solicitação	2.723	1.237	2.563	1.498
Crenças Medicação	3.622	.367	3.524	.592
Crenças Cuidados Médicos	3.800	.3663	3.412	.960
Crenças Controlo/Est. Aprendizagem	3.134	.9757	3.049	1.035
Crenças Cura Médica	1.668	1.030	1.204	1.069
Crenças Dano	1.836	1.247	2.169	1.355
Catastrofização	.786	.737	1.280	1.325
<hr/>				
Psicopatologia				
Stress	8.291	7.120	10.26	8.951
Ansiedade	2.927	3.030	3.095	3.128
Depressão	4.200	8.797	6.840	9.609
<hr/>				
Suporte Social				
Percepção de suporte social (família)	.889	.154	.752	.271
Percepção de suporte social (amigos)	.713	.270	.660	.296

8.4. Procedimento Geral

Foram solicitadas as autorizações formais à Coordenadora da Sub-Região Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e às Direcções Clínicas do Instituto Português de Reumatologia e do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (Anexos 1 a 7).

Os indivíduos foram referenciados pelo especialista e contactados posteriormente pela investigadora responsável que os informou sobre os objectivos do estudo, a natureza de recolha de dados, os aspectos implícitos à confidencialidade, ao anonimato e à liberdade de participação (Anexos 9 e 10). Aos participantes que concordaram em participar, foi solicitado o seu consentimento informado (Anexos 8 e 11) e agendada uma sessão para o preenchimento da entrevista e da bateria de instrumentos que integraram o protocolo de investigação. O preenchimento da entrevista e do protocolo de investigação foi efectuado num gabinete disponível nas várias instituições que participaram no estudo. A duração da sessão foi de 60 a 120 minutos, distribuída por uma ou duas sessões em função do cansaço do participante (a segunda sessão nunca excedia 2 dias de intervalo). A entrevista semi-estruturada desenvolvida para a presente investigação teve inicialmente o objectivo de identificar/analisar conteúdos cognitivos e comportamentais, determinantes na manutenção de padrões desajustados na AR, e procurou colmatar as limitações implícitas à utilização de medidas de auto-relato. Apesar das potencialidades da entrevista, as dificuldades de organização dos múltiplos dados obtidos levou-nos a utilizar essa informação como suporte meramente descritivo, na caracterização das amostras de participantes com diagnóstico de AR entre 3/6 meses e com mais de 1 ano de progressão.

A entrevista e respectivo protocolo foram preenchidos na presença do investigador, e todas as dúvidas relativas às instruções ou a questões do protocolo, foram esclarecidas no momento da aplicação.

Entre Junho de 2005 e Maio de 2010 foram recolhidos informações relativas a 55 indivíduos com diagnóstico entre 3/6 meses de AR e a 78 indivíduos com diagnóstico há mais de 1 ano. O estudo longitudinal integrou os indivíduos da amostra com diagnóstico de AR entre 3/6 meses. Os indivíduos desta amostra foram avaliados em 3 pontos do tempo (aos 3/6 meses, 1 ano e 2 anos após o diagnóstico de AR), preenchendo em cada momento de avaliação uma entrevista e um protocolo (Anexos 15 a 19).

O estudo transversal integrou os indivíduos com diagnóstico de AR há mais de 1 ano. Os indivíduos desta amostra foram avaliados num só momento, em que preenchiam a entrevista e o respectivo protocolo de medidas (Anexos 20 e 21).

Os dados foram introduzidos numa base de dados, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL) e com o Software AMOS (v.18, SPSS Inc. Chicago, IL).

8.5. Etapas da Investigação

Ao longo dos trabalhos conducentes à tese de doutoramento, a pesquisa de literatura e o contacto com especialistas internacionais nesta área de investigação, suscitou aperfeiçoamentos no projecto inicial com a inclusão de novos constructos baseados nas terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração, a formulação de hipóteses adicionais e a reestruturação das hipóteses inicialmente propostas, assentes numa vertente puramente tradicional dos modelos cognitivo-comportamentais. Foram utilizadas várias amostras para a concretização dos objectivos propostos, descritas à medida que cada estudo é reportado.

Foram realizados estudos preliminares de aferição das medidas para a população portuguesa, seguindo as recomendações para a tradução dos itens da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada, e verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, de modo a preservar o conteúdo do item. O processo de retroversão das medidas foi realizado por um tradutor de nacionalidade inglesa. Estes estudos foram baseados em amostras de utentes de um Agrupamento de Centros de Saúde sem referência a diagnóstico de patologia algica e uma amostra mais alargada com diagnóstico de dor crónica.

A segunda fase de estudos teve um design longitudinal e constou em 3 avaliações, realizadas ao longo dos 2 primeiros anos de diagnóstico de AR, numa amostra de indivíduos com 3/6 meses de diagnóstico. A organização dos dados apresentada e a sequência de procedimentos estatísticos efectuados teve como ponto de partida os dois objectivos gerais ou seja, analisar o desenvolvimento de limitação física em alguns indivíduos com dor e analisar o desenvolvimento de quadros depressivos em alguns indivíduos com dor e com limitação física. Assim, explorámos a progressão dos constructos focados na literatura clássica no âmbito da adaptação/do ajustamento à AR, tais como os conteúdos cognitivos, o coping e a psicopatologia recorrendo a *Anovas de Medições Repetidas*. A integração dos conceitos implícitos às terapias de 3ª geração, i.e. a aceitação, foi feita com recurso a *Modelos de Crescimento Latente* através do software AMOS. Foi nosso objectivo analisar a influência da aceitação na progressão/no crescimento da dor, da limitação física e da depressão, ao longo das 3 avaliações realizadas (1ª Avaliação-3/6 meses após o diagnóstico; 2ª Avaliação-1 ano após o diagnóstico; 3ª Avaliação-2 anos após o diagnóstico).

A análise dos efeitos das variáveis significativas na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico foi também efectuada mediante o recurso a *Análises de Regressão Linear*. Recorremos à *abordagem de Baron e Kenny (1986)* para analisar o efeito da aceitação como variável mediadora na relação, diminuindo o impacto das variáveis significativas na limitação física aos 2 anos de diagnóstico. A análise da significância dos efeitos indirectos foi efectuada com recurso ao teste de Sobel. Finalmente, foram propostos dois modelos explicativos da manutenção da limitação física numa amostra com diagnóstico recente de AR, com recurso a *Path-Analysis*.

No âmbito do estudo dos preditores significativos da depressão 2 anos após o diagnóstico, recorreremos igualmente a *Análises de Regressão Linear*, para a analisar o efeito de constructos focados nos modelos clássicos mas também dos constructos mais centrados nas terapias recentes de 3ª geração. Foram igualmente propostos dois modelos explicativos da manutenção de sintomas depressivos, com recurso a *Path-Analysis*.

A análise do tempo de diagnóstico na AR e a sua relação com a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos, as estratégias de coping, o suporte social, a aceitação, a auto-compaixão, as aptidões mindfulness e a psicopatologia foi efectuada com recurso *testes t para amostras independentes*, numa amostra clínica com diagnóstico de AR há mais de 1 ano.

Analisámos também o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia, recorrendo novamente à *abordagem de Baron e Kenny (1986)*, numa amostra com AR sem condicionarmos o tempo desde o diagnóstico. Finalmente, foram realizadas *Análises de Clusters* para identificar subgrupos de pacientes tendo por base os scores obtidos no CPAQ e explorar as diferenças entre esses subgrupos de pacientes no que respeita a psicopatologia e a auto-compaixão.

8.6. Instrumentos Utilizados

Questionário McGill sobre a dor - Modelo resumido (Melzack, 1984), constituído por 15 itens, que avaliam a dor nas suas dimensões sensorial e afectiva, uma escala visual analógica, que avalia a intensidade da dor e, um item que fornece um índice relativo à avaliação da dor actual. No que respeita ao formato de resposta, a medida apresenta um formato variável, sendo constituída por uma escala de intensidade que varia de 0 (*nenhuma*) a 3 (*forte*), para as dimensões sensorial e afectiva, uma escala visual analógica que varia de 0 a 10, expressa em centímetros e, uma escala *tipo Likert* de 6 pontos que varia entre 0 (*sem dor*) a 5 (*dor insuportável*), para o índice de dor actual (Melzack, 1984). A dimensão sensorial e afectiva, permitem obter um resultado parcial e um resultado total; um resultado mais elevado significa mais dor. Ao nível das propriedades psicométricas, e no que respeita a fidelidade, foram obtidos valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, de .78, para a dimensão afectiva, e de .76, para a dimensão sensorial (Melzack, 1984). Foram encontrados valores de correlação entre as escalas a variar entre .91 e .95 (Melzack, 1975). Ao nível da validade, a estrutura factorial demonstrada através de uma análise factorial confirmatória, reforçou a importância de aspectos relativos à tradução da medida para diferentes países, tendo evidenciado uma solução de dois factores, para a versão inglesa, e uma solução de três factores para a versão suíça (Wright, Asmundson & McCreary, 2001).

The Arthritis Impact Measurement Scale 2, versão adaptada a partir da versão brasileira por Brandão, Zerbini e Ferraz (1995), constituído por 78 itens, organizados em 12 sub-escalas relativas à mobilidade, à marcha/curvatura, à função das mãos e dos dedos, à função do braço, às tarefas de cuidado pessoal, ao suporte da família e dos amigos, à dor relacionada com a artrite, ao trabalho, ao nível de tensão, ao humor, à satisfação, à percepção de saúde e ao impacto da Artrite Reumatóide.

A medida avalia o estado de saúde dos indivíduos com Artrite Reumatóide de uma forma multicomponente, utilizando medidas específicas, componentes sumários e medidas de impacto global, apresentando um formato de resposta variável em função de cada sub-escala que a compõe. A medida permite obter resultados parciais; um resultado menos elevado significa um melhor estado de saúde. No que se refere às propriedades psicométricas, concretamente a validade, os resultados indicaram uma análise factorial em 3 factores relativos à componente física, ao afecto e aos sintomas, ou em 5 factores (os 3 componentes anteriormente mencionados, a componente relativa à interacção social e a componente relativa ao papel social).

The Fear of Pain Questionnaire (FP: Albaret, Sastre, Cottencin & Mullet, 2004) é um questionário de auto-relato com 15 itens, que avalia o medo da dor em três sub-escalas relativas à dor severa, à dor minor e à dor decorrente de procedimentos médicos, com um formato de resposta tipo *Likert* de 11 pontos que variam entre 0 (*Sem medo*) a 10 (*Muito medo*) (Albaret et al., 2004). A medida permite obter resultados parciais; um resultado mais elevado significa mais medo da dor. Neste estudo, utilizamos a versão portuguesa da FP (Costa & Pinto-Gouveia, manuscrito em preparação), que evidenciou um padrão idêntico à versão original, com valores de consistência interna nas 3 sub-escalas a variar entre .85 e .90. Neste estudo, foram igualmente obtidos valores de correlação item-total entre .49 e .87.

COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), é uma medida de 53 itens que avalia as diferentes formas que as pessoas utilizam como resposta a acontecimentos geradores de stress. É constituída por 13 sub-escalas, relativas ao coping focado no problema (coping activo, planeamento, supressão de actividades competitivas, coping restritivo e busca de suporte instrumental), ao coping focado na emoção (busca de suporte emocional, reinterpretação positiva e crescimento, aceitação, recusa/fuga e apoio na religião) e a estratégias disfuncionais (ventilação emocional, descomprometimento comportamental e descomprometimento emocional). Os itens apresentam um formato de resposta tipo *Likert* de quatro pontos, que varia entre 0 (*Normalmente nunca faço isto*) e 4 (*Normalmente faço sempre isto*). A medida permite obter um resultado parcial; um resultado mais elevado significa uma maior utilização da estratégia em questão. A medida apresenta valores de consistência interna, avaliada pelo α de *Cronbach*, a variarem entre .45 e .92. As sub-escalas COPE associaram-se com o optimismo, a auto-estima, a internalidade, a personalidade tipo A, ansiedade e com a desejabilidade social, com valores de correlação entre -.34

e .41 (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa da COPE aferida por Costa e Pinto-Gouveia (2008a), descrita no capítulo 9.

The Survey of Pain Attitudes (SOPA: Jensen & Karoly, 2000), é uma medida de auto-relato constituída por 57 itens, que avaliam as crenças acerca da dor, em função de sete sub-escalas relativas ao controlo, à incapacidade, ao dano, à influência do estado emocional, à medicação, à solicitação e aos cuidados médicos, com um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de 0 (*Não é verdadeiro para mim*) a 4 (*É muito verdadeiro para mim*). Os itens 3, 4, 5, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 36, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 54, 55 e 56 são recodificados. Esta medida permite obter um resultado parcial; um resultado mais elevado significa uma maior prevalência de determinado tipo de crenças. A fidelidade da versão original foi avaliada através do coeficiente de consistência interna, tendo os valores variado entre .56 e .73. A fidelidade temporal teste-reteste variou entre .80 e .91, para as diferentes sub-escalas (intervalo de 2 semanas). A validade concorrente foi analisada pela sua associação com medidas de comportamento e estratégias de coping relacionadas com a dor (Jensen, Karoly & Huger, 1987). Nesta investigação foi utilizada a versão portuguesa da SOPA (Costa & Pinto-Gouveia, 2008b), cujos estudos de aferição são descritos detalhadamente no capítulo 10.

The Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42: Romano, Jensen & Turner, 2003), é composta por 42 itens, que avaliam as estratégias utilizadas para lidar com a dor, organizadas em oito sub-escalas respeitantes à prevenção, ao descanso, à busca de assistência, ao relaxamento, à persistência na tarefa, ao exercício/alongamento, à busca de suporte social e a auto-declarações. Apresenta um formato de resposta numa escala de sete pontos, que traduz o número de dias durante a última semana que o indivíduo utilizou uma determinada estratégia. Permite obter um resultado parcial; um resultado mais elevado traduz uma maior utilização de determinada estratégia. A análise da fidelidade, evidenciou valores de consistência interna, avaliados através do alfa de *Cronbach*, entre .71 e .89 e, de correlação teste-reteste entre .79 e .81 (intervalo de 2 a 4 semanas). A validade de critério foi obtida pela comparação entre esta medida e as medidas de dor, de incapacidade e de depressão, mostrando que as estratégias de coping mais passivas se associam a mais dor, mais incapacidade e mais sintomas de depressão (Romano, Jensen & Turner, 2003). Na presente investigação utilizamos a versão portuguesa da CPCI-42 (Costa & Pinto-Gouveia, 2008) cujos estudos de aferição são descritos em detalhe no capítulo 10.

Escala de Ansiedade Depressão e Stress (Depression Anxiety Stress Scales; DASS-42, Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), são escalas de auto-relato com 42 itens, organizados em três sub-escalas com 14 itens cada (Depressão, Ansiedade e Stress) e, formato de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (0. *Não se aplicou nada a mim*; 4. *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). A medida permite obter resultados parciais para cada uma das sub-escalas; um resultado mais elevado significa mais sintomas de depressão, de ansiedade ou de stress. Apresenta valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, entre .83 e .93 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A validade foi mostrada pelas associações encontradas entre o item e a escala de pertença (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Percepção de Suporte Social (Família e Amigos). Avaliada pela *Perceived Social Support (Family Scale: PSS-Fa/Friend Scale: PSS-Fr)* (Procidano & Helder, 1983), constituídas por 20 itens cada uma das versões, que avaliam o grau de suporte percebido por parte dos amigos e dos familiares, com um formato de resposta numa escala nominal de três pontos (*Sim; Não; Não Sei*), sendo posteriormente recodificados de forma a expressar uma escala dicotómica (*Sim; Não*). Cada uma das escalas permite obter um resultado global; um resultado mais elevado significa maior percepção de suporte social por parte dos amigos e/ou familiares. A análise da fidelidade foi analisada com os itens originais da PSS antes de separados para formar a sub-escala relativa aos amigos e a sub-escala relativa aos familiares, e mostrou um valor alfa de .90 e um coeficiente de teste-reteste (com um intervalo de 1 mês) de .83. No que respeita os valores de alfa obtidos para a versão final da PSS-Fa, variaram entre .88 e .91; para a versão final da PSS-Fr variaram entre .84 e .90 (Procidano & Heller, 1983). A validade concorrente foi mostrada pelas associações obtidas entre a medida e medidas relativas ao desconforto psicológico, às competências sociais, bem como medidas de sintomas psicológicos. A validade discriminante foi demonstrada pela capacidade da medida diferenciar amostras clínicas de amostras não clínicas (Procidano & Heller, 1983). No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa da PSS-Fa/PSS-Fr traduzida por Costa e Pinto-Gouveia, manuscrito não publicado).

Pain Related Self-Statements Scale (PRSS): Flor, Behle & Birboumer, 1992) é uma escala de auto-relato com 18 itens, que avalia aspectos relativos à catastrofização e ao coping activo. A escala de resposta é do tipo *Likert* de seis pontos e varia en-

tre 0 (*Quase Nunca*) a 5 (*Quase Sempre*), permitindo obter um resultado parcial; um resultado mais elevado significa mais catastrofização ou coping activo. Foi utilizada a versão portuguesa da PRSS (Costa & Pinto-Gouveia, manuscrito em preparação), com uma distribuição dos itens (pelos factores) igual à versão original. Este estudo evidenciou valores de consistência interna, α de *Cronbach* de .93 para a catastrofização e de .83 para o coping activo. No que respeita os valores de correlação item-total, o estudo com a amostra portuguesa evidenciou valores de correlação entre .42 e .89 para a catastrofização e , entre .36 e .66 para o coping activo.

The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (Baer, Smith & Allen, 2004, versão traduzida e adaptada por Pinto-Gouveia, J & Castilho, P., 2006), é uma medida de auto-preenchimento com 39 itens organizados em quatro sub-escalas que avaliam as aptidões Mindfulness relativas à Observação (12 itens), à Descrição (8 itens), ao Actuar com Consciência (10 itens) e à Aceitação sem Julgamento (9 itens). A escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos (1. Nunca/raramente verdadeiro; 5. Sempre). Os itens 4, 8, 11, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32 e 36 são recodificados. A medida permite obter resultados parciais, para cada uma das sub-escalas constituintes, onde um resultado mais elevado indica uma maior utilização de determinada aptidão Minfulness. Ao nível da fidelidade, foram obtidos valores de consistência interna, coeficiente alfa, entre .83 e .91 e valores de correlação teste-reteste, entre .65 e .86 (com um intervalo entre o teste e o respectivo reteste de 14 a 17 dias). A validade foi demonstrada pelas relações entre as sub-escalas da KIMS e medidas de personalidade, de psicopatologia, de inteligência emocional, de alexitimia, de satisfação com a vida, entre outros. A validade factorial foi estudada numa análise factorial confirmatória, com uma amostra independente, e mostrou a adequação da solução de 4 factores.

Questionário de Aceitação e Acção (*Acceptance and Action Questionnaire-II; AAQ-II*: Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz & Zettle, manuscrito não publicado; Pinto-Gouveia & Gregório, 2007), é um questionário de auto-relato que avalia o evitamento experiencial conceptualizado como o esforço para evitar o contacto com os acontecimentos internos indesejados tais como pensamentos, emoções, sensações, tentando mudar a sua ocorrência, forma ou frequência. A medida é composta por 10 itens, com um formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos (1. *Nunca Verdadeiro*; 7. *Sempre Verdadeiro*). A medida permite obter um resultado global; resultados mais elevados indicam mais evitamento experiencial. A AAQ-I

tem um valor de consistência interna, alfa de *Cronbach*, de .70, e valores de fidelidade teste-reteste de .64 (período de 4 meses entre teste e reteste) (Block-Lerner, et al., 2005; Hayes et al., 2004). A validade convergente e a validade discriminante foram demonstradas pelas relações entre a AAQ e medidas gerais e específicas de psicopatologia. Baseado em Hayes et al. (2004), o AAQ correlacionou-se moderadamente com o *Global Severity Index of the Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R: Derogatis, 1994), o *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12: Goldberg, 1978), a *Perceived Physical Health* (PPH: Cooper, Sloan & Williams, 1988), o *Affective Well-Being at Work* (AWW: Warr, 1990), o *Job Induced Tension Scale* (JITS: House & Rizzo, 1972) e o *Quality Life Inventory* (QOLI: Frisch, 1992). O AAQ associou-se fortemente com o *Brief Symptom Inventory* (BSI: Derogatis & Melisaratos, 1983).

Questionário de Aceitação da Dor Crónica (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*; CPAQ: McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; tradução e adaptação por Costa & Pinto-Gouveia, in press-c), é um questionário de auto-relato, com 20 itens, organizados em duas sub-escalas relativas à Disposição para a dor (9 itens) e à Realização de Actividades (11 itens), com um formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos (0. *Nunca* a 6. *Sempre*), em que os resultados mais elevados significam mais aceitação da dor. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais; um resultado mais elevado significa mais aceitação. As duas escalas apresentam valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, de .78 e de .82, respectivamente para a disponibilidade para a dor e para a realização de actividades, e valores de correlação entre as escalas de .36 (McCracken et al., 2004). No que respeita a validade, o estudo com a amostra de aferição utilizada no estudo original da medida obteve uma estrutura com quatro factores (Realização de Actividades, Disponibilidade, Controlo e Cronicidade). No entanto, McCracken et al. (2004) optaram por retirar os dois factores menores, dado apresentarem valores de fidelidade marginais, não estarem relacionados com o *score* total da aceitação nem com medidas de desconforto relacionado com a dor e a incapacidade. A validade foi mostrada pelas associações encontradas entre a aceitação da dor, a intensidade da dor, a procura de cuidados médicos, a utilização de medicação, o funcionamento físico e questões psicossociais. Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa da CPAQ (Costa & Pinto-Gouveia, in press-c) cujos estudos de aferição são reportados no capítulo 11.

Escala de Auto-Compaixão (*Self-Compassion Scale*; SELFCS: Neff, 2003a; tradução e adaptação: Pinto-Gouveia & Castilho, 2006), é uma escala de auto-re-

lato constituída por 26 itens, organizados em seis sub-escalas designadas Bondade (5 itens), Auto-Ajuizamento (5 itens), Humanidade Comum (4 itens), Isolamento (4 itens), Mindfulness (4 itens) e, Sobre-Identificação (4 itens), com formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (1. *Quase Nunca*; 5. *Quase Sempre*). Para obter os resultados total os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 são recodificados. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais; um resultado mais elevado significa mais auto-compaixão. Apresenta um valor de consistência interna de .92, para a escala total (Neff, 2003). Para Neff (2003a), as associações entre esta medida e a ansiedade, a depressão, a satisfação com a vida e a auto-estima, forneceram evidências das validade convergente e divergente da medida.

Coping Styles Questionnaire-3 (CSQ-3; Roger, 1996; Pinto-Gouveia & Dinis, 2007) é uma medida de auto-relato composta por 41 itens que avaliam as estratégias de coping perante acontecimentos emocionais. A CSQ-3 compreende 3 sub-escalas relativas ao coping racional (9 itens), coping por evitação (10 itens) e coping por distanciamento/emocional (22 itens). Os itens apresentam um formato de resposta numa escala de 1. (Nunca) a 4. (Sempre). Os itens 1, 4, 5, 7, 9, 14, 27, 31, 34, 36, 38 e 39 são recodificados. A medida permite obter resultados parciais para cada subescala; resultados elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de coping. Os valores de alfa de *Cronbach* variaram entre .69 e .90, e as correlações inter-item entre .23 e .39 (Roger, Jarvis & Najarian, 1993). As evidências da validade da CSQ-3 foram mostradas pelas associações obtidas com o *Emotional Control Questionnaire* (ECQ; Roger & Najarian, 1989). A análise do padrão de associações obtido com o ECQ mostrou que a tendência para ruminar sobre situações emocionais desagradáveis se associava de forma positiva com o estilo de coping maladaptativo (estilo de coping por evitação), e de forma negativa com os estilos de coping adaptativos (estilos de coping racional e por distanciamento/emocional) (Roger et al., 1993).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006), é um questionário com 39 itens, que avaliam 5 aptidões mindfulness: Observação (8 itens), Descrição (8 itens), Actuar com Consciência (8 itens); Não Julgar (8 itens) e, Não Reagir (7 itens). Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (1. *Nunca/muito raramente verdadeiro*; 5. *Muito frequentemente/sempre verdadeiro*). Os itens 3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 30, 34, 35 e 39 são recodificados. A medida permite obter resultados parciais

para cada componente; resultados mais elevados indicam maior utilização de determinada aptidão. Os valores de alfa de *Cronbach* das 5 aptidões mindfulness variaram entre .75 e .91 (Baer, Walsh, Lykins, 2009). As 5 aptidões mostraram associações positivas com a abertura face à experiência, com a inteligência emocional e com a auto-compaixão. Por outro lado, mostraram associações negativas com a aleitímia, a dissociação, os sintomas psicológicos, o neuroticismo, a supressão de pensamento, as dificuldades de regulação emocional e o evitamento experiencial (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). A validade da medida foi mostrada através de análises de regressão que evidenciaram as aptidões mindfulness como preditores de saúde mental. Estudos realizados na população portuguesa mostraram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach* de .78, para a observação, .88 para a descrição, .89 para a aptidão relacionada com actuar com consciência, .86 para a aptidão relativa a não julgar e, .66 para a aptidão mindfulness relativa a não reagir (Gregório & Pinto-Gouveia, manuscrito não publicado).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1975), é um inventário com 53 itens, que mede o desajustamento emocional em nove sub-escalas de sintomas, Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (0. *Nunca*; 4. *Extremamente*), que permite obter resultados parciais para cada sub-escala, e três índices globais (Índice de Severidade Global, Índice Total de Sintomas Positivos e Índice de Desajustamento de Sintomas Positivos); um resultado mais elevado indica um menor ajustamento emocional. A fidelidade foi avaliada através do alfa de consistência interna, e apresentou valores que variaram entre .71 e .85 e, valores de fidelidade temporal teste- reteste, entre .68 e .91. A validade foi mostrada pelas associações da medida com a BSI, MMPI e a SCL-R-90 (Derogatis, 1975). Estudos realizados na população portuguesa mostraram valores de correlação item-total entre .46 e .81, valores alfa entre .62 e .80, valores de coeficiente *Spearman-Brown* entre .57 e .82 e, valores de correlação *Split-Half* entre .40 e .69 (Canavaro, 1997).

Life Orientation Questionnaire Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver e Bridges, 1994, Tradução e adaptação de Carvalho & Pinto-Gouveia, manuscrito não publicado) é um questionário de auto-relato, com 9 itens, 3 dos quais são filtros adicionais (2, 5 e 7). Avalia as expectativas generalizadas para resultados positivos ou negativos, com formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (0. *Discordo*

completamente; 5. Estou completamente de acordo). Os itens 3,6 e 8 são recodificados; um resultado mais elevado indica mais optimismo. A fidelidade, avaliada através do alfa de *Cronbach*, obteve um valor de consistência interna, de .82 (Scheier, Carver e Bridges, 1994).

Capítulo 9
Estudos Preliminares de Aferição das Medidas
Contribuição para o estudo das qualidades psicométricas de
uma medida para lidar com acontecimentos geradores de stress:
Abordagem preliminar da Adaptação Portuguesa da COPE.

No âmbito dos estudos de tradução e adaptação de algumas medidas para a população portuguesa, este capítulo apresenta as qualidades psicométricas da versão portuguesa da COPE. São apresentados dois estudos, o primeiro estudo apresenta a análise factorial exploratória realizada e analisa aspectos implícitos à fidelidade dos factores obtidos; o segundo estudo analisa a validade convergente e divergente da versão portuguesa obtida.

O conceito de coping tem assumido um papel central na investigação e na prática clínica, constituindo um constructo amplamente ressaltado na compreensão de acontecimentos geradores de stress, tais como a dor (Large & Strong, 1997). O coping tem implícita a noção de um processo fluido, sujeito a mudança em função da situação e, ao longo do tempo, sendo composto por avaliações, respostas e reavaliações, influenciado pelas diferenças individuais, tais como as crenças, as expectativas, as características biológicas e de personalidade (DeGood & Tait, 2001; Ruehlman et al., 2005).

O modelo central na abordagem do coping é o Modelo Transaccional de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984). Segundo estes autores, o coping é entendido como um processo em constante mudança, que traduz os esforços cognitivos e comportamentais efectuados pelo indivíduo, para lidar com uma situação, avaliada como excedendo os seus recursos pessoais. As formas de coping representam um conjunto de respostas produzidas pelo indivíduo, podendo ser maladapta-

tivas ou adaptativas, dependendo dos recursos do indivíduo e das características da situação (Lazarus & Folkman, 1984). A resposta a uma situação de stress é assim determinada pelas características da situação e pelas características do próprio indivíduo, podendo implicar reacções cognitivas, emocionais e comportamentais (Curtis, Groarke, Coughlan & Gsel, 2005).

Durante as últimas décadas, tem sido crescente a investigação sobre o papel das atitudes, das crenças, das avaliações e das estratégias de coping, na percepção, na experiência e na resposta a acontecimentos geradores de stress. Com a proliferação da investigação nesta área, têm também surgido múltiplos instrumentos de avaliação das estratégias de coping, de extensão e especificidade variáveis.

Uma medida amplamente citada na literatura, é a COPE, desenvolvida por Carver, Scheier e Weintraub, em 1989, um instrumento multidimensional que avalia as diferentes formas de resposta que os indivíduos utilizam para lidar com situações de stress. Apesar de existirem várias medidas que avaliam os processos de coping, nenhuma das medidas preexistente à COPE capta todos os domínios específicos de interesse teórico. Por outro lado, as sub-escalas que as compõem apresentam falta de clareza nos itens e alguma ambiguidade, particularmente relevante quando um item individual combina qualidades conceptualmente distintas. O processo de selecção dos itens na fase de desenvolvimento de algumas medidas anteriores à COPE é também susceptível de controvérsias, uma vez que os itens são escolhidos tipicamente como derivados e representativos de respostas de coping potenciais e não por serem representativos de categorias de interesse teórico do coping.

A COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) é uma medida de 53 itens que avalia as diferentes formas que as pessoas utilizam como resposta a acontecimentos geradores de stress. Na sua versão original, os itens estão agrupados em 13 sub-escalas, relativas ao coping focado no problema (coping activo, planeamento, supressão de actividades competitivas, coping restritivo e busca de suporte instrumental), ao coping focados na emoção (busca de suporte emocional, reinterpretação positiva e crescimento, aceitação, fuga e apoio na religião) e a estratégias disfuncionais (ventilação de emoções, descomprometimento comportamental e descomprometimento emocional). A COPE passou por um processo de refinamento típico dos itens, com várias fases de evolução. O processo foi conceptualizado pelos autores da medida original para assegurar a sua adequação na avaliação e na diferenciação de disposições de coping e de tendências de coping específicas de uma situação. Assim, quan-

do são avaliados os estilos disposicionais de coping, a instrução é apresentada em termos do que o indivíduo faz frequentemente quando está em situações de stress; quando avaliadas as respostas situacionais, a instrução é alterada, passando os itens a ser referidos em termos do que o indivíduo fez (ou está actualmente a fazer) face a um episódio particular, durante um período específico de tempo (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Tendo em consideração as investigações desenvolvidas com a medida original, foi nosso objectivo traduzir e adaptar a COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) para a população portuguesa e analisar as propriedades psicométricas da versão obtida. Assim, um primeiro estudo tem por objectivo, explorar a estrutura factorial da medida e analisar a fidelidade da versão obtida (consistência interna e correlações item total). Num segundo estudo, são aferidos os aspectos implícitos à validade convergente e à validade divergente da versão obtida com a amostra portuguesa.

1º ESTUDO

9.1 Método

9.1.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 651 indivíduos utentes de uma instituição dos cuidados de saúde primários. Os participantes foram recrutados aleatoriamente no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, no dia em que se dirigiam à instituição para obter consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar, entre Janeiro e Setembro de 2006. A Tabela 3 mostra as características demográficas dos participantes do presente estudo.

A amostra foi constituída por 267 do sexo masculino e 384 do sexo feminino, com uma média de idades de 52.28 (DP= 17.28), para os homens e de 49.98 (DP= 17.17) para as mulheres. No que respeita ao estado civil, 76.5% dos participantes era casado/união de facto (13.6% solteiros; 3.2% divorciados/separados; e, 6.7% viúvos). Em relação à situação profissional, 59.1% dos participantes estavam empregados e 31.2% estavam reformados. Em relação às habilitações literárias, os participantes do sexo feminino apresentaram uma média de 6.99 anos de escolaridade (DP= 4.99) e os participantes do sexo masculino uma média de 6.72 anos (DP= 4.87).

O estudo das diferenças entre sexos, evidenciou apenas diferenças estatisticamente significativas para a profissão ($\chi^2 (2, .019) = 7.935$). Não foram encontradas

associações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

Tabela 3. Caracterização demográfica da amostra de aferição.

	Sexo Masculino (N=267)		Sexo Feminino (N=384)		χ^2
	N	%	%	%	
Estado civil					6.866
Solteiro	36	5.6%	52	8.0%	
Casado/Outro	211	32.4%	287	44.1%	
Separado/Divorciado	10	1.5%	11	1.7%	
Viúvo	10	1.5%	34	5.2%	
Profissão					7.935**
Empregada	159	24.4%	226	34.7%	
Desempregado	16	2.5%	47	7.2%	
Reformado	92	14.1%	111	17.1%	
	Sexo Masculino		Sexo Masculino		t
	M	DP	M	DP	
Idade	52.28	17.28	49.98	17.17	-.681
Habilitações literárias	6.72	4.87	6.99	4.99	1.676

**p<.01

9.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) Folha de dados demográficos (i.e. sexo, estado civil, idade, situação profissional e as habilitações literárias); b) COPE, para avaliação das estratégias de coping.

A caracterização da medida é feita no capítulo 8, ponto 8.6.

9.1.3. Procedimento

Foram solicitadas as autorizações à Coordenadora da Sub-Região Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e à Direcção do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (Anexos 1 a 7). Os indivíduos foram informados pela investigadora responsável sobre os objectivos do estudo, a natureza de recolha de dados, os aspectos implícitos à confidencialidade, ao anonimato e à liberdade de participação, e solicitado o seu consentimento informado (Anexo 8). Foi agendada uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos sendo posteriormente efectuado num gabinete disponível nas várias instituições que participaram no estudo (Anexo 12). A duração da sessão foi de 20-30 minutos.

Adaptação da medida à língua portuguesa

Após garantidos todos os aspectos éticos referentes ao contacto com os autores da medida original, e da sua autorização para a utilização da medida, explicando os objectivos do estudo, os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada. Foram verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. Em seguida, o processo de retroversão da medida foi realizado por um indivíduo de nacionalidade inglesa.

9.1.4. Estratégia analítica

O estudo teve um design transversal. A estrutura relacional dos indicadores que compõem a versão original da COPE foi avaliada por uma *Análise Factorial Exploratória*, sobre a matriz das correlações com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação *Varimax*. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1 (critério de *Kaiser*), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. Segundo Maroco (2010) a utilização de um único critério pode levar à retenção de mais ou menos factores do que aqueles relevantes para descrever a estrutura latente. O critério de *Kaiser* ou a regra do *eigenvalue* superior a 1 determina que se devem reter os factores que expliquem mais informação (i.e. variância) do que a informação estandardizada de uma variável original. Por outro lado, o critério do *Scree-Plot* permite, através da representação gráfica dos factores (no eixo das abcissas) e os respectivos *eigenvalues* (no eixo das ordenadas), compreender qual a importância relativa de cada factor na explicação da variância total das variáveis originais. Assim, devem reter-se os factores até ao ponto de inflexão da curva que relaciona o número do factor e o respectivo *eigenvalue*. Finalmente, o critério relativo à variância extraída por cada factor e a variância total traduz o facto de se reterem os factores que extraírem pelo menos 5% da variância total; ou extrair o número mínimo de factores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais (Maroco, 2010).

Para avaliar a validade da *Análise Factorial Exploratória* utilizou-se o critério da medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O *Bartlett's Test of Sphericity* é um teste sensível à dimensão da amostra e exige ainda que as variáveis apresentem dis-

tribuição normal multivariada, sendo muito sensível à violação deste pressuposto.

A consistência interna de cada componente foi medida com o alfa de *Cronbach* (α).

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

9.2. Resultados

9.2.1. Estrutura Factorial COPE de 1ª ordem

O valor do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (.950) e do *Bartlett's Test of Sphericity* de 19381.42 ($p = .000$) permitiram a realização da *Análise Factorial em Componentes Principais* (AFCP). Os resultados obtidos pelo *Screen-Plot* foram analisados e, utilizada a regra do *eigenvalue* superior a 1, como critério de retenção. Assim, foi testada a solução de 12 factores, através de rotação ortogonal (*varimax*), aos 53 indicadores que compõem a medida original. Esta solução permitiu explicar 71.404%. A análise dos valores das comunalidades mostrou uma boa relação dos itens com o modelo encontrado. Os pesos factoriais são de um modo geral elevados no factor de pertença. O item 31 foi retirado porque apresentou pesos factoriais com diferenças menores a um valor de ponderação nos factores 3 (.403) e 4 (.410) (Tabela 4).

A ordem dos factores encontrada, apresenta diferenças comparativamente à medida original de Carver, Scheier & Weintraub (1989), que apresenta 13 factores. Na Tabela 4 são apresentados os pesos de cada item em cada componente. Os pesos factoriais nos factores a que pertencem estão colocados a negrito.

Tabela 4. Correspondência dos itens da COPE aos factores obtidos na *Análise Factorial em Componentes Principais*.

	Factores											
	BSSE	CA	DC	CR	F	AR	A	SAC	BSSI	SAC	DM	DAD
Cope_28	.843	.108	.121		.121	.167			.143			
Cope_11	.824	.103				.119			.122			
Cope_52	.812								.185		.118	
Cope_23	.809							.104	.112		.145	
Cope_3	.798		.206					.122				
Cope_34	.768		.161	.127	.171	.132		.129	.109			
Cope_46	.759		.200	.205	.170	.139				-.148		
Cope_32		.795									.153	
Cope_5		.761						.155	.126			
Cope_39		.756		.265				.121	.109	.190	-	
Cope_25	.133	.737		-.120			.261				.236	

Cope_58		.722		.289	.106				.123										
Cope_47	.157	.690		.251	.166			.120	.102										-.126
Cope_19		.603			.180			-.263	.139	.369									.118
Cope_56	.127	.545		.512		.105			.176	.122									.130
Cope_37	.135		.796	.142	.172	.119			.105										
Cope_9	.183		.654	.194	.301	.141													.127
Cope_24	.190		.629	.213	.344	.207			.118										-.120
Cope_51	.270	.137	.508		.302		.128		.297										.249
Cope_17	.278	.198	.507	.406	.111	.220			.187										-.132
Cope_10	.190	.167	.372	.602	.193	.181	.111												.117
Cope_22	.232	.365	.216	.592	.138		.143												.116
Cope_49	.261	.370	.142	.570	.157	.180	.176												.211
Cope_42	.232	.373	.164	.490	.149				.355	.156	.175								
Cope_41	.294	.347	.227	.490	.320		.141				.229								
Cope_55	.285	.289	.288	.441	.181	.126			.331	.171	-.107								
Cope_29	.277	.301	.144	.346	.245	.162	.185	.342	.190	.335									
Cope_40	.172		.236		.770	.134			.190										
Cope_57	.143		.275	.214	.678	.143			.234										
Cope_6	.157	.103	.250		.647		.102		.139										.297
Cope_27	.218		.344	.309	.511	.152			.195	.158									
Cope_18	.169		.163			.850	.119												
Cope_7	.173			.210		.821	.119	.104											
Cope_48	.174		.124		.236		.801			.148									
Cope_60	.208		.229	.125	.234	.637			.140										.263
Cope_13			.118				.802												
Cope_54						.166	.783												
Cope_44		.180			.135	.142	.769												
Cope_21			.447		.121		.587	.233											
Cope_2	.130			.111	.219		.162	.708		.303	.130								
Cope_15	.178	.105	.121	.108	.333	.129	.180	.691			.180								
Cope_16	.228		.278	.230	.379	.160	.141	.561	.134										
Cope_33	.258	.340	.241	.414	.101			.439	.222										.132
Cope_30	.444	.263		.140		.150		.101	.699		.104								
Cope_14	.515	.213	.103				.129	.114	.661										
Cope_45	.510	.240	9.983	.111	.116				.626										
Cope_4	.537	.234	.208	.110	.113				.591										
Cope_1		.198			-.157		.187	.223		.751									
Cope_59		.245		.102		.156	.416			.514	.330								
Cope_38	.229	.326	.332	.276	.264		.132	.222	.102	.431	-.127	-.105							
Cope_43	.145	.125	.148	.220			9.482E-02	.240	.126	.138	.698	.103							
Cope_35																			.947

De acordo com os pesos de cada factor, nomeamos os respectivos factores: Factor 1- Busca de Suporte Social por Razões Emocionais, Factor 2- Coping Activo, Factor 3- Descomprometimento Comportamental, Factor 4- Coping Restritivo, Factor 5- Fuga/Recusa, Factor 6- Apoio na Religião, Factor 7- Aceitação, Factor

9- Busca de Suporte Social por Razões Instrumentais, Factor 10- Reinterpretação Positiva e Crescimento, Factor 11- Descomprometimento Mental e, Factor 12- Descomprometimento através do Recurso a Álcool e a Drogas (Tabela 5).

Tabela 5. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de *Cronbach* para cada factor obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão Portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α <i>Cronbach</i>
Factor 1	Busca de Suporte Social por Razões Emocionais				.93 (.85)
Cope_28	Expresso os meus sentimentos	2.98	1.03	.86	
Cope_11	Partilho os meus sentimentos com outra pessoa	2.88	1.05	.79	
Cope_52	Falo com alguém sobre o que sinto	2.81	1.00	.78	
Cope_23	Tento obter algum suporte emocional de amigos ou familiares	2.85	1.00	.77	
Cope_3	Fico aborrecido e expresso as minhas emoções	2.88	1.04	.75	
Cope_34	Procuro simpatia e compreensão de alguém	2.86	1.08	.79	
Cope_46	Sinto um enorme mal-estar emocional e expresso frequentemente esses sentimentos	2.71	1.04	.75	
Factor 2	Coping Activo				.89 (.62)
Cope_32	Tento arranjar uma estratégia acerca do que fazer	2.64	.99	.66	
Cope_5	Concentro os meus esforços na tentativa de fazer algo acerca disso	2.94	.95	.67	
Cope_39	Penso na melhor forma de ultrapassar o problema	3.03	.95	.76	
Cope_25	Faço algo adicional para tentar desembaraçar-me do problema	2.47	.94	.59	
Cope_58	Faço, passo a passo, o que tem de ser feito	2.84	.96	.70	
Cope_47	Tomo acções directas para contornar o problema	2.78	1.09	.66	
Cope_19	Elaboro um plano de acção	2.28	.94	.59	
Cope_56	Penso bastante sobre os passos a tomar	2.79	.96	.65	
Factor 3	Descomprometimento Comportamental				.85 (.63)

Cope_37 Desisto de tentar conseguir o que quero	1.95	.95	.67
Cope_9 Admito que não consigo lidar com isso, e desisto de tentar	1.99	.92	.65
Cope_24 Desisto simplesmente de tentar alcançar o meu objectivo	2.14	1.07	.73
Cope_51 Reduzo a quantidade de esforço que ponho para resolver o problema	2.20	1.01	.61
Cope_17 Fico perturbado e não consigo pensar noutra coisa	2.47	1.08	.63
Factor 4	Coping Restritivo		.89 (.72)
Cope_10 Impeço-me de fazer algo demasiado rápido	2.52	1.04	.67
Cope_22 Espero por fazer algo até que a situação o permita	2.66	1.01	.72
Cope_49 Esforço-me por esperar pelo momento certo para fazer qualquer coisa	2.62	1.03	.72
Cope_42 Esforço-me por prevenir que outras coisas não interfiram com os meus esforços de lidar com isso	2.62	1.04	.71
Cope_41 Asseguro-me que não torno as coisas piores agindo demasiado cedo	2.54	1.05	.73
Cope_55 Ponho de lado outras actividades para melhor me concentrar nesta	2.38	1.00	.65
Cope_29 Tento ver as coisas de uma forma diferente, de modo a que me pareçam mais positivas	2.83	1.05	.67
Factor 5	Fuga/Recusa		.82 (.71)
Cope_40 Finjo que isso não aconteceu realmente	2.17	1.08	.69
Cope_57 Actuo como se nada tivesse acontecido	2.33	1.10	.67
Cope_6 Digo para mim mesmo "isto não é real"	2.14	1.00	.58
Cope_27 Recuso-me a acreditar que isso aconteceu	2.16	1.08	.64
Factor 6	Apoio na Religião		.87 (.82)
Cope_18 Procuro ajuda de Deus	3.10	1.03	.78
Cope_7 Tenho confiança em Deus	3.27	1.02	.72
Cope_48 Tento arranjar conforto na minha religião	2.97	1.05	.75
Cope_60 Rezo mais do que o habitual	2.61	1.12	.64

Factor 7	Aceitação			.79 (.65)
Cope_13 Habituo-me à ideia do que aconteceu		2.36	.94	.63
Cope_54 Aprendo a viver com isso		2.53	.8989	.60
Cope_44 Aceito o facto de ter realmente acontecido		2.52	1.00	.64
Cope_21 Aceito que isso me aconteceu e que não pode ser alterado		2.40	1.03	.51
Factor 8	Supressão de Actividades Competitivas			.82 (.68)
Cope_2 Dedico-me ao trabalho ou a outras actividades de substituição para tirar essas coisas da minha cabeça		2.58	1.05	.64
Cope_15 Tento manter-me distraído com outros pensamentos ou actividades		2.77	1.06	.72
Cope_16 Penso demoradamente noutras coisas		2.54	1.06	.69
Cope_33 Concentro-me na forma de lidar com o problema e, se necessário deixo outras coisas para segundo plano		2.54	1.04	.55
Factor 9	Busca de Suporte Social por Razões Instrumentais			.91 (.75)
Cope_30 Falo com alguém que possa fazer algo concreto acerca do problema		2.92	1.00	.80
Cope_14 Falo com alguém para saber mais acerca da situação		2.90	.99	.79
Cope_45 Pergunto a pessoas que tiveram experiências semelhantes sobre o que elas fizeram		2.85	1.04	.77
Cope_4 Tento pedir conselho a alguém acerca do que fazer		2.87	1.05	.79
Factor 10	Reinterpretação Positiva e Crescimento			.60 (.68)
Cope_1 Tento crescer como pessoa em resultado dessa experiência		2.46	.95	.43
Cope_59 Aprendo algo com a experiência		2.71	.91	.49
Cope_38 Vejo algo de bom no que está a acontecer		2.52	1.07	.31
Factor 11	Descomprometimento Mental			-
Cope_43 Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso				
Factor 12	Descomprometimento com Recurso a Álcool e Drogas			-
Cope_35 Bebo álcool ou tomo drogas, de modo a pensar menos nisso				

9.2.2. Estrutura Factorial COPE de 2ª ordem

Os valores de *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* de .847 e do *Bartlett's Test of Sphericity* de 3118.446 ($p = .000$), permitiram a realização da AFCP. A análise dos resultados do *Sreen-Plot* e utilizando o *eigenvalue* superior a 1 como critério de retenção, permitiu testar a solução de 3 factores, com 50 itens. Esta solução explicou 73.056%. Os valores das comunalidades mostraram uma boa relação dos itens com o modelo obtido. A Tabela 6 mostra a *Análise Factorial em Componentes Principais* dos factores de 2ª ordem obtidos com as sub-escalas da versão da COPE com a amostra portuguesa. A ordem dos factores e a organização dos itens pelos factores, apresenta diferenças comparativamente à medida original de Carver et al. (1989). Apesar da análise dos factores de 2ª ordem com medida original apresentar igualmente uma solução de 3 factores (i.e. estratégias de coping focadas no problema, estratégias de coping focadas na emoção e estratégias conceptualizadas como menos úteis), a solução por nós obtida mostra diferenças consideráveis.

Tabela 6. Correspondência das sub-escalas COPE aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores		
	Desinvestimento	Investimento	Busca de Suporte
Fuga	.841	-	.205
Descomprometimento Comportamental	.817	.115	.300
Supressão de Actividades Competitivas	.653	.415	.310
Apoio na Religião	.651	.146	.173
Coping Restritivo	.541	.530	.507
Reinterpretação Positiva e Crescimento	.141	.865	-
Coping Activo	-	.712	.520
Aceitação	.448	.633	-.225
Busca de Suporte Social Por Razões Instrumentais	.274	.190	.816
Busca de Suporte Social por Razões Emocionais	.402	-	.793

De acordo com os pesos de cada factor, foi possível nomear o Factor 1- Desinvestimento, Factor 2-Investimento, Factor 3-Busca de Suporte.

9.2.3. Fidelidade

A consistência interna de cada factor de 1ª ordem foi avaliada através do alfa de *Cronbach*, e apresentou valores superiores a .80, tendo apenas uma sub-escala ob-

tido um valor inferior. Os valores de correlação item total variaram entre .31 e .86.

No que respeita os factores obtidos na estrutura de 2ª ordem, apresentaram valores superiores a .77, com excepção do Investimento que apresentou um valor de .58. A adição das sub-escalas relativas ao Desinvestimento Mental e ao Desinvestimento com Recurso a Álcool e a Drogas, modificou a estrutura, diminuindo a variância e mostrou uma menor adequação ao modelo.

2º ESTUDO

Estudo das validades convergente e divergente

9.3. Método

9.3.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra adicional de 151 indivíduos, utentes do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul. Os participantes foram igualmente recrutados de forma aleatória no dia em que se dirigiam à instituição para obter consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar, entre Janeiro e Setembro de 2006. A Tabela 7 mostra as características demográficas dos participantes do presente estudo.

A amostra foi constituída por 62 do sexo masculino e 89 do sexo feminino, com uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP=15.36) para as mulheres. No que respeita ao estado civil, 81.4% dos participantes era casado/união de facto (8.7% solteiros; 2.7% divorciados/separados; e, 7.3% viúvos). Em relação à situação profissional, 64.9% dos participantes estavam empregados e 31.2% estavam reformados. Em relação às habilitações literárias, os participantes do sexo feminino apresentaram uma média de 5.56 anos de escolaridade (DP= 4.35) e os participantes do sexo masculino uma média de 5.41 anos (DP= 4.69).

Tabela 7. Caracterização demográfica da amostra adicional por sexos

	Sexo Masculino (N=62)		Sexo Feminino (N=89)		χ^2
	N	%	N	%	
Estado civil					4.416
Solteiro	5	3.3%	8	5.3%	
Casado/Outro	52	34.4%	71	47.0%	
Separado/Divorciado	3	2.0%	1	.7%	
Viúvo	2	1.3%	9	6.0%	
Profissão					1.686
Empregada	37	24.5%	61	40.4%	
Desempregado	2	1.3%	4	2.6%	
Reformado	23	15.2%	24	16.0%	
	Sexo Masculino		Sexo Feminino		t
	M	DP	M	DP	
Idade	55.52	17.56	52.19	15.36	1.285
Habilitações literárias	5.41	4.69	5.56	4.35	-.204

O estudo das diferenças entre sexos, não evidenciou diferenças estatisticamente significativas. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

9.3.2. Instrumentos utilizados

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) Folha de dados demográficos (i.e. sexo, estado civil, idade, situação profissional e as habilitações literárias); b) COPE, para avaliação das estratégias de coping; c) *Brief Symptom Inventory* (BSI), para avaliação do desajustamento emocional em termos de sintomas de Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo, sendo apenas utilizado o resultado total da medida, o Índice Geral de Sintomas; d) *Life Orientation Questionnaire Test- Revised* (LOT-R), para avaliação do optimismo/pessimismo; e) *Escalas de Ansiedade Depressão e Stress* (DASS-42), para avaliação da psicopatologia, ou seja, ansiedade, depressão e stress. A caracterização das referidas medidas é feita detalhadamente no capítulo 8, ponto 8.6.

9.3.3. Procedimento

Conforme descrito no capítulo 8 (ponto 8.4.) quando mencionados os aspectos implícitos ao procedimento geral do trabalho desta investigação, foi agendado uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos, após os participantes concordarem em participar e darem o seu consentimento informado (Anexo 8). O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 30 a 45 minutos (Anexo 13).

9.3.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design transversal. Para o estudo da validade convergente foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson*, com o objectivo de analisar as associações entre as sub-escalas da versão obtida da COPE, o BSI e a LOT-R. A validade divergente da versão COPE obtida foi analisada através da capacidade de discriminar indivíduos com baixos/elevados sintomas de ansiedade, de depressão ou de stress. Realizaram-se testes de comparação de médias (*teste de Mann-Whitney* para

a ansiedade e para a depressão e, a sua alternativa paramétrica, o teste *t* para amostras independentes, para o stress).

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

9.4. Resultados

9.4.1. Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, e o enviezamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respectivamente). A ansiedade e a depressão apresentam distribuições enviesadas pelo que se optou pela alternativa não paramétrica de comparação de médias, apesar do teste *t* demonstrar robustez mesmo quando as distribuições sob estudo apresentaram assimetria e/ou achatamento consideráveis (Tabela 8). A presença de observações *outlier* foi efectuada com recurso novamente a representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*), procedendo-se à sua eliminação.

Tabela 8. Valores médios de desvio padrão, valores mínimo e máximo, de *Skweness*, *Kurtosis* e do teste *K-S* para as variáveis em estudo.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Range</i>	<i>Skweness</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
COPE							
Busca suporte Social (Razões Emoções)	14.987	8.114	7-28	.522	-1.304	2.212	.000
Coping Activo	17.546	8.796	8-32	.308	-1.402	2.102	.000
Descomprometimento Comportamental	6.433	2.605	5-18	2.450	6.410	4.110	.000
Coping Restritivo	10.857	4.946	7-26	1.442	1.171	2.690	.000
Fuga/Recusa	5.660	3.151	4-16	1.968	2.906	4.746	.000
Apoio na Religião	9.391	4.123	4-16	.221	-1.315	2,325	.000
Aceitação	8.253	4.254	4-16	.595	-1.077	2,178	.000
Supressão Actividades Competitivas	6.159	3.202	4-16	1.357	.491	3.567	.000
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)	8.577	4.609	4-16	.460	-1.325	2.630	.000
Reinterpretação Positiva Crescimento	5.861	2.646	3-12	.934	.078	2.829	.000
Descomprometimento Mental	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Álcool e Droga	-	-	-	-	-	-	-
BSI							
Índice Global Sintomas	1.320	.265	1.02-2.45	12.882	4.603	1.618	.011
Optimismo/Pessimismo	14.333	5.338	3-24	-.470	-.364	1.842	.002

Psicopatologia							
Depressão	2.305	4.274	0-25	2.637	7.735	3.623	.000
Ansiedade	2.187	3.071	0-22	3.029	13.367	2.917	.000
Stress	8.945	7.292	0-32	.887	.327	1.362	.049

Com a amostra do nosso estudo, foram obtidos valores de consistência interna entre .72 e .98 para os factores da COPE, de .81, para o Índice Global de Sintomas, de .83 para a LOT-R, de .39 para a DASS-Ansiedade, de .87 para a DASS-Depressão e, .86 para a DASS-Stress.

9.4.2. Validade convergente

A validade convergente da versão obtida da COPE foi analisada pelas associações entre a COPE, a BSI e a LOT-R, com recurso a matrizes de correlação de *Pearson* (Tabela 9)

Tabela 9. Valores de correlação entre as sub-escalas da COPE, a BSI e a LOT-R.

	Sub-escalas COPE											
	BSSE	CA	DC	CR	F	AR	A	SAC	BSSI	RPC	DM	DAD
BSI												
IGS	.031	.048	.390***	.221**	.148	.068	.165*	.265**	-.047	.071	-	-
Optimismo/ Pessimismo	.017	.161	-.158	.003	.007	-.132	-.197	-.053	.128	.088	-	-

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

COPE e BSI

Os valores de correlações obtidos mostraram uma associação positiva moderada entre o descomprometimento comportamental (por exemplo o item 37 “Desisto de tentar conseguir o que quero”) e o IGS ($r = .390$; $p = .000$) e uma associação positiva fraca entre o coping restritivo (por exemplo o item 10 “Impeço-me de fazer algo demasiado rápido”) e o IGS ($r = .221$; $p = .008$). Os resultados mostraram igualmente associações positivas fracas entre a aceitação (por exemplo o item 21 “Aceito que isso me aconteceu e que não pode ser alterado”) e o IGS ($r = .165$; $p = .046$) e entre a supressão de actividades competitivas (por exemplo o item 33 “Concentro-me na forma de lidar com o problema e se necessário deixo outras coisas para segundo plano”) e o IGS ($r = .265$; $p = .001$).

COPE e LOT-R

Os valores das correlações obtidas entre as sub-escalas da versão obtida da COPE e a LOT-R não mostraram associações estatisticamente significativas.

9.4.3. Validade Divergente

A validade divergente da versão obtida da COPE foi analisada através da sua capacidade de discriminar indivíduos com baixos/elevados sintomas de ansiedade, depressão ou de stress, avaliados pela DASS (Pais-Ribeiro et al., 2004a). Assim, foram formados dois grupos (grupo com elevada ansiedade versus grupo com baixa ansiedade; grupo com elevada depressão versus grupo com baixa depressão; grupo com elevado stress versus grupo com baixo stress), recorrendo ao valor da média (Tabela 10).

Foram realizados testes de *Mann-Whitney* com o objectivo de avaliar as diferenças entre os grupos para a ansiedade e para a depressão e, a sua alternativa paramétrica, o teste *t para amostras independentes*, para analisar as diferenças entre os grupos para o stress.

Em relação à ansiedade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as sub-escalas da COPE ($198.500 \leq U \leq 281.500$; $p < .05$). Em relação à depressão, foram encontradas diferenças para o coping restritivo ($U = 43.000$; $p = .034$). O grupo de indivíduos elevados níveis de sintomas depressivos revelou uma maior utilização desta estratégia ($M = 16.69$), quando comparado com o grupo de indivíduos com elevados níveis de sintomas depressivos ($M = 10.31$).

Tabela 10. Diferenças entre os grupos com mais ou menos sintomas de ansiedade, de depressão e de stress para as sub-escalas da COPE.

	Grupo Ansiedade		U	p
	1	2		
	M	M		
Busca de Suporte Social por Razões Emocionais	26.15	21.94	226.500	.274
Coping Activo	20.63	27.23	198.500	.094
Descomprometimento Comportamental	25.58	23.42	262.00	.513
Coping Restritivo	21.85	27.15	224.500	.170
Fuga/Recusa	24.23	24.77	281.500	.870
Apoio na Religião	27.06	21.94	226.500	.198
Aceitação	21.75	27.25	222.000	.163
Supressão de Actividades Competitivas	22.46	26.54	239.000	.245
Busca de Suporte Social por Razões Instrumentais	24.91	23.13	255.000	.642
Reinterpretação Positiva e Crescimento	26.30	22.70	246.500	.375
Descomprometimento Mental	23.00	26.00	252.000	.077
Descomprometimento com Recurso a Álcool e a Drogas	25.00	24.00	276.000	.317

	Grupo Depressão				U	p
	1		2			
	M	M	M	M		
Busca de Suporte Social por Razões Emocionais	13.08	13.92	13.92	13.08	79.000	.801
Coping Activo	15.58	11.42	11.42	15.58	57.500	.169
Descomprometimento Comportamental	11.15	15.85	15.85	11.15	54.000	.125
Coping Restritivo	16.69	10.31	10.31	16.69	43.000	.034
Fuga/Recusa	12.08	14.92	14.92	12.08	66.000	.326
Apoio na Religião	12.65	14.35	14.35	12.65	73.500	.579
Aceitação	13.65	13.35	13.35	13.65	82.500	.920
Supressão de Actividades Competitivas	13.96	13.04	13.04	13.96	78.500	.762
Busca de Suporte Social por Razões Instrumentais	13.42	13.58	13.58	13.42	83.500	.960
Reinterpretação Positiva e Crescimento	15.15	11.85	11.85	15.15	63.000	.287
Descomprometimento Mental	13.50	13.50	13.50	13.50	84.500	
Descomprometimento com Recurso a Álcool e a Drogas	13.50	13.50	13.50	13.50	84.500	

	Grupo Mais Stress		Grupo Menos Stress		t	P
	M	DP	M	DP		
	Busca de Suporte Social por Razões Emocionais	1.13	.53	1.05		
Coping Activo	1.16	.66	1.07	.38	1.018	.311
Descomprometimento Comportamental	17.50	8.63	13.65	7.68	2.385	.019
Coping Restritivo	17.45	8.57	17.57	9.33	-.076	.939
Fuga/Recusa	6.90	3.44	5.77	1.38	2.410	.018
Apoio na Religião	10.49	4.81	10.92	5.10	-.490	.625
Aceitação	6.00	3.51	5.38	2.92	1.104	.272
Supressão de Actividades Competitivas	9.64	4.07	9.17	4.26	.647	.519
Busca de Suporte Social por Razões Instrumentais	7.50	4.01	8.73	4.45	-1.659	.100
Reinterpretação Positiva	6.16	3.27	6.16	3.21	.007	.994
Descomprometimento Mental	8.52	4.61	8.66	4.70	-.164	.870
Descomprometimento com Recurso a Álcool e Drogas	5.48	2.43	6.19	2.87	-1.536	.127

Para o stress, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de indivíduos com elevado stress versus baixo stress no que respeita a busca de suporte social por razões emocionais ($t = 2.385$; $N = 135$; $p = .019$), no sentido do grupo de indivíduos com mais sintomas de Stress utilizarem mais estratégias relativas à busca de suporte social por razões emocionais ($M = 17.0500$; $DP = 8.6307$), comparativamente com o grupo com menos sintomas de stress ($M = 13.6533$; $DP = 7.6820$). O grupo de indivíduos com mais sintomas de stress, relatou ainda uma maior utilização de estratégias de descomprometimento comportamental ($M = 6.9016$; $DP = 3.4385$), comparativamente com o grupo com menos sintomas ($M = 5.7733$; $DP = 1.3811$) ($t = 2.410$; $N = 136$; $p = .018$).

9.5. Discussão

Esta investigação teve o objectivo de contribuir para o estudo das características psicométricas da versão portuguesa da COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Os resultados obtidos com a amostra portuguesa de utentes dos cuidados de saúde primários revelam que a COPE é um instrumento de medida adequado para avaliar os diversos tipos de resposta face a uma situação geradora de stress, permitindo identificar quais os tipos de estratégias mais utilizados pelos indivíduos face a uma situação particular num determinado período de tempo.

Num primeiro estudo, os procedimentos estatísticos utilizados no âmbito da validade factorial, permitiram a compreensão da organização dos itens que compõem a medida, utilizando um método estatístico multivariado de cariz exploratório. À semelhança dos autores da versão original da medida, optámos por realizar uma *Análise Factorial em Componentes Principais* (AFCP), pela possibilidade de transformação de um conjunto de variáveis iniciais, noutro conjunto menor de factores. A análise factorial exploratória permitiu encontrar factores subjacentes num grupo de variáveis, sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo (Pestana & Gageiro, 2000; Tabachnick & Fidell, 2007).

Em relação à estrutura factorial resultante da análise factorial exploratória realizada, emergiram 12 factores sobreponíveis a alguns factores teóricos citados por Carver et al. (1989). Dois dos factores teoricamente propostos pelos autores da medida original i.e., a planificação e o foco na ventilação emocional, não emergiram na análise factorial realizada. Os itens que compõem estes dois factores foram distribuídos por outros factores empíricos i.e. pelo coping activo e pela busca de suporte social por razões emocionais, respectivamente. Como referido anteriormente, a COPE passou por um processo exaustivo de refinamento dos itens ao longo do seu desenvolvimento, sendo administrado múltiplas vezes. Segundo Carver et al., (1989) a integração de itens relativos ao coping activo e à planificação num único factor é algo expectável. Por outro lado, a distribuição de itens relativos ao foco na ventilação emocional no factor relativo à busca de suporte social por razões emocionais levanta questões relativas ao carácter adaptativo desta estratégia, quando a procura de suporte moral, de simpatia e de compreensão é utilizada mais como uma forma de expressão das próprias emoções. Este tipo de resposta pode ser útil/adaptativa mas quando utilizada num período de ajustamento a uma situação.

A solução factorial de 1ª ordem encontrada com a amostra portuguesa foi ob-

tida eliminando 3 dos 53 itens que constituem a medida original de Carver et al. (1989) e permitiu explicar 71.40% da variância. A distribuição do número de itens pelos 12 factores empíricos obtidos não é muito equilibrada (os factores são constituídos por 1,3,4,5,7 ou 8 itens cada) e apresenta diferenças em relação à versão original, na qual cada factor era constituído por 4 itens à excepção do factor relativo ao desinvestimento por recurso a álcool e a drogas, que embora não tenha pesado em nenhum factor foi mantido na estrutura de Carver et al., (1989).

A versão obtida possui uma boa consistência interna, com valores superiores a .80 e superiores aos valores obtidos pelos autores da versão original da medida.

O modelo teórico subjacente ao desenvolvimento da COPE proposto por Carver et al. (1989) admite 3 formas de coping conceptualmente distintas, as estratégias focadas no problema, as estratégias focadas na emoção e as estratégias tidas pelos autores como menos úteis.

A análise factorial de 2ª ordem realizada na amostra portuguesa permitiu mostrar a emergência de 3 factores distintos, designados pelos autores em função dos factores empíricos que os constituem como: desinvestimento, investimento e busca de suporte. A solução factorial de 2ª ordem obtida com a amostra portuguesa é discrepante da de Carver et al. (1989) mas não em relação ao estudo de Gutiérrez et al. (2007).

Desenvolvimentos recentes com a medida original de Carver et al (1989) têm de facto vindo a reforçar a relevância de organizações alternativas dos itens que compõem a medida original. A AFCP de 2ª ordem apresenta semelhanças com a perspectiva de Gutiérrez et al. (2007), que sugerem o carácter unitário das estratégias de coping focadas no problema, mas não das estratégias de coping focado na emoção, como assume a perspectiva de Carver et al. (1989). Assim, o ajustamento emocional é influenciado por estratégias de enfrentamento ou evitamento ao agente stressor, o que num contexto evolutivo corresponde às reacções básicas de ameaça (fixar a atenção e actuar sobre o stressor superável, fugir do stressor insuperável e, busca de ajuda/conforto), sendo utilizadas várias estratégias em simultâneo.

Os resultados obtidos na nossa investigação, salientam a multiplicidade na utilização de estratégias face a uma situação geradora de stress e a organização da resposta em função das reacções básicas de luta ou fuga, salientadas pela perspectiva evolutiva. A dimensão relativa ao investimento engloba estratégias de coping focadas no problema e estratégias focadas na emoção. É uma dimensão caracterizada

pela orientação da atenção, do processamento cognitivo e de acções face a fonte de stress. Envolve estratégias implícitas a aceitar o problema como real, tentar conceptualizá-lo de forma positiva, ponderar acerca das etapas a tomar, colocar outros projectos de parte para lidar melhor com a fonte de stress, esperar pelo momento mais apropriado para lidar com a fonte de stress ou desenvolver acções directas para remover ou para contornar o problema. Por outro lado, a dimensão relativa ao desinvestimento caracteriza-se pela orientação da atenção, do processamento cognitivo e das acções no sentido de afastar o indivíduo da fonte de stress. Assim, envolve estratégias de distração e de negação, levando o indivíduo a actuar como se o problema não existisse ou a desistir de objectivos nos quais o problema interfere. Finalmente a busca de suporte é caracterizada pelo apoio na religião, pelo processamento cognitivo e por acções de suporte social, o que se traduz na procura de informação, de apoio, de compreensão, e de expressão de sentimentos de desconforto.

Um segundo estudo analisou aspectos implícitos às validades convergente e divergente da versão obtida numa amostra mais reduzida de 151 indivíduos, utentes dos cuidados de saúde primários. No que respeita à validade convergente, os resultados mostraram que a maior utilização de estratégias de descomprometimento comportamental (i.e. redução de esforços para lidar com um stressor, podendo mesmo desistir de tentar alcançar os objectivos nos quais o stressor interfere), de coping restritivo (i.e. esperar até surgir a oportunidade apropriada para actuar; pressupõe não agir de forma prematura) e de supressão de actividades competitivas (i.e. colocar outros projectos de lado, evitando ser distraído por outros acontecimentos, de modo a lidar com o stressor), estavam associados a maior severidade de sintomas (avaliado pelo IGS da BSI).

Por outro lado os resultados mostraram igualmente que a aceitação está também associada a uma maior prevalência de sintomas. Embora a associação encontrada seja fraca e com um nível de significância marginal, o resultado suscita particular interesse e levanta questões pertinentes em duas vertentes. No que respeita à definição deste factor e aos itens que o compõem, Carver et al. (1989) definem a aceitação como uma estratégia que pressupõe que o indivíduo “aceite a realidade da situação geradora de desconforto, tentando assim lidar com ela”. Pela designação atribuída pelos autores da medida original, a aceitação parece traduzir um processo activo em que simultaneamente o indivíduo aceita a realidade da situação e desenvolve esforços no sentido de lidar com o acontecimento. No entanto Carver et al. (1989) re-

ferem que dentro do processo conceptual na base do qual a medida é construída, a aceitação envolve dois aspectos do processo de coping, a aceitação do stressor como real e a aceitação da ausência de estratégias de coping activo. Este aspecto é particularmente relevante face a situações em que é necessário um ajustamento versus situações em que o stressor é susceptível de alteração. O conteúdo dos itens leva-nos claramente a admitir que a aceitação conforme conceptualizada pelos autores da versão original, reflectem o processo de acomodação à situação (por exemplo o item 13 “ Habituo-me à ideia do que aconteceu”; o item 21 “Aceito que isso me aconteceu e que não pode ser alterado”). É preponderante reforçar que a instrução da medida foi dada no sentido do que os sujeitos fizeram/estão actualmente a fazer face a uma situação particular de doença, que os motivou a recorrer aos cuidados de saúde primários. Numa segunda vertente este resultado coloca questões acerca da (in) adequação da estratégia face a uma situação susceptível/não susceptível de ser alterada. É possível que tenham também existido falhas nas avaliações feitas pelos sujeitos acerca das exigências da situação e sobre os recursos necessários e disponíveis para lidar com o acontecimento.

No que respeita à validade divergente a versão da COPE obtida foi analisada pela sua capacidade de distinguir indivíduos com elevados/baixos níveis de sintomas de ansiedade, de depressão e de stress, recorrendo a procedimentos estatísticos de comparação da média amostral de dois grupos independentes, concretamente o teste de *Mann-Whitney* e o teste *t para amostras independentes*.

A versão obtida da COPE mostrou ser capaz de distinguir indivíduos com elevados/baixos níveis de depressão e de stress. O grupo de indivíduos com elevados sintomas depressivos reportou uma maior utilização de coping restritivo, comparativamente com o grupo de indivíduos com menos sintomas depressivos. Por outro lado o grupo de indivíduos com mais sintomas de stress mostrou uma maior utilização de estratégias de descomprometimento comportamental e de recusa/fuga, o que reforça a prevalência deste tipo de estratégias num resultado desadaptativo (Carver et al, 1989; Muller & Spitz, 2003; Stanton & Franz, 1999).

Os resultados do estudo da validade divergente suscitam dados interessantes e reforçam a organização factorial proposta por Gutiérrez et al. (2007). Os factores da COPE que permitiram distinguir indivíduos com mais ou menos sintomas de depressão e de stress (i.e. coping restritivo, descomprometimento comportamental e recusa/fuga) correspondem ao desinvestimento, uma dimensão próxima das estra-

tégias tidas como disfuncionais ou menos úteis na conceptualização de Carver et al. (1989), o que pressupõe, como referido anteriormente, a utilização de recursos de atenção, processamento cognitivo e acções que promovam o afastamento da fonte de stress. As estratégias baseadas no desinvestimento são conceptualizadas frequentemente como disfuncionais uma vez que não solucionam o problema e tendem a produzir perdas de recursos e de oportunidades. Estas estratégias tem no entanto mostrado efeitos benéficos em algumas circunstâncias uma vez que nem todas as situações são transponíveis ou aceites e como tal investir pode acarretar danos (Gutiérrez et al., 2007).

A forma como o indivíduo lida com um acontecimento gerador de stress, implica a integração do acontecimento no seu sistema de crenças, de modo a extrair um significado e a perceber os benefícios da experiência, estando relacionado com emoções positivas e com as estratégias de coping focadas no problema (Folkman e Moskowitz 2004). A distinção entre o coping focado no problema e o coping focado na emoção, apresenta problemas de conceptualização. As estratégias focadas na emoção podem promover a aproximação ou a evitação ao stressor, e tendem a produzir alguma ambiguidade na interpretação dos resultados quando, aspectos conceptualmente distintos são agrupados numa única escala (Stanton & Franz, 1999), redundâncias estas que podem contribuir para algumas das associações referidas na literatura, entre o coping focado na emoção, o desconforto e a psicopatologia.

Os resultados obtidos reflectem essencialmente as dificuldades de integração do modelo conceptual na base da medida original e os factores empíricos obtidos, reforçando algumas incoerências entre a definição dos factores fornecida pelos autores da medida original e o conteúdo dos itens que compõem os factores.

Apesar de ser um instrumento de medida com uma longa tradição e com uma taxionomia amplamente aceite na literatura, a COPE apresenta limitações. A existência de discrepâncias entre a definição das sub-escalas e o conteúdo dos itens, levanta questões na interpretação dos resultados. Neste sentido, os itens que compõem a aceitação têm implícitos um processo passivo com sentimentos de estranheza e de impotência associados, ou seja, de resignação e não, um processo motivacional gerador de sentimentos positivos, como seria de esperar. As dificuldades na replicação da estrutura original constituem outro aspecto de interesse. A literatura existente, mostra diversas estruturas factoriais, com múltiplos critérios de extracção/de retenção e, rotação de factores, sem utilizar técnicas de confirmação que

permitam a resolução das questões conceptuais da organização da resposta humana a situações geradoras de stress (Clark, Bormann, Cropanzano & James, 1995; Deisinger, Cassisi & Whitaker, 1996; Folkman & Moskowitz, 2004; Guitiérrez et al., 2007; Hudek-Knezevic, Kardum & Vukmirov, 1999; Ingledeu, Hardy, Cooper & Jewal, 1996; Kallasmaa & Pulver, 2000; Litman, 2006, Lyne & Roger, 2000; O'Connor & O'Connor, 2003; Sica, Novara, Dorz & Sanavio, 1997). Porém, trata-se do primeiro estudo de natureza factorial da COPE numa amostra portuguesa pelo que os resultados devem ser confirmados por outros estudos da mesma natureza, dado que a investigação na área do coping falha na integração de um modelo teórico capaz de conceptualizar e organizar o amplo conjunto de respostas humanas face à adversidade, reforçando a necessidade de investigações adicionais.

Capítulo 10
Estudos Preliminares de Aferição das Medidas
Avaliação da Dor. Utilização do Questionário de Auto-Resposta
The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* e *Chronic Pain Coping Inventory-42
***(CPCI-42)* na População Portuguesa.**

Neste capítulo são apresentados os estudos de aferição das medidas SOPA e da CPCI-42. O primeiro estudo foca a análise factorial exploratória realizada e analisa aspectos implícitos à fidelidade dos factores obtidos; o segundo estudo analisa a validade convergente e divergente das versões portuguesas obtidas.

A dor constitui uma experiência multidimensional desagradável, com componentes sensoriais e emocionais. A caracterização da dor, em função da sua duração, permite compreender os aspectos que lhe estão subjacentes. Assim, a dor aguda constitui um sinal de alerta para ocorrência de um traumatismo ou de uma queimadura, por exemplo. Neste contexto é um sintoma importante para o diagnóstico de várias patologias e um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, pela população em geral. Por outro lado, a dor crónica é definida como persistente ou recorrente, com uma duração de pelo menos 3-6 meses. A dor crónica não tem qualquer vantagem para o indivíduo, uma vez que para além do sofrimento que provoca, pode ter repercussões na saúde física e mental (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006).

A literatura tem feito referência aos efeitos disruptivos da dor crónica, no funcionamento físico, psicológico e social, tais como insónias, sintomas de ansiedade e de depressão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006; Bird, 2003; Caraceni, Cherny, Fainsinger, Kaasa, Poulain, Radbruch et al., 2002; Ektor-Andersen, Ørbæk & Isacsson, 2002; Evers, Kraaimaat, Riel & Jong, 2002; Jensen & Karoly, 1991; Schiaffiano, Shawaryn & Blum, 1998). O carácter intrusivo da dor

é considerado como a característica mais incapacitante, uma vez que assume prioridade no processamento da informação, podendo promover o abandono por parte do indivíduo de actividades que estão a competir no momento, uma vez que a dor poderá significar perigo ou ameaça para o próprio (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eeelen, 1996).

A literatura centrada nos modelos cognitivo-comportamentais tradicionais tem reforçado a pertinência dos conteúdos cognitivos e das respostas de coping no ajustamento à dor e às limitações decorrentes. A relevância dos factores psicológicos tem também vindo a promover uma clarificação dos mecanismos implícitos ao facto de alguns indivíduos com dor crónica apresentarem limitações a tantos níveis enquanto outros parecem mostrar um melhor ajustamento à situação algica.

São várias as investigações que mostram a importância de avaliar os conteúdos cognitivos do indivíduo acerca da dor e dos respectivos tratamentos, como parte de uma avaliação multidimensional prévia, aos programas de tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992). Esta informação é útil para a planificação e para a aderência ao tratamento, podendo influenciar a capacidade de lidar com a dor, bem como o resultado do próprio tratamento (Strong, Ashton & Chant, 1992).

As crenças constituem assim configurações cognitivas pessoalmente formadas ou culturalmente partilhadas que resultam das interacções estabelecidas entre o sujeito e o meio. Estão relacionadas com estados mentais que quando actuam em conjunto, podem antecipar/preparar o indivíduo para a acção (Diniz, 2004). Constituem noções preexistentes acerca da realidade e modelam a percepção do ambiente e de si próprio, determinando o seu significado. As crenças acerca da experiência da dor representam conceptualizações do próprio indivíduo acerca do que a dor é e o que representa para si (Fisbein & Ajzen, citados por Strong et al., 1992; Williams & Thorn, citados por Strong et al., 1992). Neste sentido, englobam uma multiplicidade de crenças a respeito da etiologia da dor, do seu significado, sobre a capacidade de controlo, o impacto na vida do indivíduo, preocupações sobre o futuro e sobre as expectativas de tratamento (Ehde & Jensen, 2010; Turk & Okifuji, 2002). Representam assim, constructos cognitivos que interferem no significado que o indivíduo atribui ao acontecimento e na forma como lida com ele (Lazarus & Folkman, 1984).

São várias as investigações que mostram as associações entre as crenças, o funcionamento físico (Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994) e o funcionamento psicológico (Jensen, Romano, Turner, Good & Wald, 1999). A literatura tem reforçado particularmente a relevância de alguns tipos de crenças nomeadamente as crenças de controlo (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que pode controlar a dor), as crenças de incapacidade (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que está incapacitado pela dor) e, as crenças de dano (i.e. a extensão para a qual o indivíduo acredita que a dor significa que o exercício deve ser evitado ou que está a ser prejudicial) (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Turner, Jensen & Romano, 2000). Num estudo transversal realizado em 169 indivíduos integrados num programa multidisciplinar para a dor, Turner et al. (2000) mostraram a relevância destes 3 tipos de crenças na incapacidade física e psicológica.

Tradicionalmente, a investigação cognitivo-comportamental tem assumido igualmente o papel preponderante do coping. De acordo com estas abordagens, o coping é visto essencialmente como um processo de aquisição de controlo sobre a dor. No entanto, quando a dor provoca sofrimento e interferência na vida, não podendo ser eliminada ou controlada, torna-se necessário que os esforços dos indivíduos e os tratamentos fornecidos, sejam redireccionados em função das suas necessidades específicas (McCracken, Eccleston & Bell, 2005).

A abordagem central do coping assenta no Modelo Transaccional de Stress e Coping de Lazarus e de Folkman (1984), no qual o coping é definido como um processo fluido, sujeito a mudança em função da situação e ao longo do tempo, composto por avaliações, respostas e reavaliações, e influenciado pelas diferenças individuais tais como as crenças, as expectativas, a personalidade, as características biológicas e o ambiente social (DeGood & Tait, 2001; Ruhlman, Karoly, Newton & Aiken, 2005). Representa um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais produzidas pelo indivíduo para lidar com as exigências internas e externas, (Lazarus & Folkman, 1984).

Novos métodos de avaliação do coping começaram a ser explorados em indivíduos com patologias que cursam com dor crónica. A abordagem de coping desenvolvida por Jensen et al., (1995) baseia-se na avaliação da frequência de utilização das estratégias de coping alvo de mudança, nas intervenções multidisciplinares. Este tipo de abordagem permite identificar se o indivíduo com dor crónica precisa de in-

tervenção bem como qual deverá ser o foco dessa intervenção (Hadjistavropoulos, MacLeod & Asmundson, 1999).

Num estudo longitudinal realizado em 141 indivíduos com dor crónica, com o objectivo de analisar a modificação dos conteúdos cognitivos e das estratégias de *coping*, ao longo de um tratamento multidisciplinar para a dor crónica, Jensen, Turner e Romano (2001) mostraram a diminuição de sintomas de incapacidade, da intensidade da dor e de depressão. A diminuição no relato de incapacidade, mostrou-se associada a um aumento das crenças de controlo sobre a dor, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (1994) e com Coughlin, Badura, Fleischer e Guck (2000). Por outro lado, a diminuição no relato de incapacidade mostrou-se também associada a uma diminuição das respostas/estratégias de coping que envolvem a restrição, tais como estratégias de prevenção e de descanso.

Partindo da premissa de que as crenças acerca da dor e as estratégias de coping influenciam o ajustamento à dor crónica, as abordagens cognitivo-comportamentais têm direccionado as suas intervenções simultaneamente para a redução dos conteúdos cognitivos negativos e das estratégias de coping maladaptativas, e para promoção de formas mais adaptativas. As crenças acerca da dor e as estratégias de coping desempenham assim um papel relevante no ajustamento e no funcionamento psicológico do indivíduo, sendo determinante o desenvolvimento de medidas de avaliação destes constructos válidas e fidedignas adequadas à população portuguesa.

Apesar da literatura referir alguns instrumentos de medida com qualidades psicométricas aceitáveis no contexto das patologias que cursam com dor crónica, a presente investigação reporta o primeiro estudo de adaptação e análise da natureza factorial da *Survey of Pain Attitudes* (SOPA: Jensen & Karoly, 2000) e da *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42: Romano, Jensen & Turner, 2003) realizado numa amostra portuguesa. Na sua versão original, os 57 itens que compõem a SOPA (Jensen & Karoly, 2000), estão agrupados em 7 factores relativos às crenças de controlo, às crenças de incapacidade, às crenças de dano, às crenças acerca da influência do estado emocional, às crenças sobre a medicação, às crenças de solicitação e às crenças relativas aos cuidados médicos. Por outro lado a CPCI-42 (Romano, Jensen & Turner, 2003), é composta na sua versão original por 42 itens, que avaliam as estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com a dor, organizadas em oito factores respeitantes às estratégias de prevenção, de descanso, de busca de assistência, de relaxamento, de persistência na tarefa, de exercício/alongamento, de busca de suporte social e de auto-declarações.

A presente investigação teve assim como objectivo analisar num 1º estudo a validade factorial e a fidelidade das versões SOPA e CPCI-42 obtidas e, num 2º estudo aferir a validade divergente e a validade convergente das versões obtidas.

1º ESTUDO

10.1. Método

10.1.1 Amostra

O estudo utilizou a amostra de 651 indivíduos, utentes do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul. Os participantes foram recrutados aleatoriamente no dia em que se dirigiam à instituição para obter consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar, entre Janeiro e Setembro de 2006. Relembremos sucintamente as características gerais da amostra (já descritas anteriormente no capítulo 9). A amostra foi constituída por 267 do sexo masculino e 384 do sexo feminino, com uma média de idades de 52.28 (DP= 17.28), para os homens e de 49.98 (DP= 17.17) para as mulheres. No que respeita ao estado civil, 76.5% dos participantes era casado/união de facto (13.6% solteiros; 3.2% divorciados/separados; e, 6.7% viúvos). Em relação à situação profissional, 59.1% dos participantes estavam empregados e 31.2% estavam reformados. Em relação às habilitações literárias, os participantes do sexo feminino apresentaram uma média de 6.99 anos de escolaridade (DP= 4.99) e os participantes do sexo masculino uma média de 6.72 anos (DP= 4.87). O estudo das diferenças entre sexos evidenciou apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas para profissão ($\chi^2(2, .019) = 7.935$). Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

10.1.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) Folha de dados demográficos; b) *The Survey of Pain Attitudes* (SOPA), para avaliação das crenças e, c) *The Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42), para avaliação das estratégias de coping para lidar com a dor. A caracterização das medidas é feita no capítulo 8 (ponto 8.6).

10.1.3. Procedimento

Seguindo a metodologia geral referida no capítulo 8 (ponto 8.4.), foram solicitadas as autorizações formais à Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Lisboa

e Vale do Tejo e à Direcção Clínica do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (Anexos 1 a 7). À semelhança do estudo anterior, os indivíduos foram informados pela investigadora responsável sobre os objectivos do estudo e os aspectos éticos implícitos, sendo solicitado o seu consentimento informado (Anexo 8). Foi agendada uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos e posteriormente efectuado num gabinete disponível nas várias instituições. A duração da sessão foi de 20-30 minutos (Anexo 12).

Adaptação da medida à língua portuguesa

Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada. Os aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, foram verificados no sentido de preservar o conteúdo de cada item. Foi efectuada a retroversão da medida, por um indivíduo de nacionalidade inglesa, que domina a língua portuguesa (escrita e falada), e comparada com a versão original.

10.1.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design transversal. A estrutura relacional dos indicadores das versões originais da SOPA e da CPCI-42 foram avaliadas pela *Análise Factorial Exploratória*, sobre a matriz das correlações com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação *Varimax*. Foram considerados 3 critérios para a retenção dos factores: *eigenvalue* superior a 1 (critério de *Kaiser*), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. Para avaliar a validade da *Análise Factorial Exploratória* foi utilizado o critério da medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). A consistência interna de cada componente foi medida com o alfa de *Cronbach* (α).

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

10.2. Resultados

10.2.1. Validade Factorial da *The Survey of Pain Attitudes*

Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (.856) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (11305.44; $p = .000$), permitiram a realização da *Análise Factorial em Componentes Principais* aos 57 itens, com rotação *varimax*. Pela análise dos dados do *Screen-Plot* e com o critério de retenção do *eigenvalue* superior a 1,

testaram-se as soluções factoriais de 9, 10 e 11 factores. Foi resolvida a solução de 9 componentes, que permitiu explicar 61.319%, com 43 itens. Os valores das comunalidades mostraram a adequação ao modelo obtido (Tabela 11). A solução inicial dos autores da medida original apresenta 7 factores (Jensen & Karoly, 2000). A organização dos itens por alguns factores apresenta algumas semelhanças com a versão original, apesar da ordem dos factores não apresentar semelhanças com a de Jensen e Karoly (2000).

Tabela 11. Correspondência dos itens da SOPA aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores								
	1 Controlo/ Est. Auto- Controlo	2 Incap.	3 Emoção	4 Solicitação	5 Medi- cação	6 Cuidados Médicos	7 Controlo/ Est. Aprend	8 Cura Médica	9 Dano
sopa_47	.719	-.146	-.165	-.139	.122	-	-	.291	-.112
sopa_33	.714	-.284	-	-	-.103	-	.362	-	-
sopa_28	.708	-.206	-.155	-	-	-.175	.128	.260	-
sopa_11	.677	-.212	-.166	-.161	-	-.154	.101	.285	-
sopa_5	.636	-.100	-.115	-	.184	-	-.107	-	.301
sopa_48	.596	-	.518	-.128	.114	-.126	-.140	-	-
sopa_57	.584	-.299	-.109	-.159	-.159	-	-	-	-
sopa_53	.549	-.443	.329	-	-	-	.138	-.118	-.103
sopa_13	.522	-	-	-	.288	.263	-	-	.274
sopa_25	.519	-.185	-	-.137	-.148	-	.213	-	-.385
sopa_18	.430	-.131	-	.148	-.305	.316	-.217	-	.163
sopa_45	-	.772	-	-	-	-	-	-	-
sopa_49	-.261	.731	.111	-	-	-	-	-	-
sopa_42	-.166	.729	-	-	-	-	-.168	-	-
sopa_52	-.427	.576	-	-	-	-	-.180	-	.104
sopa_53	-.290	.502	-	.217	-	-	-	-	.208
sopa_31	-.121	-	.832	-	-	-	-	-	-.198
sopa_23	-.224	-	.831	.193	-	-	-	-	-
sopa_44	-.117	-.150	.793	.124	-	-	.111	-	-
sopa_15	-	.274	.760	-	-	-	-	-	-
sopa_17	-	-	.104	.852	-	.140	-	-	-
sopa_9	-.173	-	.128	.824	-	.211	-	-	-
sopa_22	-.287	-	.111	.736	-	.108	-	-	-
sopa_34	.169	.302	-	.577	-	.261	.298	-	-
sopa_56	.190	-	-	-	.791	.137	-	-	-
sopa_54	-	-	-	-	.744	-	-	-	-
sopa_51	-	.104	-	-	.669	.224	.105	-	-
sopa_21	-	-.196	-	-	.529	-	-	.418	.155
sopa_4	-	-	.187	.126	.292	-.189	-.173	.196	.253

sopa_50	-	-	-	.236	-	.742	-	-	-
sopa_27	-	-	-	-	.249	.620	.179	-	-
sopa_29	-.176	-	-	.272	.101	.611	-	-	-
sopa_1	.150	-	-	-	-	-	.799	.106	-
sopa_39	-	-.305	-	-	-	.215	.687	-	-.194
sopa_41	.134	-.349	-	-	-	.280	.546	-	-.293
sopa_2	-	-	-	.232	.156	.354	.432	-.100	.271
sopa_12	.106	.199	-	-	.113	-	-	.745	.106
sopa_43	.319	-	-.105	-	-	-	-	.664	-
sopa_40	-.283	-.114	-	.111	-	.393	-	.635	-
sopa_16	.273	-.167	-.115	-	.280	-.182	.225	.433	-.132
sopa_24	-	-	-.127	-	-	-	-.150	-.160	.727
sopa_55	-.185	.401	-	-	-	-	-	-	.661
sopa_46	.432	-	-.169	-.124	-	-	-	.102	.535

10.2.2. Fidelidade

Os valores de consistência interna, foram analisados através do alfa de *Cronbach*. Foram encontrados valores superiores ou iguais a .60, à excepção das crenças relativas à cura médica. Os factores da versão obtida apresentaram valores de consistência interna superiores ou iguais a .60, e superiores à versão original (entre .56 e .73, versão original; entre .59 e .86, versão obtida) (Tabela 12).

Tabela 12. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de *Cronbach* para cada factor SOPA obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1	Controlo/Estratégias de Auto-Controlo				.86 (.76)
sopa_33	Posso controlar a minha dor mudando os meus pensamentos	1.86	1.38	.708	
sopa_47	Não tenho controlo na minha dor	1.90	1.40	.69	
sopa_28	Sou incapaz de controlar a maior parte da minha dor	1.74	1.38	.70	
sopa_11	A quantidade de dor que sinto, está fora do meu controlo	1.83	1.41	.67	
sopa_5	A dor é um sinal que não me tenho exercitado suficiente	2.10	1.39	.55	
sopa_48	Não importa como me sinto emocionalmente porque a minha dor permanece igual	1.73	1.46	.48	

sopa_57 A minha dor não poderá impedir ninguém de levar uma vida activa	1.85	1.43	.56
sopa_53 Se mudar as minhas emoções, posso influenciar a minha dor	1.89	1.29	.55
sopa_13 A dor não tem de significar que o meu corpo está a ser lesado	2.04	1.47	.41
sopa_25 Basta concentrar-me ou relaxar para aliviar a parte mais aguda da minha dor	1.87	1.36	.4795
sopa_18 Como pago aos médicos, eles irão curar a minha dor	1.04	1.18	.30
Factor 2	Incapacidade		.79 (.51)
sopa_45 Posso fazer tudo o que fazia antes de ter o meu problema relacionado com a dor	2.14	1.39	.60
sopa_49 A dor nunca me irá impedir de fazer o que realmente quero	1.96	1.37	.61
sopa_42 A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente activa	1.62	1.40	.63
sopa_52 Se a pessoa se torna ou não incapacitada pela dor, isso depende da atitude que tem acerca da mesma	2.09	1.35	.52
sopa_3 Não considero a minha dor como uma incapacidade	2.00	1.48	.48
Factor 3	Emoção		.85 (.75)
sopa_31 A depressão aumenta a dor que sinto	2.69	1.30	.77
sopa_23 O stress na minha vida aumenta a dor que sinto	2.66	1.31	.77
sopa_44 Existe uma relação entre as emoções e o meu nível de dor	2.61	1.22	.64
sopa_15 A ansiedade aumenta a dor que sinto	2.55	1.31	.60
Factor 4	Solicitação		.81 (.71)
sopa_17 Quando estou magoado mereço que a minha família me trate com carinho e com preocupação	2.91	1.16	.74
sopa_9 Quando me magou quero que a minha família me trate melhor	2.77	1.31	.72
sopa_22 É da responsabilidade da minha família ajudar- me quando estou com dor	2.64	1.36	.61
sopa_34 Preciso de cuidados mais carinhosos do que os que tenho habitualmente, quando estou com dor	2.73	1.29	.49

Factor 5	Medicação			.62 (.42)
sopa_56 Nenhum procedimento médico pode ajudar a minha dor		3.30	.91	.53
sopa_54 Nunca mais volto a tomar medicação para a dor		3.18	.93	.47
sopa_51 Se o meu médico me prescrevesse medicação para a dor, eu iria deitá-los fora		3.67	.78	.43
sopa_21 Desisti da minha busca para a completa eliminação da minha dor através dos médicos		3.02	1.12	.38
sopa_4 Nada relacionado com a minha dor me aborrece realmente		2.46	1.33	.19
Factor 6	Cuidados Médicos			.68
sopa_50 Quando encontro o médico certo, ele/ela irão saber como reduzir a minha dor		3.27	.94	.52
sopa_27 A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica		3.38	.86	.45
sopa_29 O trabalho do médico é encontrar tratamentos para a dor que funcionem		3.23	1.01	.50
Factor 7	Controlo/Estratégias Aprendizagem			.59 (.76)
sopa_1 Existem alturas em que posso influenciar a quantidade de dor que sinto		2.44	1.45	.50
sopa_39 Tenho aprendido a controlar a minha dor		2.05	1.41	.45
sopa_41 Tenho a certeza que posso aprender a lidar com a minha dor		3.05	1.17	.27
sopa_2 A dor que sinto é um sinal de que o dano está a ser provocado		2.49	1.38	.27
Factor 8	Cura Médica			.69 (.63)
sopa_12 Não espero uma cura médica para a minha dor		2.54	1.25	.49
sopa_43 A minha dor física nunca se irá curar		2.92	1.10	.58
sopa_40 Acredito que os médicos podem curar a minha dor		2.99	1.04	.54
sopa_16 Existe pouco que possa fazer para aliviar a minha dor		3.03	1.00	.31
Factor 9	Dano			.60 (-)
sopa_24 O exercício e o movimento são bons para o meu problema		1.02	1.14	.47
sopa_55 O exercício pode diminuir a quantidade de dor que experiencio		1.92	1.29	.41
sopa_46 Se não me exercitar regularmente o meu problema de dor irá piorar		1.63	1.26	.37

10.2.3. Validade Factorial da *Chronic Pain Coping Inventory-42*

No que respeita a análise dos valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* (.951) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (17003.74; $p = .000$) permitiram a realização da *Análise Factorial em Componentes Principais* com rotação *varimax*, aos 42 indicadores que constituem a versão original. A partir da análise dos dados do *Screen-Plot*, foram testadas as soluções de 5 e 6 factores, sendo utilizada a regra do *eigenvalue* superior a 1 como critério de retenção. Foi retida a solução de 6 factores que explicou 60.835%. As análises dos valores das comunalidades permitiram confirmar a adequação dos itens ao modelo encontrado (Tabela 13).

Tabela 13. Correspondência dos itens da CPCI-42 aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais.

	Factores					
	Relaxamento	Prevenção	Busca de Suporte	Auto Declarações	Persistência na Tarefa	Exercícios
cpci_24	.809	.237	.140	.125	-	-
cpci_35	.772	.237	.177	.185	-	-
cpci_39	.766	.230	.198	.160	-	-
cpci_27	.755	.193	.268	.104	-	-
cpci_9	.711	.266	.261	-	-	.119
cpci_38	.703	-	.325	.276	-.143	-
cpci_23	.632	.311	.315	.144	-	.164
cpci_8	.603	-	.323	.352	-.133	-
cpci_25	.581	.471	-	.218	-	-
cpci_37	.503	.342	.366	.272	-.217	-.147
cpci_42	.486	.285	.429	.234	-.205	-.173
cpci_20	.365	.650	.101	.255	-	-
cpci_36	.267	.647	.204	.250	-.165	-
cpci_7	.361	.643	.165	.24	-	-
cpci_26	.407	.572	.371	.162	-	-
cpci_16	.414	.563	.442	.128	-	-
cpci_22	-	.552	-	-	-	.407
cpci_40	.449	.543	.414	-	-	-
cpci_30	.350	.512	.257	.329	-.241	-.117
cpci_32	.478	.509	.195	.261	-.132	-
cpci_34	-	-.505	-.184	.170	.472	-
cpci_28	.278	-.202	.745	.224	-	-
cpci_11	.232	.166	.705	.297	-	-
cpci_4	.381	.300	.701	.193	-	-
cpci_13	.210	-	.690	.398	-	-
cpci_14	.448	.345	.680	-	-	-
cpci_5	.380	.562	.569	-	-	-
cpci_31	.404	.442	.463	.213	-.175	-.196
cpci_1	.343	-	.390	.189	-	.377

cpci_10	.152	-	.201	.754	.145	.117
cpci_17	.216	-	-	.751	.194	-
cpci_15	.179	.177	.246	.690	.109	.107
cpci_6	-	.299	.292	.676	.102	-
cpci_29	.244	.2'8	.103	.453	-	-
cpci_12	.343	.231	.331	.433	-.323	-.155
cpci_3	.239	.267	.331	.344	-.221	-.136
cpci_21	-	-	-	-	.841	-
cpci_2	-	-	.173	-	.787	-
cpci_41	.139	-.240	-.101	-	.696	-.131
cpci_18	-	-.122	-.134	.345	.637	.189
cpci_33	-	.224	-	-	-	.748
cpci_19	.222	-.270	-	-	-	.745

De acordo com os pesos factoriais dos itens obtidos, os factores foram nomeados: relaxamento (Factor 1), prevenção (Factor 2), busca de suporte (Factor 3), auto-declarações (Factor 4), persistência na tarefa (Factor 5) e exercício (Factor 6). O alfa de *Cronbach* da versão obtida, foi superior a .78, à excepção do factor relativo ao exercício. A Tabela 14 apresenta os valores médios, de desvio padrão, de correlação item-total e do alfa de *Cronbach* para cada factor da versão CPCI-42 obtida. Entre parêntesis é apresentado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito apresentam correspondência com os factores da versão original da medida.

Tabela 14. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e alfa de *Cronbach* para cada factor CPCI-42.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α <i>Cronbach</i>
Factor 1	Relaxamento				.94 (.72)
cpci_24 Coloquei-me de costas, estendi-me ao máximo e permaneci esticado durante 10 segundos		2.13	2.00	.79	
cpci_35 Estiquei os músculos onde me doía, e permaneci esticado pelo menos durante 10 segundos		2.37	2.07	.79	
cpci_39 Fiz exercícios de extensão das costas, durante pelo menos um minuto		2.26	2.09	.78	
cpci_27 Exercitei-me durante pelo menos 5 minutos, para promover a minha condição física		2.54	2.10	.77	
cpci_9 Sentei-me no chão, estiquei-me ao máximo e permaneci esticada durante 10 segundos		1.98	1.93	.75	

cpci_38 Respirei de forma calma e profunda, para relaxar	2.83	2.14	.77
cpci_23 Meditei para relaxar	2.04	1.88	.74
cpci_8 Procurei relaxar os meus músculos	3.11	2.13	.69
cpci_25 Permaneci com uma parte do meu corpo (e.g. braço) numa posição especial	2.52	2.12	.66
cpci_37 Fui para o quarto por mim próprio para descansar	3.30	2.34	.70
cpci_42 Deitei-me no sofá	3.80	2.63	.68
Factor 2	Prevenção		.85 (.74)
cpci_20 Limitei a minha caminhada	2.71	2.09	.68
cpci_36 Evitei a actividade	2.95	2.21	.67
cpci_7 Evitei usar alguma parte do meu corpo (e.g. mão, braço, perna)	2.80	2.20	.71
cpci_26 Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa	2.85	2.22	.77
cpci_16 Pedi ajuda para um trabalho de rotina ou para uma tarefa	2.88	2.30	.76
cpci_22 Andei de bengala/canadiana para a dor diminuir	1.00	1.92	.36
cpci_40 Pedia a alguém que me arranjasse alguma coisa (medicamentos, comida, bebida)	2.51	2.18	.71
cpci_30 Limitei o meu tempo em pé	3.11	2.17	.68
cpci_32 Evitei algumas actividades físicas (levantar, empurrar, transportar)	3.29	2.38	.74
cpci_34 Continuei a realizar o meu dia a dia	4.24	2.20	-.40
Factor 3	Busca de Suporte		.91 (.80)
cpci_28 Falei com um amigo ou membro da família para suporte	34.42	2.31	.78
cpci_11 Obtive suporte de um membro da família	3.75	2.42	.73
cpci_4 Obtive suporte de um amigo	3.85	2.34	.71
cpci_13 Falei com alguém próximo de mim	3.14	2.32	.83
cpci_14 Telefonei a um amigo para me ajudar a sentir melhor	2.30	2.48	.82
cpci_5 Pedi a alguém para falar alguma coisa por mim	2.97	2.31	.76

cpci_31 Fui para a cama	3.31	2.55	.69
cpci_1 Imaginei um cenário calmo e distrair-me, para me ajudar a relaxar	2.06	1.77	.42
Factor 4	Auto-declarações		.81 (.81)
cpci_10 Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar	3.76	2.21	.59
cpci_17 Disse a mim próprio que a minha dor iria melhorar	3.73	2.24	.62
cpci_15 Pensei em todas as coisas boas que tenho	3.85	2.28	.65
cpci_6 Lembrei-me que as coisas poderiam ser piores	4.00	2.28	.65
cpci_29 Lembrei-me que existem pessoas que estão piores do que eu próprio	4.25	2.77	.45
cpci_12 Descansei o mais que pude	3.92	2.89	.54
cpci_3 Descansei	3.77	2.15	.48
Factor 5	Persistência na Tarefa		.78 (.74)
cpci_21 Apenas não prestei atenção à dor	3.45	2.22	.66
cpci_2 Ignorei a dor	3.67	2.17	.58
cpci_41 Não deixei que a dor afectasse o que estava a fazer	3.76	2.24	.54
cpci_18 Não deixei que a dor interferisse nas minhas actividades	3.67	2.30	.55
Factor 6	Exercício		.58 (.83)
cpci_33 Utilizei a auto-hipnose para relaxar	.39	1.20	.43
cpci_19 Pratiquei exercícios de aeróbica (exercícios que fazem o meu coração bater depressa), durante pelo menos 15 minutos	.65	1.57	.43

2º ESTUDO

Estudo da validade convergente e divergente

10.3. Método

10.3.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada a amostra adicional de 151 indivíduos, utentes do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, utilizada e descrita no estudo do capítulo 9. Relembremos resumidamente as características principais da amostra. Os participantes foram aleatoriamente recrutados no dia em que se dirigiam à ins-

tituição para obter consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar, entre Janeiro e Setembro de 2006. A amostra é constituída por 62 indivíduos do sexo masculino e 89 indivíduos do sexo feminino, com uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP= 15.36) para as mulheres. No que respeita ao estado civil, a maioria dos participantes era casado (81.4% dos casado/união de facto; 8.7% solteiros; 2.7% divorciados/separados; e, 7.3% viúvos). Em relação à situação profissional, 64.9% dos participantes estavam empregados e 31.2% estavam reformados. Em relação às habilitações literárias, os participantes do sexo feminino apresentaram uma média de 5.56 anos de escolaridade (DP= 4.35), e os participantes do sexo masculino uma média de 5.41 anos (DP= 4.69). O estudo das diferenças entre sexos não revelou diferenças estatisticamente significativas. Não foram também encontradas associações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

10.3.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) Folha de dados demográficos; a) *The Survey of Pain Attitudes* (SOPA), para avaliação das crenças; c) *The Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42), para avaliação das estratégias de coping para lidar com a dor; d) *Brief Symptom Inventory* (BSI), para avaliação do desajustamento emocional; e) *Escalas de Depressão, Ansiedade e de Stress* (DASS-42), para avaliação da psicopatologia. A caracterização detalhada das medidas acima mencionadas é feita no capítulo 8 relativo à metodologia geral (ponto 8.6.). Com a amostra do nosso estudo, foram obtidos valores de consistência interna, α de *Cronbach* entre .72 e .97 para os factores da SOPA (com excepção dos factores relativos às crenças sobre a medicação e às crenças sobre os cuidados médicos que apresentaram valores de .40 e .34, respectivamente), entre .67 e .90 para os factores da CPCI-42, de .81, para o Índice Global de Sintomas, de .83 para a LOT-R, de .39 para a DASS-Ansiedade, de .87 para a DASS- Depressão e de .86 para a DASS-Stress.

10.3.3. Procedimento

À semelhança dos estudos descritos anteriormente, o presente estudo seguiu os parâmetros éticos referidos no procedimento geral (capítulo 8; ponto 8.4.) Foi agendado uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos, após os

participantes referenciamos para o estudo concordarem em participar e darem o seu consentimento informado (Anexo 8). O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 30 a 45 minutos (Anexo 13).

10.3.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design transversal. Para o estudo da validade convergente foram realizadas *análises de regressão linear*, com o objectivo de analisar quais os factores das versões obtidas da SOPA e da CPCI-42 que mais contribuem para a psicopatologia. A validade divergente das duas versões obtidas foi analisada através da capacidade de discriminar indivíduos com baixos/elevados sintomas de ansiedade, depressão ou de stress. Para tal, realizaram-se teste de comparação de médias (*teste de Mann-Whitney* para a ansiedade e para a depressão e a sua alternativa paramétrica, o *teste t para amostras independentes*, para o stress). Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

10.5. Resultados

10.5.1. Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e o enfiamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respectivamente) (Tabela 15). A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso a representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*). Procedeu-se à eliminação das observações *outlier* referentes à ansiedade e à depressão, dado poderem comprometer os procedimentos estatísticos realizados.

Tabela 15. Valores médios, de desvio padrão, mínimos e máximos, *Skweness*, *Kurtosis* e do teste K-S para as variáveis em estudo.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo- Máximo	<i>Skweness</i>	<i>Kurtosis</i>	K-S	<i>p</i>
SOPA							
Crenças de Controlo (Auto-controlo)	2.766	.783	.91-3.91	-.580	-.697	1.548	.017
Crenças de Incapacidade	1.431	1.191	0-4	.609	-.687	1.625	.010
Crenças de Emoção	2.379	1.736	0-4	-.379	1.672	3.122	.000
Crenças de Solicitação	3.115	1.209	0-4	-1.210	.245	3.506	.000

Crenças de Medicação	3.413	.593	1.20-4	-.888	.372	2.293	.000
Crenças de Cuidados Médicos	3.770	.432	1.67-4.00	-2.233	4.961	4.724	.000
Crenças de Controlo (estratégias de Aprendizagem)	3.389	.892	1-4	-1.482	1.041	3.558	.000
Crenças de Cura Médica	2.757	1.251	0-4	-.700	-.646	2.181	.000
Crenças de Dano	1.822	1.214	0-4	.298	-.648	1.736	.005

CPCI-42							

Relaxamento	.4767	.928	0-6.18	3.370	14.554	3.200	.000
Prevenção	1.2631	1.044	0-6.30	2.105	5.217	2.968	.000
Busca de Suporte	1.047	1.296	0-6	1.244	1.129	2.199	.000
Auto-Declarações	2.434	2.177	0-7	.429	-1.061	1.520	.020
Persistência na Tarefa	4.967	2.613	0-7	-.998	-.549	2.887	.000
Exercício	.2321	.8645	0-6	4.618	23.659	5.372	.000

Psicopatologia							

Depressão	2.305	4.274	0-25	2.637	7.735	3.623	.000
Ansiedade	2.187	3.071	0-22	3.029	13.367	2.917	.000
Stress	8.945	7.292	0-32	.887	.327	1.362	.049

Os pressupostos para a realização de análises de regressão linear foram validados no que respeita à normalidade (igualmente através do teste K-S e dos valores de *Skweness* e de *Kurtosis*), à homogeneidade (através da análise do gráfico de probabilidade normal) e à independência dos resíduos (através da estatística de *Durbin-Watson*). Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$).

10.5.2. Validade Convergente

Após validação dos pressupostos de normalidade dos dados, homogeneidade e independência dos resíduos, foram realizadas análises de regressão linear com selecção de variáveis pelo método Stepwise, com o objectivo de analisar quais os factores das versões obtidas da SOPA e da CPCI-42 (variáveis independentes) que mais contribuem para a explicação da depressão, da ansiedade e da stress, separadamente (variáveis dependentes) (Tabela 16). A *análise de regressão linear* realizada com a depressão como variável dependente, mostrou que as crenças de incapacidade (avaliadas pela SOPA) ($\beta = .287$; $t = 2.401$; $p = .019$) e crenças de controlo/estratégias de aprendizagem (SOPA) ($\beta = -.264$; $t = -2.209$; $p = .030$), contribuíram para uma proporção significativa de 21.6% na explicação da variabilidade da depressão. Assim, os indivíduos que relataram ter mais crenças de incapacidade e menos crenças relativas ao controlo/estratégias de aprendizagem reportaram mais sintomas de depressão.

Tabela 16. Variáveis predictoras da Depressão (sub-escala EADS-42).

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Depressão	1	Crenças Incapacidade (SOPA)	.187	.177	.287	2.402	.019
	2	Crenças controlo/estratégias de aprendizagem (SOPA)	.049	.039	-.264	-2.209	.030

% de variância explicada				21.6%			

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Uma segunda *análise de regressão linear* com o mesmo método de selecção das variáveis (Stepwise), e utilizando a ansiedade como variável dependente, mostrou que as crenças de controlo/estratégias de aprendizagem (avaliadas pela SOPA) contribuíram para uma proporção significativa de 16.1% da ansiedade ($\beta = -.415$; $t = -3.998$; $p = .000$) (Tabela 17). Neste sentido, os indivíduos que reportaram menos crenças de controlo/estratégias de aprendizagem apresentaram mais sintomas de ansiedade.

Tabela 17. Variáveis predictoras da Ansiedade (sub-escala EADS-42).

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Ansiedade	1	Crenças controlo/estratégias de aprendizagem (SOPA)	.172	.161	-.415	-3.998	.000

% de variância explicada				16.1%			

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Finalmente, a análise de regressão que utilizou o stress como variável dependente, mostrou que as crenças sobre a influencia do estado emocional (avaliadas pela SOPA) ($\beta = .317$; $t = 3.680$; $p = .000$), as estratégias de persistência na tarefa (avaliadas pela CPCI-42) ($\beta = -.274$; $t = -2.638$; $p = .010$) e das crenças de incapacidade (SOPA; $\beta = .230$; $t = 2.228$; $p = .029$) contribuíram para 23.2% da variabilidade do stress (Tabela 18). Assim, os indivíduos que relataram mais crenças sobre a influência do estado emocional, menos persistência na tarefa e mais crenças de incapacidade, mostraram mais sintomas de stress.

Tabela 18. Variáveis predictoras do Stress (sub-escala EADS-42).

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Stress	1	Crenças Emoção (SOPA)	.104	.092	.371	3.680	.000
	2	Persistência na Tarefa (CPCI-42)	.109	.10	-.274	-2.638	.010
	3	Crenças Incapacidade (SOPA)	.049	.04	.230	2.228	.029

% de variância explicada				23.2%			

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

10.5.3. Validade Discriminante

A validade discriminante das versões obtidas da SOPA e CPCI-42 foi analisada através da capacidade dos factores obtidos discriminarem indivíduos com baixos ou elevados níveis de depressão, de ansiedade e de stress. Foram formados dois grupos para cada sub-escala (i.e. grupo com elevada depressão/grupo com baixa depressão; grupo com grupo com elevada ansiedade/grupo com baixa ansiedade; grupo com elevado stress/grupo com baixo stress), recorrendo ao valor da média e, utilizados testes de comparação de médias para amostras independentes (Teste de *Mann-Whitney*, para a depressão e para a ansiedade; *Teste t para amostras independentes*, para o stress) (Tabela 19).

Para a *depressão* e para a *ansiedade*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os factores da versão obtida da SOPA.

Para o stress, os factores da versão SOPA obtida relativos às crenças de incapacidade ($t(116.995, .028) = 2.232$) e às crenças sobre a influência do estado emocional ($t(128.803, .000) = 4.109$), discriminaram o grupo de indivíduos com elevados níveis de stress do grupo de indivíduos com baixos níveis de stress. Assim, o grupo de indivíduos com mais sintomas de stress relatou mais crenças de incapacidade ($M = 1.6557$; $DP = 1.2957$) e mais crenças relativas à influência do estado emocional ($M = 3.30208$; $DP = 1.4492$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = 1.1920$, $DP = 1.0838$; $M = 1.85892$; $DP = 1.7862$, respectivamente para as crenças de incapacidade e para as crenças relativas à influência do estado emocional).

Tabela 19. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas SOPA, em função de mais/menos Ansiedade, Depressão e Stress.

	Depressão		<i>U</i>	<i>p</i>
	Grupo 1	Grupo 2		
	M	M		
Crenças Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	12.33	13.62	70.000	.689
Crenças Incapacidade	12.92	14.08	77.000	.724
Crenças Emoção	12.67	13.31	74.000	.852
Crenças Solicitação	11.42	15.58	57.500	.169
Crenças Medicação	13.69	13.31	82.000	.920
Crenças Cuidados Médicos	12.69	14.31	74.000	.614
Crenças Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	10.81	16.19	49.500	.072
Crenças Cura Médica	13.21	12.81	75.500	.894
Crenças Dano	15.50	11.50	58.500	.186

	Ansiedade				U	p
	Grupo 1		Grupo 2			
Crenças Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	24.91		23.13		255.000	.654
Crenças Incapacidade	26.33		22.67		244.000	.362
Crenças Emoção	23.29		25.71		259.000	.527
Crenças Solicitação	24.85		24.15		279.500	.848
Crenças Medicação	22.69		26.31		244.500	.360
Crenças Cuidados Médicos	24.96		24.04		277.000	.786
Crenças Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	24.19		24.81		280.500	.868
Crenças Cura Médica	23.19		24.85		256.500	.670
Crenças Dano	26.33		22.67		244.000	.353

	Stress					
	Grupo Mais Stress		Grupo Menos Stress		t	p
	M	DP	M	DP		
Crenças Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	2.75	.76	2.87	.79	-.875	.383
Crenças Incapacidade	1.66	1.30	1.19	1.08	2.232	.028
Crenças Emoção	3.02	1.45	1.59	1.79	.109	.000
Crenças Solicitação	3.29	1.08	2.97	1.34	1.528	.129
Crenças Medicação	3.48	.55	3.40	.60	.792	.430
Crenças Cuidados Médicos	3.73	.50	3.83	.35	-1.370	.173
Crenças Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	3.30	.90	3.52	.85	-1.450	.149
Crenças Cura Médica	2.83	1.10	2.86	1.29	-.120	.905
Crenças Dano	1.76	1.13	1.84	1.32	-.393	.695

Em relação à CPCI-42, a versão da medida obtida não discriminou entre os grupos de indivíduos com elevados e baixos sintomas de ansiedade e de depressão.

Para o stress, o factor da versão obtida da CPCI-42 relativo à prevenção discriminou os grupos de indivíduos com mais e com menos sintomas de stress ($t(84.663; .031) = 2.200$). O grupo de indivíduos com mais sintomas de stress, relatou um maior recurso a estratégias de prevenção ($M = 1.4038$; $DP = 1.1319$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = .9700$; $DP = .8062$) (Tabela 20).

Tabela 20. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas CPCI-42, em função de mais/menos Ansiedade, Depressão e Stress.

	Ansiedade				U	p
	Grupo 1		Grupo 2			
Relaxamento	17.14		16.00		117.000	.750
Prevenção	18.37		16.82		129.500	.656
Busca de Suporte	18.37		15.86		114.500	.464
Auto-Declarações	17.21		16.84		130.000	.928
Persistência na Tarefa	19.17		16.18		117.500	.391
Exercício	17.00		17.89		135.000	.811

Depressão						
	Grupo 1		Grupo 2		U	p
Relaxamento	13.55		10.58		49.000	.316
Prevenção	11.75		11.29		57.500	.872
Busca de Suporte	11.14		11.86		56.500	.797
Auto-Declarações	10.91		13.00		54.000	.487
Persistência na Tarefa	12.50		11.54		60.500	.740
Exercício	12.55		11.50		60.000	.740

Stress						
	Grupo Mais Stress		Grupo Menos Stress		t	p
	M	DP	M	DP		
Relaxamento	.5303	1.0853	.3055	.5158	1.318	.191
Prevenção	1.4083	1.1319	.9700	.8062	2.200	.031
Busca de Suporte	1.0391	1.3118	.8597	1.0578	.742	.460
Auto-Declarações	2.4792	2.1929	2.4914	2.2605	-.027	.978
Persistência na Tarefa	4.7500	2.8718	5.5150	2.1989	-1.486	.141
Exercício	.2292	1.0717	.1569	.5430	.427	.670

10.6. Discussão

Nas últimas décadas, o crescente conhecimento das trajetórias neuroanatómicas e dos mecanismos neurofisiológicos, subjacentes à dor, tem mostrado a importância dos factores psicológicos, na avaliação e na resposta do indivíduo a situações de dor crónica (Turk & Okifuji, 2002). Os avanços nesta área, têm suscitado novas formas de tratamento, sendo evidente a importância das crenças do indivíduo com dor crónica no seu funcionamento físico, na forma como lida com a situação e na resposta ao tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992; Turk & Okifuji, 2002).

Esta investigação teve o objectivo, de analisar as qualidades psicométricas das medidas *The Survey of Pain Attitudes* (SOPA; Jensen & Karoly, 2000) e da *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42; Romano, Jensen & Turner, 2003), que avaliam respectivamente, as crenças acerca da dor e as formas de lidar com este sintoma, numa amostra portuguesa de utentes dos cuidados de saúde primários.

Os resultados obtidos com a amostra portuguesa revelaram que a SOPA e a CPCI-42 são instrumentos de medida adequados para a avaliação das crenças sobre a dor e das estratégias de coping para lidar com esse sintoma. A SOPA permite identificar as crenças mais preponderantes no ajustamento à dor crónica a longo prazo. A CPCI-42 possibilita a avaliação da frequência de utilização das estratégias de coping e identificar quais os possíveis alvos de mudança nas intervenções multidisciplinares.

Num primeiro estudo, os procedimentos estatísticos realizados no âmbito da validade factorial permitiram a compreensão da organização dos itens que compõem as medidas, com recurso a métodos estatísticos multivariados de cariz exploratório. Para analisar a estrutura factorial da SOPA, foi realizada uma *Análise Factorial em Componentes Principais*, uma vez que pretendíamos compreender a estrutura da organização dos factores neste tipo de amostra, assumindo que os factores eram independentes entre si (Pestana & Gageiro, 2000; Tabachnick & Fidell, 2007). Assim, a análise factorial obedeceu aos critérios estabelecidos pelos autores da medida original (Jensen, Turner & Romano, 2000), sendo utilizado o mesmo método de rotação e a mesma estratégia de selecção de itens, proposta pelos autores. Os itens foram retidos no factor se apresentassem um peso factorial (em valor absoluto) de pelo menos .30 e uma diferença nos pesos factoriais superior a .10 (Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992).

A estrutura factorial resultante da análise exploratória realizada aos 57 itens que compõem a versão original da SOPA deu origem a 9 factores sobreponíveis a alguns factores teóricos citados por Jensen e Karoly (2000), que explicaram 61.319%. A solução encontrada apresentou valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, superiores a .60 (com excepção da componente relativa às crenças de controlo-estratégias de aprendizagem), valores estes superiores aos encontrados na medida original por Jensen, Turner e Romano (2000).

Os itens que compõem o factor relativo às crenças de controlo proposto pelos autores da medida original, emergiram em dois factores empíricos na estrutura factorial realizada. Foram designados pelos autores em função dos itens que os constituem como crenças de controlo/estratégias de auto-controlo e crenças de controlo/estratégias de aprendizagem, na medida em que o conteúdo dos itens parece reflectir crenças nas estratégias para controlar a dor que já possui (por exemplo o item 33 “Posso controlar a minha dor mudando os meus pensamentos”) versus crenças na capacidade de aprendizagem de estratégias para controlar a dor (por exemplo o item 41 “Tenho a certeza que posso aprender a lidar com a minha dor”). Na análise factorial realizada emergiu ainda um factor adicional que integrou itens correspondentes aos factores relativos às crenças sobre a medicação e às crenças sobre a cura médica. A análise do conteúdo destes itens parece reflectir crenças mais gerais sobre o papel do médico e da medicina na redução da dor (por exemplo o item 27 “A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica” ou o item 29 “O trabalho do mé-

dico é encontrar tratamentos para a dor que funcionem”). Este factor foi designado pelos autores de crenças relativas aos cuidados médicos.

Assim os 9 factores obtidos foram designados de crenças de controlo/estratégias de auto-controlo, crenças de incapacidade, crenças relativas à influência do estado emocional, crenças de solicitação, crenças sobre a medicação, crenças relativas aos cuidados médicos, crenças relativas à cura médica, crenças de controlo/estratégias de aprendizagem e crenças de dano.

A solução factorial encontrada com a amostra portuguesa foi obtida eliminando 14 dos 57 itens que constituem a medida original de Jensen e Karoly (2000). A distribuição dos itens pelos 9 factores empíricos obtidos é equilibrada, sendo os factores constituídos por 3,4 ou 5 itens cada, com excepção de um factor com 11 itens. Apresenta no entanto diferenças comparativamente com a versão original, na qual cada factor é constituído por 6,8,9 ou 10 itens cada.

São múltiplas as versões da SOPA citadas pela literatura, desde o processo de construção inicial da medida por Jensen, Karoly e Huger (1987). Têm sido salientadas controvérsias na estrutura das diferentes versões existentes, devido essencialmente a aspectos relativos ao carácter abusivo na eliminação dos itens ou a sua aplicabilidade/utilidade em determinados contextos (Jensen, Keef, Lefebvre, Romano & Turner, 2003; Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992). Jensen et al. (2000) analisaram as características psicométricas das versões reduzidas da SOPA (respectivamente com 30 e com 35 itens), salientando o carácter abusivo dos critérios utilizados pelos autores da versão reduzida de 30 itens (Tait & Chibnall, 1997) e o facto da eliminação completa dos itens que compõem um determinado factor, não assegurar a mensuração de todos os factores correspondentes à versão original.

A análise da estrutura factorial da CPCI-42 (Romano, Jensen & Turner, 2003) foi também analisada neste estudo. Assim, foi realizada uma *Análise Factorial em Componentes Principais*, com rotação ortogonal, pelo método *varimax*, apesar dos autores da medida original utilizarem a rotação oblíqua. Os autores da versão original pretendiam reduzir um amplo número de variáveis, num número menor de factores, pressupondo, à partida, que estes factores variavam, mas constituíam factores relacionados do mesmo constructo (Romano, Jensen e Karoly citado por Hadjistavropoulos, MacLeo & Asmundson, 1999). No nosso estudo pretendemos explorar e compreender a estrutura de organização dos factores que constituem a

medida original, maximizando o efeito de “independência” entre eles o que não implica confirmar, necessariamente, a estrutura mencionada pelos autores da versão original nem os resultados por eles obtidos, pois a amostra utilizada difere da original. Os autores da medida original salientaram mesmo a possibilidade de utilização de ambos os tipos de rotação, *varimax* e oblíqua, em função dos objectivos do estudo, pois os resultados não eram à partida muito díspares.

Da estrutura factorial resultante da análise realizada aos 42 itens que compõem a versão original da CPCI-42, emergiram 6 factores sobreponíveis com os factores teóricos citados por Romano et al. (2003), que explicaram 60.835%. Dois factores teoricamente propostos pelos autores da versão original-busca de assistência e descanso- não emergiram na análise factorial realizada. Os itens que compõem estes dois factores foram distribuídos por outros factores. Os 6 factores obtidos foram designados pelos autores em função dos itens que os constituem de relaxamento, prevenção, busca de suporte, auto-declarações, persistência na tarefa e exercícios.

A solução factorial encontrada com a amostra portuguesa foi obtida com os 42 itens que constituem a medida original de Romano et al. (2003). A distribuição do número de itens pelos 6 factores empíricos obtidos não é equilibrada, sendo os factores constituídos por 2,4,7,8,10 e 11 itens cada, apresentando diferenças comparativamente à versão original (cujos factores são constituídos por 4,5,6 e 7 itens cada).

Os factores obtidos na versão portuguesa da medida mostraram valores de consistência interna superiores a .80, com excepção do factor relativo ao exercício ($\alpha = .58$). Na explicação deste valor de consistência interna, poderá estar o facto de ser constituído por dois itens apenas. Romano et al. (2003), referiram um valor de consistência interna inferior a .70, no que respeita a este factor, justificando o resultado pela menor estabilidade do factor ou, por flutuações existentes na utilização desta estratégia. De uma forma geral, os valores obtidos são superiores aos valores da medida original e superiores aos valores obtidos com os dados da aferição, mas mantendo a estrutura factorial original.

Um segundo estudo analisou aspectos implícitos à validade convergente e divergente das versões SOPA e CPCI-42 obtidas, numa amostra mais reduzida constituída por 151 indivíduos igualmente utentes dos cuidados de saúde primários.

No que respeita à validade convergente, os resultados mostraram a importância dos conteúdos cognitivos negativos e do coping no funcionamento emocional.

Através de modelos de regressão linear, os resultados mostraram o efeito preditor significativo de alguns tipos de crenças nomeadamente as crenças de controlo/estratégias de aprendizagem, as crenças de incapacidade e as crenças relativas à influência do estado emocional (avaliadas pela SOPA), bem como algumas estratégias de coping nomeadamente a persistência na tarefa (avaliadas pela CPCI-42), na explicação da psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress). Os resultados das análises de regressão linear efectuadas mostraram que os indivíduos com mais crenças de incapacidade e menos crenças de controlo/estratégias de aprendizagem, apresentaram mais sintomas depressivos, o que está de acordo com a literatura (Coughlin, Badura, Fleisch & Guck, 2000; Engel, Schwartz, Jensen & Johnson, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). A importância das crenças de incapacidade como preditores do funcionamento psicológico é clinicamente relevante, pois pode prever a resposta depressiva e o recurso aos cuidados de saúde. Num estudo transversal realizado em 118 indivíduos que participaram num tratamento multidisciplinar para a dor nos 7 anos anteriores Jensen e Karoly (1992), mostraram que os indivíduos que percebem mais incapacidade pela dor física, procuram mais ajuda profissional. Neste sentido, a avaliação do grau para o qual o indivíduo se percebe como incapacitado, poderá constituir um indicador clínico de identificação do ajustamento à situação, e eventual referência para planos de tratamento.

Por outro lado, os indivíduos com menos crenças de controlo/estratégias de aprendizagem (i.e. extensão para a qual o indivíduo acredita que pode aprender a controlar a dor) apresentaram mais sintomas de Ansiedade, o que está de acordo com a investigação da medida e também com o Modelo Transaccional do Stress de Lazarus e Folkman (Coughlin et al, 2000; Jensen & Karoly, 1991; Jensen, Turner & Romano, 2001).

Finalmente os resultados mostraram também que os indivíduos com mais crenças de incapacidade, menos persistência na tarefa e mais crenças relacionadas com a influência do estado emocional na dor, revelaram mais sintomas de stress. O resultado mostra a relevância de determinados conteúdos cognitivos negativos e de algumas formas de coping na expressão da psicopatologia, sendo consistentes com estudos baseados na eficácia dos modelos cognitivo-comportamentais e das abordagens multidisciplinares que mostram que as mudanças nas cognições e no coping promovem o funcionamento adaptativo do indivíduo. Num estudo longitudi-

nal realizado em 141 indivíduos com dor crónica, Jensen, Turner e Romano (2001) mostraram que os resultados de um tratamento multidisciplinar para a dor estavam associados a alterações nas cognições e nas respostas de coping do indivíduo, embora as associações encontradas entre determinadas crenças e respostas de coping não sejam consistentes ao longo das avaliações realizadas (i.e. pré e pós-tratamentos, e *follow-ups* de 6 e 12 meses).

A validade discriminante das versões obtidas da SOPA e da CPCI-42, foi analisada através de procedimentos de comparação da média amostral, para a depressão, ansiedade e stress. Os resultados mostraram que estas medidas apenas discriminaram o grupo de indivíduos com elevados e baixos sintomas de stress. Assim, os indivíduos com mais sintomas de stress relataram mais crenças de incapacidade, mais crenças sobre a influência do estado emocional (avaliadas pela SOPA) e maior recurso a estratégias de prevenção (avaliado pelo CPCI-42), comparativamente aos indivíduos com menos sintomas. A maior prevalência de estratégias de prevenção associadas ao grupo de indivíduos com elevados sintomas de stress permite mostrar a ineficácia deste tipo de estratégia para lidar com os sintomas algícos, reforçando a importância de desenvolvimentos adicionais no âmbito dos modelos mais tradicionais.

A influência dos conteúdos cognitivos e das respostas de coping no ajustamento tanto a curto como a longo termo, tem sido mostrada em numerosas investigações de carácter transversal e longitudinal, tendo expressão na intensidade da dor, no funcionamento físico e no desconforto emocional, reforçando a aplicabilidade da SOPA e da CPCI-42 nas abordagens multidisciplinares da dor crónica (Hadjistavropoulos et al., 1999; Tan, Nguyen, Anderson, Jensen & Thornby, 2005). Os resultados obtidos no nosso estudo mostram que a SOPA e a CPCI-42 são instrumentos de avaliação adequados para identificar os conteúdos cognitivos negativos prevalentes e na avaliação da frequência das respostas de coping que o indivíduo com dor utiliza para lidar com os sintomas. Tratando-se de um primeiro estudo sobre a natureza factorial das medidas numa amostra portuguesa, os resultados necessitam estudos adicionais, em amostras com diagnósticos confirmados de patologias que cursem com dor crónica.

Capítulo 11

Estudos Preliminares de Aferição das Medidas Aceitação da Dor. Abordagem psicométrica do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* numa amostra portuguesa com dor crónica

Este capítulo aborda os procedimentos estatísticos realizados no âmbito dos estudos de tradução e adaptação da *Chronic Pain Acceptance Inventory* para a população portuguesa.

A literatura tem vindo a valorizar a aceitação como constructo determinante na forma como o indivíduo reage e se adapta a situações de dor crónica (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; McCracken, MacKichan & Eccleston, 2007). A aceitação traduz assim uma disponibilidade activa e consciente para experienciar acontecimentos internos indesejados, na busca dos seus próprios valores e objectivos (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; McCracken & Yang, 2006; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, et al., 2003). Para McCracken (1998) a aceitação da dor passa pela a disponibilidade do indivíduo para observar experiências internas sem as tentar evitar, modificar ou controlar. Traduz assim um processo activo de sentir os sentimentos como sentimentos, pensar os pensamentos como pensamentos e, actuar eficazmente em conformidade com os valores e objectivos de vida estabelecidos (Bach & Moran, 2008; Baer, 2006; Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, 2004).

O *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Hayes et al., 2004) foi estabelecido para avaliar a eficácia do modelo baseado na ACT, emergindo da necessidade de desenvolver uma medida geral, breve e aplicável à investigação. A literatura tem feito referência a múltiplos estudos de validação desta medida, existindo várias versões adaptadas a diversos contextos, como por exemplo a *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth* (Greco, Murrell & Coyne citado por Bach & Moran, 2008) que avalia o conjunto dos processos da ACT em jovens e a *Body Image Acceptance*

Questionnaire (Sandoz & Wilson citado por Bach & Moran, 2008) que avalia a aceitação através de sentimentos e de pensamentos sobre a forma e o peso do corpo.

A *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ: McCracken, Vowles & Eccleston, 2004) traduz a adaptação da medida original ao contexto da dor. Esta medida avalia a disponibilidade para a dor e a persistência na realização de actividades, consistentes com os objectivos e valores pessoais (Bach & Moran, 2008; Dahl et al., 2005; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004). São múltiplas as referências encontradas na literatura sobre a importância deste constructo no contexto da dor, estando relacionado com um melhor funcionamento emocional, físico e social, com um menor recurso a medicação e aos cuidados de saúde. O seu papel preditor no ajustamento à dor crónica tem sido igualmente referido, sendo mesmo considerado como o melhor preditor de um funcionamento adaptativo, independentemente da intensidade da dor (Dahl et al., 2005; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Spertus, Janexk, Sinclair & Wetzel, 1999; McCracken & Vowles, 2007; McCracken & Yang, 2006; Morone, Greco & Weiner, 2008; Nicholas & Asghari, 2006).

Assim, a presente investigação teve como objectivo analisar as qualidades psicométricas da versão traduzida do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ: McCracken, Vowles & Eccleston, 2004) numa amostra portuguesa com dor crónica. É um questionário de auto-preenchimento, com 20 itens, organizados em duas sub-escalas (disponibilidade para a dor: 9 itens; realização de actividades: 11 itens), com um formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos (0. *Nunca* a 6. *Sempre*). A medida permite obter resultados totais e resultados parciais; onde um resultado mais elevado significa mais aceitação da dor.

11.1. Método

11.1.1. Amostra

Este estudo utilizou uma amostra clínica constituída por 104 adultos (40 com diagnóstico de Artrite Reumatóide; 64 com diagnóstico de Dor Crónica sem outra especificação). Os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, entre Dezembro de 2007 e Março de 2008. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) presença de dor persistente durante pelo menos 6 meses. A Tabela 21 mostra as características demográficas dos participantes. Os participantes foram referenciados pelo

médico especialista, sendo uma amostra de conveniência. Apresentaram uma média de idades de 60.81 (DP= 13.24), para os homens e de 59.53 (DP= 14.61) para as mulheres. A maioria dos participantes era casada/união de Facto (85.6%), estava reformada (52.9%) e apresentava um baixo número de anos de escolaridade. O estudo das diferenças entre sexos, demonstrou diferenças estatisticamente significativas para as habilitações literárias ($t(62) = -2.464$; $p = .017$). As habilitações literárias não se associaram de forma estatisticamente significativa com as variáveis em estudo.

Tabela 21. Caracterização demográfica da amostra por sexos.

	Sexo Masculino (N=21)		Sexo Feminino (N=83)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Estado civil					4.496	.213
Solteiro	0	0	4	3.9%		
Casado/Outro	21	20.2	68	65.4%		
Separado/Divorciado	0	0	2	1.9%		
Viúvo	0	0	9	8.6%		
Profissão					1.739	.419
Empregada	12	11.5	35	33.7%		
Desempregado	0	0	2	1.9%		
Reformado	9	8.7	46	44.2%		
	Sexo Masculino		Sexo Feminino			
	M	DP	DP	M		
Idade	60.81	13.235	59.53	14.608	.333	.740
Habilitações literárias	3.60	1.595	5.25	4.224	-2.464	.017

11.1.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) Folha de dados demográficos (i.e. sexo, estado civil, idade, situação profissional, habilitações literárias e o diagnóstico clínico); b) *Questionário de Aceitação da Dor Crónica (Chronic Pain Acceptance Questionnaire: CPAQ)*, para avaliação da aceitação da dor; c) *Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (DASS-42)*, para avaliação da ansiedade, depressão e stress. A caracterização das medidas acima mencionadas é feita no capítulo 8 (ponto 8.6.)

11.1.3. Procedimento

O estudo obedeceu ao procedimento geral descrito no capítulo 8 (ponto 8.4.). Os participantes foram referenciados pelos médicos assistentes de 3 centros de saúde do Agrupamento Oeste Sul (i.e. Torres Vedras, Lourinhã e Cadaval). Todas

as informações relacionadas com os objectivos do estudo foram fornecidas aos indivíduos, e solicitado o seu consentimento informado (Anexo 8). Após o consentimento informado para participarem na investigação, foi agendado com o indivíduo uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos. O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 20 a 30 minutos (Anexo 14).

Adaptação da medida à língua portuguesa

Após contacto com Lance McCracken, autor responsável pela medida original, foi pedida a autorização para a utilização e tradução da CPAQ para a língua portuguesa. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada, sendo verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, procurando preservar o conteúdo de cada item. No que respeita a tradução e adaptação do item 1 “I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is”, optou-se por preservar o conteúdo inicial (“Estou a entender-me com os meus negócios de vida independentemente do nível de dor”), apesar da semelhança lexical suscitar algumas controvérsias. Na língua portuguesa não é utilizada a expressão “...entender-me com os meus negócios de vida...”, sendo perceptível o significado “...entender-me com a minha vida...”. A retroversão da medida foi realizada por outro psicólogo com formação na língua inglesa. As duas versões foram comparadas e ajustados os parâmetros discordantes, mantendo os aspectos implícitos à construção da medida original.

11.1.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design transversal. A estrutura relacional dos indicadores que compõem a versão original da CPAQ foi avaliada por uma *Análise Factorial Exploratória*, sobre a matriz das correlações com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação *Oblimin*. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1 (critério de *Kaiser*), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. O critério da medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), foi o critério utilizado para analisar a adequação da Análise Factorial realizada. A consistência interna de cada componente foi avaliada através do alfa de *Cronbach* (α). Para analisar a validade convergente da versão CPAQ obtida, foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson* para determinar as associações entre os factores da versão obtida e a psicopatologia. Foram ainda realizadas análises de regressão li-

near para analisar o efeito preditor da CPAQ obtida na psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress). A validade divergente da versão CPAQ obtida foi aferida mediante a realização de procedimentos de comparação da média amostral, *teste t para amostras independentes*, para analisar a capacidade da medida discriminar indivíduos com elevados e baixos níveis de depressão, de ansiedade e de stress.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

11.2. Resultados

11.2.1. Análise Preliminar dos Dados

Aspectos relativos à normalidade e homogeneidade das variáveis foram analisados através do teste de Kolmogorov-Smirnov, o enviezamento em relação à média através dos valores de *Skweness*, e o coeficiente de achatamento através dos valores de *Kurtosis* (Tabela 22). A ansiedade e a depressão não apresentaram uma distribuição normal apesar dos valores de *Skweness* e de *Kurtosis* não evidenciaram graves enviezamentos (valores de *Skweness* $<|3|$ e de *Kurtosis* $<|10|$, Kline, 1998). Utilizamos assim testes paramétricos, pela robustez que apresentam face violações à normalidade das variáveis. Segundo Maroco (2010) à medida que a amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal (uma consequência do teorema do limite central). A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Foram identificadas algumas observações extremas para a ansiedade e para a depressão. O resultados foram analisados com e sem a presença destes valores extremos, não se verificando diferenças significativos, pelo que as observações foram mantidas nas análises.

Tabela 22. Valores médios, de desvio padrão, Mínimo-Máximo, Skweness, Kurtosis e teste de K-S para as variáveis em estudo.

	M	DP	Mínimo- Máximo	Skweness	Kurtosis	K-S	p
<i>Aceitação da Dor</i>							
Aceitação da Dor (escala total)	52.613	21.735	0-108	.259	-.376	.750	.627
Realização de Actividades	36.427	13.388	0-64	-.091	-.357	.520	.950
Disponibilidade para a dor	15.867	11.067	0-44	.380	-.913	1.292	.071
<i>Psicopatologia</i>							
Depressão	4.521	7.371	0-31	2.080	3.834	2.644	.000
Ansiedade	2.770	2.853	0-14	1.492	2.232	2.064	.000
Stress	10.547	8.320	0-29	.408	-1.021	1.254	.086

Os pressupostos para a realização de análises de regressão linear foram também validados, para analisar a validade da versão obtida da CPAQ. Foram analisados os pressupostos da normalidade (através do teste *K-S* e dos valores de *Skewness* e de *Kurtosis*), homogeneidade (através da análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de *Durbin-Watson*). Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$).

Com a amostra do nosso estudo, foram obtidos valores de consistência interna de .59 (DASS-Ansiedade), de .95 (DASS-Depressão) e de .91 (DASS-Stress).

11.2.2. Validade factorial

Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* e do *Bartlett's Test of Sphericity* (1103.586; $p = .000$) permitiram a realização da *Análise Factorial em Componentes Principais* aos 20 itens, com rotação *Oblimin*. Pela análise dos dados do *Screen-Plot* e com o critério de retenção do *eigenvalue* superior a 1, testaram-se as soluções factoriais de 2, 3 e 4 factores. Foi resolvida a solução de dois factores, que permitiu explicar 50.741%, com 20 itens. Os valores das comunalidades mostraram, de um modo geral, a adequação ao modelo obtido. O item 17 é o item que apresenta menor adequação ao modelo (Tabela 23).

Tabela 23. Correspondência dos itens da CPAQ aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores	
	1	2
CPAQ_9 -Tenho uma vida completa apesar da dor crónica	.852	.221
CPAQ_2-A minha vida corre bem, embora tenha uma dor crónica	.841	.172
CPAQ_1-Estou a entender-me com os meus negócios (de vida) independentemente do nível de dor	.825	.341
CPAQ_6-Embora as coisas tenham mudado, levo uma vida normal apesar da minha dor crónica	.820	.242
CPAQ_8-Existem muitas actividades que faço quando estou com dor	.786	.348
CPAQ_12-Apesar da dor, mantenho os rumos que escolhi para a minha vida	.785	.299
CPAQ_15-Quando a dor aumenta, consigo tomar conta das minhas responsabilidades	.708	.336
CPAQ_5-Não é necessário controlar a minha dor para continuar com a minha vida.	.635	.453
CPAQ_4-Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor	.475	.337
CPAQ_19-É um alívio perceber que não tenho de mudar/alterar a minha dor para continuar com a minha vida	.458	-
CPAQ_10-Controlar a dor não é um objectivo importante na minha vida	.416	.320
CPAQ_17-Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar	.130	-

CPAQ_11- Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos acerca da dor, para conseguir tomar passos importantes na minha vida	.198	.876
CPAQ_16- Terei um melhor controlo na minha vida se conseguir controlar os pensamentos negativos acerca da dor	.233	.843
CPAQ_7- Preciso de me concentrar para me livrar da minha dor	.136	.810
CPAQ_13- Ter a dor num nível controlado assume prioridade sempre que estou a fazer alguma coisa	.382	.747
CPAQ_20- Tenho de lutar muito/trabalhar muito para fazer as coisas quando estou com dor	.558	.714
CPAQ_14- Antes de fazer qualquer plano sério, tenho de ter algum controlo na minha dor	.493	.556
CPAQ_3- Não há problema em ter dor	.430	.464
CPAQ_18- As minhas preocupações e receios acerca do que a dor me irá fazer, são verdadeiros	-	.447

A organização dos itens é semelhante à versão original, com excepção dos itens 3, 4 e 17. Seguindo o mesmo tipo de abordagem dos autores da versão original, os itens discordantes foram individualmente analisados, para atribuição no respectivo factor. Assim, cada factor foi analisado em termos de comportamento da consistência interna, com a inclusão/exclusão destes itens. O item 3 foi incluído no factor 1, e os itens 4 e 17 foram incluídos no factor 2, ao promoverem aumento do valor de consistência interna e dos valores de correlação item-total.

Apesar do item 17 saturar abaixo de .1 no factor 2, optámos por preservar a estrutura da escala original, pela análise do valor de consistência interna do factor no caso do item ser eliminado.

Tendo por base as sugestões de McCracken, et al. (2004), e de acordo com os pesos factoriais obtidos, designamos o Factor 1: realização de actividades e o Factor 2: disponibilidade para a dor.

11.2.3. Fidelidade

A fidelidade da versão CPAQ obtida foi analisada através dos valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, mostrando valores de .89 para a realização de actividades, de .83 para a disponibilidade para a dor e de .91 para a escala total.

De uma forma geral, a solução de dois factores obtida para a versão traduzida da CPAQ apresenta validade factorial, indicando a distribuição obtida, uma sobreposição ao padrão original. Os factores da versão obtida têm valores de consistência interna superiores ou iguais a .83, e superiores à versão original (.89 e .83, versão obtida). A Tabela 24 apresenta os valores médios e de desvio padrão, de correlação item-total e alfa de *Cronbach* para a versão obtida. Entre parêntesis estão os valores alfa de *Cronbach* obtidos pelos autores da versão original.

Tabela 24. Valores médios, de desvio padrão, de correlação item-total e de correlação Alfa de Cronbach para os factores da versão final da CPAQ.

Designação Versão portuguesa	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1- Realização de Actividades			.34-.78	.89 (.82)
CPAQ_9 -Tenho uma vida completa apesar da dor crónica	4,38	1.66	.75	
CPAQ_2-A minha vida corre bem, embora tenha uma dor crónica	4.04	1.78	.73	
CPAQ_1-Estou a entender-me com os meus negócios (de vida) independentemente do nível de dor	3.89	1.70	.78	
CPAQ_6-Embora as coisas tenham mudado, levo uma vida normal apesar da minha dor crónica	4.17	1.70	.74	
CPAQ_8-Existem muitas actividades que faço quando estou com dor	3.57	1.61	.72	
CPAQ_12-Apesar da dor, mantenho os rumos que escolhi para a minha vida	4.22	1.89	.70	
CPAQ_15-Quando a dor aumenta, consigo tomar conta das minhas responsabilidades	3.34	1.83	.64	
CPAQ_5-Não é necessário controlar a minha dor para continuar com a minha vida.	2.19	2.23	.60	
CPAQ_19-É um alívio perceber que não tenho de mudar/alterar a minha dor para continuar com a minha vida	5.01	1.65	.34	
CPAQ_10-Controlar a dor não é um objectivo importante na minha vida	.51	1.38	.40	
CPAQ_3- Não há problema em ter dor	1.03	1.74	.41	
Factor 2 - Disponibilidade para a dor			.05-.76	.83 (.78)
CPAQ_11- Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos acerca da dor, para conseguir tomar passos importantes na minha vida	2.84	2.48	.76	
CPAQ_16- Terei um melhor controlo na minha vida se conseguir controlar os pensamentos negativos acerca da dor	2.26	2.48	.72	
CPAQ_7- Preciso de me concentrar para me livrar da minha dor	2.53	2.20	.68	
CPAQ_13- Ter a dor num nível controlado assume prioridade sempre que estou a fazer alguma coisa	1.03	1.58	.64	
CPAQ_20- Tenho de lutar muito/trabalhar muito para fazer as coisas quando estou com dor	1.70	1.93	.65	
CPAQ_14- Antes de fazer qualquer plano sério, tenho de ter algum controlo na minha dor	2.04	2.14	.50	
CPAQ_18- As minhas preocupações e receios acerca do que a dor me irá fazer, são verdadeiros	.23	.74	.37	
CPAQ_4-Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor	2.99	1.67	.05	
CPAQ_17-Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar	.35	.929	.38	

11.2.4. Validade Convergente

A validade convergente da versão obtida da CPAQ foi analisada através das associações obtidas entre a CPAQ e a psicopatologia (i.e. a ansiedade, depressão e o stress), com recurso a matrizes de correlação de *Pearson* (Tabela 25). Os resultados obtidos revelaram que a realização de actividades e a disponibilidade para a dor apresentaram associações fracas a moderadas e negativas com a psicopatologia, com

valores a variar entre $-.277$ ($p=.007$), para a relação entre a disponibilidade para a dor e a ansiedade, e $-.496$ ($p=.000$), para a relação entre a realização de actividades e a depressão. Por outro lado, a escala total CPAQ apresentou uma associação moderada e negativa com o stress ($r=-.501$; $p=.000$) e a depressão ($r=-.532$; $p=.000$), e uma associação fraca e negativa com a ansiedade ($r=-.362$; $p=.000$).

A importância da aceitação da dor, como factor predictor de psicopatologia, foi também analisada no âmbito do estudo da validade convergente da versão obtida da CPAQ. A inexistência de multicolinearidade entre as variáveis, a homogeneidade e a normalidade dos resíduos, permitiram a realização de análises de regressão linear. Seguindo os mesmos procedimentos dos autores da medida original, foram realizadas análises de regressão múltipla com selecção das variáveis pelo método Stepwise, utilizando as componentes da CPAQ (realização de actividades e disponibilidade para a dor) como variáveis independentes e, a depressão, a ansiedade e o stress como variáveis dependentes.

Tabela 25. Associações entre a aceitação (escala total e componentes) e a psicopatologia

	Aceitação (escala total)	Realização Actividades	Disponibilidade
Psicopatologia			
Depressão	-.532 ***	-.496 ***	-.432 ***
Ansiedade	-.362 ***	-.318 .002	-.277 .007
Stress	-.501 ***	-.435 ***	-.450 ***

A *análise de regressão linear* com selecção das variáveis pelo método *Stepwise*, utilizando a depressão como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo e mostrou que a realização de actividades contribuiu para uma proporção significativa de 25.2% da variabilidade dos sintomas depressivos ($\beta=-.511$; $t=-5.475$; $p=.000$). Uma segunda *análise de regressão linear* com o mesmo método de selecção das variáveis e utilizando a ansiedade como variável dependente, mostrou que a realização de actividades foi, novamente a componente da CPAQ que contribuiu para uma proporção significativa de 11.4% da psicopatologia ($\beta=-.353$; $t=-3.534$; $p=.001$). Finalmente, a *análise de regressão linear* com o stress como variável dependente, mostrou que a disponibilidade para a dor e a realização de actividades contribuíram para uma proporção de 23.5% da variabilidade do stress ($\beta=-.271$; $t=-2.356$; $p=.021$) (Tabela 26).

Tabela 26. Preditores CPAQ da Depressão, Ansiedade e Stress

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Depressão	1	Realização de Actividades	.261	.252	-.511	5.475	.000
% Variância Explicada				25%			
Ansiedade	1	Realização de Actividades	.124	.114	-.353	-3.534	.001
% Variância Explicada				11%			
Stress	1	Disponibilidade para a dor	.203	.194	-.295	-2.568	.012
	2	Realização de Actividades	.253	.235	-.271	-2.356	.021
% Variância Explicada				24%			

11.2.5. Validade Discriminante

A validade discriminante da versão CPAQ obtida, foi analisada através da capacidade de distinguir indivíduos com baixos ou elevados sintomas de depressão, de ansiedade e de stress (DASS). Foram formados dois grupos para cada componente, recorrendo ao valor da mediana e utilizado o *teste t para amostras independentes* (Tabela 27).

A aceitação da dor discriminou os indivíduos com mais e menos depressão. Assim, o grupo com mais sintomas de depressão apresentou menos realização de actividades (M= 30.33; DP= 13.00) e menos disponibilidade para a dor (M= 12.52; DP= 8.91), comparativamente com o grupo com menos sintomas de depressão (M= 43.25, DP= 10.87; ($t(88) = -5.103$; $p = .000$)/M= 20.79, DP= 11.58; ($t(79) = -3.786$; $p = .000$). respectivamente).

Para a ansiedade, foram encontradas diferenças nos grupos com mais e menos sintomas no que diz respeito à realização de actividades ($t(91) = -3.750$; $p = .000$) e à disponibilidade para a dor ($t(86) = -3.362$; $p = .001$), no sentido do grupo com mais ansiedade relatar menos realização de actividades (M= 31.52; DP= 12.05) e menos disponibilidade para a dor (M= 12.33; DP= 9.33), em comparação com o grupo com menos ansiedade.

Tabela 27. Diferenças entre os grupos com mais e menos sintomas de psicopatologia (depressão, ansiedade, stress).

	Mais Depressão		Menos Depressão		t	p
	M	DP	M	DP		
CPAQ						
Realização de Actividades	30.33	13.00	43.25	10.87	-5.103	.000
Disponibilidade para a dor	12.53	8.91	20.79	11.58	-3.786	.000
Escala total	42.64	18.29	64.21	19.87	-5.271	.000

	Mais Ansiedade		Menos Ansiedade		t	p
	M	DP	M	DP		
CPAQ						
Realização de Actividades	31.52	12.05	41.36	13.24	-3.750	.000
Disponibilidade para a dor	12.33	9.33	19.63	11.64	-3.362	.001
Escala total	43.51	17.83	61.42	21.94	-4.250	.000
	Mais Stress		Menos Stress		t	p
	M	DP	M	DP		
CPAQ						
Realização de Actividades	32.71	18.88	40.98	12.10	-2.992	.004
Disponibilidade para a dor	11.68	9.47	21.05	10.84	-4.395	.000
Escala total	44.39	20.83	62.66	19.83	-4.176	.000

Finalmente, as componentes CPAQ discriminaram igualmente indivíduos com mais e menos sintomas de stress. Assim, foram obtidas diferenças entre estes grupos para a realização de actividades ($t(88) = -2.992$; $p = .004$), no sentido do grupo com mais sintomas de stress revelar menos realização de actividades ($M = 32.71$; $DP = 13.88$). Por outro lado, para a disponibilidade para a dor também foram obtidas diferenças entre os dois grupos ($t(89) = -4.395$; $p = .000$), com o grupo com mais sintomas de stress a relatar menos disponibilidade para a dor ($M = 11.68$; $DP = 9.47$), comparativamente com o grupo com menos sintomas de stress.

11.3. Discussão

A investigação realizada teve como principal objectivo analisar a estrutura psicométrica da versão traduzida da CPAQ (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004) numa amostra de adultos portugueses com dor crónica. De facto, a conceptualização da ACT na base desta medida, reforça a importância da aceitação da dor como disponibilidade activa e consciente para experienciar pensamentos/sentimentos/sensações internas indesejadas, e o desinvestimento em torno de tentativas para controlar essas experiências (Bach & Moran, 2008; Dahl et al., 2004; Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wicksell, Melin & Olsson, 2007). Para Hayes (2004), não pensar deliberadamente num pensamento, tende a fracassar, uma vez que a regra “ não pensar acerca de X” contem o item a evitar (ou seja, “X”). Do mesmo modo, se é importante não se sentir ansioso, a ansiedade torna-se algo que provoca ansiedade.

No presente estudo, os resultados permitiram a realização de uma *Análise Factorial em Componentes Principais*. Foram respeitados os parâmetros conheci-

dos da análise factorial efectuada, o método de rotação e a estratégia de selecção de itens, proposta por McCracken, Vowles e Eccleston (2004). Foi identificada uma estrutura de dois factores, concordante com a versão da medida original, que explicou cerca de 51% da variância. Na estrutura obtida, salientamos a existência de dois itens, que pesaram no factor respeitante à realização de actividades quando, na estrutura original, faziam parte do factor relativo à disponibilidade para a dor (item 4- “Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor.”; item 17- “Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar”). Por outro lado, o item 3 (“Não há problema em ter dor”) pesou no factor relativo à disponibilidade para a dor, quando na estrutura da medida original pertencia à realização de actividades.

No estudo de McCracken Vowles e Eccleston (2004), foram obtidos alguns itens cujos pesos revelavam incongruências face ao factor de pertença, tendo os autores analisado individualmente os valores de consistência interna e os resultados dos factores, com e sem os itens discordantes. O mesmo procedimento foi realizado com os dados da nossa amostra, optando-se pela inclusão dos itens na escala de pertença na medida original, dado promover o aumento dos valores de consistência interna e os valores de correlação item-total, dos dois factores.

Os resultados obtidos no estudo realizado, são concordantes com as recomendações de McCracken, Vowles e Eccleston (2004), sobre a utilização da estrutura de dois factores, designados de realização de actividades (factor 1) e disponibilidade para a dor (factor 2). A análise dos dados efectuada é suportada pelos próprios resultados obtidos. Por outro lado, o poder explicativo desta organização dos dados é superior ao obtido pelos autores da medida original.

Estudos com a medida original fazem igualmente referência a estrutura de 4 factores (Realização de Actividades, Controlo do Pensamento, Cronicidade e, Controlo da Dor), dois dos quais com fidelidade marginal (Controlo de pensamentos e Cronicidade), e sem associações com a medida total. Estes factores não mostraram as relações esperadas com os indicadores de incapacidade, de ansiedade e de depressão, pelo que os autores recomendam a utilização da estrutura de dois factores (McCracken, 1998; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Viane et al, 2003).

Ao analisarmos os estudos realizados com esta medida, verificamos que a maioria utilizou a estrutura de dois factores da CPAQ (McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007; McCracken, MacKichan

& Eccleston, 2007; McCracken & Samuel, 2007; McCracken & Vowles, 2007; Morone, Greco & Weiner, 2008; Nicholas & Asghari, 2006). De facto, a conceptualização da aceitação da dor com dois componentes parece-nos de grande utilidade. A realização de actividades por parte do indivíduo com dor crónica, tem implícito um processo mental que passa por um funcionamento diário positivo e funcional. Por outro lado, a disponibilidade face à dor passa pelo reconhecimento da ineficácia das estratégias de evitamento e de controlo, mas também pelo reconhecimento da cura como improvável (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper & Grundt, 1999; Viane et al., 2003).

No âmbito do estudo da validade convergente da medida, os resultados obtidos mostraram as relações esperadas com a psicopatologia. De facto, uma menor aceitação da dor relacionou-se com mais sintomas de depressão, de ansiedade e de stress, o que está de acordo com a literatura que salienta a preponderância deste conceito ao nível dos indicadores de funcionamento emocional, físico e social (Eccleston & Crombez, 2007; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzell, 1999; McCracken & Vowles, 2007; Morone, Greco & Weiner, 2008; Viane et al., 2003).

Implícito ao estudo da validade convergente da CPAQ, foram ainda realizados procedimentos estatísticos de análise de regressão que suportam o poder preditivo da aceitação da dor, na explicação dos sintomas de depressão, de ansiedade e de stress (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; McCracken, et al., 1999; McCracken & Yang, 2006; Nicholas & Asghari, 2006). O método de selecção das variáveis utilizado, seguiu os procedimentos dos autores da medida original. A medida não tem um modelo subjacente definido, dado que McCracken, Vowles e Eccleston (2004) reforçam a existência de várias organizações factoriais, sendo algumas discutíveis, como referido anteriormente.

As duas sub-escalas CPAQ apenas foram retidas no modelo final do Stress, o que está de acordo com estudos que indicam um padrão de influência dos itens inconsistente, em função das variáveis em estudo (depressão, ansiedade ou stress) (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Nicholas & Asghari, 2006).

No que diz respeito à validade divergente, os resultados mostraram a capacidade das duas componentes implícitas à aceitação da dor discriminarem indivíduos com mais ou menos psicopatologia, o que reforça novamente a abordagem das du-

as dimensões implícitas à aceitação. A realização de actividades apesar da dor, pressupõe o reconhecimento da cura como improvável, e que a busca continuada de soluções e tratamentos são tentativas de evitar ou controlar a situação indesejada, conduzindo ao afastamento dos objectivos valorizados e de um funcionamento saudável. Estes resultados reforçam a importância das abordagens centradas na ACT, que possibilitam ao indivíduo separar a experiência da dor do comportamento de evitamento, permitindo em simultâneo experienciar a dor e viver uma vida valorizada (Hayes & Duckworth, 2006; Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper & Grundt, 1999; McCracken & Vowles, 2007; Wicksell et al., 2007)

Estes resultados parecem promissores para a população portuguesa com dor crónica, fornecendo alternativas inovadoras que se demarcam das abordagens tradicionais, centradas na redução do sintoma *per se*. Até ao momento, não são conhecidas intervenções baseadas na ACT na população portuguesa com dor crónica, considerando-se um campo de intervenção a privilegiar em futuras investigações.

Capítulo 12

Continuidade da dor e da limitação

Neste capítulo apresentamos uma sequência de procedimentos estatísticos realizados com o intuito de compreender a progressão dos factores referidos na literatura tradicional como determinantes no desenvolvimento da limitação física ao longo dos 2 primeiros anos de evolução da AR. O impacto da aceitação na progressão dos constructos chave dor, limitação física e depressão é também analisado com recurso a técnicas de modelação de dados.

Os modelos cognitivo-comportamentais têm sido amplamente utilizados para a compreensão das patologias que cursam com dor, como a AR, assumindo que os conteúdos cognitivos do indivíduo e os seus comportamentos de coping têm um papel central no funcionamento físico e psicológico (Jensen, et al., 2007; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, Brewin & Allard, 2001; Turner et al., 2007). A literatura tem mostrado que o indivíduo tende a construir representações moderadamente elaboradas do seu estado físico, que influenciam os relatos de dor, de incapacidade e a sua resposta ao tratamento. A investigação no âmbito dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos, tem sido essencialmente baseada na identificação dos factores cognitivos, comportamentais e emocionais que contribuem para a ligação da experiência da dor à incapacidade física e psicológica.

No entanto, estudos recentes têm reforçado o papel central da aceitação na regulação emocional e suscitado desenvolvimentos significativos face aos resultados referidos pelos modelos mais clássicos dentro da psicologia. Assim, este estudo teve como objectivo geral explorar a integração de duas áreas de investigação no domínio da adaptação psicológica/emocional à Artrite Reumatóide (AR), uma mais tradicional baseada nos modelos cognitivo-comportamentais e outra baseada nos recentes desenvolvimentos dentro das abordagens de 3ª geração, particularmente as abordagens baseadas na aceitação.

O conjunto de procedimentos estatísticos realizados visou explorar a evolução da dor e da limitação física na AR ao longo dos 2 primeiros anos de evolução da patologia numa abordagem quasi-naturalista, dado o grupo de indivíduos não estar incluído em qualquer abordagem multidisciplinar, excepto terapêutica farmacológica. A sequência de procedimentos realizada teve também como objectivo analisar a progressão dos factores referidos na literatura clássica como determinantes no desenvolvimento da limitação física ao longo das três avaliações realizadas (1ª Avaliação-3/6 meses após o diagnóstico; 2ª Avaliação-1 ano após o diagnóstico; 3ª Avaliação-2 anos após o diagnóstico). Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que após dois anos de evolução da doença existiria uma progressão no sentido de mais dor e de mais limitação física. Colocamos ainda como hipótese, a existência de diferenças mais acentuadas entre o 2º e o 3º momento de avaliação, isto é, entre 1 ano e 2 anos de diagnóstico. É ainda escassa a literatura longitudinal que foque aspectos da adaptação à AR. Pela própria etiologia e evolução da doença, os primeiros meses após a confirmação do diagnóstico são essencialmente caracterizados pela busca de especialistas e tratamentos na tentativa de “solucionar o problema”.

A literatura tem mostrado que na maioria dos indivíduos com AR a patologia tende a evoluir de uma forma progressiva, traduzindo-se num agravamento crescente da sintomatologia ao longo dos anos (Evers et al., 2003; Evers et al., 1998; Griffith & Carr, 2002; Newman et al., 1996; Repping-Wuts et al., in press; Queiroz, 1996; Vaz, 2000; Maini & Zvaifler, 1998). No entanto, desenvolvimentos das abordagens cognitivo-comportamentais têm vindo a reforçar a importância da aceitação e mostram que os indivíduos que aceitam os sintomas associados à patologia tendem a experienciar menos incapacidade física e psicossocial (Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove e De Corte, 2003; McCracken, 1999). Assim, foi também objectivo deste estudo analisar o efeito da aceitação na avaliação inicial mas também na progressão da dor, da limitação física e da depressão, considerando o crescimento individual ao longo do tempo (i.e. ao longo das três avaliações realizadas) mas também as diferenças nos parâmetros inter-individuais.

Neste sentido colocamos ainda a hipótese da aceitação influenciar o nível de crescimento da dor, da limitação física e da depressão.

12.1. Método

12.1.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra clínica constituída por 55 indivíduos com diagnóstico recente de AR. Como referido no capítulo 8 (ponto 8.1.) relativo à

metodologia geral, os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul e no Instituto Português de Reumatologia (uma Unidade de Cuidados de Saúde Secundários), entre Março de 2006 e Maio de 2010. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (b) diagnóstico de AR entre 3 a 6 meses no momento da 1ª avaliação, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos pelo *American College of Rheumatology*. Os critérios de exclusão da amostra foram (1) presença de doença terminal; (2) presença de psicopatologia severa; (3) estar inserido numa intervenção multidisciplinar para a dor. O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelo especialista de Medicina Geral e Familiar ou pelo Reumatologista, no dia da consulta. Dos 60 pacientes contactados, 4 não deram o consentimento informado para participar no estudo e 1 foi excluído pela presença de co-morbilidade com psicopatologia severa (i.e. psicose). A amostra foi constituída por 11 participantes do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com uma média de idades de 55.28 anos (DP= 17.913). No que respeita ao estado civil, 80% dos participantes era casado/união de facto (5.5% solteiros; 5.5% divorciados/separados; e, 9.0% viúvos). Em relação à situação profissional, 69.1% dos participantes estavam empregados e 30.9% estavam reformados. No que respeita ao nível sócio-económico, 54.5% dos participantes apresentaram um nível baixo. A maioria dos participantes apresentou também um nível de habilitações literárias correspondente ao ensino básico (M=6.58; DP= 4.104). Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

12.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Short-Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), para avaliação da dor; b) *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2), para avaliação da limitação física; c) *The Fear of Pain Questionnaire* (FPQ), para avaliação do medo da dor; d) SOPA, para avaliação das crenças; e) COPE, para avaliação das estratégias de coping; f) *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42), para avaliação das estratégias de coping com a dor; g) *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS), para avaliação da psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress); h) CPAQ, para avaliação da aceitação. De um modo geral, as medidas utilizadas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados, com a amostra do estudo (Tabela 28).

A caracterização das medidas é descrita em detalhe no capítulo 8- metodologia geral, no ponto 8.6 relativo à caracterização dos instrumentos utilizados.

12.1.3. Procedimento

A recolha dos dados para este estudo seguiu a metodologia geral descrita anteriormente no capítulo 8 (ponto 8.4). Após os indivíduos facultarem o seu consentimento informado para participarem na investigação, foi agendada uma sessão individual para o preenchimento da bateria de instrumentos (Anexos 18 e 19). O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 60 a 120 minutos, distribuída por uma ou duas sessões em função do cansaço do participante.

12.1.4. Estratégia analítica

O estudo teve um carácter longitudinal. Com o objectivo de analisar a progressão das variáveis em estudo, relativas à dor, à limitação física, aos conteúdos cognitivos, às estratégias de coping e à psicopatologia ao longo dos 3 momentos de avaliação, procedeu-se à realização de *Anovas de Medidas Repetidas*, uma vez que este tipo de abordagem testa a existência de diferenças entre médias, sendo as medições da variável dependente repetidas no mesmo sujeito experimental. Este procedimento permite identificar os pares da variável que revelam diferenças estatisticamente significativas. A base teórica do cálculo reside na existência de uma soma dos quadrados adicional, destinada a quantificar a variabilidade entre os sujeitos da amostra de modo a que esta variabilidade possa ser contabilizada (e removida da variabilidade dos erros). As hipóteses sob estudo são que “As médias populacionais de onde as amostras emparelhadas foram extraídas são iguais” (i.e. $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_k$) versus “Existe pelo menos uma das médias diferente das restantes” (i.e. $H_1: \exists i, j: \mu_i \neq \mu_j$ ($i \neq j = 1, \dots, k$)).

Recorremos ainda a *Modelos de Crescimento Latente* (MCL) para analisar a influência da aceitação (avaliada num único ponto do tempo) na progressão das variáveis dor, limitação física e depressão. A utilização dos MCL apresenta algumas vantagens sobre a análise estatística clássica. Os MCL podem e devem ser utilizados em alternativa aos métodos clássicos quando os pressupostos destes não se verificam. Por outro lado, os métodos de análise clássicos assumem que apenas os efeitos fixos e não aleatórios são responsáveis pela variação observada entre as diferentes

medidas. Nestes métodos apenas são avaliadas as médias dos grupos, a variabilidade individual em torno da média do grupo é considerada como variância do erro, podendo conter informação importante relativa ao processo em estudo. Nos MCL esta informação é contabilizada.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL) e com o Software AMOS (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

12.2. Resultados

12.2.1. Análise Preliminar dos Dados

Os pressupostos para a realização das *Anovas de Medidas Repetidas* foram validados no que respeita à normalidade das variáveis em estudo (através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*) e ao pressuposto de esfericidade (através do teste de esfericidade de *Mauchly*). A normalidade das variáveis em estudo foi também analisada através das medidas de assimetria (*Skweness*) e de achatamento (*Kurtosis*), uma vez que o teste de *K-S* é sensível ao tamanho da amostra. Os resultados mostraram que as variáveis apresentam uma distribuição diferente da normal, no entanto os valores de *Skweness* e de *Kurtosis* não evidenciaram graves enviesamentos. Segundo Kline (1998) valores de *Skweness* $|\lt 3|$ e de *Kurtosis* $|\lt 10|$ são aceitáveis.

A Tabela 28 apresenta os valores da média, do desvio-padrão, mínimo, máximo, os valores de *Skweness* e de *Kurtosis*, do teste *K-S* e os valores de consistência interna obtidos para as variáveis em estudo, com a amostra utilizada. Salientamos que a *Anova de Medidas Repetidas* é no entanto um teste robusto à violação dos pressupostos da normalidade e da homogeneidade de variâncias isto é, a probabilidade de erro tipo I mantem-se inalterada e como tal a potência do teste é mantida em níveis adequados, mesmo quando os pressupostos de aplicação não sejam validados (Maroco, 2010).

A validação da esfericidade é uma condição suficiente e necessária para a utilização da estatística *F* na *Anova de Medidas Repetidas*, uma vez que sem este pressuposto não é possível assumir que a matriz de variâncias e co-variâncias é simétrica e que a estatística *F* possuiu distribuição *F-Snedecor*. Quando o pressuposto da esfericidade não se verifica, recorreremos ao *Épsilon* de *Greenhouse-Geisser*, um factor de correcção da probabilidade de significância associada à estatística *F* calculada.

No que respeita à validação dos pressupostos implícitos aos MCL, assentam essencialmente na distribuição normal das variáveis.

Tabela 28. Valores mínimo, máximo, do teste K-S, do Skewness e Kurtosis e valores de consistência interna, alfa de Cronbach para as variáveis em estudo.

	M	DP	Mínimo-Máximo	Skewness	Kurtosis	K-S	p	α
Dor1	7.418	6.900	0- 24	.713	-.452	1.071	.202	.777
Dor2	7.24	6.545	0-30	1.383	2.044	1.072	.006	.790
Dor3	9.40	5.946	0-24	.663	.213	1.118	.164	.714
Limitação1	10.929	2.365	7.20-18.00	.679	.540	1.308	.065	.902
Limitação2	11.156	2.313	7.20-16.80	.313	-.133	.664	.770	.528
Limitação3	12.269	1.875	8.40-19.40	.966	3.084	.985	.286	.535
Medo da dor Severa1	28.073	17.079	0-50	-.641	-1.061	1.344	.054	.909
Medo da dor Severa2	25.491	17.224	0-50	-.319	-1.388	1.238	.093	.904
Medo da dor Severa3	25.964	17.649	0-50	-.347	-1.405	1.278	.076	.909
Medo dor Menor1	4.327	7.888	0-33	2.219	4.413	2.223	.000	.810
Medo dor Menor2	2.273	5.509	0-33	4.011	18.978	2.603	.000	.787
Medo dor Menor3	1.836	5.291	0-33	4.479	23.255	2.962	.000	.790
Medo dor Proced.Médicos1	7.091	12.338	0-49	1.867	2.894	2.757	.000	.877
Medo dor Proced.Médicos2	7.600	13.512	0-49	1.827	2.353	2.727	.000	.904
Medo dor Proced.Médicos3	7.491	13.552	0-49	1.772	2.164	2.972	.000	.912
Crenças Controlo/Est. Auto-Controlo1	2.630	.7904	.91-3.82	-.637	-.248	1.171	.129	.779
Crenças Controlo/Estratégias Auto-Controlo2	2.757	.787	.91-3.82	-.643	-.638	1.236	.094	.798
Crenças Controlo/Estratégias Auto-Controlo3	2.695	.783	1.09-3.82	-.247	-1.042	.988	.283	.823
Crenças Incapacidade1	1.618	1.168	0-3.80	.278	-1.069	.653	.788	.807
Crenças Incapacidade2	1.642	1.141	0-4	.584	-.677	1.499	.022	.960
Crenças Incapacidade3	2.182	1.090	.20-4	.011	-1.140	.882	.418	.801
Crenças Emoção1	2.586	1.359	0-4	-.757	-.543	1.359	.050	.935
Crenças Emoção2	2.786	1.381	0-4	-.988	-.350	1.987	.001	.960
Crenças Emoção3	3.055	1.417	0-4	-1.289	.190	2.443	.000	.952
Crenças Solicitação1	2.723	1.237	0-4	-.780	-.336	1.399	.040	.935
Crenças Solicitação2	3.136	1.056	0-4	-1.319	.870	1.606	.012	.960
Crenças Solicitação3	3.250	.734	1.50-4.00	-.509	-.830	1.693	.006	.952
Crenças Medicação1	3.622	.367	2.80-4.00	-.804	-.103	1.779	.004	-
Crenças Medicação2	3.680	.388	2.40-4.00	-1.225	.634	1.987	.001	-
Crenças Medicação3	3.807	.315	2.80-4	-1.774	2.779	2.850	.000	-
Crenças Cuidados Médicos1	3.800	.366	2.67-4.00	-1.909	3.027	3.089	.000	-
Crenças Cuidados Médicos2	3.891	.265	2.67-4.00	-2.779	8.364	3.544	.000	-
Crenças Cuidados Médicos3	3.946	.210	2.67-4	-4.901	26.710	3.792	.000	-
Crenças Controlo/Est. Aprendizagem1	3.134	.9756	.50-4.00	-1.010	-.095	1.390	.042	.751
Crenças Controlo/Est. Aprendizagem2	3.218	.910	1-4	-1.152	.147	1.448	.030	.686
Crenças Controlo/Est. Aprendizagem3	3.323	.911	1-4	-1.233	.064	2.123	.000	.731
Crenças Cura Médica1	1.668	1.030	0-4	-.082	-.822	1.277	.077	.711
Crenças Cura Médica2	1.605	1.052	0-4	.589	-.098	1.170	.129	-
Crenças Cura Médica3	.800	.708	0-3	.988	1.426	1.939	.001	.512
Crenças Dano1	1.836	1.247	0-4	.286	-.686	1.164	.133	.857
Crenças Dano2	1.794	1.130	0-4	.619	.067	1.419	.036	.730
Crenças Dano3	1.673	1.349	0-4	.598	-.734	1.208	.108	.793
Busca suporte Social (Razões Emoções)1	14.109	6.471	7-28	.346	-1.284	1.217	.103	.097
Busca suporte Social (Razões Emoções)2	15.782	6.981	7-28	.358	-1.062	1.084	.190	.975

Busca suporte Social (Razões Emocões)3	15.564	6.064	7-28	.257	-.752	1.361	.049	.987
Coping Activo1	20.446	7.240	8-32	-.148	-.859	.560	.913	.938
Coping Activo2	19.618	6.196	8-32	.004	-.644	.654	.786	.923
Coping Activo3	20.618	5.566	8-32	-.634	.016	1.334	.057	.939
Descomprometimento Comportamental1	5.909	1.625	5-15	3.808	18.391	2.599	.000	.634
Descomprometimento Comportamental2	6.200	1.715	5-15	2.970	12.226	2.569	.000	.626
Descomprometimento Comportamental3	5.927	1.399	5-13	3.039	12.253	2.341	.000	.714
Coping Restritivo1	12.363	3.729	7-22	.942	.252	1.396	.041	.698
Coping Restritivo2	12.655	4.707	7-28	1.576	2.479	1.826	.003	.842
Coping Restritivo3	12.246	3.558	7-28	1.810	5.904	1.215	.104	.784
Fuga/Recusa1	4.746	1.787	4-14	3.370	13.459	3.020	.000	.734
Fuga/Recusa2	4.309	.979	4-10	4.372	22.046	3.548	.000	.499
Fuga/Recusa3	4.073	.325	4-6	4.882	25.111	3.960	.000	-
Apoio na Religião1	8.746	3.698	4-16	.515	-.852	1.334	.057	.9'5
Apoio na Religião2	8.527	3.018	4-16	.654	-.337	1.773	.004	.877
Apoio na Religião3	8.491	2.464	4-15	.301	.011	1.350	.052	.874
Aceitação1	9.855	2.838	4-16	.254	-.377	.928	.355	.816
Aceitação2	10.146	2.870	4-16	-.190	-.511	1.205	.110	.847
Aceitação3	10.127	2.126	5-14	-.580	-.516	1.788	.003	.820
Supressão Actividades Competitivas1	6.855	2.585	4-13	.620	-.530	1.028	.241	.563
Supressão Actividades Competitivas2	6.891	2.477	4-13	.615	-.606	1.379	.045	.541
Supressão Actividades Competitivas3	6.491	2.210	4-13	.990	.408	1.798	.003	.551
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)1	9.127	3.642	4-16	.169	-.992	1.236	.094	.928
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)2	10.055	3.369	4-16	.108	-.652	.877	.426	.901
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)3	10.473	3.072	4-16	-.231	-.191	1.749	.004	.973
Reinterpretação Positiva Crescimento1	7.309	2.449	3-12	.114	-.445	.908	.381	.741
Reinterpretação Positiva Crescimento2	7.073	2.372	3-12	.576	-.208	1.145	.145	.843
Reinterpretação Positiva Crescimento3	6.818	1.916	3-12	.449	.004	1.157	.138	.795
Descomprometimento Mental1	-	-	--	-	-	-	-	-
Descomprometimento Mental2	-	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Mental3	-	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Álcool e Droga1	-	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Álcool e Droga2	-	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Álcool e Droga3	-	-	-	-	-	-	-	-
Relaxamento1	.1884	.3880	0-1.27	1.962	2.578	3.203	.000	.298
Relaxamento2	.251	.5982	0-3.18	3.233	11.583	2.893	.000	.661
Relaxamento3	.278	.801	0-3.82	3.215	10.110	3.635	.000	.806

Prevenção1	1.076	.909	0-4.90	2.503	6.278	3.146	.000	.706
Prevenção2	1.137	.959	0-4.90	2.066	4.475	2.852	.000	.649
Prevenção3	1.246	.952	.70-3.50	1.542	.876	3.023	.000	.539
Busca de Suporte1	.639	1.113	0-4	1.717	1.801	2.755	.000	.712
Busca de Suporte2	.621	1.134	0-4.38	1.797	2.187	2.823	.000	.737
Busca de Suporte3	.432	1.049	0-3.50	2.291	3.804	3.544	.000	.787
Auto-Declarações1	1.883	2.264	0-7	1.157	-.108	2.406	.000	.906
Auto-Declarações2	1.343	1.509	0-7	2.121	4.679	2.487	.000	.771
Auto-Declarações3	.891	1.548	0-6	1.837	2.537	2.760	.000	.780
Persistência na tarefa1	6.277	1.894	0-7	-2.826	6.940	3.462	.000	.918
Persistência na tarefa2	5.818	2.403	0-7	-1.913	2.024	3.084	.000	.945
Persistência na tarefa3	5.759	2.325	0-7	-1.790	1.801	3.058	.000	.883
Exercício1	.000	.000	0	-	-	-	-	-
Exercício2	.000	.000	0	-	-	-	-	-
Exercício3	.000	.000	0	-	-	-	-	-
Depressão1	4.200	8.797	0-38	2.840	7.785	2.358	.000	.974
Depressão2	4.309	8.443	0-32	2.249	4.051	2.412	.000	.952
Depressão3	5.927	9.959	0-39	2.218	4.402	2.120	.000	.964
Ansiedade1	2.927	3.030	0-12	1.158	.624	1.633	.010	.608
Ansiedade2	3.000	3.049	0-13	1.367	1.636	1.425	.034	.573
Ansiedade3	3.346	2.633	0-13	1.573	2.746	1.803	.003	.574
Stress1	8.291	7.120	0-32	1.197	1.373	1.005	.264	.901
Stress2	10.855	9.550	0-37	1.148	.782	1.634	.010	.934
Stress3	13.691	9.211	0-36	.980	.307	1.451	.030	.941
Catastrofização	.661	.910	0-3.33	1.863	2.756	2.566	.000	.800
Aceitação (escala total)	59.96	13.26	24-88	-.659	1.149	.979	.293	.552
Realização de Actividades	37.60	10.21	6-57	-.754	1.018	.972	.301	.881
Disponibilidade	21.85	5.70	9-38	.304	.469	.733	.656	.663
Auto-Compaixão (escala total)	111.18	20.79	30-130	-1.920	4.019	1.546	.017	.930
Observação Distanciada (Aptidões Mindfulness)	20.85	5.99	8-32	-.440	-.676	1.240	.092	.847
Coping Racional	24.29	4.58	11-35	-.520	1.122	1.363	.049	.919
Limitação em termos de Interação Social	12.10	2.93	6.50-19	.063	-.558	.542	.930	.560

12.2.2. Dor

Para analisar a progressão da dor ao longo dos três momentos de avaliação foi realizada uma *Anova de Medidas Repetidas one-way* (a um factor). Os pressupostos para a realização deste tipo de análise foram validados (*K-S*; *Épsilon de Greenhouse-Geisser*: $F(1,784; 96,349) = 3,359$; $p = .044$). O resultado indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas na dor ao longo dos 3 momentos de avaliação. A dimensão do efeito foi de .588 sendo o intervalo de confiança (I.C.) de 95% para a diferença das médias.

A identificação dos pares de médias que diferiam entre si foi realizada através da comparação múltipla de médias com correcção de *Bonferroni*. Os resultados in-

dicaram diferenças estatisticamente significativas na dor entre a 2ª e a 3ª avaliações. Assim, os indivíduos relataram mais dor no 3º momento de avaliação (i.e 2 anos após o diagnóstico; M= 9.400; DP= .602) comparativamente ao 2º momento de avaliação (i.e. 1 ano após o diagnóstico; M= 7.236; DP= .883) (Tabela 29).

Tabela 29. Médias e desvios padrão da dor nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p	
				3.359	.044	2ªA< 3ªA
Dor	1ª Avaliação	7.418	.930			
	2ª Avaliação	7.236	.883			
	3ª Avaliação	9.400	.802			

12.5.3. Limitação Física

A progressão da limitação física ao longo das 3 avaliações realizadas foi igualmente analisada com o mesmo tipo de análise estatística. Os pressupostos para aplicação da *Anova de Medidas Repetidas* foram validados (KS; *Épsilon Greenhouse-Geisser*: $F(1.687; 91.105) = 9.605$; $p = .000$) Este resultado indica a existência de diferenças estatisticamente significativas na limitação física ao longo das 3 avaliações. A dimensão do efeito é elevada ($\eta^2 = .961$) com o I.C. a 95% para a diferença das médias. A análise dos resultados da comparação múltipla de médias com correção de *Bonferroni* indicou a existência de diferenças significativas entre a 1ª e a 3ª avaliações e entre a 2ª e a 3ª avaliações, com os sujeitos da amostra a relatarem mais limitação física na 3ª avaliação (2 anos de diagnóstico; M= 12.269; DP= .253), comparativamente com a 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico (M= 10.929; DP= .319) e a 2ª avaliação 1 ano após o diagnóstico (M= 11.156 DP= .312) (Tabela 30).

Tabela 30. Médias e desvios padrão da limitação física nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p	
				9.605	.000	1ªA< 3ªA; 2ª< 3ª A
Limitação	1ª Avaliação	10.929	.319			
	2ª Avaliação	11.156	.312			
	3ª Avaliação	12.269	.253			

12.5.4. Conteúdos Cognitivos/Crenças

12.5.4.1. Medo da Dor

A *Anova de Medidas Repetidas* foi igualmente realizada para a análise da progressão do medo da dor severa (*K-S*; *Épsilon Greenhouse-Geisser* $F(1.469; 79.337) =$

2.837; $p = .080$). O resultado indicou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ao longo das 3 avaliações realizadas.

Em relação ao medo da dor minor, a mesma abordagem estatística indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias. A dimensão do efeito é de .701 com o I.C. a 95% para a diferença das médias. Os resultados da comparação das médias com correção de *Bonferroni*, mostraram diferenças entre a 1ª e a 3ª avaliações, com os sujeitos da amostra a reportarem mais medo da dor minor na 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico ($M = 4.327$; $DP = 1.064$), comparativamente à 3ª avaliação 2 anos após o diagnóstico ($M = 1.836$; $DP = .713$).

No que respeita o medo da dor relacionada com os procedimentos médicos, não foram encontradas diferenças entre as médias, nas três avaliações realizadas ($F(1,100; 59.396) = .130$; $p = .744$) (Tabela 31).

Tabela 31. Médias e desvios padrão para o medo da dor nos 3 momentos avaliativos.

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p
				2.837	.080
Medo da Dor Severa	1ªAvaliação	28.073	2.303		
	2ªAvaliação	25.491	2.322		
	3ªAvaliação	25.964	2.380		
				6.056	.015
Medo da Dor Minor	1ªAvaliação	4.327	1.064		
	2ªAvaliação	2.273	.743		
	3ªAvaliação	1.836	.713		
				.130	.744
Medo da Dor Procedimentos Médicos	1ªAvaliação	7.091	1.664		
	2ªAvaliação	7.600	1.822		
	3ªAvaliação	7.941	1.827		

12.5.4.2. Crenças relacionadas com a Dor

No que respeita as crenças relacionadas com a dor foram realizadas *Anovas de Medidas Repetidas* para analisar a progressão das crenças de controlo/estratégias de auto-controlo, crenças de incapacidade, crenças relativas à influência do estado emocional, crenças de solicitação, crenças relativas aos cuidados médicos, crenças de cura médica, crenças controlo/estratégias de aprendizagem e crenças de dano.

Após validação dos pressupostos para a realização da *Anova de Medidas Repetidas* ($K-S$; *Mauchly's test Sphericity* $F(2, 108) = .887$; $p = .415$), os resultados indicaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas em relação às “crenças de controlo/estratégias de auto-controlo” (i.e. a extensão para a qual os in-

divíduos acreditam que possuem recursos para controlar os sintomas), nas três avaliações realizadas (Tabela 32).

Tabela 32. Médias e desvios padrão das crenças de controlo (estratégias de auto-controlo) nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p
				.887	.415
Crenças Controlo (Estratégias de Auto-controlo)	1ª Avaliação	2.630	.107		
	2ª Avaliação	2.757	.106		
	3ª Avaliação	2.695	.106		

No que respeita as “crenças de incapacidade” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que estão incapacitados pela dor), os resultados obtidos mostraram a existência de diferenças significativas entre as avaliações (*K-S; Mauchly's test of Sphericity* $F(2, 108) = 10.697$; $p = .000$). A dimensão do efeito foi elevada ($\eta^2 = .988$). Os resultados da comparação das médias com correcção de *Bonferroni* mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a 1ª e a 3ª avaliações, e entre a 2ª e a 3ª avaliações. Os sujeitos da amostra relataram mais “crenças de incapacidade” na 3ª avaliação ($M = 2.182$; $DP = .147$), comparativamente com a 1ª avaliação ($M = 1.618$; $DP = .158$) e a 2ª avaliação ($M = 1.642$; $DP = .154$) (Tabela 33).

Tabela 33. Médias e desvios padrão das crenças de incapacidade nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p	
				10.697	.000	1ªA < 3ªA; 2ª < 3ª A
Crenças	1ª Avaliação	1.618	.158			
Incapacidade	2ª Avaliação	1.642	.154			
	3ª Avaliação	2.182	.147			

A análise da progressão das “crenças relativas à influência do estado emocional” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que as suas emoções influenciam a sua experiência algica) foi igualmente analisada com recurso a uma Anova de Medidas Repetidas. Após a validação dos pressupostos, a análise dos resultados indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a 1ª e a 3ª avaliações, e entre a 2ª e a 3ª avaliações. A dimensão do efeito é de .662 com o I.C. a 95% para a diferença das médias. A comparação das médias com correcção de *Bonferroni*, mostrou que os sujeitos relataram mais “crenças relativas à influência

do estado emocional” na 3ª avaliação (M= 3.055; DP= .191) em comparação com a 1ª e a 2ª avaliações (M= 2.586; DP= .183/M= 2.786; DP= .186, respectivamente) (Tabela 34).

Tabela 34. Médias e desvios padrão da crenças relativas à influência do estado emocional nos 3 momentos avaliativos.

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p	
				4.427	.024	1ªA< 3ªA; 2ª< 3ª A
Crenças	1ª Avaliação	2.586	.183			
Emoção	2ª Avaliação	2.786	.186			
	3ª Avaliação	3.055	.191			

No que respeita as “crenças de solicitação” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que os outros, particularmente os familiares, devem estar disponíveis para fornecer respostas face a sua experiência algica), os resultados obtidos indicaram igualmente a existência de diferenças significativas nos três momentos de avaliação. A dimensão do efeito para as diferenças entre as médias é de .857. Os resultados da comparação das médias com correcção de *Bonferroni*, indicaram diferenças entre a 1ª e a 3ª avaliações, tendo os sujeitos da amostra relatado mais “crenças de solicitação” na 3ª avaliação 2 anos após o diagnóstico (M= 3.250; DP= .099) comparativamente com a 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico (M= 2.723; DP= .167) (Tabela 35).

Tabela 35. Médias e desvios padrão da crenças de solicitação nos 3 momentos avaliativos.

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p	
				6.858	.004	1ªA< 3ªA
Crenças	1ª Avaliação	2.723	.167			
Solicitação	2ª Avaliação	3.136	.142			
	3ª Avaliação	3.250	.099			

No mesmo sentido, os resultados obtidos na *Anova de Medidas Repetidas* realizada para analisar as “crenças sobre a adequação da medicação” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que os medicamentos são um tratamento adequado para a dor), mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as 1ª e 3ª avaliações ($\eta^2 = .855$). Assim, os sujeitos relataram mais “crenças relacionadas com a medicação” na 3ª avaliação, aos 2 anos de progressão da AR (M= 3.807; DP= .042) comparativamente à 1ª avaliação aos 3/6 meses de diagnóstico (M= 3.622; DP= .049) (Tabela 36).

Tabela 36. Médias e desvios padrão da crenças relativas à medicação nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p	
				5.695	.004	1ªA< 3ªA
Crenças	1ª Avaliação	3.622	.049			
Medicação	2ª Avaliação	3.680	.052			
	3ª Avaliação	3.807	.042			

A análise das “crenças relativas aos cuidados médicos” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam nos cuidados médicos como adequados para a sua patologia álgica) evidenciou uma progressão semelhante à descrita anteriormente para as crenças de solicitação. Os resultados mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\eta^2 = .782$). A análise da comparação das médias com correcção de *Bonferroni* evidenciou diferenças significativas entre as 1ª e 3ª avaliações, com os sujeitos a relatarem mais “crenças relativas aos cuidados médicos” na 3ª avaliação (M= 3.945; DP= .028), em comparação com a 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico (M= 3.800; DP= .049) (Tabela 37).

Tabela 37. Médias e desvios padrão da crenças relativas aos cuidados médicos nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p	
				5.218	.010	1ªA< 3ªA
Crenças	1ª Avaliação	3.800	.049			
Cuidados	2ª Avaliação	3.891	.036			
Médicos	3ª Avaliação	3.945	.028			

A análise dos resultados obtidos na *Anova de Medidas Repetidas* para as “crenças de controlo/estratégias de aprendizagem” (i.e. a extensão os indivíduos acreditam que podem adquirir recursos para controlar os sintomas) não mostrou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as três avaliações efectuadas (Tabela 38).

Tabela 38. Médias e desvios padrão da crenças de controlo relacionadas com as estratégias de aprendizagem nos 3 momentos avaliativos.

Momento de Avaliação		M	DP	F	p
				.995	.373
Crenças	1ª Avaliação	3.134	.132		
Controlo	2ª Avaliação	3.218	.123		
(Estratégias de Aprendizagem)	3ª Avaliação	3.323	.123		

A progressão das “crenças relativas à cura médica” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam na cura médica do seu problema álgico) foi igualmente analisada. Os resultados mostraram diferenças significativas nas três avaliações ($\eta^2 = 1.000$; I.C. a 95%). A comparação dos resultados das médias com correcção de *Bonferroni* permitiu identificar diferenças entre as 1ª e 3ª avaliações e entre as 2ª e 3ª avaliações, com os sujeitos da amostra a relatarem mais “crenças na cura médica” na 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico (M= 1.668; DP= .139) comparativamente com a 2ª (M= 1.605; DP= .142) e a 3ª avaliações (M= .800; DP= .095) (Tabela 39).

Tabela 39. Médias e desvios padrão da crenças relativas à cura médica nos 3 momentos avaliativos.

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p
				20.187	.000
					3ªA<1ªA;3ªA<2ªA
Crenças	1ª Avaliação	1.668	.139		
Cura Médica	2ª Avaliação	1.605	.142		
	3ª Avaliação	.800	.609		

Finalmente, a análise das “crenças de dano” (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que a dor significa dano para si próprio e que deveria evitar o exercício) não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre as três avaliações (Tabela 40).

Tabela 40. Médias e desvios padrão da crenças de dano nos 3 momentos avaliativos

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p
				.533	.565
Crenças	1ª Avaliação	1.836	.168		
Dano	2ª Avaliação	1.794	.152		
	3ª Avaliação	1.673	.182		

12.5.5. Estratégias de Coping

No que respeita as estratégias de coping foram estudadas as dimensões relativas à COPE recorrendo igualmente a *Anovas de Medidas Repetidas one way*.

Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas apenas para as estratégias de recusa/fuga (i.e. a recusa em aceitar que o stressor existe) entre as três avaliações realizadas. A dimensão do efeito é de .687 com um I.C. a 95% para as diferenças de médias. A análise da comparação das médias com correcção de *Bonferroni* evidenciou diferenças significativas entre as 1ª e 3ª avaliações, com os su-

jeitos da amostra a relatarem mais utilização deste tipo de estratégias na 1ª avaliação, 3/6 meses após o diagnóstico (M= 4.745; DP= .241), em comparação com a 3ª avaliação 2 anos após o diagnóstico (M= 4.073; DP= .044) (Tabela 41).

Tabela 41. Médias e desvios padrão das estratégias de coping nos 3 momentos avaliativos.

	Momento da Avaliação			F	p
		M	DP		
				2.187	.117
Busca de Suporte Social	1ªAvaliação	14.109	.873		
	2ªAvaliação	15.782	.941		
razões emocionais	3ªAvaliação	15.564	.818		
				.732	.483
Coping Activo	1ªAvaliação	20.445	.976		
	2ªAvaliação	19.618	.835		
	3ªAvaliação	20.618	.751		
				1.013	.360
Descomprometimento Comportamental	1ªAvaliação	5.909	.219		
	2ªAvaliação	6.200	.231		
	3ªAvaliação	5.927	.189		
				.271	.730
Coping Restritivo	1ªAvaliação	12.354	.503		
	2ªAvaliação	12.655	.635		
	3ªAvaliação	12.245	.480		
				4.832	.019
Fuga/Recusa	1ªAvaliação	4,745	.241		3ªA<1ªA
	2ªAvaliação	4.309	.132		
	3ªAvaliação	4.073	.044		
				.277	.731
Apoio Religião	1ªAvaliação	8.745	.499		
	2ªAvaliação	8.527	.407		
	3ªAvaliação	8.491	.332		
				.345	.709
Aceitação	1ªAvaliação	9.855	.383		
	2ªAvaliação	10.145	.387		
	3ªAvaliação	10.127	.287		
				.858	.414
Supressão Actividades Competitivas	1ªAvaliação	6.855	.349		
	2ªAvaliação	6.891	.334		
	3ªAvaliação	6.491	.298		
				4.131	.019
					tend. Sig 1ªA<3ªA
Busca Suporte Social	1ªAvaliação	9.127	.491		
	2ªAvaliação	10.055	.454		
razões instrumentais	3ªAvaliação	10.473	.414		
				1.428	.245
Reinterpretação Positiva	1ªAvaliação	7.309	.330		
	2ªAvaliação	7.073	.320		
Crescimento	3ªAvaliação	6.818	.258		
				-	-

Descomprometimento Mental	1ªAvaliação	-	-		
	2ªAvaliação	-	-		
	3ªAvaliação	-	-		
				-	-
Descomprometimento	1ªAvaliação	-	-		
Recurso Álcool	2ªAvaliação	-	-		
e Drogas	3ªAvaliação	-	-	-	-

No sentido de analisar a progressão das estratégias de coping para lidar com a dor, foram igualmente realizadas *Anovas de Medidas Repetidas* para todas as dimensões da CPCI-42. Os resultados mostraram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação (Tabela 42).

Tabela 42. Médias e desvios padrão das estratégias de coping para lidar com a dor nos 3 momentos avaliativos.

	Momento da Avaliação	M		F	p
		M	DP		
				.417	.630
Relaxamento	1ªAvaliação	.188	.052		
	2ªAvaliação	.251	.081		
	3ªAvaliação	.278	.108		
				.704	.497
Prevenção	1ªAvaliação	1.076	.123		
	2ªAvaliação	1.136	.129		
	3ªAvaliação	1.245	.128		
				.987	.376
Busca de Suporte	1ªAvaliação	.639	.150		
	2ªAvaliação	.620	.153		
	3ªAvaliação	.432	.141		
				3.040	.073
Auto-Declarações	1ªAvaliação	1.857	.482		
	2ªAvaliação	1.490	.352		
	3ªAvaliação	.821	.305		
				1.113	.327
Persistência Tarefa	1ªAvaliação	6.277	.255		
	2ªAvaliação	5.818	.324		
	3ªAvaliação	5.759	.314		
				-	-
Exercício	1ªAvaliação	-	-		
	2ªAvaliação	-	-		
	3ªAvaliação	-	-		

12.5.6. Psicopatologia

Seguindo a mesma abordagem estatística, procedeu-se à análise da progressão da psicopatologia (stress, depressão, ansiedade) ao longo das 3 avaliações realizadas.

No que respeita ao stress, após validados os pressupostos para a aplicação da *Anova de Medidas Repetidas (K-S; Mauchly's test of Sphericity* $F(2,108) = 11.813$; $p = .000$), os resultados mostraram apenas diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao stress. A dimensão do efeito foi elevada ($\eta^2 = .994$) para um I.C. a 95%. A comparação das médias revelou diferenças significativas entre as 1ª e 3ª avaliações, e entre as 2ª e 3ª avaliações. Os sujeitos da 3ª avaliação após 2 anos de diagnóstico relataram mais sintomas de stress ($M = 13.691$; $DP = 1.242$) comparativamente com a 1ª avaliação 3/6 meses após o diagnóstico ($M = 8.291$; $DP = 1.242$) e a 2ª avaliação 1 ano após o diagnóstico ($M = 10.855$; $DP = 1.288$) (Tabela 43).

Tabela 43. Médias e desvios padrão da psicopatologia nos 3 momentos avaliativos.

	Momento de Avaliação	M	DP	F	p	
				11.813	.000	3ªA<1ªA;3ªA<2ªA
Stress	1ªAvaliação	8.291	.960			
	2ªAvaliação	10.855	1.288			
	3ªAvaliação	13.691	1.242			
				1.290	.275	
Depressão	1ªAvaliação	4.200	1.186			
	2ªAvaliação	4.309	1.139			
	3ªAvaliação	5.927	3.235			
				.444	.617	
Ansiedade	1ªAvaliação	2.927	.409			
	2ªAvaliação	3.000	.411			
	3ªAvaliação	3.345	.355			

12.5.7. Modelos de Crescimento Latente

As *Anovas de Medidas Repetidas* têm sido amplamente utilizadas com variáveis observadas para testar estatisticamente as mudanças ao longo do tempo. Os métodos de análise clássicos (*Anovas de Medidas Repetidas*) assumem que apenas os efeitos fixos e não aleatórios são responsáveis pela variação observada entre as diferentes medidas. Nestes métodos apenas são avaliadas as médias dos grupos, uma vez que a variabilidade individual em torno da média do grupo é considerada como variância do erro. Esta variabilidade pode conter informação importante para o processo em estudo que assim é perdida. É justamente aqui que os *Modelos de*

Crescimento Latente (MCL) assumem a sua vantagem, uma vez que esta informação é contabilizada.

Os MCL envolvem conceptualmente 2 tipos de análises diferentes: 1) medições repetidas de cada indivíduo ao longo do tempo, que hipoteticamente são lineares ou não lineares; 2) análise dos parâmetros individuais (valores do declive e do intercepto) para determinar a diferença no crescimento de uma baseline. O MCL representa as diferenças ao longo do tempo tendo em conta as médias (intercepto) e a taxa da mudança (declive), a nível individual e de grupo. Permite assim uma análise das diferenças nos parâmetros individuais críticos para qualquer análise de mudança. Não descreve apenas o crescimento individual ao longo do tempo (i.e. linear ou não linear) mas detecta diferenças nos parâmetros individuais ao longo do tempo.

12.5.7.1. Dor

O conjunto de dados contém as respostas de 55 indivíduos com diagnóstico recente de AR, ao longo de um período de 2 anos, no que respeita à dor. As variáveis dor 1, dor 2 e dor 3 apresentam um enviesamento-*Skweness* <|3| e um achatamento-*Kurtosis* <|10|, pelo que de acordo com Kline (1998) podemos considerar que seguem uma distribuição próxima da normal. A presença de *outliers*, foi analisada através da distância quadrada de *Mahanalobis* - DM^2 (p_1 ; $p_2 < .05$, como indicativo de possível outlier), e não identificou observações *outliers*.

A qualidade do modelo foi analisada através de vários índices de ajustamento (CMIN/DF= 2.679; CFI= .948, CFI ≥ .9 indicativo de ajustamento bom; NFI= .924, NFI > .9 indicativo de bom ajustamento), mostrando um ajustamento aceitável.

Os pesos do intercepto em cada medida repetida foram fixados em 1, de forma a reflectir a influência constante do valor basal ou residual sobre as diferentes medidas repetidas. Os pesos do declive foram fixados de 0 (1ª avaliação) a 2 (3ª avaliação), para testar a linearidade do crescimento na dor. Como se trata de um modelo saturado ($\chi^2 = 0$; $df = 0$), i.e. com todas as trajectórias especificadas, assume interesse limitado. Assim, fixamos os interceptos dos itens em zero para tornar o modelo sobre-identificado ($df > 0$), dado que o objectivo é criar um modelo parcimonioso com algumas trajectórias significativas e um valor de χ^2 não significativo mas próximo do valor obtido para o modelo saturado, indicativo de poucas diferenças entre a matriz de variância-covariância da amostra e a matriz de covariância reproduzida. A Figura 10 representa o modelo.

Modelo Não Condicionado

A partir da tabela de estimativas não estandardizadas, a análise dos pesos do declive para os itens intermédios permitiu concluir a existência de diferenças no crescimento da dor ao longo das 3 avaliações.

A análise dos pesos do declive estandardizados indica que a taxa do crescimento no período em questão é aproximadamente linear. A taxa média ou declive médio é dado pela estimativa da média $M(\text{Declive}) = 1,224$ sendo este valor estatisticamente diferente de zero ($Z=2,48$; $p=0,013 < 0,05 = \alpha$), o que em termos práticos quer dizer que à medida que o tempo passa, o nível da dor aumenta a uma taxa média de 1,224 unidades.

A análise de variância do declive é marginalmente significativa, mostrando alguma heterogeneidade no crescimento nos diferentes indivíduos ($V(\text{Declive}) = 8.122$; $DP = 4.570$; $Z = 1.777$; $p = .076$).

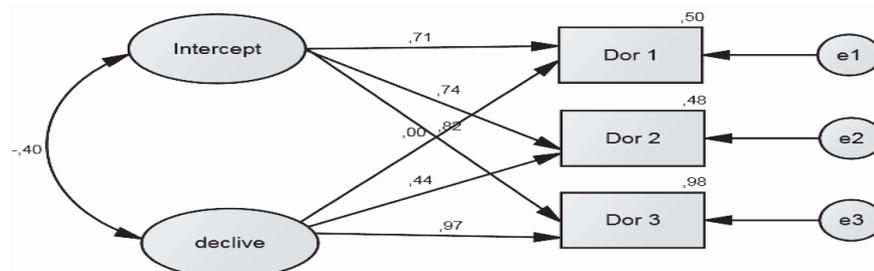


Figura 10. Modelo Não Condicionado da Dor ao longo das 3 avaliações

O valor médio do intercepto ($M(\text{Intercepto}) = 6.934$; $DP = .883$; $Z = 17.849$; $p = .000$) e a variância do intercepto ($V(\text{Intercepto}) = 23.542$; $DP = 10.542$; $Z = 2.252$; $p = .024$) estatisticamente significativos são indicativos de diferenças inter-individuais no momento baseline, o que significa que os indivíduos da amostra apresentam diferenças no nível de dor logo na 1ª avaliação.

A correlação entre o intercepto e o declive é negativa ($-.401$), o que quer dizer que quanto maior for o nível de dor do indivíduo no momento inicial, menor a taxa de crescimento do nível de dor nas avaliações seguintes.

A existência de variabilidade significativa em torno do intercepto ($M(I) = 6.934$; $DP = .883$; $Z = 7.849$; $p = .000$) e marginalmente significativa em torno do declive ($M(D) = 1.224$; $DP = .492$; $Z = 2.488$; $p = .013$), reflecte a heterogeneidade relativamente ao nível da dor.

Modelo Condicionado

Os valores estatisticamente significativas das variâncias do intercepto ($V(I)=23.542$; $SE=10.452$; $Z=2.252$; $p=.024$) e do declive ($V(D)=8.122$; $SE=4.570$; $Z=1.777$; $p=.076$), indicaram alguma heterogeneidade dos sujeitos quer no valor base do nível de dor quer no crescimento ao longo do tempo. Assim, o desenvolvimento das análises suscitou a importância de considerar no modelo outras variáveis capazes de explicar esta heterogeneidade dos sujeitos, pelo que incluímos a aceitação como variável condicionadora avaliada transversalmente (Figura 11).

Através do χ^2 para modelos aninhados verificamos que ambos os modelos não condicionado e condicionado, eram estatisticamente significativos ($CMIN=29.789$; $p=.000$), indicando que a variável condicionadora (i.e. aceitação) é significativa no modelo de crescimento latente condicionado.

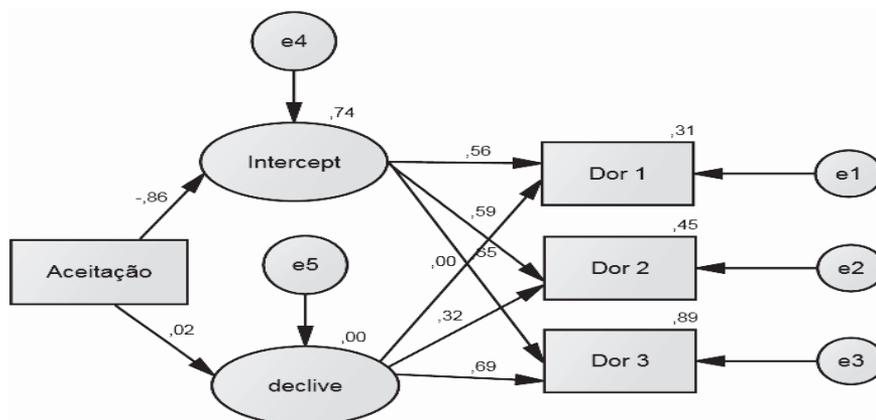


Figura 11. Modelo Condicionado pela Aceitação.

A análise dos valores das variâncias do intercepto e do declive permitiu observar uma diminuição dos valores relativamente ao modelo não condicionado. A análise dos pesos de regressão permitiu mostrar que a aceitação tem um peso negativo e forte sobre os valores basais da dor ($\beta=-.859$; $p=.000$). Isto significa que quanto maior o valor da aceitação menor será o valor basal (nível da dor na 1ª avaliação). Por outro lado, a análise dos pesos de regressão indica igualmente que a variabilidade na taxa de crescimento da dor não é explicada pela aceitação ($\beta=.015$; $p=.947$).

12.5.7.2. Limitação Física

O conjunto de dados contém as respostas dos 55 indivíduos com diagnóstico recente de AR, ao longo de um período de 2 anos, no que respeita à limitação física.

As variáveis limitação física 1, limitação física 2 e limitação física 3 apresentam um enviesamento-*Skewness* <|3| e um achatamento-*Kurtosis*<|10|, e podemos considerar que seguem uma distribuição próximo da normal, de acordo com Kline (1998). A presença de *outliers*, foi novamente analisada através da distância quadrada de *Mahanalobis-DM²* (p_1 ; $p_2 < .05$, como indicativo de possível outlier), e permitiu identificar duas possíveis observações *outliers* (i.e. 4, 37). Por se tratar de uma amostra de pequena dimensão a eliminação destas duas observações extremas iria reduzir a variabilidade do factor em estudo e limitar possíveis interpretações susceptíveis de interesse. Na Figura 12 está representado o modelo. À semelhança do descrito anteriormente para a dor, os pesos do intercepto em cada medida repetida foram fixados em 1, para reflectir a influência constante do valor basal ou residual sobre as diferentes medições. Por outro lado, os pesos dos declives foram igualmente fixados em 0,1 e 2, para testar a linearidade do crescimento da limitação física ao longo das 3 medições realizadas. Como se trata de um modelo saturado ($\chi^2 = 0$; $df = 0$), optámos novamente por fixar os interceptos dos itens em zero para sobre-identificarmos o modelo ($df > 0$) e assim ficarmos com parâmetros livres.

O modelo produziu indicação da existência de um erro ($e_3 = -1.262$) com variância negativa, pelo que fixamos a variância num valor superior a 1 mas o mais pequeno possível (.0001), e analisámos o modelo. A qualidade do modelo foi analisada através de vários índices de ajustamento (CMIN/DF= 2.671; CFI= .903, CFI $\geq .9$ indica um ajustamento muito bom; NFI= .858, NFI $> .9$, indica um ajustamento bom), mostrando um ajustamento aceitável.

Modelo Não Condicionado

Através da tabela de estimativas não estandardizadas, a análise dos pesos do declive para os itens intermédios permitiu concluir a existência de diferenças de crescimento ao longo das 3 avaliações. A análise dos pesos do declive estandardizados indica que a taxa do crescimento no período em questão é aproximadamente linear. A taxa média ou declive médio é dado pela estimativa da média $M(\text{Declive}) = .746$ sendo este valor estatisticamente diferente de zero ($Z = 4.155$; $p = .000$), o que significa que à medida que o tempo passa a limitação física aumenta a uma taxa média de .746 unidades.

A análise de variância do declive é significativa, mostrando heterogeneidade no crescimento nos diferentes indivíduos ($V(\text{Declive}) = 1.292$; $DP = .389$; $Z = 3.320$; $p = .000$).

O valor médio do intercepto ($M(\text{Intercepto}) = 10.777$; $DP = .312$; $Z = 34.584$; $p = .000$) e a variância do intercepto ($V(\text{Intercepto}) = 3.448$; $DP = 1.283$; $Z = 2.688$; $p = .007$) estatisticamente significativos indicam diferenças inter-indivíduos no momento baseline, o que significa que os indivíduos da amostra eram diferentes na 1ª avaliação, isto é, tinham níveis diferentes de limitação física logo na avaliação inicial entre 3/6 meses após o diagnóstico.

Como a correlação entre o intercepto e o declive é negativa ($-.612$), quer dizer que quanto maior for o valor de limitação física do indivíduo no momento inicial, menor a taxa de crescimento da limitação nas avaliações seguintes.

A existência de variabilidade significativa em torno do intercepto e em torno do declive, reflecte a heterogeneidade relativamente ao nível da limitação física. Assim será importante considerar no modelo outras variáveis capazes de explicar esta heterogeneidade dos sujeitos, nomeadamente a aceitação.

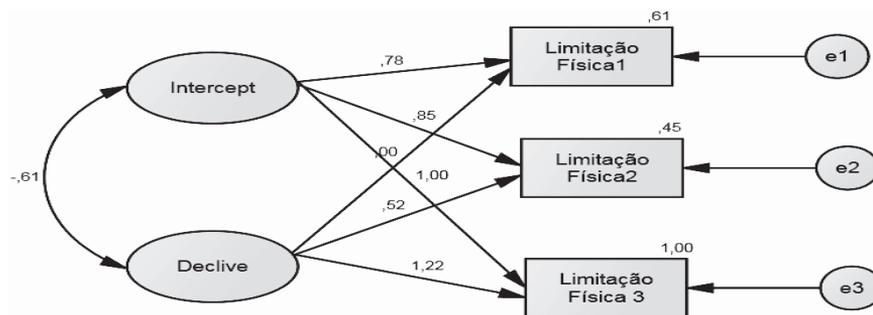


Figura 12. Modelo Não Condicionado da Limitação Física ao longo das 3 avaliações

Modelo Condicionado

Os valores estatisticamente significativas das variâncias do intercepto ($V(\text{Intercepto}) = 3.448$; $DP = 1.283$; $Z = 2.688$; $p = .007$) e do declive ($V(\text{Declive}) = 1.292$; $DP = .389$; $Z = 3.320$; $p = .000$), indicaram alguma heterogeneidade dos sujeitos quer no valor base do nível de limitação física quer no crescimento ao longo do tempo. Foi assim considerada a importância de incluir no modelo outras variáveis capazes de explicar esta heterogeneidade dos sujeitos, pelo que incluímos a aceitação como variável condicionadora avaliada transversalmente. Na Figura 13 está representado o modelo testado.

Através do χ^2 para modelos aninhados verificamos que ambos os modelos não condicionado e condicionado, eram estatisticamente significativos ($CMIN =$

31.388; $p = .000$), indicando que a aceitação é uma variável significativa no modelo de crescimento latente condicionado.

A análise dos valores das variâncias do intercepto e do declive permitiu observar uma diminuição dos valores relativamente ao modelo não condicionado. A análise dos pesos de regressão permitiu mostrar que a aceitação tem um peso negativo e forte sobre os valores basais da limitação física ($\beta = -.943$; $p = .000$). Isto significa que quanto maior o valor da aceitação menor será o valor basal da limitação física. Por outro lado, a análise dos pesos de regressão indica igualmente que a variabilidade individual da taxa de crescimento da limitação física não é explicada pela aceitação ($\beta = -.054$; $p = .806$). Isto significa que a correlação entre o intercepto e o declive é explicada por outras variáveis que não a aceitação, não contempladas no modelo proposto.

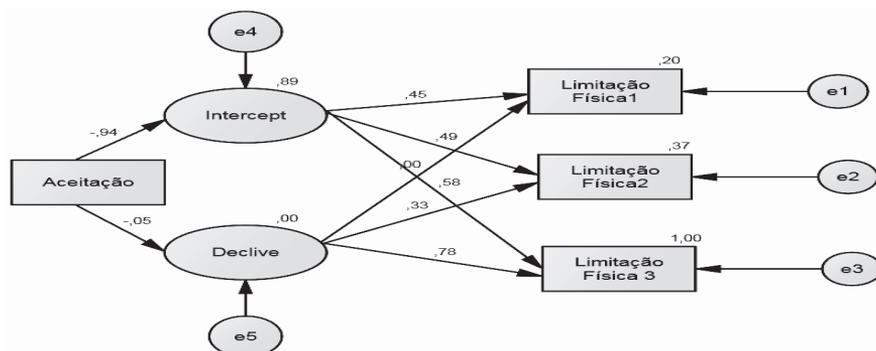


Figura 13. Modelo Condicionado pela Aceitação.

12.5.7.3. Depressão

O conjunto de dados contém as respostas dos 55 indivíduos com diagnóstico recente de AR, ao longo de um período de 2 anos, no que respeita a depressão. As variáveis depressão 1, depressão 2 e depressão 3 apresentam um enviesamento-*Skewness* $< |3|$ e um achatamento-*Kurtosis* $< |10|$, e podemos considerar que seguem uma distribuição próxima da normal, de acordo com Kline (1998). A presença de *outliers*, foi novamente analisada através da distância quadrada de *Mahanalobis-DM*² (p_1 ; $p_2 < .05$, como indicativo de possível outlier), e permitiu identificar 8 observações possíveis *outliers* (i.e. 9,10,13,18,38,39,46,50). A eliminação das observações extremas iria reduzir a variabilidade do factor em estudo e limitar possíveis interpretações interessantes, pelo que foram mantidas nas análises. Na Figura 14 está re-

presentado o modelo. Como anteriormente descrito, os pesos do intercepto em cada medida repetida foram fixados em 1, para reflectir a influência constante do valor basal ou residual sobre as diferentes medições. Por outro lado, os pesos dos declives foram igualmente fixados em 0,1 e 2, para testar a linearidade do crescimento da depressão ao longo das 3 avaliações realizadas. Como se trata de um modelo saturado ($\chi^2 = 0$; $df = 0$), e o objectivo era criar um modelo parcimonioso com algumas trajectórias significativas e um valor de χ^2 não significativo mas próximo do valor obtido para o modelo saturado, fixamos uma vez mais os interceptos dos itens em zero para sobre-identificarmos o modelo ($df > 0$) e assim ficarmos com parâmetros livres.

O modelo produziu indicação da existência de um erro ($\epsilon = -.996$) com variância negativa, pelo que fixamos a variância num valor superior a 1 mas o mais pequeno possível (.0001), e analisámos novamente o modelo.

Os vários índices de ajustamento obtidos permitiram aferir a qualidade do modelo e mostraram um ajustamento aceitável (CMIN/DF = .395; CFI = .1.000, CFI \geq .9 indica um ajustamento muito bom; NFI = .988, NFI $>$.9, indica um ajustamento bom; PCFI = .667, PCFI com valores entre .06 e .08 indicativo de um ajustamento bom; RMSEA = .000, RMSEA \leq .05 indica um ajustamento bom).

Modelo Não Condicionado

A análise dos pesos do declive para os itens intermédios, através da tabela de estimativas não estandardizadas, mostra a existência de diferenças de crescimento ao longo das 3 avaliações. A análise dos pesos do declive estandardizados indica que a taxa do crescimento no período em questão é aproximadamente linear. A taxa média ou declive médio é dado pela estimativa da média $M(\text{Declive}) = 1.154$ sendo este valor marginalmente diferente de zero ($Z = 1.880$; $p = .060$), o que significa que à medida que o tempo passa a depressão aumenta a uma taxa média de 1.154 unidades.

A análise de variância do declive é significativa, mostrando heterogeneidade no crescimento da depressão nos diferentes indivíduos ($V(\text{Declive}) = 11.031$; $DP = 4.354$; $Z = 2.533$; $p = .011$).

O valor médio do intercepto ($M(\text{Intercepto}) = 3.618$; $DP = .993$; $Z = 3.646$; $p = .000$) estatisticamente significativo mas a variância do intercepto ($V(\text{Intercepto}) = 15.897$; $DP = 12.752$; $Z = 1.247$; $p = .213$) não é significativa, é um indicativo da inexistência de diferenças inter-individuais no momento baseline, e significa que os indivíduos da amostra não tinham muitas diferenças no que respeita aos sintomas depressivos na 1ª avaliação.

A correlação positiva entre o intercepto e o declive (.705) permite afirmar que quanto maior for o valor de depressão do indivíduo no momento inicial, maior a taxa de crescimento da depressão nas avaliações seguintes.

Devido à existência de variabilidade significativa em torno do declive, mas não em torno do intercepto, prosseguimos a análise para o modelo condicionado uma vez que há mais informação que pode ser modelada pela presença da variável condicionadora.

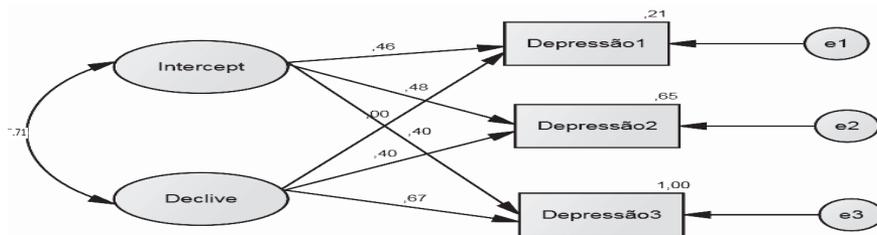


Figura 14. Modelo Não Condicionado da Depressão ao longo das 3 avaliações.

Modelo Condicionado

O valor da variância do intercepto ($V(\text{Intercepto}) = 15.897$; $DP = 12.752$; $Z = 1.47$; $p = .213$) não significativo (indicativo de homogeneidade no momento baseline), a par de um valor da variância do declive estatisticamente significativo ($V(\text{Declive}) = 11.031$; $DP = 4.354$; $Z = 2.533$; $p = .011$), é indicativo de heterogeneidade entre os diferentes indivíduos no que se refere ao crescimento da depressão. Assim, a aceitação foi incluída no modelo como variável condicionadora, avaliada transversalmente. Na figura 15 está representado o modelo testado.

Através do χ^2 para modelos aninhados verificamos que ambos os modelos não condicionado e condicionado, são estatisticamente significativos ($CMIN = 37.600$; $p = .000$), indicando que a aceitação é significativa no modelo de crescimento latente condicionado.

A análise comparativa dos valores das variâncias do intercepto e do declive entre o modelo condicionado e o respectivo modelo não condicionado, permitiu verificar uma diminuição dos valores relativamente ao modelo não condicionado, na variância do declive ($V(D) = 7.222$; $DP = 2.126$; $Z = 3.396$; $p = 0.000$) mas não na variância do intercepto ($V(I) = 20.117$; $DP = 7.394$; $Z = 2.721$; $p = .007$), o que seria de esperar pela análise anterior do modelo não condicionado, em que a variância do intercepto não era estatisticamente significativa. A análise dos pesos de re-

gressão permitiu demonstrar que a aceitação tem um peso negativo e moderado sobre os valores basais da depressão ($\beta = -.398$; $p = .052$, marginalmente significativo). Isto significa que quanto maior o valor da aceitação menor será o valor basal da depressão. Por outro lado, a análise dos pesos de regressão indica igualmente que a variabilidade individual da taxa de crescimento da depressão é explicada pela aceitação ($\beta = -.674$; $p = .000$).

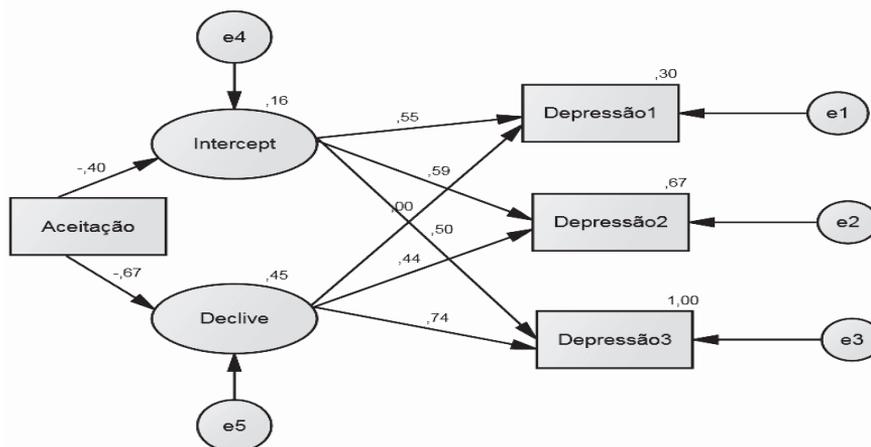


Figura 15. Modelo Condicionado pela Aceitação.

12.6. Discussão

O impacto pessoal e social da AR tem contribuído nos últimos anos para a investigação no âmbito dos mecanismos que influenciam o curso, o prognóstico e os resultados do tratamento (Barlow, Cullen & Rowe, 1999).

Um primeiro objectivo do nosso estudo foi avaliar a progressão quasi-naturalista da dor e da limitação física ao longo dos dois primeiros anos de evolução da AR. Foi igualmente nosso objectivo, analisar a progressão dos constructos referenciados pelas abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais, como determinantes no desenvolvimento da incapacidade física e psicológica, ao longo das três avaliações realizadas (3/6 meses após o diagnóstico, 1 ano após o diagnóstico e 2 anos após o diagnóstico da AR). A literatura longitudinal é escassa e maioritariamente baseada na avaliação da eficácia de determinadas abordagens multidisciplinares para a dor. Neste sentido, o nosso estudo introduz uma perspectiva longitudinal inovadora ao basear-se numa amostra exclusivamente constituída por indivíduos com diagnóstico de AR há menos de 6 meses e ao avaliar a evolução dos constructos ao lon-

go dos primeiros 2 anos, na ausência de qualquer abordagem excepto de terapêutica farmacológica. Como hipótese de estudo, partimos do pressuposto que após 2 anos de evolução da patologia existia uma progressão no sentido de mais dor e de mais limitação física. Partimos igualmente do pressuposto que as oscilações na dor e na limitação física influenciam e são influenciadas pelas oscilações nos conteúdos cognitivos negativos e no coping, prevalentes nesse momento. Finalmente colocamos também a hipótese de existirem diferenças mais acentuadas entre o 2º e o 3º momento de avaliação, isto é, entre o 1º ano e o 2º ano após o diagnóstico.

Foram realizadas *Anovas de Medidas Repetidas* com o intuito de analisar a existência de diferenças entre as médias nos 3 momentos de avaliação. Os resultados do nosso estudo mostraram que 2 anos após o diagnóstico de AR, os indivíduos relataram níveis mais elevados de dor e de incapacidade física, comparativamente com os níveis relatados 1 ano após o diagnóstico. Longitudinalmente os resultados obtidos no nosso estudo esclarecem e dão uma dimensão inovadora ao estudo da dor e da limitação física ao analisar a evolução destes sintomas numa abordagem quasi-naturalista. Os resultados obtidos suportam as hipóteses formuladas e confirmam investigações anteriores que mostram que os indivíduos com AR enfrentam a perspectiva de uma vida com dor e com incapacidade crescente (Newman et al., 1996).

Os resultados obtidos estão também de acordo com outros estudos que utilizam uma metodologia longitudinal. Numa abordagem de carácter longitudinal com 681 indivíduos com AR, Sherrer, Bloch, Mitchell et al. (1986) mostraram um desenvolvimento da incapacidade mais acentuada nos primeiros anos de evolução da patologia, com um aumento posterior a um menor ritmo. Estes resultados estão também de acordo com estudos que avaliaram os efeitos da AR e referem que no 1º ano de evolução da doença, as limitações em termos de dor e de funcionamento físico são comparáveis aos níveis relatados por indivíduos com mais tempo de evolução da doença (Evers et al., 2003; Evers et al., 1998; Griffith & Carr, 2002; Newman et al., 1996).

De facto a literatura tem mostrado que o prognóstico da AR tende a estar condicionado por uma multiplicidade de factores físicos, psicológicos e sociais. É sabido que a dor e a incapacidade associada à AR podem suscitar alterações em várias áreas da vida do indivíduo e que existem diferenças individuais no ajustamento a essas mudanças (Fiel & Swarm, 2008). Os modelos cognitivo-comportamentais têm sido referidos na compreensão das patologias que cursam com dor crónica,

sendo amplamente aceite que as oscilações da dor e da limitação parecem reflectir as mudanças nos conteúdos cognitivos negativos e nas estratégias de coping durante o mesmo período (Burns, Johnson, Mahoney, Devine & Pawl, 1998; Evers et al., 2003; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen et al., 2007; Turner, Whitley, Duworkin, Massoth & Wilson, 1995). Estas abordagens mais tradicionais da psicologia atribuem um papel central às interpretações que o indivíduo faz sobre a dor e os sintomas associados à AR, reforçando as interacções existentes entre as cognições, as reacções emocionais, fisiológicas e comportamentais (Bradley et al., 2003).

Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram uma maior prevalência de conteúdos cognitivos negativos aos 2 anos de diagnóstico. Assim, aos 2 anos de evolução da patologia os resultados obtidos mostram que os indivíduos com AR relataram mais crenças de incapacidade (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que estão incapacitados pela dor), mais crenças relativas à influência do estado emocional (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que as suas emoções influenciam a sua experiência algica), mais crenças de solicitação (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que os outros, especialmente os familiares, devem estar disponíveis para dar respostas face à sua experiência algica), mais crenças relacionadas com a medicação (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam que os medicamentos são um tratamento adequado para a dor crónica) e mais crenças relativas aos cuidados médicos (i.e. a extensão para a qual os indivíduos acreditam nos cuidados médicos como adequados para a sua dor crónica), quando comparados com a avaliação 3/6 meses após o diagnóstico. Estes resultados confirmam os resultados obtidos em estudos transversais (Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994) e estão também de acordo com estudos que utilizam uma metodologia longitudinal (Jensen, Turner & Romano, 1994), que focam a importância de alguns tipos de crenças na prevalência da incapacidade física.

Num estudo de carácter longitudinal que envolveu avaliações pré-tratamento, pós-tratamento, bem como avaliações *follow-up* de 6 e de 12 meses, no âmbito de uma intervenção multidisciplinar realizada em 141 indivíduos com patologia que cursa com dor crónica, Jensen, Turner e Romano (2001) mostraram que a diminuição na incapacidade relatada pelos indivíduos se associou de modo consistente com a promoção das crenças de controlo e a redução das crenças de incapacidade e de dano.

Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram igualmente diferenças estatisticamente significativas no que respeita às crenças na cura médica. Assim, os in-

divíduos reportarem mais crenças na cura médica para o seu problema 3/6 meses e 1 ano após o diagnóstico, comparativamente com as crenças reportadas aos 2 anos de evolução da patologia. Os resultados parecem mostrar que nos primeiros 3/6 meses de diagnóstico existe uma crença mais acentuada no apoio médico que vão receber, o que pode remover a incerteza associada aos sintomas até então inexplicados. O indivíduo passa assim a possuir informação sobre a sua condição crónica que cursa com dor e é caracterizada por flutuações/oscilações dos sintomas e por uma imprevisibilidade no prognóstico (Eberhardt, Larsson & Nived, 1993; Barlow, Cullen & Rowe, 1999). Quando confrontado com o problema tende a perceber que o tratamento médico não lhes poderá remover a dor e a limitação.

A extensão para a qual o indivíduo acredita que possui recursos para controlar os sintomas associados à AR, tem sido salientado pela literatura como relevante no ajustamento à dor ou desenvolvimento da incapacidade (Main, Foster & Buchbinder, 2010; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994; Turner, Jensen & Romano, 2000). Os resultados obtidos na nossa investigação não mostraram resultados significativos relativamente à prevalência deste tipo de crenças ao longo dos 2 primeiros anos de evolução da patologia. Num estudo de carácter transversal realizado em 118 indivíduos com dor crónica, Jensen e Karoly (1991) mostraram que as crenças de controlo se relacionavam com o nível de actividade, mas apenas em indivíduos com baixos níveis de dor. Jensen e Karoly (1991) colocaram algumas questões relativas à influência directa ou indirecta deste tipo de crenças no funcionamento adaptativo, isto é, as crenças de controlo têm um efeito directo na promoção de bem-estar ou tendem a incitar o indivíduo a iniciar/manter a utilização de estratégias de coping mais adaptativas.

Os resultados obtidos no presente estudo confirmam ainda a literatura baseada nas interacções existentes entre as crenças e a duração da dor, na predição do ajustamento do indivíduo (Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Jensen Turner, Romano e Lawler (2004) salientam a relação de algumas crenças e o funcionamento, em indivíduos com menor duração da dor, o que de facto parece estar de acordo com os resultados obtidos no nosso estudo que mostrou a variação/oscilação das crenças específicas ao longo da progressão da patologia.

No que respeita ao medo da dor, os resultados obtidos mostraram que os indivíduos relataram mais medo da dor minor aos 3/6 meses após o diagnóstico comparativamente com os níveis relatados 2 anos após o diagnóstico. Estes conteúdos

cognitivos negativos iniciais estão associados a crença de que a dor representa um prejuízo ou um dano, e que a actividade deve ser evitada (Albaret, Satre, Cottencin & Mullet, 2004). Os resultados obtidos nesta fase da investigação são particularmente preponderantes, dado que a exposição continuada à dor parece promover uma diminuição do medo da dor minor aos 2 anos de evolução.

Por outro lado os resultados obtidos mostraram também uma diminuição no recurso a estratégias de coping de recusa/fuga entre os 3/6 meses e os 2 anos de evolução da AR, o que parece sugerir que a evolução da patologia por si só tende a ensinar o indivíduo a lidar com a dor e com os sintomas associados à AR, que ao aperceber-se da ineficácia das estratégias de evitamento tende a recorrer a outras formas.

Finalmente os resultados obtidos mostraram um aumento dos sintomas de stress entre os 3/6 meses e os 2 anos de progressão da patologia.

Os resultados obtidos nos 3 momentos de avaliação realizados ao longo dos 2 primeiros anos da patologia permitem mostrar que as mudanças nas cognições e nos comportamentos de coping estão associados a mudanças na dor, na incapacidade física e psicossocial. Neste sentido os resultados obtidos são inovadores pois permitem esclarecer e dar uma nova dimensão ao estudo da dor e da limitação física no contexto da AR, uma vez que analisam a progressão destes constructos na ausência de qualquer tipo de intervenção, excepto farmacológica.

A abordagem longitudinal desenvolvida no nosso estudo é extremamente relevante, dado serem desconhecidos estudos de carácter longitudinal exclusivamente com indivíduos com AR, realizados na população portuguesa. Dentro das patologias que cursam com dor crónica, os escassos estudos longitudinais conhecidos analisam a eficácia clínica após uma intervenção cognitivo-comportamental e mostram a prevalência de cognições negativas e de estratégias de coping passivas, associadas à incapacidade física e psicológica (Jensen, Turner & Romano, 2007; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan, Brewin & Allard, 2001; Turner, Holtzman & Mance, 2007; Vowles, McCracken & Eccleston, 2007). A progressão das diferentes categorias de variáveis analisadas no nosso estudo, permitiu demonstrar que 2 anos após o diagnóstico de AR os indivíduos relataram uma exacerbação da dor e da incapacidade física, coincidentes no período de tempo com o relato de mais conteúdos cognitivos negativos (i.e. mais crenças de incapacidade, mais crenças acerca da influência do estado emocional, crenças de solicitação, mais crenças sobre a medicação e, mais crenças relativas aos cuidados médicos), assim como mais sintomas de stress. Os resulta-

dos obtidos no nosso estudo parecem de facto confirmar as oscilações mencionadas na literatura cognitivo-comportamental, e as interacções existentes entre as cognições, as reacções emocionais, fisiológicas e comportamentais (Bradley, McKendree-Smith & Cianfrini, 2003). O nosso estudo constui no entanto a primeira abordagem que analisa longitudinalmente a progressão destes constructos numa amostra com diagnóstico de AR há menos de 3/6 meses.

A existência de diferenças mais acentuadas entre o 1º e o 2º ano após o diagnóstico, foi mostrada pelos resultados obtidos. De facto, a análise das médias obtidas pelos indivíduos, mostrou diferenças significativas essencialmente entre o 2º e o 3º momento de avaliação, 1 ano e 2 anos após o diagnóstico, respectivamente. Pela própria evolução da AR, os primeiros meses após a confirmação do diagnóstico são de conhecimento e de compreensão para tomar decisões informadas acerca das opções de tratamento e aderir a regimes terapêuticos complexos (Barlow, Cullen & Rome, 1999).

Recentes desenvolvimentos dentro das abordagens cognitivo-comportamentais tendem a promover uma alteração dos métodos que enfatizam o controlo ou a mudança no conteúdo das experiências psicológicas para métodos mais contextuais assentes em processos de aceitação e de mindfulness (Block-Lerner et al., 2005; McCracken & Vowles, 2008). Apesar da escassa literatura no âmbito das patologias que cursam com dor crónica, é aceite que os indivíduos com este tipo de patologias são confrontados com múltiplos desafios quando tentam lidar com os sintomas e o mal-estar associado. Neste sentido, a investigação tem vindo a reforçar a importância da aceitação no modo como o indivíduo reage e se adapta à dor e aos sintomas associados à AR (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keef, 2004; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Viane et al., 2003).

O terceiro objectivo do estudo teve como ponto de partida as evidências fornecidas pelos recentes desenvolvimentos no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração no contexto da dor crónica, e visou analisar a influência/o impacto da aceitação na progressão da dor, da limitação física e da depressão, numa amostra com AR. Como referido anteriormente, os *Modelos de Crescimento Latente* (MCL) utilizados, permitiram analisar as diferenças ao longo do tempo tendo em consideração as médias e a taxa de crescimento ao nível individual mas também ao nível do grupo. Estas abordagens não descrevem apenas o crescimento individual ao

longo do tempo, mas permitem detectar também as diferenças nos parâmetros individuais ao longo das avaliações realizadas.

No que respeita a dor, o MCL não condicionado permitiu identificar a existência de diferenças na taxa de crescimento da dor ao longo dos 3 momentos de avaliação realizados. A correlação negativa obtida entre o intercepto e o declive indicou que quanto maior o nível de dor no momento inicial, menor a taxa de crescimento nas avaliações seguintes. De facto este resultado foi notório ao longo da recolha dos dados, em que alguns participantes apresentaram um início súbito e com grande exacerbação dos sintomas. No que respeita às diferenças nos parâmetros individuais, os resultados permitiram identificar uma heterogeneidade dos indivíduos no momento inicial, mas também na progressão da dor ao longo das 3 avaliações. Isto significa que na avaliação inicial, 3/6 meses após o diagnóstico, os indivíduos apresentavam níveis de dor diferentes entre si. No entanto apresentaram também diferenças em termos da progressão da dor ao longo dos 2 primeiros anos de progressão da patologia.

A identificação de variabilidade significativa ao nível do momento inicial bem como ao nível da taxa de crescimento da dor ao longo das avaliações, permitiu-nos considerar outras variáveis na explicação da heterogeneidade observada nos parâmetros individuais, pela inclusão da aceitação. Assim, os resultados obtidos no MCL condicionado permitiram mostrar a influência significativa da aceitação no nível inicial da dor relatada, isto é, os indivíduos com mais aceitação, apresentam um nível menor de dor nesse momento inicial (i.e. 3/6 meses após o diagnóstico). A abordagem metodológica utilizada é inovadora na área da AR, desconhecendo-se estudos neste âmbito que recorram a este tipo de modelos. Os resultados obtidos reforçam a relevância da aceitação/evitamento como um processo base, determinante na mudança comportamental. Os resultados obtidos no nosso estudo estão de acordo com os resultados obtidos em estudos transversais (McCracken, 1998; McCracken, 1999), mas também em estudos que utilizam uma metodologia longitudinal (McCracken & Eccleston, 2005), que mostram o efeito preditor da aceitação na intensidade da dor em indivíduos com dor crónica.

Por outro lado, os resultados obtidos mostraram que a variabilidade da taxa de crescimento da dor não era explicada pela aceitação. Isto significa que a aceitação não influenciou a progressão da dor ao longo do tempo (i.e. das 3 avaliações realizadas ao longo dos 2 primeiros anos de evolução da AR). O tamanho da amos-

tra utilizada poderá ser uma possível explicação para este resultado, dado os MCL são uma abordagem estatística mais complexa que necessita da existência de diferenças mais acentuadas entre as variáveis para serem consideradas estatisticamente significativas.

O MCL realizado para a limitação física obteve um padrão de resultados semelhante ao descrito anteriormente para a dor, destacando-se novamente a influência significativa da aceitação na limitação física relatada na avaliação inicial (3/6 meses após o diagnóstico), mas não a sua influência na variabilidade individual da taxa de crescimento. Neste sentido, os indivíduos que apresentam mais disponibilidade face a experiência indesejada, relataram menos limitação física na avaliação inicial aos 3/6 meses. Mais uma vez o tamanho da amostra utilizada é um aspecto a considerar. Este resultado reforça no entanto a literatura existente maioritariamente com amostras com dor crónica, que mostra a promoção do funcionamento físico em indivíduos que tendem a adoptar uma atitude de abertura e observação da experiência indesejada sem a tentar modificar, controlar ou evitar (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; McCracken & Yang, 2006; Viane et al., 2003).

Os resultados permitem-nos admitir que uma atitude de disponibilidade activa e consciente face às experiências internas indesejadas logo numa fase inicial da patologia, influencia o nível de dor e de limitação relatado nesse momento de avaliação. Neste sentido, os indivíduos reconhecem que têm dor e limitação física, mas actuam como se estas experiências internas indesejadas não implicassem necessariamente incapacidade, o que permite que reúnam esforços para viver uma vida satisfatória e em conformidade com os seus objectivos e valores (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; McCracken & Yang, 2006; Viane et al., 2003).

Finalmente, o MCL não condicionado realizado para a depressão, permitiu identificar a existência de um crescimento aproximadamente linear da depressão, ao longo das 3 avaliações realizadas. A análise dos parâmetros individuais obtidos mostrou uma homogeneidade dos indivíduos no momento da avaliação inicial (3/6 meses após o diagnóstico), mas uma heterogeneidade na progressão dos sintomas depressivos ao longo das avaliações realizadas. Isto significa que os indivíduos na avaliação inicial relataram níveis semelhantes de depressão, mas diferenças na progressão dos sintomas ao longo do tempo.

Devido à existência de alguma variabilidade significativa, identificada ao nível da heterogeneidade de crescimento dos sintomas ao longo das 3 avaliações nos diferentes indivíduos, analisámos o efeito da aceitação como variável condicionadora do modelo. Os resultados do MCL condicionado mostraram a influência significativa da aceitação nos sintomas de depressão relatados no momento inicial, mas também na variabilidade individual da taxa de crescimento da depressão. Assim, os indivíduos que apresentaram mais disponibilidade para a realização de actividades de vida diária, reconhecendo a ineficácia das tentativas de evitar ou controlar as experiências internas indesejadas, relataram menos sintomas depressivos 3/6 meses após o diagnóstico. Os resultados mostraram ainda que a variabilidade individual na taxa de crescimento dos sintomas ao longo do tempo era explicada pela aceitação, no sentido dos indivíduos com mais aceitação relataram um menor crescimento da depressão. Os resultados obtidos no nosso estudo são consistentes com os resultados obtidos em investigações de carácter transversal, que reforçam a aplicabilidade das abordagens baseadas na aceitação no contexto das patologias que cursam com dor crónica (McCracken, 1998; McCracken, 1999; McCracken, 2005; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

Num estudo com o objectivo de analisar longitudinalmente as relações entre a aceitação e o funcionamento, realizado em 118 indivíduos com múltiplas patologias que cursam com dor crónica, McCracken e Eccleston (2005) sugeriram que a disponibilidade para a dor e a realização de actividades se associavam a um funcionamento emocional, físico e social mais adaptativo. Estes autores mostraram a prevalência das relações entre a aceitação e o funcionamento do indivíduo quando estes constructos são avaliados em momentos separados do tempo, o que está também de acordo com os resultados obtidos, uma vez que a utilização da aceitação como variável condicionadora no contexto dos MCL pressupõe uma só avaliação. Segundo McCracken & Eccleston (2005) este método minimiza as possíveis influências que poderiam inflacionar a relação aparente entre a aceitação e o funcionamento.

A disponibilidade para a dor e a realização de actividades apesar da dor podem promover um funcionamento saudável em indivíduos com dor crónica, o que contrasta com as tentativas de controlo e evitação aplicadas de forma rígida e inflexível. Os resultados obtidos possibilitam uma visão inovadora na compreensão da incapacidade e do sofrimento associados às patologias que cursam com dor crónica. Assim, a mudança na relação que o indivíduo tem com a experiência interna in-

desejada, capacita-o a actuar eficazmente e a promover um reportório de resposta mais amplo face à experiência da dor e dos sintomas associados à patologia (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; McCracken, Vowles & Eccleston, 2005). Apesar de constituir uma primeira abordagem longitudinal no contexto da AR, os resultados do nosso estudo reforçam a literatura existente no âmbito da dor crónica e a adequação das intervenções baseadas na promoção da aceitação.

Capítulo 13

Da Dor à Limitação Física

O capítulo apresenta os procedimentos estatísticos realizados com o intuito de compreender porque é que alguns indivíduos com dor apresentam limitações físicas acentuadas ao fim de 2 anos de evolução da AR, enquanto outros se adaptam à situação.

Investigações anteriores têm reforçado que as mudanças na dor e na limitação física estão associadas a mudanças nas crenças e nas estratégias de coping durante o mesmo período. Os resultados são baseados, fundamentalmente, nas mudanças que ocorrem após uma intervenção multidisciplinar para a dor (Burns, Johnson, Mahoney, Devine & Pawl, 1998; Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003; Jensen, Turner & Romano, 2007; Tota- Faucette, Gil, Williams, Keefe & Goli, 1993; Turner, Whithy, Dworkin, Massoth & Wilson, 1995). Apesar de serem escassos os estudos que analisam o impacto dos conteúdos cognitivos, do coping e das fontes de suporte social na dor e na incapacidade física futuras, os resultados parecem reforçar a importância de alguns constructos nos resultados relatados mais tarde (Evers et al., 2003; Evers, Kraaimaat, Geenen & Bijlsma, 1998).

Com o intuito de compreender porque é que alguns indivíduos com AR desenvolvem limitação física enquanto outros tendem a adaptar-se à situação, foi nosso objectivo analisar a influência individual das variáveis implícitas à progressão da AR (dor, limitação física, conteúdos cognitivos e estratégias de coping) 3/6 meses após o diagnóstico e 1 ano após o diagnóstico, na limitação física relatada aos 2 anos de evolução da patologia.

Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que a dor, a limitação física, o medo da dor minor, e algumas crenças (nomeadamente as crenças de incapacidade, as crenças relativas à influência do estado emocional, as crenças de solicitação,

as crenças relativas à medicação, as crenças relacionadas com os cuidados médicos e as crenças de cura médica) e o coping relativo a estratégias de recusa/fuga, avaliadas 1 ano após o diagnóstico, tinham um efeito significativo na variação da limitação física 2 anos após o diagnóstico. Os resultados obtidos no capítulo anterior (capítulo 12), relativo às *Anovas de Medidas Repetidas*, permitiram identificar as variáveis que oscilam ao longo das três avaliações (3/6 meses; 1 ano; 2 anos após o diagnóstico), e constituíram o ponto de partida para a exploração do seu efeito na limitação física aos 2 anos de diagnóstico. Os resultados das análises realizadas no capítulo anterior permitiram também sugerir a existência de uma influência diferencial das variáveis identificadas em função do momento de avaliação, na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Dentro dos conteúdos cognitivos negativos, a literatura tem também feito referência à relevância da catastrofização no funcionamento físico e psicológico de indivíduos com patologias que cursam com dor crónica (DeGood & Tati, 2001; Turner, Mancl & Aaron, 2004). Assim, foi também nosso objectivo analisar em que medida esta orientação negativa exagerada perante a experiência continuada de dor, apresentou um efeito significativo na limitação física 2 anos após o diagnóstico. Neste sentido, partimos da hipótese que indivíduos com AR que apresentavam maior tendência/orientação para catastrofizar face aos aspectos da dor, reportariam mais limitação física aos 2 anos de evolução da AR.

Numerosas investigações têm fornecido suporte empírico à associação entre a tendência geral para catastrofizar e elevados níveis de dor e de incapacidade (Evers et al., 2003; Jensen et al., 2000; Jensen, Turner & Romano, 2007; Turner et al., 2000; Turner et al., 2001; Sullivan et al., 1998). A literatura tem mostrado que a tendência para catastrofizar tende a estar associada à hipervigilância face aos estímulos somáticos e a dificuldades em suprimir o foco atencional de pensamentos relacionados com os sintomas (Sinclair, 2001).

Neste sentido, o estudo do efeito mediador da catastrofização na relação entre a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos e as estratégias de coping (avaliadas 1 ano após o diagnóstico) e, a limitação física aos 2 anos de progressão da AR, foi também analisado. Partimos do pressuposto que a catastrofização promovia o impacto das variáveis significativas na variação da limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Investigações recentes têm sugerido a relevância de uma abordagem integra-

tiva das patologias que cursam com dor crónica como é o caso da AR. Neste sentido, a conceptualização da catastrofização no contexto dos processos comportamentais que lhe dão impacto assume relevância, sugerindo que o efeito da catastrofização no funcionamento físico é mediado pela aceitação, ou seja, o impacto da catastrofização no funcionamento físico e psicossocial é variável e depende do contexto no qual o pensamento catastrófico ocorre (Vowles, McCracken & Eccleston, 2008).

Assim, a análise do efeito da aceitação na variação da limitação física relatada pelos indivíduos com AR aos 2 anos de diagnóstico, foi outro objectivo deste no estudo. Partimos do pressuposto que a aceitação estaria relacionada com um melhor funcionamento físico, no sentido dos indivíduos com AR que relatavam mais disponibilidade para a experiência da dor e permaneciam na realização de actividades diárias funcionais, reportariam menos limitação física aos 2 anos de evolução da AR. O possível efeito mediador da aceitação na relação entre a dor, a limitação física, e os conteúdos cognitivos (avaliadas 1 ano após o diagnóstico) e a limitação física aos 2 anos de progressão da AR, foi também analisado. Partimos do pressuposto que a inclusão da aceitação iria contribuir para a explicação da limitação física relatada aos 2 anos de evolução da AR, diminuindo a influência das variáveis significativas 1 ano após o diagnóstico.

São ainda propostos dois modelos explicativos da limitação física, relatada pelos indivíduos com diagnóstico recente de AR, visando uma abordagem integrativa dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos e dos recentes desenvolvimentos no âmbito das abordagens de 3ª geração.

13.1. Método

13.1.1. Amostra

Este estudo utilizou a amostra clínica do capítulo anterior, constituída por 55 indivíduos com diagnóstico recente de Artrite Reumatóide. Relembremos sucintamente as principais características da amostra. A amostra foi constituída por 11 participantes do sexo masculino e 44 do sexo feminino), com uma média de idades de 55.28 anos (DP= 17.913). No que respeita ao estado civil, 80% dos participantes era casado/união de facto (5.5% solteiros; 5.5% divorciados/separados; e, 9.0% viúvos). Em relação à situação profissional, 69.1% dos participantes estavam empregados e 30.9% estavam reformados. A maioria dos participantes apresentou um nível sócio-económico baixo.

No que respeita ao nível de escolaridade, a amostra apresentou uma média de 6,58 anos (DP= 4,104), correspondendo ao ensino básico. Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

13.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Short-form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), para avaliação da dor; b) *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2), para avaliação da limitação física; c) *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ), para avaliação do medo da dor; d) *Survey of Pain Attitudes* (SOPA), para avaliação das crenças; e) COPE, para avaliação das estratégias de coping; f) PRSS, para avaliação da catastrofização; g) *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ), para avaliação da aceitação da dor (escala total e componente relativa à realização de actividades); g) *Coping Styles Questionnaire* (CSQ), para avaliação do coping racional. De uma forma geral, as medidas utilizadas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados, com a amostra do estudo e estão reportados no capítulo 12 (ponto 12.2.1.), na Tabela 28. A caracterização das medidas é descrita em detalhe no capítulo 8 (ponto 8.6.).

13.1.3. Procedimento

Como referido anteriormente na metodologia geral (capítulo 8; ponto 8.4.), foi agendado com cada participante uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos, após os indivíduos referenciados para o estudo concordarem em participar e facultarem o seu consentimento informado. O preenchimento da bateria de instrumentos foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 60 a 120 minutos, distribuída por uma ou duas sessões em função do cansaço do participante (Anexos 18 e 19).

13.1.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design longitudinal, com 3 avaliações. Foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson* para analisar as associações entre a dor, a limitação, os conteúdos cognitivos (i.e. o medo da dor, as crenças de incapacidade, as crenças relativas à influência do estado emocional, as crenças de solicitação, as crenças relativas à medicação, as crenças sobre os cuidados médicos e as crenças relativas à

cura médica) e as estratégias de coping (recusa/fuga), avaliadas 3/6 meses e 1 ano após o diagnóstico de AR, e a limitação física avaliada aos 2 anos de progressão da patologia. *Modelos de regressão linear simples* foram de seguida utilizados para analisar as variáveis que influenciam a variação da limitação física 2 anos após o diagnóstico. O modelo testado é do tipo $Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \epsilon_j$ (sendo β_1 o coeficiente de regressão, e representa os declives parciais ou seja, a variação de Y por unidade de variação de X_i ; ϵ_j os erros ou resíduos do modelo, e reflecte os erros de medição e a variação natural de Y; β_0 representa a ordenada na origem. As hipóteses sob estudo são $H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$ versus $H_1: \exists i: \beta_i \neq 0$ ($i=1, \dots, p$). Quando rejeitamos H_0 ($p \leq \alpha$) podemos concluir que a variável independente possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente.

Foram também realizados modelos de regressão linear para testar os efeitos da catastrofização e da aceitação como mediadores na limitação física aos 2 anos de diagnóstico de AR. As análises foram baseadas na abordagem de Baron e Kenny (1986). Na Figura 16 estão representados os efeitos directos e os efeitos indirectos do modelo de mediação. De acordo com estes autores, uma variável funciona como mediador numa relação quando estão presentes 3 pressupostos: (1) A variável preditora (V.I.) é preditor significativo da variável dependente (i.e. $Y_{1j} = \beta_{01} + \tau X_j + \epsilon_{1j}$); (2) A variável preditora (V.I.) é preditor significativo do mediador ($M_j = \beta_{03} + \alpha X_j + \epsilon_{3j}$) e; (3) A variável preditora e o mediador são preditores significativos do resultado ($Y_{2j} = \beta_{02} + \tau' X_j + \beta M_j + \epsilon_{2j}$). A etapa final da mediação passa por demonstrar a existência de uma redução significativa da variável preditora no resultado quando o mediador é introduzido no modelo. Os efeitos indirectos são assim definidos como a redução do efeito da variável preditora no resultado, com a inclusão do mediador no modelo. A significância dos efeitos indirectos foi analisada com recurso ao teste de Sobel. Este tipo de análises clarificam o estilo de mediação de Baron e Kenny (1986) uma vez que testam as relações entre a variável preditora (V.I.) e a variável dependente com ou sem a adição do mediador (Preacher & Hayes, 2004). A precisão/exactidão do teste de Sobel depende da normalidade dos dados, e determina a significância dos efeitos indirectos da variável preditora (V.I.) no resultado (V.D.). O cálculo do teste de Sobel recorre aos coeficientes de regressão obtidos quando se modela Y em função de M (como descrito no modelo Y_2) e quando se modela M em função de X. As hipóteses são: $H_0: \alpha\beta = 0$ (não existe mediação) versus $H_1: \alpha\beta \neq 0$ (existe mediação). Quando o valor de β da V.I. diminui com a introdução da variável

mediadora na equação, mas não deixa de ser significativo e o valor do teste de Sobel (z) é $p < .05$, considera-se a existência de uma mediação parcial. Quando o valor de β da V.I. diminui com a introdução da variável mediadora na equação, deixando de ser significativo e o valor do teste de Sobel é $p < .05$, considera-se a existência de uma mediação total. Recentes desenvolvimentos no âmbito do teste da significância dos efeitos indirectos baseados no modelo de Baron e Kenny (1986) e no teste de Sobel, consideram esta abordagem ultrapassada (Preacher & Hayes, 2004). De acordo com Preacher e Hayes (2004), as dimensões da amostra influenciam a significância do teste de Sobel e portanto a existência ou não de efeitos de mediação total ou parcial. Estes autores consideram que estas designações não devem ser utilizadas.



Figura 16. a) Representação do efeito directo; b) Modelo de efeito de mediação. X influencia Y indirectamente através de M

As variáveis predictoras foram a dor, a limitação física e os conteúdos cognitivos (i.e. o medo da dor menor, as crenças de solicitação, as crenças sobre cuidados médicos), 1 ano após o diagnóstico; a variável dependente foi a limitação física aos 2 anos de diagnóstico; e, o mediador foi a catastrofização/ou a aceitação.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

Foram ainda propostos 2 modelos causais hipotéticos com recurso a análises de trajectórias (*Path Analysis*) com o Software AMOS (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL), que permitiram considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos. As variáveis utilizadas nesta abordagem foram avaliadas num só ponto do tempo (3º momento de avaliação). Foi avaliado um modelo causal da dor e da catastrofização sobre a limitação física, mediado pela aceitação. Neste diagrama de trajectórias a dor e a catastrofização foram consideradas variáveis exógenas independentes; a aceitação, uma variável endógena mediadora e a limitação física, uma variável endógena dependente. Foi avaliado um segundo modelo causal da dor e do coping racional sobre a limitação física mediado pela aceitação (componente relativa à realização de actividades). Neste diagrama de trajectórias a dor e o coping

racional foram consideradas variáveis exógenas independentes; a aceitação uma variável endógena mediadora e a limitação física uma variável endógena dependente.

13.2. Resultados

13.2.1. Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, assim como o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respectivamente). As variáveis não apresentaram distribuição normal (i.e. valores de *Skweness* e *Kurtosis* entre -5 e 5). Os testes estatísticos utilizados são particularmente robustos à violação da normalidade, uma vez que as distribuições das variáveis em estudo não são extremamente enviesadas ou achatadas, e a amostra não é extremamente pequena ($n < 30$) (capítulo 12; ponto 12.2.1; Tabela 28). A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso a representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*).

Os pressupostos para a realização de análises de regressão linear foram validados no que respeita a normalidade (através do teste *K-S* e dos valores de *Skweness* e de *Kurtosis*), a homogeneidade (através da análise do gráfico de probabilidade normal) e a independência dos resíduos (através da estatística de *Durbin-Watson*). Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$).

13.2.2. Estudo dos preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico

13.2.2.1. Influência da 1ª avaliação na explicação da limitação física 2 anos após o diagnóstico

Para analisar a relação entre a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos e as estratégias de coping (avaliadas 3/6 meses após o diagnóstico) e a limitação física ao fim de 2 anos, foi realizada uma matriz de correlação de *Pearson* (Tabela 44).

Pela análise dos resultados verificamos que a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos e as estratégias de coping aos 3/6 meses de diagnóstico não se associaram de forma estatisticamente significativa com a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Tabela 44. Correlações entre as variáveis avaliadas no 1º momento de avaliação e a Limitação Física aos 2 anos de diagnóstico

	Limitação Dor	Medo Dor Minor	Crenças Incapacidade	Crenças Emoção	Crenças Solicitação	Crenças Medicação	Crenças Cuidados Médicos	Crenças Cura Médica	Recusa/ Fuga	
Limitação Física (2 anos diag)	.165	.152	.129	.164	.158	-.044	-.096	-.170	-.073	.128

13.2.2.2. Influência da 2ª avaliação na explicação da limitação física 2 anos após o diagnóstico

As associações entre a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos e estratégias de coping 1 ano após o diagnóstico, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, foram igualmente analisadas através da realização de uma matriz de correlação de Pearson (Tabela 45). Os valores das correlações obtidas mostraram uma associação positiva forte e estatisticamente significativa entre a dor relatada 1 ano após o diagnóstico e a limitação física após 2 anos de diagnóstico ($r = .553$; $p = .000$). No mesmo sentido, foi obtida uma associação positiva forte e igualmente significativa entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($r = .622$; $p = .000$).

No que respeita aos conteúdos cognitivos, os resultados mostraram uma associação positiva moderada e estatisticamente significativa entre o medo da dor menor e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($r = .313$; $p = .020$).

Finalmente, foram encontradas associações negativas fracas a moderadas e estatisticamente significativas entre as crenças de solicitação e as crenças relacionadas com os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($r = -.269$; $p = .047$; $r = -.432$; $p = .001$, respectivamente).

Tabela 45. Correlações entre as variáveis avaliadas no 2º momento de avaliação e a Limitação Física aos 2 anos de diagnóstico

	Dor	Limitação Física	Medo Dor Menor	Crenças Incapacidade	Crenças Emoção	Crenças Solicitação	Crenças Medicação	Crenças Cuidados Médicos	Crenças Cura médica	Recusa/Fuga
Limitação Física (2 anos diag)	.553 ***	.622 ***	.313 *	.239	.213	-.269 *	.212	-.432 ***	-.227	-.032

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

A validação dos pressupostos permitiu a realização das *Análises de Regressão Linear Simples*, uma vez que era nosso objectivo analisar a influência individual da dor, da limitação física, do medo da dor menor, das crenças de incapacidade, das crenças relativas à influência do estado emocional, das crenças de solicitação, das crenças de medicação, das crenças relativas aos cuidados médicos, das crenças de cura médica e das estratégias de coping relativas à recusa/fuga (variáveis independentes) avaliadas 1 ano após o diagnóstico, na limitação física aos 2 anos de diagnóstico (variável dependente).

Assim, foram realizadas *Análises de Regressão Linear Simples* com selecção das variáveis pelo método Enter, utilizando a limitação física aos 2 anos de diagnóstico como variável dependente e cada uma das variáveis acima mencionada como variável independente.

A *análise de regressão linear simples* utilizando a dor 1 ano após o diagnóstico, como variável independente, mostrou que esta variável contribuiu para uma proporção significativa de 29.2% da variabilidade da limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .553$; $t = 4.828$; $p = .000$) (Tabela 46). Assim, os indivíduos que relataram mais dor 1 ano após o diagnóstico, apresentam mais limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Tabela 46. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I.	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin-Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Dor 1ano diagnóstico	.553	4.828	.000	23.305	.000	.292	1.596	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Uma segunda *análise de regressão linear simples* realizada, com a limitação física 1 ano após o diagnóstico como variável independente, mostrou que esta variável contribuiu significativamente para a explicação de 37.6% da variabilidade da limitação física relatada aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .622$; $t = 5.786$; $p = .000$) (Tabela 47). Isto significa que os indivíduos que 1 ano após o diagnóstico de AR, reportaram mais limitação física, apresentam igualmente mais limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Tabela 47. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I.	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin-Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Limitação 1ano diagnóstico	.622	5.786	.000	33.477	.000	.376	1.663	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Os resultados da *análise de regressão linear simples* utilizando o medo da dor minor (avaliado 1 ano após o diagnóstico) como variável independente, mostraram uma contribuição significativa da variável de 8.1% na variabilidade da limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .313$; $t = 2.396$; $p = .020$) (Tabela 48). Estes resultados mostram que os indivíduos que relataram mais medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico, relataram mais limitação física 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 48. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Medo Dor Minor 1 ano diagnóstico	.313	2.396	.020	5.739	.020	.081	1.554	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

A *análise de regressão linear* realizada com as crenças de incapacidade como variável independente não obteve um modelo estatisticamente significativo ($F(1,53) = 3.002$; $P = .089$) (Tabela 49).

Tabela 49. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças incapacidade 1ano diagnóstico	.232	1.733	.089	3.002	.089	.036	1.772	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

No mesmo sentido, os resultados da *análise de regressão linear simples* realizada com as crenças relativas à influência do estado emocional 1 ano após o diagnóstico, como variável independente, mostraram que este tipo de crenças não contribuiu significativamente para a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($F(1,53) = 2.525$; $p = .118$) (Tabela 50).

Tabela 50. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças Emoção 1ano diagnóstico	.213	1.589	.118	2.525	.118	.027	1.649	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Os resultados da *análise de regressão linear simples* realizada com as crenças de solicitação como variável independente demonstrou que estas crenças avaliadas com 1 ano de progressão da doença contribuíram significativamente para 5.5% da limitação física 2 anos após o diagnóstico ($\beta = -.269$; $t = -2.034$; $p = .047$) (Tabela 51). Assim, os indivíduos 1 ano após o diagnóstico de AR relataram menos crenças sobre a disponibilidade dos outros para responder às solicitações implícitas à sua experiência de dor, relatam mais limitação física aos 2 anos de progressão da doença.

Tabela 51. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças de Solicitação 1ano diagnóstico	-.269	-2.034	.047	4.135	.047	.055	1.480	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

No que respeita a *análise de regressão linear simples* realizada com as crenças sobre a medicação com 1 ano de progressão da doença, como variável independente, os resultados mostram que estas crenças não contribuíram significativamente para a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($F(1,53)= 2.499$; $p= .120$) (Tabela 52).

Tabela 52. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças medicação 1ano diagnóstico	.212	1.581	.120	2.499	.120	.027	1.727	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Seguindo a mesma metodologia, os resultados da *análise de regressão linear* realizada com as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico, como variável independente) mostraram que este tipo de crenças contribuiu significativamente para 17.1% da variabilidade da limitação física aos 2 anos de progressão da doença ($\beta= -.432$; $t= -3.486$; $p= .001$) (Tabela 53). Os resultados mostraram que os indivíduos que 1 ano após o diagnóstico de AR que relataram menos crenças nos cuidados médicos apresentam mais limitação física 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 53. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças Cuidados Médicos 1ano diagnóstico	-.432	-3.486	.001	12.154	.001	.171	1.517	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

A *análise de regressão linear simples* com as crenças relativas à cura médica como variável independente, mostrou que estas crenças avaliadas 1 ano após o diagnóstico não contribuíram significativamente para a limitação física 2 anos após o diagnóstico ($F(1,53)= 2.874$; $p= .096$) (Tabela 54).

Tabela 54. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I.	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Crenças Cura médica	-.227	-1.695	.096	2.874	.096	.034	1.771	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Finalmente, os resultados da *análise de regressão linear simples* com as estratégias de coping relativas à recusa/fuga 1 ano após o diagnóstico, como variável independente, mostraram que este tipo de estratégias de coping não contribuiu significativamente para a limitação física 2 anos após o diagnóstico ($F(1,53) = .054$; $p = .816$) (Tabela 55).

Tabela 55. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I.	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Recusa/Fuga 1ano diagnóstico	-.032	-.233	.816	.054	.816	-.018	1.569	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Sintetizando, o conjunto de análises realizadas até aqui mostra que as variáveis implícitas à progressão da AR avaliadas aos 3/6 meses de diagnóstico não foram preditores significativos da limitação física aos 2 anos de progressão da patologia, o que evidenciou os resultados das *Anovas de Medidas Repetidas* realizadas no capítulo anterior. Estes resultados evidenciam que as oscilações mais significativas entre as variáveis de interesse ocorrem entre o 1º e o 2º ano de progressão da AR e também mostram a influência diferencial das variáveis na limitação física aos 2 anos de diagnóstico, em função do momento de avaliação. Os resultados das análises de regressão realizados mostraram a influência da dor, da limitação física, do medo da dor minor, das crenças de solicitação e das crenças relativas aos cuidados médicos relatadas 1 ano após o diagnóstico, como preditores significativos da limitação física aos 2 anos de progressão da AR.

13.2.3. Influência da catastrofização na limitação física 2 anos após o diagnóstico

Para analisar se o efeito da catastrofização na variação da limitação física 2 anos após o diagnóstico de AR era significativo, foi realizada uma *análise de regres-*

são linear simples, com selecção das variáveis pelo método *Enter*, utilizando a catastrofização como variável independente (Tabela 56). Os resultados mostraram que a catastrofização contribuiu significativamente para 19.7% da variabilidade da limitação física 2 anos após o diagnóstico ($\beta = .460$; $t = 3.777$; $p = .000$). Assim, os indivíduos com AR com mais tendência a catastrofizar relataram mais limitação física na avaliação efectuada 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 56. Factores preditores da limitação física 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Catastrofização	.460	3.777	.000	14.264	.000	.197	1.681	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

13.2.4. Estudo da Catastrofização como variável mediadora

13.2.4.1. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos

O efeito mediador da catastrofização na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física 2 anos após o diagnóstico foi baseada na abordagem de Baron e Kenny (1986), anteriormente descrita. A primeira análise de regressão foi conduzida utilizando a dor 1 ano após o diagnóstico como variável independente/preditora e a limitação física aos 2 anos de evolução como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,53) = 23.305$; $p = .000$) e contribuiu para 29.2% da limitação física após 2 anos de diagnóstico ($\beta = .553$; $p = .000$). No passo seguinte, analisamos se a dor 1 ano após o diagnóstico era um preditor significativo da catastrofização. O modelo foi igualmente significativo ($F(1,53) = 30.081$; $p = .000$) com $\beta = .602$ ($p = .000$). Finalmente, uma terceira *análise de regressão linear* foi realizada com o objectivo de mostrar que o mediador (catastrofização) contribuía significativamente para a limitação física 2 anos após o diagnóstico. Foi assim conduzida uma análise de regressão utilizando a dor e a catastrofização como variáveis independentes e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente. O modelo final não foi significativo e os resultados indicaram que a catastrofização não era um mediador na relação entre as variáveis (dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física 2 anos após diagnóstico (Tabela 57).

Tabela 57. Efeito de mediação da catastrofização na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Dor 1 ano após diagnóstico	.553	4.828	.000						1.000
				23.305	.000	.292	.292	1.596	
Dor 1 ano após diagnóstico	.602	5.485	.000						1.000
				30.081	.000	.350		2.255	
Dor 1 ano após diagnóstico	.432	3.042	.004						1.568
Catastrofização	.201	1.412	.164						1.568
				12.869	.000	.305		1.582	

V.I. Variável Independente.

13.2.4.2. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos

Seguindo novamente a abordagem de Baron e Kenny (1986), foi realizada uma *análise de regressão linear*, com a limitação física 1 ano após o diagnóstico, como variável independente/preditora, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente. Foi obtido um modelo significativo ($F(1,53) = 33.477$; $p = .000$), mostrando que a variável independente/preditora contribuiu significativamente para 37.6% da variável dependente/resultado ($\beta = .622$; $p = .000$). A *análise de regressão linear* realizada a seguir, com o objectivo de mostrar a relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e o mediador (catastrofização), permitiu obter um modelo significativo ($F(1,53) = 4.356$; $p = .042$), e contribuiu para 5.9% ($\beta = .276$; $p = .042$). Por fim, foi efectuada uma *análise de regressão linear* com a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a catastrofização, como variáveis independentes, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico como variável dependente. O modelo obtido foi igualmente significativo ($F(2,52) = 23.763$; $p = .000$) e contribuiu para 45.7% da variabilidade da limitação física aos 2 anos de diagnóstico. Os resultados indicam que quando o mediador é introduzido na equação o β reduz para .536 ($p = .000$) (Tabela 58). O teste de Sobel foi realizado para determinar a significância do efeito indirecto da limitação física 1 ano após o diagnóstico na limitação física relatada aos 2 anos de progressão da AR (através do seu efeito na catastrofização). A análise mostrou que os efeitos indirectos não são significativos ($z = 1.707$; $p = .088$), indicando que a catastrofização não medeia a relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e 2 anos de diagnóstico.

Tabela 58. Efeito de mediação da catastrofização na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Limitação 1 ano após diagnóstico	.622	5.786	.000						1.000
				33.477	.000	.376	.376	1.663	
Limitação 1 ano após diagnóstico	.276	2.087	.042						1.000
				4.356	.042	.059		1.834	
Limitação 1 ano após diagnóstico	.536	5.140	.000						1.082
Catastrofização	.313	3.000	.004						1.082
				23.763	.000	.457		1.716	

V.I. Variável Independente.

13.2.4.3. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos

Os mesmos procedimentos descritos anteriormente foram realizados para analisar o efeito mediador da catastrofização na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico. Assim, uma primeira *análise de regressão linear* com o medo da dor minor como variável independente/preditora e a limitação física como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo ($F(1,53) = 5.739$; $p = .020$), mostrando que a variável preditora contribuiu para 8.1% da variabilidade da variável dependente (limitação física aos 2 anos de diagnóstico; $\beta = .313$; $p = .020$). A etapa seguinte do estudo da mediação envolveu a análise de regressão utilizando o medo da dor minor como variável independente/preditora e a catastrofização como variável dependente. O modelo obtido não foi estatisticamente significativo ($F(1,53) = 1.084$; $p = .303$), não mostrando a relação entre a variável independente/preditora e o mediador (Tabela 59).

Tabela 59. Efeito de mediação da catastrofização na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	.313	2.396	.020						1.000
				5.739	.020	.081	.081	1.554	
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	.142	1.041	.303						1.000
				1.084	.303	.002		1.791	
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	-	-	-						
Catastrofização	-	-	-						
				-	-	-	-	-	-

V.I. Variável Independente.

13.2.4.4. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos

Foi realizada uma primeira *análise de regressão linear* com o objectivo de analisar se as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico eram preditores significativos da limitação física aos 2 anos de progressão da AR (Tabela 60). Assim, a análise de regressão com as crenças como variável independente/preditora e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico como variável dependente, permitiu obter um modelo estatisticamente significativo ($F(1,53) = 4.135$; $p = .047$) que contribuiu para 5.5% da variabilidade da limitação física ($\beta = -.269$; $p = .047$). A etapa seguinte da análise de mediação envolveu a realização de uma nova regressão linear com o objectivo de mostrar que as crenças de solicitação com 1 ano de diagnóstico (variável independente) eram preditoras significativas da catastrofização (variável mediadora/no modelo variável dependente). O modelo obtido não foi significativo ($F(1,53) = .346$; $p = .559$).

Tabela 60. Efeito de mediação da catastrofização na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-.269	-2.034	.047	4.135	.047	.055	.055	1.480	1.000
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-.080	-.588	.559	.346	.559			1.758	1.000
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-	-	-						-
Catastrofização	-	-	-						-

V.I. Variável Independente.

13.2.4.5. Estudo da catastrofização como factor mediador na relação entre as crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos

A *análise de regressão linear* com as crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico, como variável independente/preditora, e a limitação física 2 anos após o diagnóstico, como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo ($F(1,53) = 12.154$; $p = .001$) que explicou 17.1% da variabilidade ($\beta = -.432$; $p = .001$). Um segundo passo da análise de mediação permitiu mostrar a relação entre as crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e o mediador (catastrofização). O modelo obtido foi igualmente significativo ($F(1,53) = 5.871$; $p = .019$) e

contribuiu para 8.3% ($\beta = -.316$; $p = .019$). Finalmente, a análise de regressão realizada com as crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a catastrofização simultaneamente a regressão com a limitação física relatada aos 2 anos de diagnóstico, mostrou um modelo significativo ($F(2,52) = 11.314$; $p = .000$) e contribuiu para 27.6% da variável dependente (Teste 61). O teste de Sobel realizado para determinar a significância dos efeitos indirectos das crenças sobre os cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de progressão da AR (através do seu efeito na catastrofização), mostrou que os efeitos não foram estatisticamente significativos ($z = -1.873$; $p = .061$).

Tabela 61. Efeito de mediação da catastrofização na relação entre as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin-Watson	VIF
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	-.432	-3.486	.001						1.000
				12.154	.001	.171	.171	1.517	
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	-.316	-2.423	.019						1.000
				5.871	.019	.083		1.967	
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	-.318	-2.608	.012						1.111
Catastrofização	.360	2.951	.005						1.111
				11.314	.000	.276	.105	1.533	

V.I. Variável Independente.

13.2.5. Influência da Aceitação na limitação física 2 anos após o diagnóstico

Foi realizada uma *análise de regressão linear simples*, com selecção das variáveis pelo método *Enter*, com a aceitação como variável independente e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente. Os resultados mostraram que a aceitação contribuiu para 33.8% da variabilidade da limitação física com 2 anos de progressão da doença ($\beta = -.592$; $t = -5.349$; $p = .000$). Assim, a influência significativa da aceitação na limitação física traduz-se no facto dos indivíduos com maior evitação (i.e. com baixos níveis de aceitação face a experiência indesejada) relatarem mais limitação física (Tabela 62).

Tabela 62. Aceitação como factor preditor da limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	P	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Limitação Física 2 anos após diagnóstico	Aceitação	-.592	-5.349	.000	28.616	.000	.338	2.010	1.000

V.D. Variável Dependente

13.2.6. Estudo da aceitação como variável mediadora

Foram realizados *modelos de regressão linear múltipla* para testar os efeitos da aceitação como variável mediadora na relação entre as variáveis avaliadas 1 ano após o diagnóstico de AR e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico. A abordagem estatística utilizada baseou-se igualmente nos pressupostos definidos por Baron e Kenny (1986), anteriormente descritos. As variáveis predictoras foram a dor, a limitação física e os conteúdos cognitivos (i.e. o medo da dor minor, as crenças de solicitação e as crenças sobre os cuidados médicos), 1 ano após o diagnóstico; a variável dependente foi a limitação física aos 2 anos de diagnóstico; e, o mediador foi a aceitação da dor.

13.2.6.1. Estudo da aceitação como mediador na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico

Seguindo a abordagem estatística descrita nos pontos anteriores, foi realizada uma *análise de regressão linear* com a dor 1 ano após o diagnóstico, como variável independente/preditor, e a limitação física aos 2 anos de progressão da AR, como variável dependente. Como referido no ponto 13.2.4.1. deste capítulo, o modelo obtido foi significativo. Uma segunda *análise de regressão linear* realizada com o objectivo de mostrar que a dor 1 ano após o diagnóstico contribuía significativamente para a aceitação (mediador), permitiu obter um modelo significativo ($F(1,53) = 18.482; p = .000$) e explicou 24.5% da variabilidade ($\beta = -.508; p = .000$). Finalmente, foi realizada uma terceira análise de regressão com a dor 1 ano após o diagnóstico e a aceitação, como variáveis independentes, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente. O modelo obtido foi estatisticamente significativo ($F(2,52) = 20.097; p = .000$) e contribuiu para 41.4% da variabilidade da limitação física relatada com uma progressão da patologia de 2 anos. Estes resultados indicaram assim que quando o mediador (aceitação) é introduzido no modelo, o valor de β reduz para .339 ($p = .007$) (Tabela 63). O teste de Sobel foi realizado e mostrou a sig-

nificância dos efeitos indirectos da variável preditora (dor 1 ano após o diagnóstico) na variável dependente (limitação física 2 anos após o diagnóstico), permitindo-nos identificar a existência de uma mediação parcial ($z = 2.699$; $p = .007$).

Tabela 63. Efeito de mediação da aceitação na relação entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Dor 1 ano após diagnóstico	.553	4.828	.000						1.000
				23.305	.000	.292	.292	1.596	
Dor 1 ano após diagnóstico	-.508	-4.299	.000						1.000
				18.482	.000	.245		2.327	
Dor 1 ano após diagnóstico	.339	2.805	.007						1.349
Aceitação	-.420	-3.469	.001						1.349
				20.097	.000	.414	.122	1.767	

V.I. Variável Independente.

13.2.6.2. Estudo da aceitação como mediador na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico

Como referido anteriormente no ponto 13.2.4.2., a relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico, como variável independente, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente, mostrou um modelo estatisticamente significativo que explicou uma proporção significativa da variável dependente. A *análise de regressão linear* realizada no passo seguinte, utilizou a limitação física relatada 1 ano após o diagnóstico como variável independente/preditor, e a aceitação como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,53) = 22.249$; $p = .000$), explicou 28.3% e permitiu mostrar a relação entre o preditor e o mediador ($\beta = -.544$; $p = .000$). O pressuposto final para a análise do efeito de mediação teve por objectivo analisar se a aceitação era um preditor significativo da limitação física aos 2 anos de diagnóstico, quando o efeito da limitação física relatada 1 ano após o diagnóstico era controlada. Assim, o modelo obtido foi significativo ($F(2,52) = 23.853$; $p = .000$) e contribuiu para uma proporção de 45.8% da limitação física 2 anos após o diagnóstico de AR. Isto significa que quando o mediador é introduzido no modelo, o β reduz de .622 para .426 ($p = .001$) (Tabela 64). O teste de Sobel foi mais uma vez realizado para aferir a significância dos efeitos indirectos da limitação física 1 ano após o diagnóstico na limitação física com 2 anos de progres-

ção. Os valores de z obtidos indicam a existência de uma mediação parcial da aceitação nesta relação ($z = 2.532$; $p = .011$)

Tabela 64. Efeito de mediação da aceitação na relação entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin-Watson	VIF
Limitação 1 ano após diagnóstico	.622	5.786	.000						1.000
				33.477	.000	.376	.376	1.663	
Limitação 1 ano após diagnóstico	-.544	-4.721	.000						1.000
				22.291	.000	.283		1.809	
Limitação 1 ano após diagnóstico	.426	3.570	.001						1.421
Aceitação	-.360	-3.018	.004						1.421
				23.853	.000	.458	.082	1.988	

V.I. Variável Independente.

13.2.6.3. Estudo da aceitação como mediador na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico

A análise de regressão utilizando o medo da dor minor com 1 ano de progressão da AR, como variável independente, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico, como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo que explicou uma proporção significativa do resultado, como descrito no ponto 13.2.4.3. Numa segunda análise de regressão, com o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico como variável independente/preditor e a aceitação (mediador) como variável dependente, o modelo obtido foi igualmente significativo ($F(1,53) = 6.883$; $p = .001$) mostrando a relação entre o preditor e o mediador, e explicou uma proporção de 9,8% da variabilidade ($\beta = -.339$; $p = .011$). Quando introduzimos o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a aceitação, simultaneamente como variáveis independentes/preditores, e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico como variável dependente, foi obtido um modelo significativo ($F(2,52) = 14.929$; $p = .000$) que explicou 34% da limitação física. Estes resultados permitem-nos salientar que quando o mediador (i.e. a aceitação) é introduzida no modelo, o β relativo ao medo da dor minor relatado 1 ano após o diagnóstico diminui de .313 para .126 ($p = .287$) (Tabela 65). A análise dos efeitos indirectos efectuada com recurso ao teste de Sobel permitiu identificar a existência de uma mediação total da aceitação na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico ($z = 2.278$; $p = .022$).

Tabela 65. Efeito de mediação da aceitação na relação entre o medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	.313	2.396	.020	5.739	.020	.081			1.000
							.081	1.554	
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	-.339	-2.624	.011						1.000
				6.883	.011	.098		1.682	
Medo dor minor 1 ano após diagnóstico	.126	1.076	.287						1.130
Aceitação	-.549	-4.675	.000						1.130
				14.929	.000	.340	.259	2.022	

V.I. Variável Independente.

13.2.6.4. Estudo da aceitação como mediador na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico

Como reportado anteriormente no ponto 13.2.4.4., a análise de regressão com as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico de AR como variável independente/preditor, e a limitação física aos 2 anos de progressão, como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo que explicou uma proporção da limitação física aos 2 anos de diagnóstico. A *análise de regressão linear* realizada num segundo passo do estudo do efeito de mediação teve por objectivo mostrar que este tipo de crenças de solicitação avaliadas 1 ano após o diagnóstico eram um preditor significativo da aceitação, ou seja, a variável independente/preditor predizia significativamente a variável mediadora. No entanto, o modelo obtido não foi significativo ($F(1,53) = .101$; $p = .752$).

Tabela 66. Efeito de mediação da aceitação na relação entre as crenças de solicitação 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin- Watson	VIF
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-.269	-2.034	.047						1.000
				4.135	.047	.055	.055	1.480	
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-.044	-.318	.752						1.000
				.101	.752	-		1.817	
Crenças solicitação 1 ano após diagnóstico	-	-	-						-
Aceitação	-	-	-						-

V.I. Variável Independente.

13.2.6.5. Estudo da aceitação como mediador na relação entre as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física aos 2 anos de diagnóstico

Os resultados da *análise de regressão linear* realizada com o objectivo de mostrar o efeito das crenças relacionadas com os cuidados médicos relatadas com 1 ano de evolução da patologia (variável independente/preditor) na limitação física aos 2 anos de diagnóstico (variável dependente) foram descritos no ponto 13.2.4.5. Como referido, o modelo obtido foi estatisticamente significativo, e permitiu explicar uma proporção da variável dependente (limitação física). Numa segunda análise de regressão realizada, com as crenças relativas aos cuidados médicos, como variável independente/preditora, e a aceitação (mediador), como variável dependente, o modelo obtido não foi estatisticamente significativo ($F(1,5) = 1.844$; $p = .180$) (Tabela 67).

Tabela 67. Efeito de mediação da aceitação na relação entre as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico e a limitação aos 2 anos de diagnóstico.

V.I.	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado	ΔR^2	Durbin-Watson	VIF
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	-.432	-3.486	.001						1.000
				12.154	.001	.171	.171	1.517	
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	.183	1.358	.180						1.000
				1.844	.180	.015		1.913	
Crenças cuidados médicos 1 ano após diagnóstico	-	-	-						-
Aceitação	-	-	-						-

V.I. Variável Independente.

13.3. Modelo explicativo da limitação física na AR

Tendo por base a literatura e os resultados das análises desenvolvidas até aqui, foi nosso objectivo nesta fase propor um modelo explicativo da limitação física na AR. Neste sentido, foram propostos 2 modelos causais hipotéticos recorrendo a análises de trajetórias (*Path Analysis*) com o Software AMOS. Este tipo de análise permite considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) Efeitos directos (relação directa entre as variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra); (b) Efeitos indirectos

ou mediadores (o efeito de uma variável faz-se sentir directamente através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajectória compostos, que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido; (c) Efeitos não analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis; e, (d) Efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável ou seja, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável) (Maroco, 2010).

13.3.1. Influência da dor, da catastrofização e da aceitação na limitação física

A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 17.

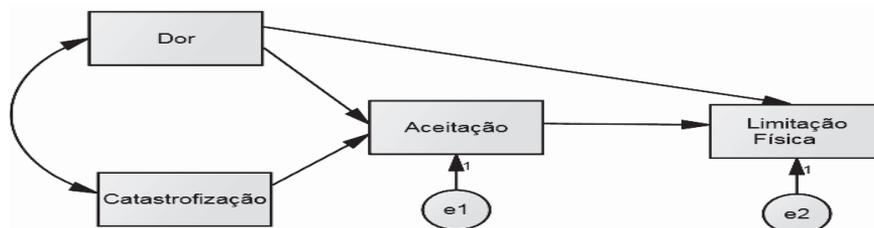


Figura 17. Influência da dor, da catastrofização e da aceitação na limitação física.

Foi avaliado um modelo causal da dor e da catastrofização sobre a limitação física, mediado pela aceitação aos 2 anos de diagnóstico (i.e. recorrendo às variáveis avaliadas num só ponto do tempo, na 3ª avaliação realizada). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da verosimilhança implementado no Software AMOS (versão 18). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis-DM²* (i.e. $p1; p2 < .05$, como indicativo de possível outlier), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de *Skweness* (*sk*) e de *Kurtosis* (*ku*) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de *sk* e de *ku* indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e. *Skweness* $< |3|$; *Kurtosis* $< |10|$, (Kline (1998)). Três observações apresentaram valores de *DM²* sugestivos de possíveis observações *outliers* (i.e. 9,13,37). Optámos por manter as observações na análise, uma vez que ao constituírem fonte de variabilidade poderão suscitar interesse analisar. A significância dos efeitos indirectos foi avaliada pelo teste de Sobel.

Neste diagrama de trajectórias a dor e a catastrofização são consideradas variáveis exógenas independentes, sendo a sua variabilidade determinada por variáveis não consideradas no modelo. A aceitação é uma variável endógena mediadora e a limitação física é considerada uma variável endógena dependente. A sua variabilidade é explicada pelas variáveis exógenas e/ou pelas outras variáveis endógenas do modelo. A proporção das variáveis endógenas que não é explicada pelas relações causais hipotéticas do modelo constitui os erros de variabilidade não explicada (e_y , e_z). O sentido das setas nas rectas indica o sentido da relação de causa-efeito entre as variáveis, enquanto o segmento curvilíneo com duas setas nas extremidades indica a presença de uma associação/correlação entre as variáveis, sem relação de causa-efeito associada. A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelos coeficientes de trajectória, isto é, os coeficientes estimados a partir dos coeficientes de regressão estandardizados entre as diferentes variáveis, também designados por β .

A Tabela 68 mostra as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e a respectiva significância no modelo da limitação física.

Tabela 68. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e os respectivos níveis de significância no modelo da limitação física.

	Estimativas	DP	C.R.	p
Aceitação \leftarrow Catastrofização	-5.116	1.969	-2.599	.009
Aceitação \leftarrow Dor	-.628	.305	-2.055	.040
Limitação Física \leftarrow Dor	.140	.044	3.180	.001
Limitação Física \leftarrow Aceitação	-.045	.019	-2.337	.019

O modelo final explica 35% da variabilidade da limitação física. Todas as trajectórias são significativas com excepção do efeito directo da catastrofização sobre a limitação física (esta trajectória foi eliminada). A variável dor apresentou um efeito total de .481 sobre a limitação física, sendo o efeito directo de $\beta = .40$ (i.e. por cada desvio-padrão da dor, a limitação física varia .40 desvios-padrão em efeito directo) e o efeito indirecto, mediado pela aceitação, de .081 ($\beta = -.28 \times -.29$). De acordo com o teste de Sobel, este efeito indirecto é significativo ($z = 2.342$; $p = .01$) e corresponde a 17% ($.081/.481 = .168$) do efeito total da dor sobre a limitação física.

A catastrofização só apresenta um efeito indirecto sobre a limitação física, mediado pela aceitação, de .102 ($\beta = -.35 \times -.29$). De acordo com o teste de Sobel, este efeito indirecto não é significativo ($z = 1.750$; $p = .08$). A Figura 18 representa o modelo final.

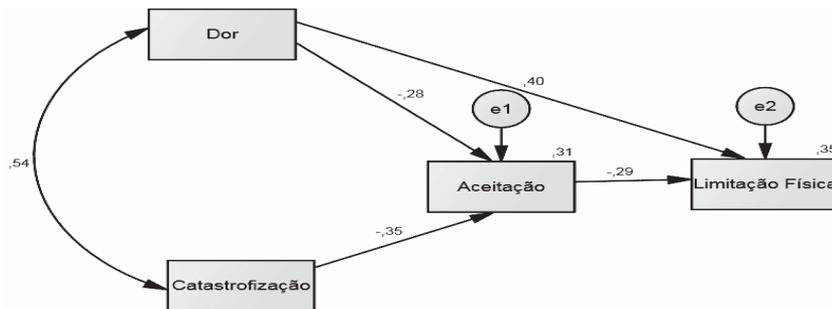


Figura 18. Modelo final da influência da dor, da catastrofização e da aceitação na limitação física.

13.3.2. Influência da dor, do coping racional e da aceitação na limitação física

Foi avaliado um segundo modelo causal da dor e do coping racional sobre a limitação física mediado pela aceitação (componente relativa à realização de actividades) (Figura 19).

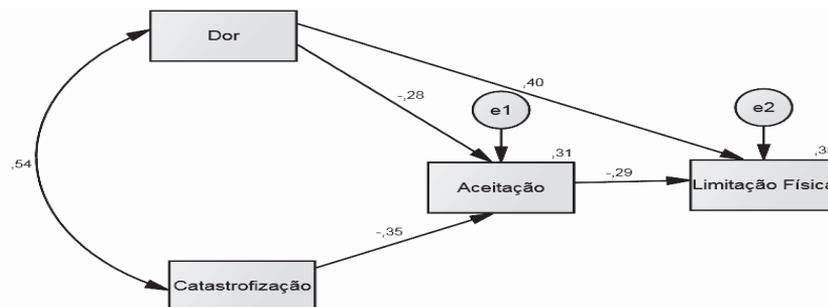


Figura 19. Influência da dor, do coping racional e da aceitação na limitação física.

Nenhuma das variáveis apresentou valores de sk e de ku indicadores de violações severas à distribuição normal. Uma observação apresentou valores de DM^2 sugestivos de ser uma possível observação *outlier* (i.e. a observação 18), no entanto óptimos por manter a observação na análise, uma vez que ao constituir fonte de variabilidade poderá suscitar interesse analisar. A significância dos efeitos indirectos foi novamente avaliada com recurso ao teste de Sobel. A Tabela 69 apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória do modelo e a respectiva significância no modelo da limitação física.

Tabela 69. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e os respectivos níveis de significância no modelo da limitação física

	Estimativas	DP	C.R.	p
Realização Actividades ← Coping Racional	.917	.250	3.664	***
Realização Actividades ← Dor	-.617	.196	-3.155	.002
Limitação Física ← Dor	.143	.042	3.428	***
Limitação Física ← Realização Actividades	-.064	.024	-2.684	.007

O modelo ajustado explica 37% da variabilidade da limitação física. Todas as trajectórias são significativas, com excepção do efeito directo do coping racional sobre a limitação física (esta trajectória foi inicialmente eliminada). A variável dor apresentou um efeito total $\beta = .512$ sobre a limitação física, sendo o efeito directo de $\beta = .40$ e o efeito indirecto mediado pela aceitação-realização de actividades de $\beta = .112$ ($\beta = -.35 \times -.32$). De acordo com o teste de Sobel, este efeito indirecto é significativo ($z = -2.157$; $p = .03$), e corresponde a 22% ($.112/.512 = .219$) do efeito total da dor sobre a limitação física.

O coping racional só apresentou um efeito indirecto sobre a limitação física, mediado pela aceitação-realização de actividades, de $-.13$ ($\beta = .41 \times -.32$). De acordo com o teste de Sobel, este efeito indirecto é também significativo ($z = 2.035$; $p = .04$). A Figura 20 representa o modelo final.

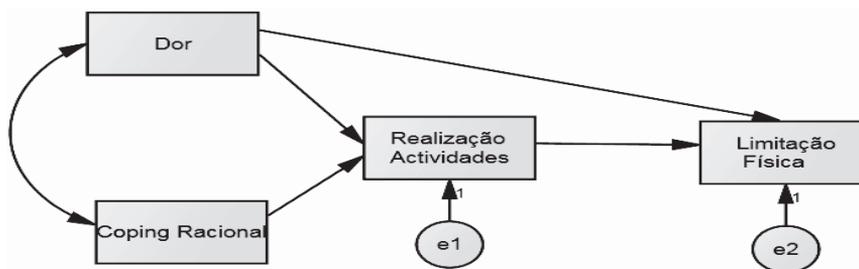


Figura 20. Modelo final da influência da dor, do coping racional e da aceitação na limitação física.

13.4. Discussão

A investigação no âmbito da dor crónica tem fornecido evidências sobre a influência dos factores psicossociais tais como os conteúdos cognitivos negativos e as estratégias de coping no curso da dor e da incapacidade física, em indivíduos com AR e com outras patologias que cursam com dor crónica (Keef, Buffington, Studts, Smith, Gibson & Caldwell, 2002; Turk & Okufuji, 2002). Apesar de serem escassos os estudos de carácter longitudinal que analisam o impacto destes constructos na dor e na incapacidade futuras, na ausência de qualquer tipo de intervenção excepto de terapêutica farmacológica, a literatura parece salientar a relevância de avaliações precoces no processo da doença (Evers et al., 2003).

Com o intuito de compreender porque é que alguns indivíduos com AR desenvolvem limitação física enquanto outros não desenvolvem/tendem a adaptar-se à situação, o presente estudo teve por objectivo analisar a influência das variáveis im-

plícitas à progressão da AR avaliadas 3/6 meses após o diagnóstico e 1 ano após o diagnóstico, na limitação física relatada aos 2 anos de evolução da patologia.

Como referido, os resultados das análises *Anovas de Medidas Repetidas* permitiram a identificação das variáveis que oscilavam ao longo dos 3 momentos de avaliação e constituíram o ponto de partida para as análises realizadas no presente estudo. Os resultados das análises de *Anovas de Medidas Repetidas* permitiram ainda identificar a existência de diferenças mais acentuadas entre o 2º e o 3º momento de avaliação, 1 ano após o diagnóstico e 2 anos após o diagnóstico respectivamente, o que sugeriu a existência de uma influência diferencial das variáveis identificadas em função do momento de avaliação, na limitação física relatada aos 2 anos de diagnóstico.

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram de facto as relações esperadas no que respeita a influência diferencial das variáveis em função dos momentos de avaliação, ou seja, as variáveis avaliadas 3/6 meses após o diagnóstico não se associaram de forma significativa com a limitação física relatada aos 2 anos de evolução da doença, contrariamente ao verificado na avaliação 1 ano após o diagnóstico. Estes resultados estão de acordo com as análises do estudo anterior que mostraram maiores oscilações entre as avaliações 1 ano e 2 anos após o diagnóstico. Os resultados obtidos no nosso estudo estão também de acordo com a literatura que mostra que os primeiros meses após a confirmação de um diagnóstico como o de AR são de conhecimento e de compreensão dos sintomas, da evolução, do prognóstico e das alternativas de tratamento (Barlow et al., 1999). No que respeita à influência do 2º momento de avaliação realizada 1 ano após o diagnóstico, na limitação física relatada aos 2 anos de evolução da AR, partimos do pressuposto que a dor, a limitação física, os conteúdos cognitivos negativos (nomeadamente o medo da dor menor, as crenças de incapacidade, as crenças relativas à influência do estado emocional, as crenças de solicitação, as crenças relativas à medicação, as crenças relativas aos cuidados médicos e as crenças a respeito da cura médica) e o coping relativo à recusa/fuga, avaliados 1 ano após o diagnóstico, teriam um efeito significativo na limitação física relatada ao fim de 2 anos de evolução da patologia.

Os resultados das análises de correlação entre as variáveis tidas como preditores significativos 1 ano após o diagnóstico (2º momento de avaliação) e a limitação física 2 anos após o diagnóstico, mostraram as relações esperadas. Os resultados do nosso estudo mostraram que os indivíduos com mais dor e com mais limitação física 1 ano após o diagnóstico, apresentaram também mais limitação física aos 2 anos

de evolução da AR. No que respeita aos conteúdos cognitivos, os indivíduos que 1 ano após o diagnóstico relataram mais medo da dor minor (por exemplo “Ter uma câibra”; “Bater com o cotovelo”), revelaram mais limitação física na avaliação 2 anos após o diagnóstico. Finalmente, menos crenças de solicitação e menos crenças relativas aos cuidados médicos, 1 ano após o diagnóstico, estiveram relacionadas com mais limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

As *Análises de Regressão Linear Simples* realizadas para aferir a influência das variáveis dor, limitação física e dos conteúdos cognitivos negativos, avaliadas 1 ano após o diagnóstico, na variabilidade da limitação física relatada aos 2 anos de evolução da patologia, mostraram a importância dos indicadores de dor, de limitação física, do medo da dor minor, das crenças de solicitação e das crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico, como preditores significativos da limitação física relatada mais tarde aos 2 anos de diagnóstico. Os resultados das nossas análises indicaram que níveis mais elevados de dor e de limitação física 1 ano após o diagnóstico, foram preditores significativos de mais limitação física aos 2 anos de evolução da AR. Estes resultados estão de acordo com as análises de correlação anteriormente realizadas e também com os estudos que reportam uma evolução progressiva da AR, no sentido de mais dor e de mais limitação (Newman et al., 1996; Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003). A investigação tem feito mesmo referência à incapacidade funcional como uma questão central na AR (Evers et al., 2003), com alguns estudos a salientarem que durante o primeiro ano de evolução da doença, a incapacidade está estabelecida, havendo uma deterioração progressiva e limitação a vários níveis, com a progressão da patologia (Wolfe & Cathey, 1991; Eberhardt, Larsson & Nived, 1993; Meenan, Kazis, Anthony & Wallin, 1991).

No que respeita à influência dos conteúdos cognitivos negativos, os resultados obtidos mostraram que mais medo da dor minor 1 ano após o diagnóstico, era preditor significativo de mais limitação física aos 2 anos de evolução da AR. O resultado obtido é particularmente preponderante e reforça os resultados obtidos no capítulo anterior sobre a progressão do medo da dor e das estratégias de fuga/recusa ao longo das 3 avaliações realizadas. Assim, a exposição continuada aos sintomas decorrentes da evolução da patologia parece dotar o indivíduo de estratégias mais eficazes. O resultado obtido no nosso estudo confirma a ineficácia das estratégias de evitamento e está de acordo com estudos que utilizam uma metodologia longitudinal.

Num estudo de carácter longitudinal com 78 indivíduos com diagnóstico de AR há menos de 1 ano, Evers et al. (2003) mostraram o valor prognóstico das estratégias de evitação ao longo da actividade da patologia, sugerindo que o efeito destes factores de vulnerabilidade se manifesta essencialmente ao longo da evolução da AR.

Os nossos resultados mostraram ainda que menos crenças de solicitação (i.e. a extensão em que o indivíduo acredita que os outros, especialmente a família, devem responder às solicitações decorrentes da experiência da dor), relatadas 1 ano após o diagnóstico, influenciam a limitação física aos 2 anos de evolução da patologia, no sentido dos indivíduos com menos crenças relativas às solicitações 1 ano após o diagnóstico relatarem mais limitação física na avaliação 2 anos após o diagnóstico. Uma possível explicação para este resultado poderá ser a eventual influência mediadora de outras variáveis como por exemplo a aceitação da dor. Por outro lado, as crenças relativas aos cuidados médicos 1 ano após o diagnóstico (i.e. a extensão em que o indivíduo acredita que os cuidados médicos são adequados para a sua dor crónica), foram também preditores significativos da variabilidade da limitação física aos 2 anos de diagnóstico, no sentido dos indivíduos com menos crenças relacionadas com os cuidados médicos relatarem mais limitação física na avaliação 2 anos após o diagnóstico.

Não são conhecidos estudos no contexto da AR sobre a influência dos conteúdos cognitivos específicos no funcionamento físico. No entanto os resultados obtidos no nosso estudo divergem dos resultados obtidos em estudos transversais (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994) mas também dos resultados de estudos que utilizam uma metodologia longitudinal (Jensen & Karoly, 1992) em amostra de indivíduos com dor crónica. Num estudo de carácter longitudinal realizado em 118 indivíduos com dor crónica com o intuito de analisar as associações entre as crenças, a percepção de severidade da dor, o funcionamento físico e o funcionamento emocional, Jensen e Karoly (1992) mostraram que os indivíduos com mais crenças de solicitação e baixos níveis de dor, relataram um pior funcionamento psicológico. Os resultados de Jensen e Karoly (1992) estão de acordo com a abordagem transversal de Jensen, Turner, Romano e Lawler (1994) que sugere igualmente a relevância das crenças de solicitação no funcionamento psicossocial e não no funcionamento físico dos indivíduos. Os autores reforçam a pertinência dos resultados encontrados face a uma severidade da dor ligeira a moderada. Apesar deste aspec-

to não ter sido considerado nas análises realizadas, os resultados obtidos no nosso estudo mostram a importância de intervenções direccionadas para crenças específicas, na promoção do funcionamento físico do indivíduo com AR.

No que respeita às crenças relativas aos cuidados médicos, os resultados obtidos no nosso estudo são pertinentes. A estrutura factorial obtida com a amostra portuguesa apresenta algumas diferenças em relação à versão original. Na análise factorial realizada com a amostra portuguesa de aferição, as crenças relativas aos cuidados médicos emergiram num factor adicional que integrou itens correspondentes aos factores relativos às crenças sobre a medicação e crenças sobre a cura médica. A análise do conteúdo destes itens parece reflectir crenças mais gerais sobre o papel do médico e da medicina na redução da dor (por exemplo o item 27 “A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica” ou o item 29 “O trabalho do médico é encontrar tratamentos para a dor que funcionem”). A distribuição dos itens pelos factores empíricos obtidos foi equilibrada, com valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, superiores aos encontrados na medida original por Jensen, Turner e Romano (2000). Apesar dos resultados obtidos serem pertinentes, a versão portuguesa da medida necessita de análises confirmatórias adicionais para aferir se a estrutura factorial se mantém uma vez que, como mencionado pelo autor da versão original da medida, a análise factorial tende a reflectir mais sobre as características da amostra do que da própria medida.

Os resultados obtidos no nosso estudo estão também de acordo com os resultados de estudos realizados com metodologias longitudinais em indivíduos com dor crónica, que mostram uma diminuição nos conteúdos cognitivos negativos, nos conteúdos comportamentais, nos parâmetros da dor e na incapacidade física na sequência de uma abordagem multidisciplinar para a dor (Jensen, Turner & Romano, 2007; Turk & Okifuji, 2002; Jensen, Turner & Romano, 1994). Destacamos uma vez mais o carácter inovador do nosso estudo e a preponderância em analisar a progressão destes constructos e a sua influência na limitação física relatada 2 anos após o diagnóstico, recorrendo a uma abordagem quasi-naturalista, uma vez que os processos podem ser eficazes sem que a intervenção consiga promover esses mesmos processos e vice versa .

No âmbito dos conteúdos cognitivos negativos, a literatura tem também feito referência à relevância da catastrofização no funcionamento físico e psicológico de indivíduos com patologias que cursam com dor crónica (DeGood & Tati,

2001; Turner, Mancl & Aaron, 2004). Assim, foi igualmente nosso objectivo de estudo analisar a influência da catastrofização na limitação física relatada aos 2 anos de evolução da patologia. Neste sentido, partimos do pressuposto que os indivíduos com maior tendência para catastrofizar apresentariam mais limitação física 2 anos após o diagnóstico. De facto, os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que os indivíduos com AR com uma tendência exagerada e negativa face à dor e aos sintomas associados (avaliada pela catastrofização, uma componente da *Pain Related Self-Statements*) apresentaram mais limitação física aos 2 anos de evolução da patologia. Os nossos resultados suportam a hipótese formulada e estão também de acordo com numerosas investigações que mostraram a associação entre a tendência geral para catastrofizar e os níveis de dor e de incapacidade (Jensen, Turner & Romano, 2000; Turner, Jensen & Romano, 2000; Turner, Jensen, Warms & Cardenas, 2002; Sinclair, 2001; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan & Tripp, 1998). Estudos transversais com indivíduos com múltiplas patologias que cursam com dor crónica incluindo a AR, têm mostrado que a catastrofização é um preditor significativo de incapacidade mesmo quando são controladas variáveis que podem influenciar esta relação (i.e. variáveis demográficas, severidade da dor, crenças sobre a dor, entre outras) (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000; Sullivan et al., 1998).

Estes resultados suscitaram o estudo do efeito mediador da catastrofização, na relação entre as variáveis avaliadas no 2º momento (i.e. a dor, a limitação física e os conteúdos cognitivos relativos ao medo da dor minor, às crenças de solicitação e às crenças relativas aos cuidados médicos) e as mudanças na limitação física relatadas no 3º momento de avaliação, realizado aos 2 anos de diagnóstico. Salientamos que os procedimentos estatísticos foram apenas realizados para as variáveis do 2º momento de avaliação (1 ano após o diagnóstico) que mostraram relações estatisticamente significativas com a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

Tendo por base os procedimentos de Baron e Kenny (1986) no que respeita a análise dos efeitos de mediação, os resultados das análises de regressão realizados, mostraram que a catastrofização não mediou significativamente a relação entre as variáveis avaliadas 1 ano após o diagnóstico e a limitação física relatada ao fim de 2 anos do diagnóstico. A literatura existente no âmbito do efeito mediador da catastrofização é essencialmente baseada na análise dos efeitos após uma intervenção cognitivo-comportamental (Turner Holzman & Mancl, 2007), e como tal conceptualizada como uma variável estado, uma vez que é susceptível de oscilações na

sequência da intervenção. O nosso estudo analisou o efeito mediador da catastrofização no contexto da evolução quasi-natural da AR

As novas abordagens dentro dos modelos cognitivo-comportamentais têm reforçado a importância de uma atitude de aceitação face a experiência interna indesejada, mais do que catastrofizar, no ajustamento do indivíduo à situação (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keef, 2004; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Viane et al., 2003). Neste sentido, o efeito da aceitação na limitação física relatada aos 2 anos de evolução da AR, foi também analisada no presente estudo, partindo do pressuposto que a aceitação estaria relacionada com um melhor funcionamento físico. Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que a aceitação foi um preditor significativo da limitação física, no sentido dos indivíduos que evitam mais a dor e os sintomas associados à patologia (i.e. com níveis mais baixos de aceitação), relatarem mais limitação física aos 2 anos.

Os resultados obtidos confirmaram assim a hipótese formulada e estão também de acordo com os resultados de estudos transversais realizados em amostras com dor crónica, que mostram que as tentativas para evitar as experiências internas indesejadas promovem um aumento da incapacidade física (McCracken, 1998). De facto, a literatura tem mostrado que a aceitação da experiência indesejada mais do que as tentativas para a controlar se associa a um melhor funcionamento físico, emocional e social, assim como à menor utilização dos cuidados de saúde, tanto em estudos transversais (McCracken, 1998; McCracken, 2007) como em estudos de carácter longitudinal (McCracken & Eccleston, 2005; McCracken & Vowles, 2007; McCracken & Vowles, 2008; McCracken, Spertus, Janeck, Sinclair & Wetzell, 1999; Nicholas & Asghari, 2006; Vowles, McNeil, Gross, McDaniel & Mouse, 2007).

Alguns estudos mostram que os níveis de aceitação determinam a forma como alguns conteúdos cognitivos negativos (como a catastrofização) influenciam a incapacidade física, e têm sugerido que esta não é necessariamente um produto directo dos conteúdos cognitivos negativos mas que outros processos podem estar envolvidos (Vowles, McCracken & Eccleston, 2008). Assim, o efeito mediador da aceitação na relação entre as variáveis avaliadas no 2º momento e a limitação física relatada aos 2 anos de diagnóstico foi analisado. Partimos do pressuposto que a aceitação diminuía o impacto da dor, da limitação física e dos conteúdos cognitivos

negativos (i.e. do medo da dor minor, das crenças de solicitação e das crenças relativas aos cuidados médicos) na limitação física reportada aos 2 anos de diagnóstico. Isto significa que a dor, a limitação física e alguns conteúdos cognitivos negativos poderiam promover mais limitação física aos 2 anos de evolução da AR, se o indivíduo em vez de aceitar as experiências indesejadas persistir em formas rígidas e inflexíveis para tentar evitar ou controlar a experiência. Os resultados das análises realizadas no nosso estudo mostraram que a aceitação mediou parcialmente a relação da dor e da limitação física 1 ano após o diagnóstico com a limitação física relatada aos 2 anos de evolução da AR, o que significa que a relação da dor e da limitação física 1 ano após o diagnóstico com a limitação física relatada aos 2 anos não é uma mera relação linear e que baixos níveis de aceitação parecem constituir um factor de risco para a limitação física aos 2 anos de diagnóstico.

A literatura tem sugerido que as sensações álgicas e os sintomas associados à patologia mesmo quando intensos não necessitam provocar interferência na vida do indivíduo, sendo crescentes as evidências que associam a aceitação ao relato de menos incapacidade, menor utilização de cuidados de saúde (McCracken, Carson, Eccleston & Keef, 2004; McCracken, Vowles & Eccleston, 2005), bem como um melhor funcionamento físico, emocional e social futuros (McCracken & Eccleston, 2005).

Num estudo longitudinal com 118 indivíduos com dor crónica de etiologia não esclarecida, McCracken e Eccleston (2005) analisaram as relações entre a aceitação e o funcionamento pré e pós uma abordagem baseada na aceitação e mostraram o papel independente e significativo deste constructo, mesmo quando comparado com o nível de dor relatado. O nosso estudo analisou o efeito mediador da aceitação no contexto da evolução quasi-natural da AR, esclarecendo e dando uma nova dimensão ao estudo destas relações.

No que respeita ao efeito mediador da aceitação na relação entre os conteúdos cognitivos negativos 1 ano após o diagnóstico e a limitação física relatada ao fim de 2 anos de evolução da AR, os resultados obtidos mostraram a existência de uma mediação total para o medo da dor minor. Os nossos resultados mostram assim que a aceitação influencia o maior/menor impacto dos conteúdos cognitivos negativos avaliados 1 ano após o diagnóstico na limitação física relatada aos 2 anos de diagnóstico, o que significa que a influência dos conteúdos cognitivos negativos na incapacidade depende do contexto em que estes ocorrem.

De um modo geral, os resultados obtidos mostram que a inclusão da aceitação na relação contribui para a explicação da limitação física relatada aos 2 anos de evolução, e diminui a influência da dor, da limitação física e dos conteúdos cognitivos negativos 1 ano após o diagnóstico na limitação física relatada mais tarde. Não são conhecidos estudos que analisem este tipo de relações em amostras com AR, destacando-se uma vez mais a preponderância dos resultados obtidos. Os resultados obtidos no nosso estudo confirmam no entanto a literatura teórica (McCracken, 2005; Robinson, Wicksell & Olsson, 2004) mas também estão de acordo com alguns estudos empíricos de carácter transversal (Esteve, Ramírez-Maestre & Lopez-Martínez, 2007; McCracken, 1998) realizados no âmbito da dor crónica, que mostram a associação entre a aceitação e o funcionamento físico. Estes estudos mostram que os indivíduos podem adquirir um melhor funcionamento físico se reduzirem o seu evitamento e outras tentativas para controlar a experiência interna indesejada, se a aceitarem e direccionarem os seus esforços para objectivos valorizados.

Num estudo transversal com 344 indivíduos com dor crónica Vowles, McCracken e Eccleston (2008) mostraram que o impacto de alguns conteúdos cognitivos negativos (catastrofização) no funcionamento físico e psicossocial era mediado pela aceitação, o que significa que o impacto dos conteúdos cognitivos negativos é variável e depende do contexto no qual estes conteúdos ocorrem. Os resultados obtidos no nosso estudo apoiam esta interpretação e a conceptualização integrativa dos conteúdos cognitivos negativos (como por exemplo o pensamento catastrófico) no contexto dos processos comportamentais que lhe dão impacto (Vowles, McCracken & Eccleston, 2008).

Os resultados das análises estatísticas realizadas suscitaram a proposta de dois modelos explicativos da limitação física relatada por indivíduos com diagnóstico recente de AR. Recorrendo a análises de trajectórias (*Path Analysis*) foi proposto um modelo que visou uma perspectiva integrativa de conceitos implícitos às abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais (i.e. a catastrofização) e de conceitos implícitos às abordagens de 3ª geração (i.e. a aceitação), na explicação da limitação física. Assim, o modelo teve por objectivo testar a hipótese que a limitação física não é necessariamente um produto/resultado directo da dor e da catastrofização, mas que os processos de aceitação estariam também envolvidos. Tendo em consideração a literatura existente, partimos do pressuposto que existia uma associação entre a tendência para catastrofizar e o nível de dor relatado. No entanto colocamos

ainda a hipótese da influência deste conteúdo cognitivo só se manifestar na limitação física de forma indirecta, através da aceitação/evitamento experiencial. Neste sentido, seria de esperar que baixos scores de aceitação face à experiência da dor (i.e. elevados scores de evitamento experiencial) se associassem a mais limitação física.

O modelo testado explicou 35% da variabilidade da limitação física. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito directo da dor na limitação física e um efeito indirecto da dor na limitação física mediado pela aceitação. A abordagem estatística utilizada é inovadora pois permite considerar em simultâneo a influência de todas as variáveis exógenas (i.e. dor e a catastrofização), nas variáveis endógenas (i.e. a aceitação e a limitação física) e decompor os diferentes tipos de efeitos. A utilização deste tipo de metodologia introduz uma nova dimensão no estudo da AR, sendo desconhecidas investigações prévias que analisem estas relações com esta metodologia neste contexto. Os resultados obtidos confirmam a relevância da aceitação como factor mediador na relação entre a dor e a limitação física, e estão de acordo com os resultados encontrados em estudos transversais (Vowles, McCracken & Eccleston, 2008) mas também em estudos longitudinais (Vowles, McCracken & Eccleston, 2007), com outro tipo de abordagem estatística.

O modelo testado permitiu ainda identificar um efeito indirecto da catastrofização na limitação física mediado pela aceitação, embora não significativo do ponto de vista estatístico.

Este modelo introduz uma abordagem inovadora ao estudo da limitação física decorrente da AR, estabelecendo os mecanismos base através dos quais a dor e a catastrofização operam, numa perspectiva contextualmente baseada. De acordo com as novas abordagens, a aceitação é conceptualizada como a natureza da relação entre a experiência da dor e o comportamento que ocorre enquanto o indivíduo permanece em contacto com a experiência indesejada. A aceitação dos pensamentos catastróficos, como parte da experiência da dor, tem implícita a consciência desses conteúdos cognitivos sem a necessidade de experienciar o sofrimento que o seu conteúdo implica ou a interferência nas actividades desejadas/valorizadas (Vowles, McCracken & Eccleston, 2008). Assim, o indivíduo pode ter um pensamento catastrófico, reparar nele, e permanecer a realizar determinadas actividades. Os resultados obtidos no modelo testado permitem de facto identificar o mecanismo base através do qual esta relação opera, apesar de não ser significativo do ponto de vista estatístico.

Nos últimos anos, os desenvolvimentos na investigação e na prática clínica no contexto da dor crónica têm sido dominados pelo constructo de coping. Dentro desta abordagem, o indivíduo é visto como um elemento activo na forma como lida com os sintomas associados à patologia e os respectivos efeitos no seu funcionamento físico e psicológico. Apesar das abordagens cognitivo-comportamentais reforçarem a importância de métodos de controlo e evitação das experiências indesejadas como forma de regulação emocional, as investigações recentes têm mostrado que é justamente quando o indivíduo tenta controlar as suas respostas emocionais, que a regulação se torna problemática (Leary, Tate, Adams, Allen & Handcock, 2007). Investigações anteriores têm mostrado a supremacia dos processos de aceitação sobre as variáveis de coping no contexto da dor crónica (McCracken & Eccleston, 2003).

Neste sentido, foi igualmente proposto um outro modelo explicativo da limitação física, que integrou o constructo de coping implícito às abordagens cognitivo-comportamentais clássicas e o constructo de aceitação, implícito aos desenvolvimentos mais recentes dentro dos modelos cognitivo-comportamentais de 3ª geração.

O modelo proposto teve por objectivo testar a hipótese de que a limitação física não é necessariamente o resultado directo da dor e da utilização de determinadas estratégias de coping (mais ou menos adaptativas) mas que os processos implícitos à aceitação (particularmente a componente relativa à realização de actividades) são também preponderantes. O modelo testado explicou 37% da variabilidade da limitação física. Os resultados obtidos permitiram identificar o efeito significativo directo da dor sobre a limitação física, mas também um efeito indirecto da dor na limitação física, parcialmente mediado pela aceitação-realização de actividades. Os resultados mostram que face a experiência da dor, os indivíduos que continuam a realizar actividades positivas e funcionais, relatam menos limitação física. Apesar de se desconhecerem estudos realizados no contexto da AR que explorem estas relações com este tipo de abordagem estatística, os resultados obtidos confirmam os resultados de investigações transversais com indivíduos com dor crónica, que ressaltam a associação entre os processos de aceitação e a menor prevalência de limitação física e de desconforto emocional (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

Os resultados do modelo testado permitiram ainda identificar um efeito indirecto do coping racional sobre a limitação física, mostrando que apesar da utilização de estratégias de coping adaptativas, o seu efeito só se manifesta na diminuição da limitação física, se o indivíduo com AR aceitar as experiências indesejadas e continuar na realização das suas actividades diárias. De facto, os resultados permitem-nos salientar que determinadas estratégias de coping são úteis porque promovem a aceitação da dor.

Os resultados obtidos no nosso estudo introduzem mais uma vez uma metodologia inovadora através da análise de trajectórias permitindo analisar, como mencionado anteriormente, a influência das variáveis exógenas (i.e. a dor e o coping racional) nas variáveis endógenas (i.e. a aceitação-realização de actividades e a limitação física), distinguindo os efeitos directos e os efeitos indirectos das associações obtidas. O modelo testado esclarece a influência dos processos de coping na limitação física relatada pelos indivíduos, confirmando os resultados encontrados em estudos de carácter transversal com amostras com dor crónica, numa amostra com AR.

Capítulo 14

Da dor/limitação para a depressão

Neste capítulo são apresentados os procedimentos estatísticos realizados com o intuito de compreender porque é que alguns indivíduos com dor e com limitação física tendem a apresentar sintomas depressivos acentuadas ao fim de 2 anos de evolução da AR, enquanto outros não revelam níveis de psicopatologia clinicamente significativa.

Ao longo das últimas décadas o constructo de suporte social tem sido conceptualizado como um factor importante no bem-estar físico, psicológico e na forma como o indivíduo lida com a AR (Newman et al., 1996; Penninx, et al., 1997). A literatura tem mostrado que para além de perdas de funcionalidade e de autonomia, as patologias reumáticas tendem a estar associadas a desconforto, à diminuição da auto-estima e à incapacidade de envolvimento em actividades (Pires & Joyce-Moniz, 2008). Tendo em conta as investigações assentes nos modelos clássicos de adaptação à doença, foi nosso objectivo analisar as associações entre a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social, avaliadas 3/6 meses após o diagnóstico e 1 ano após o diagnóstico, e a depressão aos 2 anos de progressão da doença. Como hipótese de estudo partimos do pressuposto que a dor, a limitação física e a limitação pela interacção social, tanto aos 3/6 meses de diagnóstico como 1 ano após o diagnóstico, estavam associados de forma positiva com a depressão aos 2 anos de diagnóstico. Por outro lado, colocamos igualmente a hipótese de que a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social, avaliados 1 ano após o diagnóstico, serem preditores significativos da depressão 2 anos após o diagnóstico.

A associação entre o suporte social e o ajustamento em indivíduos com diagnóstico de AR com diferentes tempos de duração, tem sido mostrada tanto em estudos de carácter transversal (López -Martínez et al., 2008) como de carácter longitudinal (Penninx et al., 1997). Os estudos indicam que os indivíduos com patologia

de dor crónica que relatam elevados níveis de suporte social, demonstraram menos dor e menos desconforto (Jensen et al., 2002; Turk et al., 1995).

Investigações recentes no âmbito das abordagens de 3ª geração têm salientado a influência da aceitação como um determinante nesta área de actuação. Este estudo teve também como objectivo analisar a influência da aceitação na depressão relatada aos 2 anos de progressão da patologia. À semelhança do reportado anteriormente, partimos do pressuposto que indivíduos com AR, com mais disponibilidade para a dor e que permanecem na realização das suas actividades diárias, apresentavam menos sintomas depressivos. Foi igualmente nosso objectivo analisar o efeito moderador da aceitação na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de progressão da AR. Partimos do pressuposto que a aceitação iria reduzir a magnitude do efeito da limitação em termos de interacção social na depressão relatada aos 2 anos de progressão da AR. Assim, era esperado que o efeito da limitação em termos de interacção social na depressão fosse influenciado pelo nível de aceitação do indivíduo com AR, de modo a elevados níveis de aceitação actuarem como factores protectores da sintomatologia depressiva aos 2 anos de evolução da patologia.

Ainda no âmbito da análise das TCC de 3ª geração, o efeito moderador da auto-compaixão foi analisado na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de progressão da AR. Assim, seria de esperar que o efeito da limitação em termos de interacção social na depressão reduzisse de magnitude em indivíduos mais auto-compassivos.

São ainda propostos dois modelos explicativos da depressão relatada pelos indivíduos com diagnóstico recente de AR, visando uma abordagem integrativa dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos e dos recentes desenvolvimentos no âmbito dos modelos de 3ª geração.

14.1. Método

14.1.1. Amostra

Este estudo utilizou a amostra clínica do capítulo anterior (capítulo 13), constituída por 55 indivíduos com diagnóstico recente de Artrite Reumatóide (11 participantes do sexo masculino e 44 do sexo feminino), com uma média de idades de 55.28 anos (DP= 17.913). No que respeita ao estado civil, 80% dos participantes era casado/união de facto (5.5% solteiros; 5.5% divorciados/separados; e, 9.0% viú-

vos). Em relação à situação profissional, 69.1% dos participantes estavam empregados e 30.9% estavam reformados. No que respeita o nível sócio-económico, a maioria reportou um nível baixo. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos sujeitos da amostra relatou ter concluído o ensino básico ($M= 6.58$; $DP= 4.104$). Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

14.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Short-form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), para avaliação da dor; b) *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2), para avaliação da limitação física e da limitação em termos de interacção social; c) *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ), para avaliação da aceitação; d) *Self-Compassion Scale* (SELFS), para avaliação da auto-compaixão (escala total); e) *Depression, Anxiety and Stress* (DASS), para avaliação da depressão; f) *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ), para avaliação das aptidões mindfulness, particularmente a aptidão relativa à observação distanciada. A caracterização detalhada das medidas de avaliação utilizadas é feita no capítulo 8 relativo à metodologia geral (ponto 8.6.). De um modo geral, as medidas utilizadas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados, com a amostra do estudo, e estão reportadas no capítulo 12 (ponto 12.2.1.) na Tabela 28.

14.1.3. Procedimento

Segundo o procedimento referido anteriormente (capítulo 8; ponto 8.4.), foi agendada a sessão para o preenchimento da bateria de medidas, após os participantes referenciados para o estudo concordarem em participar e darem o seu consentimento informado. O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 60 a 120 minutos, distribuída por uma ou duas sessões em função do cansaço do participante (Anexos 18 e 19).

14.1.4. Estratégia analítica

Foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson* para analisar as associações entre a dor, a limitação física e a limitação pela interacção social, avaliadas 3/6

meses e 1 ano após o diagnóstico de AR, e a depressão avaliada aos 2 anos de progressão da doença. De seguida realizaram-se modelos de regressão linear simples para analisar o efeito das variáveis significativas na depressão 2 anos após o diagnóstico. O modelo testado é do tipo $Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \epsilon_j$, e as hipóteses sob estudo são $H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$ versus $H_1: \exists i: \beta_i \neq 0$ ($i=1, \dots, p$). Quando rejeitamos H_0 ($p \leq \alpha$) podemos concluir que a variável independente possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente (relembremos que β_1 é o coeficiente de regressão, e representa os declives parciais ou seja, a variação de Y por unidade de variação de X_i ; ϵ_j os erros ou resíduos do modelo, e reflecte os erros de medição e a variação natural de Y ; β_0 representa a ordenada na origem).

A sequência dos resultados descritos anteriormente suscitou a análise do efeito moderador da aceitação na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão após 2 anos. Estivemos particularmente interessados em analisar se a aceitação reduzia o impacto da limitação em termos de interacção social na depressão. Foram utilizados *Modelos de Regressão Hierárquica* para analisar se o efeito da variável independente (i.e. limitação em termos de interacção social) na variável dependente (i.e. depressão) é influenciado pelo nível da variável moderadora (i.e. aceitação ou auto-compaixão). Do ponto de vista estatístico, uma variável é considerada moderadora quando afecta, quer em magnitude quer em sinal, a correlação entre a variável dependente e a variável independente. Isto significa que o efeito da variável independente sobre a variável dependente é influenciado pelo nível da variável moderadora (Maroco, 2010). O modelo testado é do tipo $Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \beta_3 X_{1j} X_{2j} + \epsilon_j$. Quando $X_{ij} X_{2j}$ são multicolineares com as restantes variáveis independentes, a análise dos efeitos de moderação é efectuada com as variáveis independentes centradas, de forma a eliminar a colinearidade não essencial (Aiken & West, 1991). Se o coeficiente β_3 for estatisticamente significativo, assumimos que o efeito de X_1 sobre Y é moderado por X_2 (ou vice versa) e portanto existe uma interacção entre as variáveis independentes (Maroco, 2010). A Figura 21 ilustra as trajetórias do modelo de moderação (Baron & Kenny, 1986).

A variável preditora foi a limitação em termos de interacção social; a variável dependente a depressão aos 2 anos de diagnóstico; e, a variável moderadora a aceitação da dor ou a auto-compaixão.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

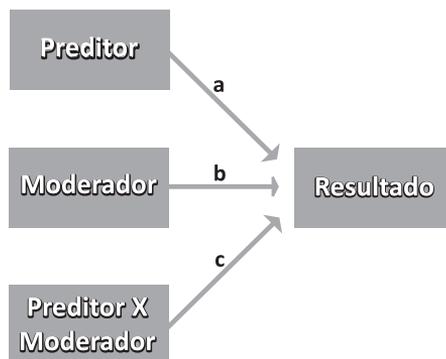


Figura 21. Trajectórias do modelo de moderação

Finalmente, foram também propostos 2 modelos causais hipotéticos com recurso a análises de trajetórias (*Path Analysis*) com o Software AMOS (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL), que permitiram considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos. As variáveis utilizadas nesta abordagem foram avaliadas num só ponto do tempo (3º momento de avaliação). Foi avaliado um modelo causal da dor e da limitação física sobre a depressão mediado pela limitação em termos de interacção social e pela aceitação. Neste diagrama de trajetórias a dor e a limitação física foram consideradas variáveis exógenas independentes; a limitação em termos de interacção social e a aceitação, variáveis endógenas mediadoras e a depressão, uma variável endógena dependente. Foi avaliado um segundo modelo causal da dor e da limitação física sobre a depressão mediado pelas aptidões mindfulness (observação distanciada) e a aceitação. Neste diagrama de trajetórias a dor e a limitação física foram consideradas variáveis exógenas independentes; as aptidões mindfulness e a aceitação como variáveis endógenas mediadoras e a depressão uma variável endógena dependente.

14.2. Resultados

14.2.1. Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis em estudo foi analisada através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, assim como o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria (*Skweness*) e de achatamento (*Kurtosis*), dado o teste de *K-S* ser sensível ao tamanho da amostra. Os resultados não mostraram enviesamentos significativos que pudessem comprometer a fidelidade e interpretação dos resultados obtidos. A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso a representação gráfi-

ca dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis - *Box Plot*). A Tabela 28 (capítulo 12; ponto 12.2.1.) reporta os valores de média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, *Skweness*, *Kurtosis*, do teste de *K-S* e os valores alfa de *Cronbach*, para as variáveis em estudo.

Os pressupostos para a realização de *análises de regressão linear simples* foram validados no que respeita a normalidade (através do teste *K-S* e dos valores de *Skweness* e de *Kurtosis*), homogeneidade (através da análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de *Durbin-Watson*).

O estudo do efeito moderador evidenciou efeitos de multicolinearidade significativos entre a variável preditora (i.e. a limitação em termos de interacção social) e a moderadora (i.e. a aceitação ou a auto-compaixão). Com o intuito de reduzir o erro associado à multicolinearidade, centramos os valores da variável preditora e da variável moderadora, e formamos uma nova variável produto da sua interacção, multiplicando as duas variáveis criadas (Aiken & West, 1991; Maroco, 2010; Tabanick & Fidell, 2007).

14.2.2. Influência da 1ª avaliação na explicação da depressão aos 2 anos de diagnóstico

Com o objectivo de analisar a relação entre a dor, a limitação física, a limitação em termos de interacção social, avaliados aos 3/6 meses de diagnóstico, e a depressão aos 2 anos de diagnóstico, foi realizada uma matriz de correlação de *Pearson* (Tabela 70). A análise dos resultados obtidos mostrou uma associação positiva fraca e estatisticamente significativa entre a dor relatada 3/6 meses após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos ($r = .293$; $p = .030$). No que respeita a relação entre a limitação em termos de interacção social aos 3/6 meses de diagnóstico e a depressão 2 anos após o diagnóstico, foi obtida uma associação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r = .416$; $p = .002$).

Tabela 70. Correlações entre a 1ª avaliação e a depressão 2 anos após o diagnóstico

	Dor (3/6 meses diag.)	Limitação física (3/6 meses diag.)	Limitação pela interacção social (3/6 meses diag.)	Depressão (2 anos diag.)
Dor (3/6 meses diag.)	-	-	-	-
Limitação física (3/6 meses diag.)	.505 ***	-	-	-
Limitação pela interacção social (3/6 meses diag.)	.400 **	.245	-	-
Depressão (2 anos diag.)	.293 *	.103	.416 **	-

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

Ainda no âmbito da análise da influência da 1ª avaliação na explicação da depressão aos 2 anos de diagnóstico, foram realizados *modelos de regressão linear*. Após validação dos pressupostos de normalidade dos dados, homogeneidade e independência dos resíduos, foi realizado o modelo de regressão linear com o objectivo de analisar a influência individual da dor, da limitação física e da limitação pela interacção social 3/6 meses após o diagnóstico (variáveis independentes), na depressão 2 anos após o diagnóstico (variável dependente) (Tabela 71). A *análise de regressão linear simples* com selecção das variáveis pelo método *Enter*, mostrou que a dor avaliada 3/6 meses após o diagnóstico contribuiu para uma proporção significativa de 6.8% da variabilidade da depressão aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .293$; $t = 2.227$; $p = .030$). Isto significa que indivíduos com mais dor 3/6 meses após o diagnóstico relataram mais sintomas de depressão aos 2 anos de diagnóstico.

Tabela 71. Preditores da depressão aos 2 anos de diagnóstico

V.D.	V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Dor 3/6 meses após diagnóstico	.293	2.227	.030	4.961	.030	.068	1.508	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Numa segunda *análise de regressão linear*, com a limitação física 3/6 meses após o diagnóstico como variável independente e a depressão após 2 anos de diagnóstico como variável dependente, não revelou um modelo estatisticamente significativo (Tabela 72).

Tabela 72. Preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Limitação física 3/6 meses após diagnóstico	.103	.753	.455	.568	.455	-.008	1.518	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Finalmente, a *análise de regressão linear simples* realizada com a limitação em termos de interacção social (3/6 meses após o diagnóstico) como variável independente, mostrou a sua contribuição significativa para 15.7% da variabilidade da depressão aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .416$; $t = 3.328$; $p = .002$) (Tabela 73). Neste sentido, indivíduos que percebem mais limitações em termos de interacção so-

cial com 3/6 meses de diagnóstico, apresentaram mais sintomas de depressão 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 73. Preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Limitação interacção social 3/6 meses após diagnóstico	.416	3.328	.002	11.074	.002	.157	1.364	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

14.2.3..Influência da 2ª avaliação na explicação da depressão aos 2 anos de diagnóstico

O estudo das associações entre a dor, a limitação física e a limitação pela interacção social 1 ano após o diagnóstico, e a depressão aos 2 anos de diagnóstico de AR, foram igualmente analisadas com recurso a matrizes de correlação de *Pearson* (Tabela 74). A análise dos resultados mostrou associações positivas moderadas a fortes entre a dor 1 ano após o diagnóstico e a depressão 2 anos após o diagnóstico ($r=.608$; $p=.000$) e entre a limitação física 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de diagnóstico ($r=.510$; $p=.000$).

A relação entre a limitação em termos de interacção social e a depressão 2 anos após o diagnóstico mostrou uma associação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r=.467$; $p=.000$).

Tabela 74. Correlações entre a 2ª avaliação e a depressão 2 anos após o diagnóstico

	Dor (1 ano diag.)	Limitação física (1 ano diag.)	Limitação pela interacção social (1 ano diag.)	Depressão (2anos diag.)
Dor (1 ano diag.)	-	-	-	-
Limitação física (1 ano diag.)	.644 ***	-	-	-
Limitação pela interacção social (1 ano diag.)	.364 **	.313 *	-	-
Depressão (2 anos diag.)	.608 ***	.510 ***	.467 ***	-

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

Seguindo a mesma abordagem estatística, realizamos igualmente *análises de regressão linear* com o objectivo de analisar, separadamente, o efeito da dor, da limitação física e da limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico

na variação da depressão aos 2 anos de diagnóstico (Tabela 75). Assim, a *análise de regressão linear simples* realizada com selecção de variáveis pelo método *Enter*, com a dor 1 ano após o diagnóstico como variável independente, mostrou que esta variável contribuiu para uma proporção significativa de 35.8% da variabilidade da depressão relatada aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = .608$; $t = 5.573$; $p = .000$). Assim, os indivíduos com mais dor 1 ano após o diagnóstico relataram mais sintomas de depressão ao fim de 2 anos de diagnóstico.

Tabela 75. Preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I.	β	t	p	F	p	R ² Adjustado	Durbin-Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Dor 1 ano após diagnóstico	.608	5.573	.000	31.063	.000	.358	1.716	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Por outro lado, a *análise de regressão linear* utilizando a limitação física 1 ano após o diagnóstico como variável independente, mostrou que esta variável contribuiu para 24.6% da variabilidade da depressão aos 2 anos de diagnóstico de AR (variável dependente) ($\beta = .510$; $t = 4.316$; $p = .000$) (Tabela 76). Isto significa que os indivíduos com mais limitação física 1 ano após o diagnóstico apresentaram mais sintomas de depressão 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 76. Factores preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I.	β	t	p	F	p	R ² Adjustado	Durbin-Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Limitação física 1 ano após diagnóstico	.510	4.316	.000	18.631	.000	.246	1.241	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

Finalmente foi realizada uma *análise de regressão linear simples* utilizando a limitação em termos de interacção social relatada 1 ano após o diagnóstico de AR, como variável independente, e a depressão aos 2 anos de diagnóstico como variável dependente (Tabela 77). Os resultados mostraram que a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico contribuiu para 20.3% da variabilidade da depressão 2 anos após o diagnóstico ($\beta = .467$; $t = 3.846$; $p = .000$). Os indivíduos com mais limitações em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico revelaram mais sintomas de depressão aos 2 anos de progressão da AR.

Tabela 77. Factores preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico.

V.D.	V.I	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Limitação interacção social 1 ano após diagnóstico	.416	3.328	.002	11.074	.002	.157	1.577	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

14.2.4. Influência da aceitação na depressão aos 2 anos de diagnóstico

Seguindo o mesmo tipo de abordagem estatística de análise de dados descrita anteriormente, e após validação dos pressupostos para este tipo de análise, foi realizada uma *análise de regressão linear simples*, com selecção das variáveis pelo método *Enter*. A aceitação foi definida como variável independente e a depressão aos 2 anos de progressão da AR, como variável dependente (Tabela 78). Os resultados indicaram que a aceitação contribuiu significativamente para 47.2% da variabilidade da depressão ($\beta = -.694$; $t = -7.015$; $p = .000$), o que mostrou que os indivíduos com menor aceitação relataram mais depressão aos 2 anos após o diagnóstico.

Tabela 78. Preditores da depressão 2 anos após o diagnóstico

V.D.	V.I	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	Durbin- Watson	VIF
Depressão 2 anos após diagnóstico	Aceitação	-.694	-7.015	.000	49.204	.000	.472	1.921	1.000

V.D. Variável Dependente; V.I. Variável Independente.

14.2.5. Estudo da aceitação como variável moderadora na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de progressão da AR.

Com o intuito de reduzir o erro associado à multicolinearidade, estandardizamos a variável preditora (i.e. a limitação em termos de interacção social) e a variável moderadora (i.e. a aceitação) e formamos uma nova variável produto da interacção da variável preditor e da variável moderador estandardizadas (Aiken & West, 1991; Maroco, 2010; Tabanick & Fidell, 2007).

Após a validação dos pressupostos de normalidade, de homogeneidade e de independência dos resíduos, foi efectuada uma *análise de regressão hierárquica* com a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico como variável independente num 1º bloco; num 2º bloco incluímos a aceitação e, num 3º bloco adicionamos a limitação em termos de interacção social X aceitação (variável for-

mada a partir do produto da interacção entre a limitação em termos de interacção social e a aceitação). Os resultados demonstraram que todos os passos produziram modelos estatisticamente significativos. Quando entramos com a interacção, o modelo obtido apresentou um R^2 de .674 ($F(1,54) = 35.094$; $p = .000$) (Tabela 79). A análise dos coeficientes de regressão mostrou que tanto a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico como a aceitação são preditores estatisticamente significativos em todos os modelos. A interacção entre as duas variáveis mostrou a existência de um efeito de moderação da aceitação na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de diagnóstico ($\beta = -.319$; $T = -2.777$; $p = .000$) (Tabela 80).

Tabela 79. Modelos de regressão hierárquica múltipla utilizando a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico como preditor da depressão aos 2 anos de diagnóstico, considerando a aceitação como variável moderadora.

Modelo	Preditores V.l.	R	R ²	F	p	Durbin-Watson	VIF
1	Limitação Interacção Social (1 ano diag.)	.467	.218	14.790	.000		1.000
2	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Aceitação	.763	.582	36.256	.000		1.054 1.054
3	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Aceitação Limitação Interacção Social (1 ano diag.) X Aceitação	.821	.674	35.094	.000	2.009	1.160 1.057 1.114

Tabela 80. Coeficientes de regressão para os três passos das equações de regressão hierárquicas múltiplas realizadas.

Modelo	Preditores V.l.	β	t	p
1	Limitação Interacção Social (1 ano diag.)	.467	3.846	.000
2	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Aceitação	.326 -.620	3.545 -6.734	.001 .000
3	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Aceitação Limitação Interacção Social (1 ano diag.) X Aceitação	.228 -.606 -.319	2.648 -7.367 -3.777	.011 .000 .000

14.2.6. Estudo da auto-compaixão como variável moderadora na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão aos 2 anos de diagnóstico

Seguindo a abordagem estatística efectuada no ponto anterior, recorreremos novamente a procedimentos de standardização da variável preditora (i.e. a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico) e da variável modera-

dora (i.e. a auto-compaixão) para a redução do erro associado à multicolinearidade. A validação dos pressupostos relativos à normalidade, à homogeneidade e à independência dos erros/resíduos foi efectuada e permitiu a realização da análise. Assim, num 1º bloco introduzimos a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico, num 2º bloco adicionamos a auto-compaixão e, no 3º bloco incluímos a variável limitação em termos de interacção social X auto-compaixão (produto da interacção da limitação em termos de interacção social e da auto-compaixão). A análise dos resultados obtidos mostrou que os dois primeiros passos produziram modelos estatisticamente significativos. No entanto, com a inclusão da interacção o modelo deixa de ser significativo, pelo que não existe efeito de moderação na relação (Tabela 81).

Tabela 81. Modelos de regressão hierárquica múltipla utilizando a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico como preditor da depressão aos 2 anos de diagnóstico, considerando a auto-compaixão como variável moderadora.

Modelo	Preditores V.I.	R	R ²	F	p	Durbin-Watson	VIF
1	Limitação Interacção Social (1 ano diag.)						1.000
		.467	.218	14.790	.000		
2	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Auto-compaixão						1.224 1.224
		.670	.448	21.126	.000		
3	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Auto-compaixão						1.515 1.398
	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) X Auto-compaixão						1.657
		.670	.449	13.846	.000	1.740	

Os resultados dos coeficientes de regressão revelaram que, tanto a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico como a auto-compaixão, eram preditores independentes e significativos da depressão aos 2 anos de progressão da patologia (Tabela 82). Contudo, a interacção das duas variáveis revelou que a auto-compaixão não teve um efeito moderador nesta relação ($\beta = -.031$; $t = -.232$; $p = .818$).

Tabela 82. Coeficientes de regressão para os três passos das equações de regressão hierárquicas múltiplas realizadas.

Modelo	Preditores V.I.	β	t	p
1	Limitação Interacção Social (1 ano diag.)	.467	3.846	.000
2	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Auto-compaixão	.240 -.531	2.105 -4.657	.040 .000
3	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) Auto-compaixão	.227 -.521	1.774 -4.236	.082 .000
	Limitação Interacção Social (1 ano diag.) X Auto-compaixão	-.031	-.232	.818

14.3. Modelos explicativos da Depressão

14.3.1. Influência da dor, da limitação física, da limitação em termos de interação social e da aceitação na depressão

Foi testado um modelo causal da dor e da limitação física na depressão, mediado pela limitação em termos de interação social e pela aceitação. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da verosimilhança. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahanalobis* (DM^2), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria-*Skweness* (Sk) e de achatamento-*Kurtosis* (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e. $Sk < |3|$; $Ku < |10|$). A representação gráfica do modelo proposto está ilustrada na Figura 22.

Foram identificadas 7 possíveis observações *outliers*, através dos valores de DM^2 obtidos (i.e. 5, 9, 10, 13, 18, 37, 39). Dado constituírem fonte de variabilidade de interesse eventual para o fenómeno em estudo, optámos por manter essas observações na análise.

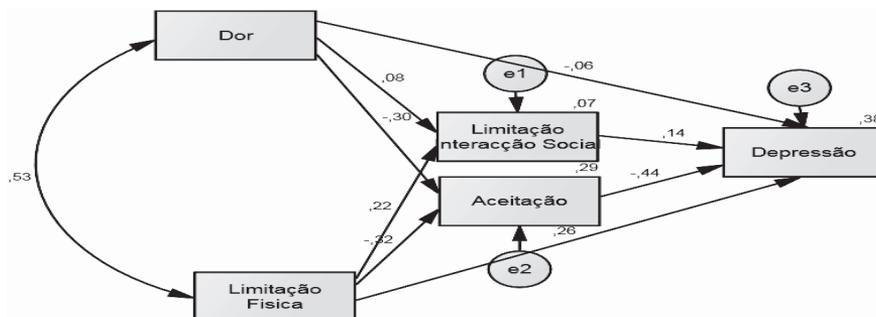


Figura 22. Influência da dor, da limitação física, da limitação em termos de interação social e da aceitação (realização de actividades) na depressão.

Tendo em consideração os resultados obtidos anteriormente, explorámos o efeito de quatro variáveis na depressão: a dor, a limitação física, a limitação em termos de interação social e a aceitação. No diagrama de trajetórias proposto, a dor e a limitação física são consideradas variáveis exógenas independentes; a limitação pela interação social e a aceitação são tidas como variáveis endógenas mediadoras; e, a depressão é considerada uma variável endógena dependente.

A análise das estimativas estandardizados dos coeficientes de trajetória e a respectiva significância no modelo da limitação física resultou na eliminação de algumas trajetórias por não apresentarem uma contribuição significativa. As trajetórias foram eliminadas individualmente e os modelos intermédios reanalisados,

até ao modelo final. O modelo final é apresentado na Figura 23. A Tabela 83 mostra as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e os respectivos níveis de significância no modelo da depressão.

Tabela 83. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e os respectivos níveis de significância no modelo da depressão.

	Estimativas	DP	C.R.	p
Aceitação ← Limitação física	-2.020	.864	-2.337	.019
Aceitação ← Dor	-.679	.306	-2.221	.026
Depressão ← Aceitação	-.394	.077	-5.119	***
Limitação interação social ← Limitação física	.367	.186	1.981	.048

O modelo ajustado explica 33% da depressão. A variável dor apresentou um efeito indirecto sobre a depressão mediado pela aceitação, de .171 ($\beta = -.30 \times -.57$), o que mostra que os indivíduos que apresentam mais disponibilidade para a dor e permanecem na realização de actividades diárias e funcionais, apesar da dor, tendem a deprimir menos. O modelo permitiu ainda identificar um efeito indirecto da limitação física na depressão mediado pela aceitação.182 ($\beta = -.32 \times -.57$). Isto significa que os indivíduos que apesar da limitação física continuam disponíveis para realizar actividades adaptativas e funcionais, tendem a apresentar menos sintomatologia depressiva. O modelo permitiu ainda identificar um efeito directo entre a limitação física e a limitação em termos de interacção social ($\beta = .26$).

O teste da significância estatística dos efeitos indirectos foi efectuado através de reamostragem *Bootstrap*. A estimativa do efeito indirecto da dor sobre a depressão foi enquadrada para um I.C. a 95%, com limites] -.012; .514[; este efeito não é significativamente diferente de zero para $p = .070$. Por outro lado, a estimativa do efeito indirecto da limitação física sobre a depressão foi enquadrada para um I.C. a 95%, com limites] .125; 1.863[. Este efeito é significativamente diferente de zero para $p = .020$.

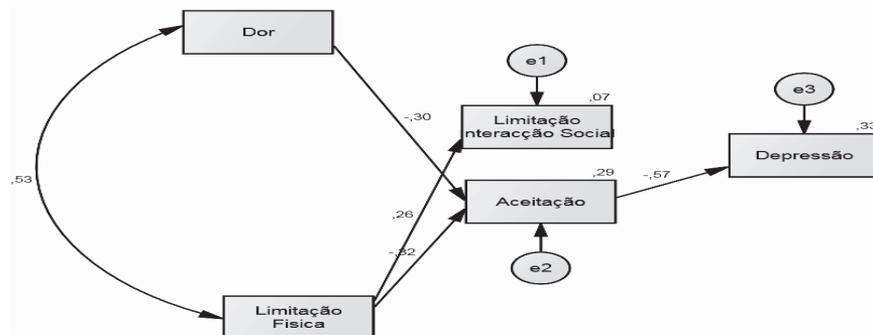


Figura 23. Modelo final da influência da dor, da limitação física, da limitação em termos de interacção social e da aceitação (realização de actividades) na depressão.

O teste da significância estatística dos efeitos indirectos foi efectuado através de reamostragem *Bootstrap*. A estimativa do efeito indirecto da dor sobre a depressão foi enquadrada para um I.C. a 95%, com limites] -.012; .514[; este efeito não é significativamente diferente de zero para $p = .070$. Por outro lado, a estimativa do efeito indirecto da limitação física sobre a depressão foi enquadrada para um I.C. a 95%, com limites].125; 1.863[. Este efeito é significativamente diferente de zero para $p = .020$.

14.3.2. Influência da dor, da limitação física, do mindfulness (observação distanciada da dor) e da aceitação na depressão

Explorámos o efeito de quatro variáveis na depressão: a dor, a limitação física, aceitação e mindfulness (observação distanciada da dor). No diagrama de trajectórias proposto a dor e limitação física são consideradas variáveis exógenas independentes, a aceitação e o mindfulness (observação distanciada da dor) variáveis endógenas mediadoras e, a depressão como variável endógena dependente. O modelo proposto está representado graficamente na Figura 24.

Os pressupostos para a aplicação dos modelos de análise de trajectórias foram uma vez mais validados no que respeita à normalidade das variáveis e à presença de *outliers*. Os resultados mostraram que as variáveis apresentam uma distribuição diferente da normal, no entanto os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não evidenciaram enviesamentos severos. Os valores de DM^2 sugeriram a presença de 6 possíveis observações *outliers* (i.e. 5, 9, 10, 13, 18, 37, 39), mantidos na análise por assumirmos que podem constituir fonte de interesse para o fenómeno em estudo.

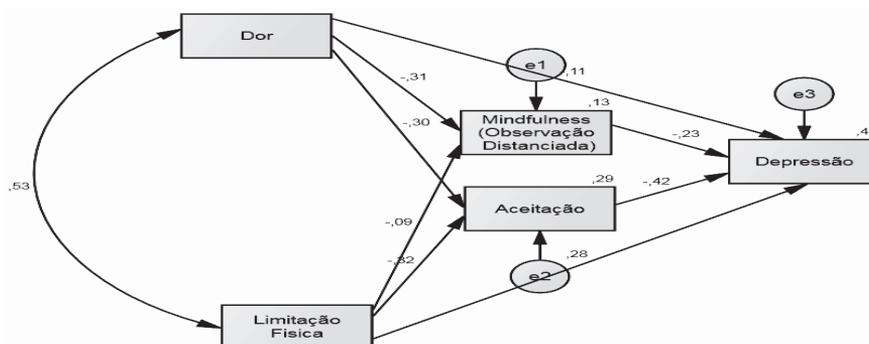


Figura 24. Influência da dor, da limitação física, do mindfulness e da aceitação na depressão.

A análise das estimativas estandardizados dos coeficientes de trajectória e a respectiva significância no modelo inicial da limitação física suscitou a eliminação de algumas trajectórias uma vez que não contribuíam de forma estatisticamente significativa para o modelo. Seguindo a mesma estratégia de abordagem dos dados, cada trajectória foi eliminada e o modelo reanalisado até ser produzido o modelo final. A Figura 25 representa o modelo final.

O modelo ajustado explicou 34% da variabilidade da depressão. A Tabela 84 mostra as estimativas estandardizados dos coeficientes de trajectória e a respectiva significância para o modelo final obtido.

Tabela 84. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajectória e os respectivos níveis de significância no modelo da depressão.

	Estimativas	DP	C.R.	p
Aceitação ← Limitação física	-2.020	.864	-2.337	.019
Observação Distanciada da dor ← Dor	-.370	.133	-.2777	.005
Aceitação ← Dor	-.679	.306	-2.221	.026
Depressão ← Observação Distanciada da Dor	-.335	.173	-1.934	.053
Depressão ← Aceitação	-.336	.080	-4.183	***

O modelo permitiu identificar um efeito indirecto da dor na depressão mediado pelo mindfulness (dimensão relativa à observação distanciada da dor) de .081 ($\beta = -.35 \times -.23$). Isto significa que apesar da dor, a observação distanciada promove um melhor ajustamento do indivíduo relatando menos depressão. Os resultados do modelo mostram ainda um efeito indirecto da dor sobre a depressão mediado pela aceitação de .15 ($\beta = -.30 \times -.50$).

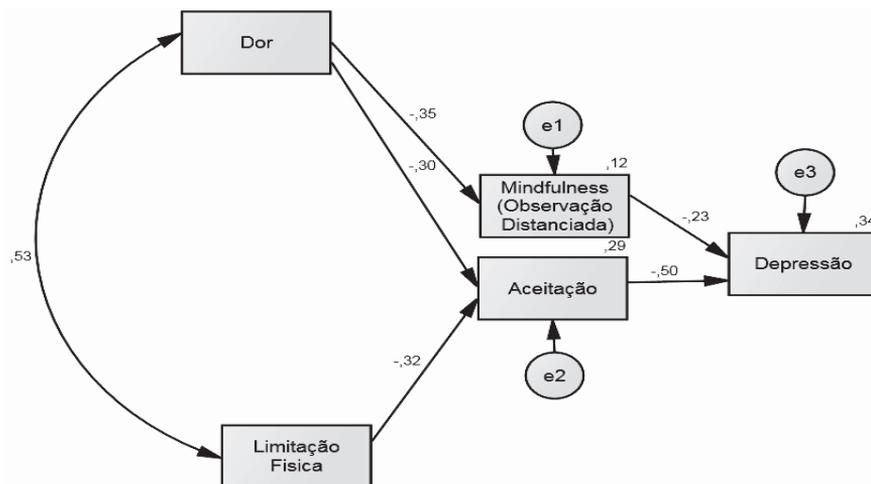


Figura 25. Modelo final da influência da dor, da limitação física, do mindfulness e da aceitação na depressão.

Por outro lado, o modelo permitiu identificar um efeito indirecto da limitação física sobre a depressão mediada pela aceitação .16 ($\beta = -.32 \times -.50$), indicando que se o indivíduo manifestar disponibilidade para os sintomas e continuar a realizar actividades adaptativas e funcionais, apesar da limitação física, tende a relatar menos sintomas depressão.

Cohen e Cohen (1983) referem que o teste da significância estatística dos efeitos indirectos não é necessário quando estamos na presença de um modelo com dois ou mais mediadores, e verificamos que todos os coeficientes de trajectórias não estandardizados são estatisticamente significativos, o que assegura a significância estatística dos efeitos indirectos. De qualquer forma foi realizada a análise dos efeitos indirectos da mediação por reamostragem *Bootstrap*. A estimativa do efeito indirecto da dor sobre a depressão, enquadrada por um I.C. a 95% com limites $].078; 1.544]$ mostrou um efeito significativamente diferente de zero para $p = .022$. A estimativa do efeito indirecto da limitação física na depressão, enquadrada também por um I.C. a 95% com limites $].120; .649]$, foi significativamente diferente de zero para $p = .004$.

14.4. Discussão

Vários estudos têm vindo a salientar a relevância dos factores psicossociais na AR, mostrando uma maior prevalência de depressão associada à dor e à incapacidade física (Covic et al., 2003; Dickens et al., 2002), apesar dos mecanismos relativos à natureza direccionada das relações não estarem totalmente compreendidos.

Com o objectivo de compreender porque é que alguns indivíduos com dor e com limitação física desenvolvem depressão, enquanto outros apesar da presença destes sintomas tendem a manter um funcionamento psicológico adaptativo, foram realizados um conjunto de análises estatísticas com o intuito de analisar o efeito dos constructos referidos pelas abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais, como relevantes na adaptação/ajustamento à patologia, nomeadamente a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social (avaliados 3/6 meses após o diagnóstico e 1 ano após o diagnóstico), na depressão relatada pelos indivíduos aos 2 anos de evolução da AR.

Partimos do pressuposto que a dor, a limitação física e a limitação em termos de interacção social, tanto na avaliação 3/6 meses como 1 ano após o diagnóstico, estavam associadas de forma positiva com a depressão reportada 2 anos após o diagnóstico.

No que respeita à avaliação efectuada 3/6 meses após o diagnóstico de AR, os nossos resultados mostraram que os indivíduos com mais dor e com mais limitação em termos de interacção social relataram também mais depressão aos 2 anos de evolução da patologia. A avaliação efectuada 1 ano após o diagnóstico permitiu mostrar novamente a associação positiva da dor e da limitação em termos de interacção social, com a depressão aos 2 anos de progressão, mas evidenciou também a sua associação estatisticamente significativa com a limitação física.

A AR é uma patologia crónica que tende a elevados níveis de incapacidade. A deterioração física decorrente está frequentemente associada a perturbações de humor, estando bem documentada a maior prevalência de depressão em indivíduos com AR, comparativamente com a população geral (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002; Nicassio, 2010; Sharp, Sensky & Allard, 2001). Recentemente tem-se assistido a um interesse crescente em analisar a relação entre o curso da patologia e os seus determinantes no desconforto psicológico relatado pelos indivíduos com AR.

Tendo por base os resultados obtidos nas análises de correlação realizadas e a literatura existente, foi colocada também a hipótese da dor, da limitação física e da limitação em termos de interacção social serem preditores significativos da depressão aos 2 anos de evolução da AR, sendo igualmente esperado um maior poder explicativo do 2º momento de avaliação (i.e. 1 ano após o diagnóstico) comparativamente ao 1º momento de avaliação (i.e. 3/6 meses após o diagnóstico).

Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram de facto um maior poder explicativo do 2º momento de avaliação na depressão relatada aos 2 anos de progressão da patologia, e indicaram que os indivíduos com mais dor e com mais limitação física 1 ano após o diagnóstico, apresentaram níveis mais elevados de depressão 2 anos após o diagnóstico.

Os resultados obtidos confirmam os resultados de investigações transversais realizadas em indivíduos com AR, que mostram que a depressão tende a variar em função do nível de dor relatado (Frank, Beck, Parker, Kashani, Elliott, Haut & Smith, 1988; Hurwicz, Berkanovic, 1993; Peck, Smith, Ward & Milano, 1989). Por outro lado, os nossos resultados estão também de acordo com estudos que utilizam uma metodologia longitudinal que apesar de escassos têm mostrado que as características da AR, em particular a dor e a incapacidade, são importantes concomitantes da depressão. Num estudo de carácter longitudinal, com 22 indivíduos com diag-

nóstico recente de AR com uma média de duração de 12.62 meses, Sharpe, Senky & Allard (2001) mostraram que os indivíduos com níveis elevados de dor e de incapacidade apresentavam maior vulnerabilidade para desenvolver depressão ao longo da evolução da patologia. Os nossos resultados apoiam também os resultados de um estudo longitudinal de Land, Verdurmen, Ten Have, van Dorsselaer, Beekman e deGraff (in press), no qual referem que a incapacidade pode ser o mecanismo através do qual a artrite reumatóide suscita a depressão.

São escassos os estudos com metodologias longitudinais que analisem as associações destes constructos no contexto específico da AR. Dos estudos existentes, o número de indivíduos das amostras utilizadas é significativamente inferior ao número de indivíduos com AR incluídos no nosso estudo, e analisados nas 3 avaliações realizadas ao longo dos 2 primeiros anos de evolução da patologia.

Uma meta-análise da literatura existente no âmbito da AR fez referência ao facto de factores físicos implícitos a esta patologia, como a incapacidade, estarem associados a elevados níveis de dor, o que levanta questões relativas à circularidade das relações entre estes constructos e suscita ambiguidade face à extensão para a qual a depressão é directamente atribuída à dor (Dickens et al., 2002).

Os nossos resultados evidenciaram também o efeito preditor da limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico, na depressão relatada 2 anos após o diagnóstico. O suporte social tem vindo a ser referido pelas abordagens cognitivo-comportamentais mais tradicionais, como preponderante no funcionamento físico e psicológico do indivíduo (Jensen et al., 2002; Newman et al., 1996; Penninx et al., 1998; Penninx et al., 1997; Turk et al., 1995). A literatura tem mesmo reforçado que a natureza da AR tende a afectar as fontes de suporte, mas estas devem adaptar-se às alterações decorrentes da evolução da patologia (Newman et al., 1996).

Os resultados obtidos no nosso estudo estão de acordo com estudos que utilizam metodologias longitudinais realizados em indivíduos com AR, que mostram o efeito preditor do suporte social nas alterações dos sintomas depressivos (Evers, Kraaijmaat, Geenen & Bijlsma, 1998). O efeito do suporte social como protector/amortecedor de sintomas depressivos foi também reforçado por Penninx et al. (1997), que mostraram a sua influência ao atenuar fontes de stress na saúde.

Os resultados obtidos no nosso estudo reforçam os resultados conhecidos da literatura mas introduzem aspectos inovadores ao estudo da AR, permitindo escla-

recer a forma como estes constructos se relacionam, em indivíduos com diagnóstico de AR avaliados numa fase muito precoce da patologia. Desconhece-se a existência de abordagens longitudinais na área da AR com avaliações tão precoces como a realizada no nosso estudo, o que possibilita a introdução de uma dimensão de conhecimento/compreensão mais profundo no âmbito da progressão da patologia e dos constructos relevantes ao longo da sua evolução. A abordagem de Evers et al. (1998) foi realizada em 91 indivíduos com diagnóstico de AR inferior a 1 ano, sendo a 1ª avaliação realizada durante as 12 semanas seguintes. No nosso estudo, os indivíduos incluídos na 1ª avaliação apresentavam como critério de inclusão o diagnóstico de AR até 3/6 meses no momento da avaliação.

Recentes desenvolvimentos no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais de 3ª geração têm suscitado crescentes investigações em torno das associações entre a aceitação e o funcionamento psicológico de indivíduos com patologias que cursam com dor crónica (McCracken & Zhao- O'Brien, 2010; McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005). Neste sentido, o efeito/influência da aceitação na depressão relatada aos 2 anos de evolução da AR foi também analisada no nosso estudo. Partimos do pressuposto que a aceitação estaria relacionada com um funcionamento psicológico mais adaptativo.

Os resultados da *análise de regressão linear simples* realizada mostraram que a aceitação foi um preditor significativo da depressão aos 2 anos de diagnóstico, no sentido dos participantes que apresentaram mais disponibilidade para a dor e que mantinham a realização de actividades funcionais apesar da sua condição álgica, reportaram menos depressão com a evolução da patologia. O resultado obtido confirma a hipótese formulada e está também de acordo com os resultados obtidos em estudos transversais com indivíduos com várias patologias que cursam com dor crónica, incluindo a AR, que mostram que a aceitação da experiência indesejada promove um melhor funcionamento (McCracken, 1998; McCracken & Zhao-O'Brien, 2010).

McCracken (1998) reforça que a importância da aceitação não se traduz meramente na questão de um nível menor de dor, uma vez que promove um funcionamento adaptativo independentemente da intensidade da dor percebida, o que introduz uma perspectiva inovadora no seio das abordagens cognitivo-comportamentais mais clássicas.

Na globalidade os resultados obtidos no nosso estudo permitiram ainda mostrar que a aceitação é o constructo que mais poder explicativo tem relativamente à variabilidade da depressão relatada aos 2 anos de evolução, reforçando a sua relevância no contexto da AR. Os nossos resultados reforçam os resultados obtidos em estudos transversais (Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove & DeCorte, 2003) mas também em estudos longitudinais (McCracken & Vowles, 2008) com amostras com múltiplas patologias de dor crónica, sobre a importância da aceitação no funcionamento psicológico.

As abordagens baseadas na aceitação têm referido a importância deste constructo e de algumas competências (i.e. aptidões *mindfulness*) e qualidades da mente (i.e. auto-compassão) na forma como o indivíduo reage e se adapta às experiências internas indesejadas. De facto, a investigação no âmbito das abordagens de 3ª geração têm vindo a reforçar que o que torna determinada experiência interna disfuncional, são as tentativas que o indivíduo realiza para evitar, controlar ou modificar os sintomas, o que promove o afastamento dos seus objectivos e dos valores de vida (Hayes & Duckworth, 2006; Kashdan et al., 2008; McCracken & Yang, 2006).

Os resultados obtidos permitiram-nos também colocar a hipótese da aceitação ter um efeito moderador na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão relatada aos 2 anos de evolução da AR. Foram realizadas *análises de regressão hierárquica* com a aceitação como moderador contínuo, com o objectivo de analisar o efeito da interacção da limitação em termos sociais e da aceitação, na depressão.

Os resultados obtidos mostraram que quando introduzimos a interacção limitação x aceitação no modelo de regressão, há um aumento do poder explicativo do modelo com um efeito significativo na depressão relatada aos 2 anos de evolução da patologia, o que mostra o efeito moderador da aceitação na relação. Assim, níveis elevados de aceitação actuam como um factor protector da sintomatologia depressiva aos 2 anos de evolução da AR, devido à limitação relatada em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico. Estas evidências sugerem que os indivíduos com AR que apesar das limitações em termos de interacção social aceitam a experiência indesejada, podem mostrar-se emocionalmente resilientes na forma como lidam com a sua patologia.

São escassos os estudos que analisam a influência moderadora da aceitação no contexto da dor crónica, constituindo o nosso estudo o primeiro no âmbito da

AR recente. Num estudo longitudinal com 36 mulheres com osteoartrite e 86 com fibromialgia, Kratz, Davis e Zautra (2007) mostraram a influência moderadora da aceitação na relação entre a severidade da dor e o afecto negativo. O efeito moderador da aceitação foi também mostrado por Andrew e Dullin (2007), numa amostra de 208 indivíduos da população normal. Os autores utilizaram uma medida geral de aceitação e mostraram a influência moderadora da aceitação na relação entre os problemas de saúde física e a ansiedade/depressão.

Aspectos relativos à regulação emocional começaram a ser abordados com mais frequência com os desenvolvimentos implícitos às abordagens de 3ª geração. Embora a literatura científica faça referência a um número crescente de métodos que os indivíduos utilizam para regular as suas experiências indesejadas, alguns estudos têm salientado a relevância de determinadas competências da mente tais como a auto-compaixão, na promoção do funcionamento psicológico (Neff, 2003b). Neste sentido, foi também nosso objectivo de estudo analisar o efeito moderador da auto-compaixão, na relação entre a limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico e a depressão relatada aos 2 anos de evolução da AR. Partimos do pressuposto que a elevada auto-compaixão actuaria na magnitude da relação, como factor protector da depressão relatada aos 2 anos de diagnóstico (face ao aumento da limitação em termos de interacção social 1 ano após o diagnóstico). Os resultados das *análises de regressão hierárquicas* realizadas não mostraram o efeito moderador da auto-compaixão, o que infirma a hipótese de estudo inicialmente proposta.

Num estudo de carácter experimental que analisou o papel da auto-compaixão e do suporte social na reactividade fisiológica ao stress em 59 indivíduos da população geral, Cosley, McCoy, Saslow e Epel (2010) mostraram que os benefícios do suporte social eram particularmente evidentes em indivíduos mais auto-compassivos. Apesar da relação não ter sido mostrada face a situações de ausência de suporte social, os resultados de Cosley et al. (2010) têm implicações relevantes para o modelo do suporte social como protector de stress, focado nas abordagens tradicionais de Cohen e Willis (1985). As perspectivas tradicionais têm feito referência ao efeito benéfico do suporte social, no entanto as recentes abordagens de 3ª geração parecem sugerir diferenças individuais no seu efeito protector.

Finalmente, foi nosso objectivo propor dois modelos explicativos da depressão em indivíduos com diagnóstico recente de AR. Partindo das análises estatísticas realizadas e dos resultados obtidos, foi testado um modelo com recurso a análises

ses de trajectórias que integra constructos implícitos aos modelos tradicionais (i.e. limitação em termos de interacção social) e constructos implícitos às novas abordagens cognitivo-comportamentais de 3ª geração (i.e. aceitação), na explicação da depressão. O modelo utilizado teve por objectivo testar o efeito da dor e da limitação física na depressão, mediado pela aceitação e pela limitação em termos de interacção social. O modelo testado explicou 33% da variabilidade da depressão. Os resultados obtidos permitiram identificar a associação entre a dor e a limitação física, no sentido dos indivíduos com mais dor relatarem também mais limitação física. Por outro lado, os resultados permitiram identificar também dois efeitos indirectos, da dor na depressão mediada pela aceitação, e da limitação física na depressão mediada também pela aceitação. A análise da significância dos efeitos indirectos mostrou que apenas os efeitos indirectos da limitação física na depressão mediados pela aceitação/evitamento experiencial eram estatisticamente significativos. Isto significa que o impacto da limitação física só se revela disruptiva (i.e. no sentido de um aumento da depressão) quando o indivíduo tenta regular a experiência mediante métodos que enfatizam o controlo ou a mudança no conteúdo da experiência.

Os resultados obtidos no nosso estudo reforçam as novas abordagens baseadas na aceitação que focam a relevância de métodos mais contextuais e promovem a alteração do contexto e da função do fenómeno interno (Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005; Greco, Lambert & Baer, 2008; Hayes & Duckworth, 2006; McCracken & Vowles, 2008). Não ficou no entanto demonstrado o efeito da limitação em termos de interacção social, como mediador do impacto da dor e da limitação física na depressão.

Com o objectivo de mostrar que a depressão não é necessariamente um produto directo da dor e da limitação física prevalentes na AR, mas que os processos de aceitação e de mindfulness estão claramente envolvidos, foi proposto um segundo modelo. O modelo testado explicou 34% da variabilidade da depressão. Os resultados obtidos permitiram mais uma vez mostrar a relação entre a dor e a limitação física, mas indicaram também que o impacto destes aspectos na depressão só se manifesta de forma indirecta, mediado pela aceitação/evitamento experiencial. Assim, o aumento do evitamento experiencial (ou seja, a diminuição da aceitação) promove o impacto da dor e da limitação física na depressão. Por outro lado, os resultados obtidos permitiram ainda identificar um efeito indirecto da dor na depressão mediado pelas aptidões mindfulness, particularmente dos aspectos relativos à ob-

servação distanciada da experiência indesejada. Isto significa que o impacto da dor na depressão só se manifesta de forma indirecta pelo efeito mediador da observação distanciada. Assim, os indivíduos que face a experiência indesejada da dor conseguem lidar com as sensações, as cognições e as emoções associadas, com uma atitude de observação distanciada sem se envolverem necessariamente com o desconforto que essas experiências geram, reportam menos sintomas depressivos.

Desconhecem-se estudos que abordem a análise destas relações no contexto da AR com recurso a este tipo de metodologia estatística. Neste sentido, os resultados obtidos no nosso estudo são inovadores e reforçam a relevância dos processos de aceitação e de *mindfulness* referida na literatura da dor crónica (Dahl, 2009; Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005). Os resultados obtidos confirmam ainda os resultados obtidos em estudos tanto de carácter transversal (McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007) como em carácter longitudinal (McCracken & Vowles, 2008), realizados em indivíduos com dor crónica. Estas abordagens assumem que o indivíduo tende a sentir-se incapacitado pelos padrões ineficazes de evitamento que utilizada para lidar com as sensações, pensamentos e emoções desconfortáveis (McCracken, 2005). Assim, os processos de aceitação e de *mindfulness* visam promover a mudança na função e no contexto da experiência interna indesejada, mais do que tentar alterar o seu conteúdo, a frequência ou a forma (Dahl et al., 2005; Greco, Lambert & Baer, 2008; Hayes & Duckworth, 2006).

Num estudo de carácter transversal com 105 indivíduos com dor crónica, com o objectivo de analisar a relação entre as aptidões *mindfulness*, a dor, o funcionamento físico, o funcionamento emocional e social, McCracken, Gauntlett-Gilbert e Vowles (2007) mostraram que as aptidões *mindfulness* contribuíam de forma significativa para a variação da depressão e da ansiedade, mas também para a variação da incapacidade física e psicossocial. McCracken, Gauntlett-Gilbert e Vowles (2007) salientaram ainda um aumento da variância explicada com a introdução da aceitação e das aptidões *mindfulness*.

Os resultados obtidos no nosso estudo com indivíduos com AR recente estão de acordo com McCracken, Gauntlett-Gilbert e Vowles (2007), que sugerem que a aceitação da experiência da dor sem desenvolver esforços para a evitar ou para a controlar, permanecendo no momento presente numa atitude de observação distanciada, tende a promover o funcionamento psicológico do indivíduo com diagnóstico recente de AR.

Os resultados obtidos introduzem uma metodologia inovadora que permite considerar simultaneamente a influência das variáveis exógenas nas variáveis endógenas, e decompor as relações identificadas em diferentes tipos de efeitos. Os nossos resultados introduzem assim uma visão progressiva, dado identificarem os mecanismos chave para a investigação dos processos psicológicos básicos no contexto da AR.

Capítulo 15
A importância do tempo de diagnóstico na AR.
Sua relação com as crenças, as estratégias de coping,
a percepção de suporte social, a aceitação, a auto-compassão,
as aptidões mindfulness e a psicopatologia

Neste capítulo é apresentado um pequeno estudo sobre o efeito do tempo do diagnóstico nos constructos mencionados como relevantes na literatura tradicional e na literatura implícita aos novos modelos cognitivo-comportamentais de 3ª geração.

O impacto da AR difunde-se em todas as áreas da vida do indivíduo desde a vida familiar, a vida laboral e os relacionamentos sociais, influenciando o bem-estar físico e psicológico. Assim, a dor, a incapacidade física e a perda de actividades valorizadas podem suscitar uma percepção de falta de controlo e sintomas de ansiedade e de depressão. São escassos os estudos que analisam a influência da duração da patologia, mostrando inconsistências nas metodologias utilizadas e nos resultados obtidos devido a alguns aspectos a considerar como a ausência de critérios específicos a partir dos quais considerar uma AR com diagnóstico recente versus uma AR com mais tempo de progressão. No entanto, a literatura tem mostrado que o nível de incapacidade física está estabelecido durante o primeiro ano de evolução da patologia (Meenan, Krazis, Anthony & Wallin, 1991) e que existe uma tendência para a deterioração progressiva com a sua progressão. Apesar da investigação neste âmbito ser ainda escassa, a maioria da literatura existente mostra a prevalência de alterações nos conteúdos cognitivos negativos, no coping e na psicopatologia, em função das alterações na dor e na incapacidade física. Salientamos que a maioria dos estudos referidos na literatura é focada na análise destes parâmetros na sequência de uma abordagem cognitivo-comportamental tradicional. São escassos os estudos que analisam a progressão destes constructos ao longo da evolução da patologia, na ausência

de intervenção psicológica o que permite um conhecimento dos mecanismos adaptativos/desadaptativos implícitos à progressão da AR.

Tendo em conta a revisão de literatura efectuada, foi nosso objectivo analisar a influência do tempo desde o diagnóstico da AR, no que respeita os constructos citados nos modelos cognitivo-comportamentais tradicionais (nomeadamente os conteúdos cognitivos: o medo da dor, as crenças; o coping; a percepção de suporte social) e os constructos implícitos aos recentes desenvolvimentos dentro dos modelos cognitivo-comportamentais de 3ª geração (nomeadamente a aceitação, a auto-compaixão e as aptidões *mindfulness*), em indivíduos com tratamento essencialmente farmacológico.

15.1. Método

15.1.1. Amostra

Foi utilizada uma amostra clínica de indivíduos com diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR) há mais de 1 ano. Os participantes foram recrutados no Agrupamento Oeste Sul e no Instituto Português de Reumatologia, entre Junho de 2005 e Outubro de 2009. Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) idade superior ou igual a 18 anos; 2) diagnóstico de AR, de acordo com os critérios definidos pelo *American College of Rheumatology*. Os critérios de exclusão foram: 1) a presença de uma doença terminal; 2) comorbilidade com psicopatologia severa; 3) comorbilidade com outra patologia reumática; 4) estar inserido numa abordagem multidisciplinar para a dor.

Dos 89 pacientes contactados, 8 não deram consentimento informado para participar no estudo, 2 foram excluídos por comorbilidade com outra patologia do foro reumático e 1 não completou o protocolo de avaliação. A amostra foi assim constituída por 78 indivíduos (9 participantes do sexo masculino e 69 participantes do sexo feminino), com uma média de idades de 55.23 anos (DP= 13.530), para a amostra total. No que respeita ao estado civil, 79.5% dos participantes era casado/união de facto (7.7% solteiros; 1.3% separados/divorciados; 11.5% viúvos). Quanto à situação profissional 52.6% estavam reformados e 39.8% estavam empregados. Em relação ao nível sócio económico, a 78.4% dos participantes apresentou um nível sócio-económico baixo. Os participantes apresentaram um nível de escolaridade com uma média de 6 anos. Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

15.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Short-form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), para avaliação da dor; b) *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2), para avaliação da limitação física; c) *The Fear of Pain Questionnaire* (FPQ), para avaliação do medo da dor; d) SOPA, para avaliação das crenças; e) COPE, para avaliação das estratégias de coping; f) *Perceived Social Support-Friend Scale* (PSS-Fr) e a *Perceived Social Support-Family Scale* (PSS-Fa), para avaliação da percepção de suporte social por parte de amigos e familiares; g) *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS), para avaliação da psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress); h) *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ), para avaliação da aceitação; i) *Self-Compassion Scale* (SELFS), para avaliação da auto-compaixão; j) *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ), para avaliação das aptidões mindfulness. A caracterização detalhada dos instrumentos de medida utilizados está reportada no capítulo 8 relativo à metodologia geral do estudo (ponto 8.6.). De um modo geral, as medidas utilizadas apresentaram valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, adequados, com a amostra do estudo e estão reportados na Tabela 85.

15.1.3. Procedimento

A recolha dos dados para este estudo seguiu a metodologia geral descrita anteriormente no capítulo 8 ponto (ponto 8.4.). Após os pedidos formais às instituições de acolhimento da investigação, os indivíduos foram referenciados pelo especialista e contactados posteriormente pela investigadora para explicar o objectivo de estudo e os aspectos implícitos à própria investigação, natureza de recolha de dados, confidencialidade, anonimato e liberdade de participação. Aos participantes que concordaram em participar, foi solicitado o seu consentimento informado e agendada uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos que compõem o protocolo de investigação (Anexo 21). O preenchimento da bateria de instrumentos foi efectuado num gabinete disponível nas instituições. A duração da sessão foi de 60 a 120 minutos, distribuída por uma ou duas sessões em função do cansaço do participante.

15.1.4. Estratégia Analítica

Foram realizados *testes t-Student para amostras independentes* para analisar a influência do tempo de diagnóstico (variável dependente) na dor, na limitação fi-

sica, nos conteúdos cognitivos, nas estratégias de coping, na aceitação, nas aptidões *mindfulness*, na auto-compassão e na psicopatologia, Estávamos particularmente interessados em testar se as médias das duas amostras com mais e com menos tempo de diagnóstico eram iguais ou seja, demonstrar se as amostras provêm da mesma população. Assim, $H_0 = \mu_A = \mu_B$ versus $H_1: \mu_A \neq \mu_B$ (Maroco, 2010). A análise de médias de grupos testa a hipótese nula sobre a igualdade das médias.

15.2. Resultados

15.2.1. Análise Preliminar dos Dados

Os pressupostos do *teste t-Student para amostras independentes* foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. O pressuposto da normalidade das variáveis foi analisado através do teste de *K-S* e os enviesamentos em relação média através das medidas de *Skweness* e de *Kurtosis* (Tabela 85). A homogeneidade das variâncias nos dois grupos foi analisada através o *teste de Levene*. Utilizamos o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL) para realizar estes testes e consideramos estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010).

Tabela 85. Médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, Skweness, Kurtosis e teste de K-S e valores Alfa de Cronbach para as variáveis em estudo.

	M	DP	Mínimo-Máximo	Skweness	Kurtosis	K-S	p	α
Dor	8.615	6.876	0-29	.969	.718	1.082	.192	.741
Limitação Física	11.525	2.822	7.20-17.80	.112	-.805			.572
Conteúdos Cognitivos								
Medo da dor Severa	30.579	14.743	0-50	-.881	-.272	1.257	.085	.822
Medo dor Minor	6.221	9.335	0-42	2.069	4.123	2.216	.000	.824
Medo dor Proced.Médicos	2.364	5.617	0-27	2.799	7.816	3.767	.000	.709
Crenças Controlo/Est. Auto-Controlo	2.495	.7645	.73-4	.022	-.754	.759	.612	.721
Crenças Incapacidade	2.218	1.301	0-4	-.257	-1.319	1.230	.097	.851
Crenças Emoção	2.951	1.388	0-4	-1.212	.117	1.974	.001	.929
Crenças Solicitação	2.563	1.498	0-4	-.583	-1.154	1.971	.001	.870
Crenças Medicação	3.524	.5924	1.40-4	-1.646	3.125	1.949	.001	-
Crenças Cuidados Médicos	3.412	.9597	0-4	-1.827	2.481	2.632	.000	.786
Crenças Cura Médica	3.049	1.035	1-4	-.674	-1.055	1.918	.001	.683
Crenças Controlo/Est. Aprendizagem	1.204	1.069	0-4	.911	.099	2.151	.000	.723
Crenças Dano	2.169	1.355	0-4	-.051	-1.105	1.391	.042	.834
Catastrofização	1.280	1.325	0-4.78	1.112	.172	1.951	.001	

Estratégias de Coping									
COPE									
Busca suporte Social (Razões Emoções)	15.382	7.365	7-28	.507	-1.037	1.337	.056	.959	
Coping Activo	19.351	8.531	8-21	.028	-1.454	.950	.327	.953	
Descomprometimento Comportamental	6.974	3.282	5-20	2.192	4.538	2.393	.000	.867	
Coping Restritivo	12.921	4.609	7-22	.330	-1.094	1.147	.144	.761	
Fuga/Recusa	4.805	1.885	4-14	2.842	8.678	3.901	.000	.740	
Apoio na Religião	10.397	3.985	4-16	.016	-1.384	1.544	.017	.872	
Aceitação	10.105	3.602	4-16	-.031	-.971	1.005	.265	.808	
Supressão Actividades Competitivas	6.449	2.587	4-13	.924	-.173	1.875	.002	.625	
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)	8.740	4.578	4-16	.392	-1.386	1.831	.002	.962	
Reinterpretação Positiva Crescimento	7.526	2.882	3-12	-.181	.1.151	1.387	.043	.828	
Descomprometimento Comportamental	-	-	-	-	-	-	-	-	
Descomprometimento Álcool e Droga	-	-	-	-	-	-	--	-	
Psicopatologia									
DASS									
Depressão	6.840	9.609	0-38	1.422	1.035	2.211	.000	.948	
Ansiedade	3.095	3.123	0-16	1.566	3.405	1.387	.043	.602	
Stress	10.263	8.951	0-34	.688	-.381	1.096	.181	.948	
Percepção de Suporte Social									
Amigos	.660	.296	.05-.95	-.860	-.687	1.793	.003	.943	
Familiares	.752	.271	.05-.95	-1.322	.584	2.446	.000	.937	
Aceitação da Dor									
Aceitação da Dor (escala total)	52.587	15.697	23-92	.740	.226	1.055	.215	.585	
Realização Actividades	32.234	10.934	6-57	.274	.262	.847	.469	.896	
Disponibilidade	20.271	7.078	8-40	.732	.474	.981	.291	.803	
Auto-Compaixão									
Auto-compaixão (escala total)	104.225	25.42	38-130	-.991	.278	1.087	.188	.936	
Bondade	21.314	5.595	5-25	-1.704	2.297	1.960	.001	.937	
Auto-ajuizamento	9.640	4.672	5-21	.900	-.104	1.234	.095	.767	
Humanidade Comum	17.157	4.164	4-20	-1.529	1.854	2.294	.000	.937	
Isolamento	8.765	4.990	4-20	.746	-.451	1.588	.013	.903	
Mindfulness	15.060	4.627	4-20	-.764	-.513	1.679	.007	.890	
Sobre-identificação	8.880	4.922	4-19	.479	-1.192	1.550	.016	.888	
Mindfulness									
Observar	21.392	7.645	10-34	.053	-1.297	.945	.334	.902	
Descrever	34.380	6.806	10-40	-1.641	2.965	1.446	.031	.948	
Agir com Consciência	32.255	6.669	16-40	-.122	-1.168	1.504	.022	.937	
Não julgar	27.549	4.880	20-40	1.290	1.010	2.080	.000	.859	
Não reagir	13.780	7.828	7-35	1.014	.219	1.621	.010	.963	

15.2.2. Influência do tempo de diagnóstico na dor, na limitação física, nos conteúdos cognitivos, no coping, na percepção de suporte social, na aceitação, na auto-compaixão, nas aptidões mindfulness e na psicopatologia,

A influência do tempo de diagnóstico na dor, na limitação física, nos conteúdos cognitivos, no coping, na percepção de suporte social, na aceitação, na auto-compaixão, nas aptidões mindfulness e na psicopatologia, foi avaliada com *testes t-Student para amostras independentes*. Foram formados 2 grupos tendo por base a média dos anos desde o diagnóstico de AR. A Tabela 86 mostra as diferenças entre os 2 grupos para as variáveis em estudo.

Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com menos tempo de diagnóstico (i.e. com tempo de diagnóstico <11 anos) e o grupo com mais tempo de diagnóstico (com tempo de diagnóstico ≥ 11 anos) no que respeita a dor ($t(45) = 2.142$; $p = .038$). Assim, o grupo com mais tempo desde o diagnóstico apresentou mais dor ($M = 12.895$; $DP = 7.937$) comparativamente com o grupo com menos tempo de diagnóstico ($M = 8.536$; $DP = 6.009$).

Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a ansiedade ($t(44) = 2.043$; $p = .047$), com o grupo com mais tempo de diagnóstico a relatar mais sintomas de ansiedade ($M = 4.611$; $DP = 2.682$) comparativamente com o grupo com menos tempo de diagnóstico ($M = 2.964$; $DP = 2.659$).

Tabela 86. Diferenças entre os grupos com mais e menos tempo de duração da AR.

	Tempo de Diagnóstico							
	Grupo tempo de mais diagnóstico		Grupo tempo de menos diagnóstico		F	p	t	p
	M	DP	M	DP				
Dor	12.895	7.937	8.536	6.009	1.282	.264	2.142	.038
Limitação	13.053	1.626	12.154	2.598	2.518	.121	1.208	.234
Conteúdos Cognitivos								
Medo da dor Severa	29.158	18.050	30.679	14.286	1.663	.204	-.322	.749
Medo dor Minor	5.263	11.420	3.250	4.911	3.325	.075	.830	.411
Medo dor Proced.Médicos	1.211	3.172	4.259	9.184	11.857	.001	-1.595	.120
Crenças Controlo/Est. Auto-Controlo	2.557	.784	2.475	.700	1.893	.176	.355	.724
Crenças Incapacidade	2.474	1.188	2.274	1.125	.237	.629	.579	.565
Crenças Emoção	3.329	1.048	3.214	1.134	1.191	.281	.351	.728
Crenças Solicitação	3.237	1.262	3.330	1.002	.434	.513	-.282	.779
Crenças Medicação	3.237	1.262	3.330	1.002	1.375	.248	.743	.461
Crenças Cuidados Médicos	3.811	.325	3.700	.572	.857	.359	.364	.718
Crenças Cura Médica	3.930	.178	3.893	.416	.443	.509	-.132	.896

Crenças Controlo/Est. Aprendizagem	3.118	.922	3.157	1.031	3.521	.067	.771	.445
Crenças Dano	.579	.590	.463	.431	.410	.525	.524	.603
Catastrofização	1.115	1.265	1.402	1.374	.146	.703	-.889	.377
Estratégias de Coping								
COPE								
Busca suporte Social (Razões Emoções)	16.316	6.626	13.643	6.320	.145	.706	1.396	.170
Coping Activo	20.263	6.199	21.577	5.728	.217	.643	-.734	.467
Descomprometimento Comportamental	6.526	2.065	6.286	1.718	.000	.999	.434	.666
Coping Restritivo	13.944	2.100	12.654	2.966	7.515	.009	1.690	.098
Fuga/Recusa	4.053	.229	4.214	.630	4.741	.035	-1.242	.222
Apoio na Religião	11.105	3.298	10.357	3.445	1.96	.660	.743	.461
Aceitação	11.105	1.997	11.852	6.138	1.189	.282	-.510	.613
Supressão Actividades Competitivas	6.333	1.879	6.893	2.973	4.444	.041	-.782	.438
Busca Suporte Social (Razões Instrumentais)	9.052	3.674	8.36	3.582	.183	.671	.647	.521
Reinterpretação Positiva Crescimento	7.579	1.774	7.214	1.833	.241	.626	.678	.501
Descomprometimento Comportamental	-	-	-	-	-	-	-	-
Descomprometimento Álcool e Droga	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicopatologia								
DASS								
Depressão	10.765	9.615	6.846	10.605	.042	.838	1.228	.226
Ansiedade	4.611	2.682	2.964	2.659	.125	.725	2.043	.047
Stress	14.211	8.463	13.037	7.901	.001	.981	.482	.632
Percepção de Suporte Social								
Amigos	.716	.257	.732	.215	.881	.353	-.236	.814
Familiares	.845	.236	.830	.255	.001	.977	.195	.846
Mindfulness								
Observar	23.364	7.563	20.107	7.539	.151	.699	1.514	.137
Descrever	35.143	3.851	33.857	8.501	9.145	.004	.709	.482
Actuar com consciência	32.818	6.337	32.036	7.026	.618	.435	.408	.685
Não julgar	27.318	4.028	27.786	5.593	.864	.357	-.330	.743
Não reagir	14.619	8.333	13.393	7.574	.585	.448	.537	.594
Aceitação da Dor								
Aceitação da Dor (escala total)	52.600	12.853	52.720	18.183	2.253	.141	-.025	.980
Realização Actividades	32.905	9.460	31.840	12.388	.947	.336	.323	.749
Disponibilidade	19.667	5.713	20.731	8.215	2.787	.102	-.503	.617
Auto-Compaixão								
Auto-compaixão (escala total)	104.818	27.302	104.192	24.654	.192	.663	.083	.934

15.3. Discussão

A investigação tem mostrado que a progressão da AR varia amplamente entre os indivíduos. Alguns estudos referem que é possível distinguir 3 trajectórias: o padrão mais frequente em cerca de 70% dos indivíduos diagnosticados, caracteriza-se por uma evolução progressiva com períodos de flutuação entre a agudização dos sintomas e a remissão; o segundo padrão (cerca de 25% dos indivíduos) é um padrão intermitente de episódios de agudização e breves interrupções; finalmente, um terceiro padrão de evolução, mais infrequente (cerca de 5% dos indivíduos diagnosticados), é caracterizado por ser uma forma extremamente severa (Newman et al., 1996).

Com o objectivo de analisar a influência do tempo de duração da AR nos constructos prevalentes dos modelos cognitivo-comportamentais mais tradicionais (i.e. os conteúdos cognitivos negativos, o coping, o suporte social) e nos constructos implícitos às abordagens de 3ª geração (i.e. a aceitação, a auto-compaixão e as aptidões mindfulness) bem como a dor, a limitação física e a psicopatologia, formámos 2 grupos tendo por base o tempo desde o diagnóstico, e realizámos *testes t-Student para amostras independentes* para explorar as diferenças entre os grupos para as variáveis em estudo. A divisão dos indivíduos em 2 grupos de dimensões idênticas visou a identificação de diferenças significativas em função da duração de AR numa amostra com um tempo de diagnóstico superior a 1 ano, na ausência de tratamento multidisciplinar à excepção de terapêutica farmacológica.

Os nossos resultados mostraram que o grupo de indivíduos com mais tempo de diagnóstico (duração superior ou igual a 11 anos) apresentou mais dor quando comparado com o grupo com menos tempo de duração da AR (duração inferior a 11 anos). Este resultado está de acordo com os estudos que salientam que os indivíduos com AR enfrentam uma perspectiva de vida com dor e com incapacidade crescentes (Newman et al., 1996).

No que respeita a psicopatologia, o grupo de indivíduos com uma mais tempo de duração da AR relatou mais ansiedade comparativamente com o grupo com menor duração. O resultado obtido do nosso estudo está de acordo com o resultado de um estudo longitudinal com uma abordagem multi-nível realizado em 170 mulheres com osteoartrite e AR, que mostrou a associação dos sintomas de ansiedade e o aumento da dor (Smith & Zautra, 2008). Apesar da maior prevalência da depressão na AR comparativamente à população geral estar bem documentada na literatura,

são ainda escassos os estudos que focam apenas a ansiedade em indivíduos com AR. Num estudo transversal realizado em 80 indivíduos com AR, com o objectivo de analisar a prevalência da depressão e da ansiedade, El-Miedany e El Rasheed (2002) mostraram que as patologias psiquiátricas são mais frequentes em indivíduos com AR, comparativamente a outras condições médicas. Os autores mostraram também que a ansiedade é mais prevalente que a depressão, nestes indivíduos.

Os resultados obtidos no nosso estudo não permitirem identificar diferenças significativas entre os grupos para os constructos implícitos às abordagens de 3ª geração, pelo que mais investigações são necessárias. Investigações no âmbito dos parâmetros a partir dos quais se deve considerar um diagnóstico de AR recente ou uma AR com uma evolução mais longa são necessários para uma melhor análise dos constructos implícitos à progressão da patologia.

Capítulo 16

O efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia

Neste capítulo é apresentado um estudo sobre o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia.

São múltiplos os métodos que o indivíduo pode utilizar para lidar com os acontecimentos e para regular as suas experiências emocionais. No entanto os recentes desenvolvimentos dentro dos modelos cognitivo-comportamentais têm mostrado que é a utilização rígida e inflexível de alguns estilos de coping que promove a incapacidade funcional e não as estratégias em si (Kashda, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). A investigação clínica e empírica tem também mostrado que o evitamento experiencial pode operar como um mecanismo fundamental entre o coping e a psicopatologia, no contexto da dor crónica (McCracken & Eccleston, 2006; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008).

Constituindo a primeira abordagem sobre o efeito mediador do evitamento experiencial, realizada numa amostra portuguesa com AR, o presente estudo teve como principais objectivos explorar as associações entre o coping, o evitamento experiencial e a psicopatologia e, analisar a função mediadora do evitamento experiencial na relação entre o coping (i.e. coping racional, coping por evitação e coping por distanciamento/emocional) e a psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress). Como hipóteses de estudo partimos do pressuposto que o coping estaria associado com a psicopatologia, no sentido dos participantes com dor crónica que utilizassem estilos de coping adaptativos (coping racional e coping por distanciamento/emocional) relatariam menos psicopatologia (nomeadamente de depressão, de ansiedade e stress). Por outro lado, a utilização de estilos desadaptativos de coping (coping de evitação) estaria associado a mais psicopatologia. No que respeita à asso-

ciação entre o evitamento experiencial e a psicopatologia, colocamos como hipótese de estudo que os participantes com dor crónica com elevados níveis de evitamento experiencial relatariam mais depressão, mais ansiedade e mais stress.

No que respeita à função mediadora do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia, partimos do pressuposto que o evitamento experiencial diminuiria o impacto do coping na psicopatologia isto é, a inclusão do evitamento experiencial promoveria o aumento da variância dos modelos, diminuindo a influência do coping na psicopatologia (Kashdan et al., 2006; McCracken & Eccleston, 2006). Assim, os participantes com menor utilização de estilos de coping adaptativos apresentariam mais psicopatologia (particularmente depressão), se utilizassem as estratégias de coping de forma rígida e inflexível, ou seja, a psicopatologia não seria necessariamente um produto directo do coping mas o processo de evitamento experiencial estaria também envolvido.

16.1. Método

16.1.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra clínica constituída por 70 indivíduos com Artrite Reumatóide. Os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul, entre Janeiro de 2008 e Setembro de 2009. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) diagnóstico de Artrite Reumatóide, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos pelo American College of Rheumatology. Os critérios de exclusão da amostra (1) presença de doença terminal; (2) presença de psicopatologia severa (3) estar a participar em algum tratamento multidisciplinar. O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelo especialista de Medicina Geral e Familiar, no dia da consulta. Dos 83 pacientes contactados, 10 não deram o consentimento informado para participar no estudo, 2 faleceram entre o contacto e o dia da marcação da entrevista, e 1 foi excluído pela presença de co-morbilidade com psicopatologia severa (i.e. psicose). Os indivíduos contactados mas que não mostraram disponibilidade para participar, não revelaram diferenças significativas no que respeita às características demográficas, em comparação com os indivíduos incluídos no estudo. A amostra foi assim constituída por 7 indivíduos do sexo masculino e 63 do sexo feminino, com uma média de idades de 61 anos (DP= 14.68) (Tabela 87). No que respeita ao estado civil, 74.3% dos participantes era casado/união de facto (2.9% solteiros; 2.9% di-

vorciados/separados; e, 10% viúvos). Em relação à situação profissional, 32.9% dos participantes estavam empregados e 54.3% estavam reformados. A média de anos de escolaridade foi de 5 anos. Não foram encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e as variáveis em estudo.

Tabela 87. Caracterização demográfica da amostra

	Sexo Masculino (N=7)		Sexo Feminino (N=63)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	0	0	2	2.9
Casado/Outro	7	10.0	52	74.3
Separado/Divorciado	0	0	2	2.9
Viúvo	0	0	7	10.0
Profissão				
Empregada	4	5.7	23	32.9
Desempregado	0	0	2	2.9
Reformado	3	4.3	38	54.3
	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	M	DP	M	DP
Idade	61.00	16.81	58.66	14.68
Habilitações literárias	3.75	.50	5.59	4.13

16.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), para avaliação do evitamento experiencial; b) *Coping Styles Questionnaire-3* (CSQ-3), para avaliação dos estilos de coping; c) *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS), para avaliação da psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress). A caracterização das medidas é descrita em detalhe capítulo 8 (ponto 8.6.).

As medidas utilizadas no presente estudo apresentaram os seguintes valores de consistência interna, avaliadas pelo alfa de *Cronbach*: α (AAQ-II)= .92; α (CSQ- coping racional)= .92; α (CSQ- coping evitação)= .38; α (CSQ- coping por distanciamento/emocional)= .85; α (DASS- depressão)= .97; α (DASS- stress)= .92; α (DASS- ansiedade)= .57.

16.1.3. Procedimento

Foram solicitadas as autorizações formais à Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e aos Directores dos Centros de Saúde do Agrupamento Oeste Sul. Os indivíduos foram referenciados pelo especialista de Medicina

Geral e Familiar e contactados pela investigadora. Foi agendado uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos aos indivíduos que facultaram o seu consentimento informado para participarem na investigação. O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de cerca de 20 minutos (Anexo 22).

16.1.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um design transversal. Com o objectivo de analisar as relações entre as variáveis predictoras, o mediador e a variável dependente, foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson*. Foram também efectuados *Modelos de Regressão Linear* para testar os efeitos do mediador (i.e. o evitamento experiencial) na variável dependente (i.e. a depressão, a ansiedade ou o stress). As análises foram baseadas nos pressupostos definidos por Baron e Kenny (1986) para analisar os efeitos de mediação, descritos detalhadamente no capítulo 13 (ponto 13.1.4.). Os estilos de coping (coping racional, coping por evitação e coping por distanciamento/emocional), avaliados pela CSQ-3 foram conceptualizados como preditores/variáveis independentes. A depressão, a ansiedade e o stress, avaliadas pela DASS, foram identificadas como variáveis dependentes. O evitamento experiencial, avaliado pelo AAQ-II, foi considerado o mediador.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

16.2. Resultados

16.2.1. Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, assim como pelo enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skweness* e *Kurtosis*, respectivamente). As variáveis em estudo não apresentaram valores de *Skweness* e *Kurtosis* indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e. *Skweness* <|3| e *Kurtosis*<|10|) (Kline, 1998). A análise os *outliers* efectuada com recurso ao Diagrama de Extremos e Quartis (*Box Plot*) permitiu identificar um valor extremo para o coping de evitação. Optámos por eliminar o *outlier* extremo uma vez que não interferiu nos resultados. A Tabela 87 mostra os valores das médias, desvios padrão, *Skweness*, *Kurtosis* e do teste *K-S* para as variáveis em estudo.

Tabela 87. Médias, Desvios padrão, skweness, Kurtosis e teste K-S para as variáveis em estudo.

Preditores	M	DP	Range	Skweness	Kurtosis	K-S	p
Coping Racional	24.09	5.05	11-33	-.684	-.229	1.432	.033
Coping Evitação	18.12	2.97	12-31	1.041	4.248	.979	.293
Coping Distanciamento/ Emocional	58.28	7.23	41-72	-.478	-.293	.875	.428
Mediador							
Evitamento Experiencial	28.68	13.96	10-62	.809	-.247	1.218	.103
Variáveis Dependentes							
Depressão	5.39	9.04	0-34	1.928	2.667	2.385	.000
Ansiedade	3.49	3,28	0-14	1.148	.722	1.580	.014
Stress	12.51	9.83	0-39	.710	-.217	.929	.354

À semelhança dos procedimentos descritos em pontos anteriores, os pressupostos para a realização de *análises de regressão linear múltipla* foram validados no que respeita à normalidade, à homogeneidade (através da análise do gráfico de probabilidade normal) e à independência dos resíduos (através da estatística de *Durbin-Watson*). Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$).

16.2.2. Relação entre coping, psicopatologia e evitamento experiencial

Foram realizadas matrizes de correlação de *Pearson* para analisar as associações entre o coping, a psicopatologia e o evitamento experiencial.

Coping e Psicopatologia

Os resultados das correlações obtidos mostraram uma associação negativa moderada e estatisticamente significativa entre o coping racional e a depressão ($r = -.396$; $p < .01$), a ansiedade ($r = -.301$; $p < .01$) e o stress ($r = -.439$; $p \leq .001$). Os nossos resultados mostraram também associações negativas fortes e estatisticamente significativas entre o coping por distanciamento/emocional e a depressão ($r = -.702$; $p \leq .001$) e, entre este estilo de coping e o stress ($r = -.688$; $p \leq .001$). Os resultados mostram ainda uma associação negativa moderada entre o coping por distanciamento/emocional e a ansiedade ($r = -.467$; $p \leq .001$) (Tabela 88).

Tabela 88. Correlações entre o coping e a psicopatologia

	Depressão	Ansiedade	Stress
Coping			
Coping Racional	-.396**	-.301**	-.439***
Coping Evitação	-.150	-.033	-.041
Coping Distanciamento/ Emocional	-.702***	-.467***	-.688***

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

Evitamento Experiencial e Psicopatologia

Os resultados mostraram uma associação positiva forte e estatisticamente significativa entre o evitamento experiencial e a depressão ($r = .671$; $p \leq .001$) e o stress ($r = .693$; $p \leq .001$). Foram ainda encontradas associações positivas moderadas entre o evitamento experiencial e a ansiedade ($r = .314$; $p < .05$).

Tabela 89. Correlações entre o evitamento experiencial e a psicopatologia.

	Depressão	Ansiedade	Stress
Evitamento Experiencial	.671***	.314*	.693***

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

16.2.3. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia

Seguindo a abordagem de Baron e Kenny (1986), foram *realizados modelos de regressão linear múltipla* para analisar os efeitos do evitamento experiencial em cada variável dependente.

16.2.3.1. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a depressão

Foi realizada uma análise de regressão com o coping racional como variável independente/preditor e a depressão como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,58) = 10.755$; $p = .002$) e contribuiu para uma proporção de 14.2% da depressão ($\beta = .396$; $p = .002$). A etapa seguinte do estudo do efeito de mediação visou mostrar que o coping racional (variável independente/preditor) contribuía significativamente para o evitamento experiencial (mediador). O modelo obtido foi igualmente significativo ($F(1,59) = 5.359$; $p = .024$), com $\beta = -.289$ ($p = .024$). Finalmente, a última análise de regressão foi efectuada para mostrar que o evitamento experiencial (mediador) contribuiu significativamente para a depressão (variável dependente). Assim, foi realizada uma regressão com o coping racional e o evitamento experiencial simultaneamente como variáveis independentes, e a depressão como variável dependente. O modelo final foi estatisticamente significativo ($F(2,53) = 27.980$; $p = .000$), e contribuiu para mais 35.2% da variabilidade da depressão. Os resultados mostraram que quando o mediador é introduzido no modelo, β reduz para $-.261$ ($p = .012$) (Tabela 90). A significância dos efeitos indirectos do coping racional na depressão (através do seu efeito no evitamento experiencial), foi analisado através do teste de Sobel. Os resultados permitiram identificar uma me-

dição parcial do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a depressão ($z = -2.16$; $p = .003$).

Tabela 90. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a depressão

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Racional	-.396	-.3280	.002				
				10.755	.002	.142	.142
Coping Racional	-.289	-2.315	.024				
				5.359	.024	.068	
Coping Racional	-.261	-2.612	.012				
Evitamento Experiencial	.596	5.959	.000				
				27.980	.000	.495	.353

V.I. Variável Independente

16.2.3.2. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por evitação e a depressão

Seguindo a mesma abordagem estatística, foi realizada uma *análise de regressão linear* com o objectivo de analisar se o coping por evitação contribuía significativamente para a depressão (Tabela 91). A análise de regressão realizada com o coping por evitação como variável independente/preditora e a depressão como variável dependente não permitiu obter um modelo significativo ($F(1,58) = 1.333$; $p = .253$). De acordo com alguns autores, este primeiro passo no estudo dos efeitos de mediação não é necessário, dado a trajectória entre a variável independente (coping por evitação) e a variável dependente (depressão) estar implícita se os passos seguintes do estudo do efeito de mediação forem validados (Kenny, 2009). Neste sentido, efectuamos a análise de regressão com o coping por evitação como variável independente/preditor, e o evitamento experiencial como variável dependente. Os resultados mostraram que o modelo obtido não foi significativo ($F(1,59) = 1.724$; $p = .194$). Como o coping por evitação, como preditor, não contribuiu significativamente para o mediador, foi excluído das análises seguintes.

Tabela 91. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por evitação e a depressão

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Evitação	-.150	-1.155	.253				
				1.333	.253	.006	.006
Coping Evitação	-.168	-1.313	.194				
				1.724	.194	.012	-
Coping Evitação	-	-	-				
Evitamento Experiencial	-	-	-				
				-	-	-	-

V.I. Variável Independente

16.2.3.3. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a depressão

Foram igualmente conduzidas análises de regressão com o intuito de analisar se o coping por distanciamento/emocional contribuía significativamente para a depressão. O modelo obtido foi significativo ($F(1,56)= 4.703; p= .034$) e contribuiu para uma proporção de 6.1% da depressão ($\beta= -.278; p= .034$).

Na análise de regressão seguinte entramos com o coping por distanciamento/emocional como variável independente e o evitamento experiencial como variável dependente, tendo obtido um modelo igualmente significativo ($F(1,57)= 14.600; p= .000$). Finalmente, a análise de regressão realizada com o coping por distanciamento/emocional e o evitamento experiencial simultaneamente como variáveis independentes e a depressão como variável dependente, foi significativo ($F(2,51)= 24.869; p= .000$) e contribuiu para mais 41.3% da variabilidade da depressão. Os resultados permitiram verificar que quando o mediador é introduzido no modelo, $\beta= -.203$ ($p= .076$) (Tabela 92). O teste de Sobel foi realizado e mostrou a significância dos efeitos indirectos do coping por distanciamento/emocional na depressão através do evitamento experiencial ($z=-.308; p= .000$). Os resultados permitiram identificar uma mediação total do evitamento experiencial na relação entre este estilo de coping e a depressão.

Tabela 92. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a depressão

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Distanciamento/Emocional	-.278	-2.169	.034	4.703	.034	.061	.061
Coping Distanciamento/Emocional	-.452	-3.821	.000	14.600	.000	.190	
Coping Distanciamento/Emocional Evitamento Experiencial	-.203 .587	-1.813 5.257	.076 .000	24.869	.000	.474	.413
V.I. Variável Independente							

16.2.3.4. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a ansiedade

Seguindo novamente os pressupostos para o estudo do efeito de mediação, foi efectuada uma primeira análise de regressão com o coping racional como variável independente e a ansiedade como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,66)= 6.556; p= .013$) e contribuiu para 7.7% da variabilidade da

ansiedade ($\beta = -.301$; $p = .013$). A análise de regressão seguinte, com o objectivo de mostrar que o coping racional contribuía significativamente para o evitamento experiencial, permitiu obter um modelo igualmente significativo, e confirmou a relação entre a variável independente/preditor e o mediador. Finalmente a terceira análise de regressão utilizou o coping racional e o evitamento experiencial em simultâneo como variáveis independentes, e a ansiedade como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(2,58) = 5.365$; $p = .007$), contribuindo para uma proporção adicional de 5% da variabilidade da ansiedade. Assim, a inclusão do mediador no modelo suscitou uma diminuição do β ($\beta = -.249$; $p = .053$) (Tabela 93). Pela análise do teste de Sobel verificamos que os efeitos indirectos não foram estatisticamente significativos ($z = -1.47$; $p = .14$).

Tabela 93. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e a ansiedade

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Racional	-.301	-2.560	.013				
				6.556	.013	.077	.077
Coping Racional	-.289	-2.315	.024				
				5.359	.024	.068	
Coping Racional	-.249	-1.975	.053				
Evitamento Experiencial	.243	1.933	.058				
				5.365	.007	.127	.05

V.I. Variável Independente

16.2.3.5. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a ansiedade

Os mesmos procedimentos estatísticos foram realizados para analisar o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a ansiedade. Pela análise de regressão realizada para demonstrar a relação entre o coping por distanciamento/emocional (variável independente/preditor) e a ansiedade (variável dependente), foi obtido um modelo não significativo ($F(1,63) = .156$; $p = .694$). Uma vez que a relação entre estas variáveis está implícita nas etapas seguintes do estudo da mediação, foram mais uma vez seguidas as recomendações de Kenny (2009), e realizada uma segunda análise de regressão, com o coping por distanciamento/emocional como variável independente/preditor e a ansiedade como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,57) = 14.600$; $p = .000$). Finalmente, quando analisamos simultaneamente a influência do coping por distanciamento/emocional e o evitamento experiencial (variáveis independentes), na ansiedade (variável dependente), verificamos que a introdução do

evitamento experiencial contribui para mais 8.2% da ansiedade. Assim, com a inclusão do mediador no modelo β do coping por distanciamento/emocional passa a $-.078$ ($p = .579$) (Tabela 94).

Tabela 94. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e a ansiedade

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Distanciamento/Emocional	-.050	-.395	.694				
				.156	.694	-.013	-.013
Coping Distanciamento/Emocional	-.452	-3.821	.000				
				14.600	.000	.190	
Coping Distanciamento/Emocional	-.078	-.558	.579				
Evitamento Experiencial	.313	2.233	.030				
				4.035	.023	.095	.082

V.I. Variável Independente

16.2.3.6. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e o stress

Seguindo a mesma abordagem de análise, foi realizada uma *análise de regressão linear* com o coping racional como variável independente e o stress como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,61) = 14.553$; $p = .000$) e contribuiu para 17.9% do stress ($\beta = -.439$; $p = .000$). A regressão realizada de seguida permitiu mostrar que o coping racional contribuiu igualmente para uma proporção significativa do mediador. Finalmente, a análise de regressão realizada com o coping racional e o evitamento experiencial como variáveis independentes, e o stress como variável dependente, permitiu obter um modelo significativo ($F(2,53) = 35.680$; $p = .000$), contribuindo para uma proporção adicional de 37.9% da variabilidade do stress. Assim, os resultados mostraram que a inclusão do mediador (evitamento experiencial) no modelo suscitou uma diminuição do β para $-.274$ ($p = .005$) (Tabela 95). O teste de Sobel foi significativo ($z = -2.20$; $p = .028$), e permitiu mostrar que o evitamento experiencial mediou parcialmente o efeito do coping racional no stress.

Tabela 95. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping racional e o stress

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Racional	-.439	-3.815	.000				
				14.553	.000	.179	.179
Coping Racional	-.289	-2.315	.024				
				5.359	.024	.068	
Coping Racional	-.274	-2.942	.005				
Evitamento Experiencial	.635	6.819	.000				
				35.680	.000	.558	.379

V.I. Variável Independente

16.2.3.7. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e o stress

Foi realizada uma *análise de regressão linear* com o coping por distanciamento/emocional como variável independente e o stress como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(1,59)= 9.555$; $p=.003$) e contribuiu para uma proporção de 12.5% do stress ($\beta= -.373$; $p= .003$). A análise efectuada de seguida permitiu mostrar que o coping por distanciamento/emocional contribuiu significativamente para o evitamento experiencial (mediador), como reportado anteriormente. Por fim, foi efectuada uma análise de regressão com o coping por distanciamento/emocional e o evitamento experiencial, como variáveis independentes, e o stress como variável dependente. O modelo obtido foi significativo ($F(2,52)= 26.754$; $p= .000$) e contribuiu para uma proporção adicional de 36.3% do stress (Tabela 96). No entanto, o teste de Sobel mostrou que os efeitos indirectos do coping por distanciamento/emocional no stress, através do seu efeito no evitamento experiencial, não eram estatisticamente significativos ($z= 1.089$; $p= .276$).

Tabela 96. Efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping por distanciamento/emocional e o stress

Preditores V.I.	β	t	p	F	p	R ² Ajustado	ΔR^2
Coping Distanciamento/ Emocional	-.373	-3.091	.003	9.555	.003	.125	.125
Coping Distanciamento/ Emocional	.452	-3.821	.000	14.600	.000	.190	
Coping Distanciamento/ Emocional Evitamento Experiencial	-.180 .611	-1.638 5.568	.107 .000	26.754	.000	.488	.363

V.I. Variável Independente

16.3. Discussão

Dados empíricos e clínicos sugerem que o evitamento experiencial pode operar como um mecanismo fundamental entre o coping e a psicopatologia, em indivíduos com dor crónica como a AR (McCracken & Eccleston, 2006; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008).

O presente estudo teve por objectivo compreender as associações entre o coping, o evitamento experiencial e a psicopatologia, e analisar o efeito mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia. Partimos do

pressuposto que o coping estaria directamente relacionado com a psicopatologia. Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que os indivíduos que utilizaram formas de coping mais adaptativas (i.e. coping racional e coping por distanciamento/emocional) apresentaram menos sintomas de depressão e de stress. Os resultados obtidos no nosso estudo estão de acordo com a hipótese previamente formulada, sendo também consistentes com os resultados de investigações anteriores tanto com designs transversais (McCracken & Eccleston, 2006; Rector & Roger, 1996) como com designs longitudinais (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003; Kashdan et al., 2006) que relacionam o coping e a psicopatologia.

No que respeita a associação entre o evitamento experiencial e a psicopatologia, os nossos resultados mostraram associações positivas e significativas entre o evitamento experiencial e a depressão, a ansiedade e o stress. Estes resultados estão igualmente de acordo com as hipóteses formuladas, e fornecem evidências para o facto das tentativas de controlo dos acontecimentos internos indesejados não promoverem o funcionamento adaptativo (McCracken & Eccleston, 2006; Tull & Gratz, 2008). Quando a dor é crónica, o coping pode tornar-se um processo exaustivo de constantes tentativas de controlo ou de evitação da experiência indesejada, sem sucesso significativo.

Num estudo transversal recente, realizado em 144 indivíduos com patologias álgicas entre as quais a AR, McCracken e Zhao-O'Brien (2010) mostraram a importância do evitamento experiencial como preditor significativo do funcionamento do indivíduo, mesmo quando analisado dentro de um modelo mais amplo que incluía a dor e a aceitação da dor.

O presente estudo teve ainda como objectivo explorar o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre o coping e a psicopatologia. Dado que o coping pode produzir desconforto psicológico pela inflexibilidade e rigidez face a acontecimentos internos indesejados, colocamos a hipótese da psicopatologia não ser necessariamente um resultado directo do coping e o processo de evitamento experiencial ser também preponderante, diminuindo a influência do coping na psicopatologia. Assim, o evitamento experiencial poderia servir uma vulnerabilidade psicológica generalizada.

Os resultados das *análises de regressão linear* realizadas mostraram que o evitamento experiencial mediou parcial ou totalmente os efeitos do coping racional e do coping por distanciamento/emocional na depressão e no stress. No que res-

peita ao coping por evitação, os resultados obtidos não confirmaram as hipóteses formuladas.

Os resultados obtidos no nosso estudo mostram que os níveis de evitamento experiencial influenciam a forma como o coping afecta a psicopatologia. Assim, uma menor utilização de estilos de coping adaptativos está associada a mais psicopatologia pelas diferenças na inflexibilidade psicológica, como uma característica geral. Estes resultados sugerem que a psicopatologia não é necessariamente o resultado directo do estilo de coping utilizado mas outros processos como o evitamento experiencial estão provavelmente envolvidos. Desconhecem-se estudos anteriores que tenham analisado o papel mediador do evitamento experiencial no contexto da AR. Neste sentido, os resultados obtidos são relevantes pois confirmam os resultados obtidos em estudos com a população normal numa amostra clínica com patologia que cursa com dor crónica.

De acordo com esta perspectiva, o impacto do coping na psicopatologia é considerado como variável e dependente do contexto em que é utilizado (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). O evitamento experiencial está explicitamente relacionado com o contexto e com a função, sendo conceptualizado dentro do contexto das actividades valorizadas, das escolhas e dos comportamentos que foram abandonados pela indisponibilidade para estar em contacto com a experiência indesejada (Kashdan et al., 2006).

Num estudo longitudinal com estudantes (382 indivíduos no primeiro estudo; 97 indivíduos no segundo estudo), Kashdan et al. (2006) conceptualizaram o evitamento experiencial como um mecanismo central no desenvolvimento e na manutenção do desconforto psicológico, e na interrupção das actividades significativas e espontâneas, reforçando também a sua importância como um mediador entre o coping maladaptativo e a ansiedade.

No contexto da dor crónica, têm também surgido alguns estudos que suportam os processos derivados de uma abordagem contextual, tais como o evitamento experiencial (McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007; McCracken & Keogh, 2009; McCracken & Samuel, 2007). Apesar disso, são escassos os estudos que exploram o papel mediador do evitamento experiencial neste contexto. Num estudo transversal realizado em 344 indivíduos com dor crónica com o objectivo de analisar o efeito da aceitação na relação entre a catastrofização e o funcionamento, Vowles, McCracken e Eccleston (2008) mostraram que a aceitação da dor mediou

parcialmente os efeitos da catastrofização na depressão, no medo relacionado com a dor e na incapacidade. Os autores reforçam que a forma como os pensamentos influenciam o comportamento, é variável e depende da história e da situação.

De um modo geral, os resultados obtidos sugerem que os indivíduos com dor crónica podem adquirir um melhor funcionamento psicossocial (i.e. em termos de menos sintomas de depressão e de stress, particularmente), se reduzirem a evitação e outras tentativas para controlar a dor, se aceitarem e direccionarem os seus esforços para os objectivos valorizados (Esteve et al., 2007; McCracken, 1998; McCracken, 2005; Robinson, Wicksell & Olsson, 2004). O controlo da dor é útil quando pode ser adquirido e quando suscita uma promoção do funcionamento a longo prazo. Contudo, os esforços para controlar a dor podem ser problemáticos quando dominam a vida do indivíduo e o afastam das actividades valorizadas. As evidências encontradas estão de acordo com a ideia de McCracken (2005) acerca da conceptualização da dor crónica como uma perturbação de evitamento experiencial. Neste sentido, a ACT representa uma abordagem interessante que pode auxiliar o indivíduo com dor crónica pela promoção da flexibilidade psicológica, através da mudança no comportamento e na redução do sofrimento, promovendo a aceitação dos acontecimentos internos (tais como os pensamentos, os sentimentos e as sensações que não podem ser evitados com sucesso), e actuando em conformidade com os seus valores (McCracken, 2005).

Capítulo 17

Aceitação da dor, auto-compaixão e psicopatologia. A utilização do *Chronic Acceptance Questionnaire (CPAQ)* para identificar subgrupos de pacientes

O capítulo apresenta um estudo realizado com o intuito de identificar subgrupos de indivíduos com base nos scores obtidos nas duas componentes implícitas à aceitação.

O nosso organismo está constantemente a tentar auto regular-se mas é exactamente quando tentamos controlar as suas respostas que a regulação se torna problemática. A literatura tem mostrado que o ênfase no controlo das respostas emocionais, mais do que a sua aceitação pode prejudicar os padrões de regulação saudáveis (Leary, Tate, Adams, Allen & Hancock, 2007). Neste sentido, este estudo teve como objectivo explorar as associações entre a aceitação da dor (i.e. componentes relativas à realização de actividades e à disponibilidade para a dor), a auto-compaixão (i.e. componentes relativas à bondade, à humanidade comum, ao mindfulness, ao isolamento, à sobre-identificação e ao auto-ajuízamento) e a psicopatologia (i.e. a depressão, a ansiedade e o stress). Tendo por base investigações anteriores, partimos do pressuposto que a aceitação estaria associada à psicopatologia, no sentido dos participantes com mais disponibilidade para a dor e que realizam mais actividade apesar da dor, reportarem menos depressão, ansiedade e stress. Em relação à aceitação da dor e à auto-compaixão colocamos a hipótese das componentes da aceitação estarem associadas às componentes da auto-compaixão. Neste sentido, os participantes com mais disponibilidade para a dor e maior realização de actividades teriam scores mais elevados no que respeita à bondade, à humanidade comum e ao mindfulness. Por outro lado, estes participantes com mais aceitação teriam menos auto-ajuízamento, sobre-identificação e isolamento.

Múltiplos estudos têm salientado o papel da aceitação na forma como o indivíduo reage e se adapta à dor crónica (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keef, 2004; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2003; Viane et al., 2003). Investigações anteriores realizadas tanto na população clínica (McCracken, 1998; McCracken, 1999; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Eccleston, 2006; McCracken & Yang, 2006; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008; Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008) como na população normal (Rishdon, Eccleston, Crombez & McCracken, 2003) têm suportado a utilidade de ambas as componentes da aceitação. No entanto, um estudo de Vowles, McCracken, McLeod e Eccleston (2008) sugeriu um grau de independência entre os factores e a possibilidade de identificação de um subgrupo particular de indivíduos com scores discordantes nas duas componentes da aceitação. Este subgrupo de indivíduos pode fornecer informação adicional e utilidade clínica uma vez que reportam elevados scores numa componente e baixos scores na outra componente da aceitação. Assim, foi igualmente nosso objectivo analisar a possibilidade de identificar subgrupos de indivíduos tendo por base os scores do CPAQ, e explorar as diferenças entre os subgrupos de pacientes no que respeita à psicopatologia e à auto-compaixão.

Tendo em conta os resultados obtidos no estudo de Vowles, McCracken, McLeod e Eccleston (2008) esperamos encontrar 3 subgrupos: um subgrupo de indivíduos com elevados níveis de aceitação em ambas as componentes, um subgrupo de indivíduos com baixos níveis de aceitação em ambas as componentes e, um subgrupo de indivíduos com níveis de realização de actividade próximos dos valores médios mas disponibilidade para a dor com níveis inferiores à média. Estivemos particularmente interessados em explorar em que medida este subgrupo difere dos outros 2 no que diz respeito à psicopatologia e à auto-compaixão.

17.1. Método

17.1.1. Amostra

Neste estudo foi utilizada uma amostra clínica constituída por 103 indivíduos com dor crónica. Os participantes foram recrutados no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (Cuidados de Saúde Primários), e no Instituto Português de Reumatologia (Cuidados de Saúde Secundários) entre Novembro de 2007 e Abril de 2008. Os critérios de inclusão na amostra foram: (1) idade igual ou superior a 18

anos; (2) presença de dor não maligna há pelo menos 6 meses. Os critérios de exclusão da amostra (1) presença de doença terminal; (2) presença de psicopatologia severa (3) estar a participar em algum tratamento multidisciplinar. O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelo especialista de Medicina Geral e Familiar ou Reumatologista, no dia da consulta. Dos 120 pacientes contactados, 15 não deram o consentimento informado para participar no estudo e 2 foram excluídos por apresentarem co-morbilidade com psicopatologia severa (i.e. perturbação de humor e psicose). Os indivíduos contactados para o estudo mas que não estavam disponíveis para participar, não apresentaram diferenças significativas em comparação com os indivíduos incluídos no estudo.

A amostra foi assim constituída por 21 indivíduos do sexo masculino e 82 do sexo feminino, com uma média de idades de 60.81 anos (DP= 13.24), para os homens e 59.63 anos (DP= 14.61), para as mulheres (Tabela 96). No que respeita ao estado civil, 85.4% dos participantes era casado/união de facto (4.9% solteiros; 2.4% divorciados/separados; e, 11% viúvos). Em relação à situação profissional, 45.6% dos participantes estavam empregados e 52.4% estavam reformados. A média de anos de escolaridade foi de 4 anos. As habilitações literárias não se associaram de forma estatisticamente significativa com as variáveis em estudo.

Tabela 96. Caracterização demográfica da amostra

	Sexo Masculino (N=21)		Sexo Feminino (N=82)	
	N	%	N	%
Estado civil				
Solteiro	0	0	4	4.9
Casado/Outro	21	100	67	81.7
Separado/Divorciado	0	0	2	2.4
Viúvo	0	0	9	11
Profissão				
Empregada	12	57.1	35	42.7
Desempregado	0	0	2	2.4
Reformado	9	42.9	45	54.9
	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	M	DP	M	DP
Idade	60.81	13.24	59.63	14.61
Habilitações literárias	2.60	1.60	5.25	4.22

17.1.2. Instrumentos de Avaliação

Cada participante completou uma bateria de medidas de auto relato que incluiu: a) *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ), para avaliação da aceitação da dor; b) *Self-Compassion Scale* (SELFCS), para avaliação da auto-compaixão;

c) *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS), para avaliação da psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress). A caracterização das medidas é descrita em detalhe no capítulo 8 (ponto 8.6.). As medidas utilizadas no estudo apresentaram os seguintes valores de consistência interna, avaliadas pelo alfa de *Cronbach*: α (bondade)= .93; α (auto-ajuizamento)= .76; α (humanidade comum)= .90; α (isolamento)= .89; α (mindfulness)= .85; α (sobre-identificação)= .83; α (escala total)= .95; α (realização de actividades)= .89; α (disponibilidade)= .83; α (aceitação- escala total)= .70; α (depressão)= .96; α (ansiedade)= .59; α (stress)= .91.

17.1.3. Procedimento

Os pedidos de autorização para a realização do estudo foram efectuados à Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e aos Directores dos Centros de Saúde do Agrupamento Oeste Sul. Os indivíduos foram referenciados pelo especialista de Medicina Geral e Familiar ou pelo especialista de Reumatologia, e contactados posteriormente pela investigadora. Foi agendado uma sessão para o preenchimento da bateria de instrumentos com os indivíduos facultaram o seu consentimento informado para participarem na investigação. O preenchimento foi efectuado num gabinete disponível nas instituições de acolhimento do estudo, na presença da investigadora. A duração da sessão foi de 20-30 minutos (Anexo 23).

17.1.4. Estratégia Analítica

O estudo teve um carácter transversal. Para explorar as associações entre a aceitação da dor (i.e. a realização de actividades e a disponibilidade para a dor), a auto-compaixão (i.e. a bondade, a humanidade comum, o mindfulness, o isolamento, a sobre-identificação e o auto-ajuizamento) e a psicopatologia (i.e. a depressão, a ansiedade e o stress), foram realizadas Matrizes de Correlação de *Pearson*.

Com o objectivo de identificar subgrupos de indivíduos relativamente aos níveis de aceitação da dor (realização de actividades e disponibilidade para a dor), recorreremos a uma análise de *clusters*, uma técnica multivariada exploratória que permite agrupar os sujeitos em grupos homogéneos relativamente a uma característica. Tendo por base o estudo de Vowles et al. (2008b), utilizamos métodos não hierárquicos de agrupamento de *cluster*, com o método *K-means*, uma vez que tínhamos um número de clusters definido à partida. Com o objectivo de explorar a utilidade clínica dos clusters identificados, realizamos *Anovas one-way*, como *cluster mem-*

bership como variável dependente e a psicopatologia e a auto-compaixão como variáveis independentes. O teste de Scheffé foi o teste *Post Hoc* de comparação múltipla de médias utilizado.

Os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Software PASW Statistics (v.18; SPSS Inc, Chicado, IL).

17.2. Resultados

17.2.1. Análise Preliminar dos Dados

Os aspectos relativos à normalidade das variáveis foram analisados através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria (*Skweness*) e de achatamento (*Kurtosis*).

Os testes estatísticos utilizados são particularmente robustos à violação da normalidade, uma vez que as distribuições das variáveis em estudo não são extremamente enviesadas ou achatadas (i.e. *Skweness* <|3|; *Kurtosis* < |10|, Kline, 1998), e a amostra não é extremamente pequena ($n < 30$).

A análise dos *outliers* foi efectuada mediante representação gráfica dos resultados, com o objectivo de visualizar as características das variáveis em estudo na amostra. O *Diagrama de Extremos e de Quartis (Box Plot)* permitiu identificar 5 *outliers* extremos na depressão e 5 *outliers* extremos na ansiedade. Após realizarmos algumas análises com e sem estas observações extremas, decidimos pela sua eliminação.

As médias, os desvios-padrão, os valores de *Skweness*, de *Kurtosis* e do teste K-S para a aceitação da dor, a auto-compaixão e a psicopatologia são apresentados na Tabela 97.

Tabela 97. Médias, Desvios-padrão, valores de *Skweness*, *Kurtosis*, e do teste K-S para as variáveis em estudo.

	M	DP	Range	<i>Skweness</i>	<i>Kurtosis</i>	K-S	p
<i>Aceitação da Dor</i>							
Aceitação da Dor (escala total)	52.613	21.735	0-108	.259	-.376	.750	.627
Realização de Actividades	36.427	13.388	0-64	-.091	-.357	.520	.950
Disponibilidade	15.867	11.067	0-44	.380	-.913	1.292	.071
<i>Auto-Compaixão</i>							
Auto-Compaixão (escala total)	101.051	22.985	42-130	-.745	-.307	1.232	.096
Bondade	19.373	5.685	5-25	-.676	-.527	1.838	.002
Auto-Ajuizamento	9.922	4.327	5-21	.564	-.779	1.506	.021
Humanidade Comum	16.782	4.185	5-20	-1.066	.096	3.153	.000
Isolamento	8.471	4.991	4-20	.887	-.330	2.189	.000

Mindfulness	15.155	4.251	4-20	-.723	-.413	1.781	.004
Sobre-Identificação	9.735	4.479	4-20	.233	-1.020	1.266	.081
<hr/>							
Psicopatologia							
Depressão	4.521	7.371	0-31	2.080	3.834	2.644	.000
Ansiedade	2.770	2.853	0-14	1.492	2.232	2.064	.000
Stress	10.547	8.320	0-29	.408	-1.021	1.254	.086

Existem algumas diferenças entre o nosso estudo e investigações anteriores, no que respeita à estatística descritiva: o valor médio da componente de disponibilidade para a dor é inferior e, o valor médio da componente da realização de actividades é superior, comparativamente a estudos anteriores (McCracken & Eccleston, 2005; Nicholas & Asgari, 2006; Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008; Vowles, McCracken & Eccleston, 2007). Os valores médios para a depressão foram igualmente inferiores aos obtidos em investigações anteriores com indivíduos com dor crónica (Nicholas & Asgari, 2006). Em relação à auto-compaixão, as investigações anteriores reportaram-se apenas a amostras não clínicas (estudantes: Neff, 2003a).

17.2.2. Relação entre a Aceitação da dor, Auto-compaixão e Psicopatologia Realização de Actividades e Auto-Compaixão.

Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que a realização de actividades se associou de forma positiva moderada com a bondade ($r = .443$; $p \leq .001$), com a humanidade comum ($r = .431$; $p \leq .001$) e com o mindfulness ($r = .490$; $p \leq .001$). Por outro lado, foram obtidas associações negativas moderadas e estatisticamente significativas entre a realização de actividades e o auto-ajuízamento ($r = -.469$; $p \leq .001$), o isolamento ($r = -.430$; $p \leq .001$) e a sobre-identificação ($r = -.447$; $p \leq .001$) (Tabela 98).

Tabela 98. Correlações entre a realização de actividades e a auto-compaixão

	Bondade	Humanidade Comum	Mindfulness	Auto-Ajuizamento	Isolamento	Sobre-Identificação
<hr/>						
Aceitação Dor						
Realização de Actividades	.443***	.431***	.490***	-.469***	-.430***	-.447***

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

Disponibilidade para a dor e Auto-Compaixão

No que respeita às relações entre a disponibilidade para a dor e a auto-compaixão, foram obtidas associações positivas fracas mas estatisticamente significati-

vas entre a disponibilidade para a dor e a bondade ($r = .222$; $p < .05$) e o mindfulness ($r = .202$; $p < .05$). Por outro lado, os resultados mostraram ainda associações negativas moderadas entre a disponibilidade para a dor e o auto-ajuzamento ($r = -.390$; $p \leq .001$), assim como a sobre-identificação ($r = -.486$; $p \leq .001$). A disponibilidade para a dor esteve ainda associada de forma negativa fraca com o isolamento ($r = -.223$; $p < .05$) (Tabela 99).

Tabela 99. Correlações entre a disponibilidade para a dor e a auto-empatia

	Bondade	Humanidade Comum	Mindfulness	Auto- ajuzamento	Isolamento	Sobre- Identificação
Aceitação Dor						
Disponibilidade dor	.222*	.188	.202*	-.390***	-.223*	-.486***

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

Realização de Actividades e Psicopatologia

Os resultados das Matrizes de Correlação de *Pearson* mostraram associações negativas fracas a moderadas entre a realização de actividades e a depressão ($r = -.496$; $p \leq .001$), a ansiedade ($r = -.318$; $p < .01$) e o stress ($r = -.435$; $p \leq .001$) (Tabela 100).

Tabela 100. Correlações entre a realização de actividades e psicopatologia

	Depressão	Ansiedade	Stress
Aceitação Dor			
Realização de Actividades	-.496***	-.318**	-.435***

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

Disponibilidade para a dor e Psicopatologia

No que respeita a disponibilidade para a dor foram encontradas associações negativas fracas a moderadas com a depressão ($r = -.423$; $p \leq .001$), a ansiedade ($r = .277$; $p < .01$) e o stress ($r = -.450$; $p \leq .001$) (Tabela 101).

Tabela 101. Correlações entre a disponibilidade para a dor e a psicopatologia.

	Depressão	Ansiedade	Stress
Aceitação Dor			
Disponibilidade dor	-.432***	-.277**	-.450***

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

17.2.3. Análise de Clusters

Os resultados da análise de *clusters* com o método *K-means* mostraram 3 *clusters* distintos ($N = 24$; $N = 28$; $N = 41$). Descritivamente o *cluster* 1 (subgrupo com

baixa aceitação) apresentou valores de realização de actividades e disponibilidade para a dor inferiores à média; o *cluster 2* (subgrupo com elevada aceitação) apresentou valores de realização de actividades e disponibilidade para a dor superiores à média; e, o *cluster 3* (subgrupo intermédio) apresentou valores de realização de actividades próximos do valor médio e valores de disponibilidade para a dor inferiores à média. As médias e os desvios-padrão dos 3 *clusters* obtidos com base nos scores da aceitação da dor estão na Tabela 102.

Tabela 102. As médias e os desvios-padrão dos 3 clusters.

	Cluster 1 Subgrupo Baixa Aceitação (N= 24)	Cluster 2 Subgrupo Alta Aceitação (N=28)	Cluster 3 Subgrupo Intermédio (N= 41)
Realização de Actividades (11 items)	19.29	51.36	36.17
Disponibilidade para a dor (9 items)	9.38	28.00	12.20

Com o objectivo de explorar a utilidade clínica dos 3 *clusters* identificados, realizámos *Anovas one-way*, com o *cluster membership* como variável dependente e a psicopatologia e a auto-compaixão como variáveis independentes. O teste de Scheffé foi o teste *Post Hoc* de comparação múltipla de médias utilizado (Tabela 103). Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o *subgrupo com baixa aceitação* e o subgrupo com alta *aceitação*, na psicopatologia e na auto-compaixão. O subgrupo com baixa *aceitação* apresentou mais depressão ($F(86,84) = 12.622$; $p = .000$), mais ansiedade ($F(89,87) = 5.238$; $p = .007$) e mais stress ($F(86,84) = 11.257$; $p = .000$), comparativamente ao *subgrupo com alta aceitação*. Em relação à auto-compaixão foram igualmente obtidas diferenças estatisticamente significativas entre estes subgrupos. Os resultados obtidos mostraram que os indivíduos do *subgrupo com baixa aceitação* relataram mais auto-ajuízamento ($M = 12.833$; $DP = 4.706$), mais isolamento ($M = 11.958$; $DP = 5.489$) e mais sobre-identificação ($M = 12.792$; $DP = 4.995$), comparativamente com o *subgrupo com alta aceitação* ($M = 7.250$; $DP = 3.428$ / $M = 6.393$; $DP = 2.973$ / $M = 7.179$; $DP = 3.528$, respectivamente para o auto-ajuízamento, o isolamento e a sobre-identificação). Foram ainda encontradas diferenças entre os dois subgrupos no sentido do *subgrupo com baixa aceitação* relatar menos bondade, menos humanidade comum e menos mindfulness, comparativamente com o *subgrupo com alta aceitação*.

No que respeita às diferenças encontradas entre o *subgrupo intermédio* e o *subgrupo com alta aceitação*, os resultados mostraram que os indivíduos do *subgrupo intermédio* reportaram mais depressão (M= 2.737; DP= 5.778) e mais stress (M= 9.541; DP= 8.134), em comparação com o *subgrupo com alta aceitação* (M=2.737; DP= 5.778, para a depressão; M= 6.685; DP= 1.286, para o stress). Em relação à auto-compaixão, os indivíduos do *subgrupo intermédio* relataram mais *auto-ajuízamento* (M=10.293; DP= 3.855) e *sobre-identificação* (M= 9.975; DP= 3.932), comparativamente com o *subgrupo com alta aceitação* (M= 7.250; DP= 3.423/M= 7.179; DP= 3.528, respectivamente).

Tabela 103. Médias, desvios padrão, teste F e Post-Hoc para os 3 clusters obtidos em função da aceitação da dor.

	Subgrupo Aceitação Baixa		Subgrupo Aceitação Alta		Subgrupo Intermédio		F	p	Post-hocs
	M	DP	M	DP	M	DP			
Psicopatologia									
Depressão	9.864	9.443	1.370	2.963	4.115	.762	12.622	.000	LA>HAE/LW>HA***
Ansiedade	3.583	3.106	1.259	1.810	2.872	2.867	5.238	.007	LA>HA**
Stress	16.826	7.837	6.814	6.684	9.540	8.184	11.257	.000	LA>HA***, LA>HAE/LW**
Auto-Compaixão									
Bondade	16.500	6.325	22.071	4.838	19.725	4.997	7.087	.001	HA>LA***
Auto-ajuízamento	12.833	4.706	7.250	3.428	10.293	3.855	12.915	.000	HAE/LW>HA**; LA>HA***; LA>HAE/LW>HA*
Humanidade comum	13.667	4.724	18.250	2.810	17.575	3.622	11.441	.000	HAE/LW>LA***; HA>LA***
Isolamento	11.958	5.489	6.393	2.973	7.659	4.548	11.237	.000	LA>HA***, LA>HAE/LW***
Mindfulness	12.500	4.530	16.643	3.402	15.488	3.893	7.602	.001	HAE/LW>LA*; HA>LA***
Sobre-identificação	12.792	4.995	7.179	3.528	9.975	3.932	12.003	.000	LA>HA***, LA>HAE/LW*; HAE/LW>HA*

17.3. Discussão

Dados empíricos e clínicos têm sugerido a relevância da aceitação no ajustamento à dor crónica (McCracken, 1998; McCracken, 1999; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; McCracken & Eccleston, 2005; Nicholas & Asghari, 2006; Viane et al., 2003; Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008).

O presente estudo teve por objectivo analisar as associações entre a aceitação da dor, a auto-compaixão e a psicopatologia, bem como explorar a possibilidade de identificar subgrupos de indivíduos baseados nos scores da CPAQ obtidos.

Partimos do pressuposto que a aceitação da dor estaria associada com a psicopatologia. No presente estudo os participantes que realizaram mais actividades e manifestaram mais disponibilidade para a dor, relataram menos depressão, menos ansiedade e menos stress. Os resultados obtidos no nosso estudo suportaram a hipótese formulada e são também consistentes com os resultados obtidos em estudos anteriores com designs transversais (McCracken, 1998; Nicholas & Asghari, 2006) mas também estão de acordo com estudos que utilizam uma metodologia longitudinal (McCracken & Eccleston, 2005) em indivíduos com dor crónica, que mostraram a associação significativa entre elevados níveis de aceitação e o relato de menos sintomas de ansiedade, de depressão, assim como um melhor funcionamento psicossocial.

No que respeita às relações entre a aceitação da dor e a auto-compaixão, as nossas evidências foram igualmente consistentes com o pressuposto inicial. No nosso estudo, os participantes com mais realização de actividades e com mais disponibilidade para a dor, apresentaram mais bondade, mais humanidade comum e mais mindfulness. Estes participantes relataram igualmente menos auto-ajuizamento, menos isolamento e menos sobre-identificação.

Este estudo representa a primeira abordagem a respeito das relações entre a auto-compaixão e a aceitação da dor numa amostra portuguesa com dor crónica. Existem algumas investigações anteriores em amostras não clínicas que suportam a auto-compaixão como uma estratégia de regulação emocional eficaz, pela neutralização de padrões emocionais negativos (Neff, Hsieh & Dejitterat, 2005; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Estudos anteriores mostraram igualmente a relação da auto-compaixão, o funcionamento psicológico e a saúde emocional (Neff, 2003a).

Os resultados obtidos estão de acordo com as conceptualizações de auto-compaixão que têm sugerido a importância de ajudar as pessoas a aceitar e a reconhecer a sua própria dor. A auto-compaixão requer a consciência das emoções, de modo que as experiências internas indesejadas tais como as emoções, as sensações ou os pensamentos não são evitadas mas abordadas com bondade, compreensão e com humanidade comum (Neff, 2003b).

Foi também objectivo da presente investigação explorar a possibilidade de identificar subgrupos de indivíduos, com base nos scores obtidos na CPAQ. Tendo como ponto de partida o estudo de Vowles, McCracken, McLeod e Eccleston (2008), colocámos a hipótese de 3 subgrupos poderem ser identificados. Partimos

do pressuposto que estes subgrupos de indivíduos diferem significativamente entre si, no que respeita à psicopatologia (i.e. depressão, ansiedade e stress) e à auto-compaixão. A análise de clusters com o método *k-means* permitiu identificar 3 subgrupos de indivíduos. Os primeiros dois subgrupos identificados englobaram indivíduos que relataram elevados scores/baixos scores em ambas as componentes da aceitação (i.e. realização de actividades e disponibilidade para a dor). O 3º subgrupo identificado correspondeu a indivíduos com scores de realização de actividades próximos dos valores da média e simultaneamente baixos scores de disponibilidade para a dor (este grupo foi designado de subgrupo intermédio). Como no estudo de Vowles, McCracken, McLeod e Eccleston (2008), foram realizadas *Anovas one-way* com o objectivo de explorar as diferenças nos 3 subgrupos de indivíduos no que respeita à psicopatologia e à auto-compaixão, e compreender a utilidade clínica das diferenças encontradas. Os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que os 3 subgrupos identificados diferiram significativamente entre si no que respeita à depressão, à ansiedade e ao stress. Os resultados indicaram ainda que o subgrupo com scores de realização de actividades próximos dos valores médios e baixos scores de disponibilidade para a dor apresentaram menos depressão e menos stress, comparativamente ao subgrupo com baixos scores em ambas as componentes da aceitação. Particularmente relevante foi o facto dos indivíduos deste subgrupo com baixos scores em ambas as componentes da aceitação, relatar sintomas de depressão e de stress aproximadamente quatro vezes superiores ao subgrupo intermédio. No que respeita os sintomas de ansiedade, foram apenas encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos com elevados e baixos scores em ambas as componentes da aceitação. É importante mencionar que a medida de ansiedade (DASS- ansiedade) apresentou uma baixa consistência interna, o que poderá influenciar o resultado obtido.

Em relação ao padrão de diferenças obtido para a auto-compaixão, o nosso estudo mostrou resultados interessantes entre os 3 subgrupos. O subgrupo com baixa aceitação relatou mais auto-ajustamento, mais isolamento e sobre-identificação, quando comparado com o subgrupo intermédio. Foram igualmente encontradas diferenças entre estes subgrupos, no que respeita à humanidade comum e ao *mindfulness*, mas não no que respeita à bondade. Estes resultados sugerem a importância de realizar actividades apesar da experiência da dor, uma vez que auxilia o indivíduo no sentido de não a amplificar, perpetuá-la com auto-condenações severas ou

sobre-identificá-la com pensamentos e emoções. De facto, os indivíduos com elevados níveis de aceitação apresentaram uma perspectiva mais adaptativa dos seus problemas e menor probabilidade de se sentirem isolados por eles. Estas evidências reforçam conhecimentos anteriores no âmbito da relação entre a aceitação da dor e da auto-compaixão, generalizando-as ao contexto da dor crónica. Assim, muitas das dificuldades experienciadas pelos indivíduos, são decorrentes das suas tentativas para evitar as experiências dolorosas (Gilbert, 2009; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

De um modo geral os nossos resultados sugerem o efeito protector da realização de actividades na dor crónica. Este efeito foi particularmente evidenciado pelos resultados obtidos não só ao nível da psicopatologia (particularmente da depressão e do stress) mas também em relação à auto-compaixão, promovendo um estado mental receptivo, no qual os indivíduos observam os seus pensamentos, sentimentos e emoções, sem os tentar alterar ou controlar. A nossa cultura não fomenta a aprendizagem do indivíduo para viver com dor. Para a maioria dos indivíduos, a presença deste sintoma é indicativo de que necessita recorrer aos serviços de saúde, e que isso produzirá alívio/uma solução. Na maioria dos casos o indivíduo com dor crónica tende a manter as suas tentativas para evitar a dor, apesar desta estratégia não reduzir o sintoma (McCracken, 1998). Estes esforços para controlar a dor podem tornar-se problemáticos quando dominam a vida do indivíduo e não são bem sucedidos, promovendo um afastamento dos seus objectivos de vida (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004). A aceitação da dor promove um padrão comportamental alternativo de realização de actividades na presença de dor mas sem restrições, tentativas de a controlar ou evitar (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Vowles, 2008; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004).

Os nossos resultados estão de acordo com estudos anteriores sobre o contributo individual das duas componentes da aceitação da dor. Do ponto de vista terapêutico, os resultados reforçam a necessidade de adequar intervenções, particularmente no caso dos indivíduos com dor crónica que não realizam as suas actividades diárias devido à dor e mantêm as tentativas para controlar ou para evitar a experiência indesejada (McCracken, 1998; McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Vowles, 2008; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008). A presença de um subgrupo intermédio está igualmente em conformidade com estudos anteriores que sugerem que o aumento da disponibilidade para a dor pode apresentar

benefícios únicos para o tratamento da dor crónica (Risdon, Eccleston, Crombez & McCracken, 2003). De facto, os nossos resultados sugerem que este subgrupo particular tende a relatar um funcionamento adequado mas reportam perturbações no funcionamento emocional com elevados scores de psicopatologia, comparativamente com o subgrupo com elevada aceitação. O subgrupo intermédio realiza actividades positivas e funcionais mas ao mesmo tempo identifica a necessidade de redução da dor, sendo possível que beneficie com uma abordagem que promova a disponibilidade para a dor (Vowles, McCracken, McLeod & Eccleston, 2008).

Capítulo 18

Conclusões Gerais

O capítulo apresenta as conclusões gerais da sequência de estudos empíricos realizada e discutidas em detalhe nos capítulos anteriores.

Ao longo dos capítulos anteriores foram discutidas várias questões conceptuais que o presente trabalho de investigação se propôs analisar, no amplo domínio do ajustamento às patologias que cursam com dor crónica. Pretendemos explorar a possibilidade de integração de duas áreas de investigação no âmbito da AR, as abordagens cognitivo-comportamentais clássicas e as abordagens de 3ª geração, particularmente as abordagens baseadas na aceitação.

O estudo da progressão da dor e da limitação ao longo dos 2 primeiros anos após o diagnóstico revelou que as mudanças nas cognições e nos comportamentos de coping tendem de facto a reflectir as oscilações na dor e na incapacidade física. A progressão das diferentes categorias de constructos analisados (i.e. os conteúdos cognitivos, o coping, a psicopatologia), permitiu mostrar que 2 anos após o diagnóstico de AR, os indivíduos relataram uma exacerbação da dor e da incapacidade física, coincidentes no período de tempo com o relato de mais conteúdos cognitivos negativos e de mais sintomas de stress. A existência de diferenças mais acentuadas entre o primeiro e o segundo ano após o diagnóstico foi mostrada pelos resultados obtidos e suporta a literatura existente no âmbito da evolução da AR que salienta os primeiros meses após a confirmação do diagnóstico como sendo de conhecimento e de compreensão da patologia, dos sintomas associados e das opções de tratamento (Barlow et al., 1999). De facto os resultados obtidos permitem esclarecer e dar uma nova dimensão ao estudo da dor e da limitação na AR, a partir de uma abordagem quasi-naturalista da evolução destes constructos na ausência de qualquer intervenção multidisciplinar, excepto de terapêutica farmacológica. No que respeita à pro-

gressão dos conteúdos cognitivos e do coping ao longo das 3 avaliações, os resultados obtidos no nosso estudo destacam dois aspectos relevantes. A evolução do medo da dor ao longo dos dois primeiros anos da patologia permitiu mostrar que os indivíduos relataram mais medo da dor minor aos 3/6 meses de diagnóstico comparativamente com o nível de medo relatado aos 2 anos de diagnóstico. Este aspecto assume preponderância dado que a exposição continuada à dor parece promover uma diminuição do medo da dor minor ao longo da evolução da patologia. Por outro lado os resultados obtidos mostraram também uma diminuição no recurso a estratégias de coping de recusa/fuga entre os 3/6 meses e os 2 anos de diagnóstico, o que nos permitiu sugerir que a evolução da patologia por si só ensina o indivíduo a lidar com a dor e com os sintomas associados à AR, uma vez que ao aperceber-se da ineficácia deste tipo de estratégias tende a adoptar outros recursos.

Uma perspectiva integrativa, permitiu mostrar a influência da aceitação na progressão da dor, da limitação física e da depressão, ao longo dos 3 momentos de avaliação. Os resultados permitiram mostrar que uma atitude de disponibilidade activa e consciente face as experiências internas indesejadas, logo na fase inicial, tende a influenciar o nível de dor e de limitação física relatado nesse momento de avaliação. Assim, os indivíduos que reconhecem que têm dor e limitação física, mas que actuam como se estas experiências indesejadas não implicassem necessariamente incapacidade, reúnem esforços para viver uma vida em conformidade com os seus objectivos e valores (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken & Yang, 2006; Viane et al., 2003). No caso da depressão, o efeito da aceitação evidenciou-se não só no momento da avaliação inicial mas também na progressão dos sintomas ao longo dos 2 anos.

A compreensão dos mecanismos implícitos ao desenvolvimento das múltiplas limitações que alguns indivíduos com a mesma fase de diagnóstico evidenciam, permitiu também mostrar a importância da aceitação. Os resultados obtidos mostraram não só a importância deste constructo como o preditor mais significativo na explicação da limitação física relatada aos dois anos de diagnóstico, mas também reforçou a sua supremacia em modelos que integraram simultaneamente outros constructos como o coping. Os resultados salientaram que apesar da utilização de estratégias de coping adaptativas, o seu impacto na limitação física só se manifesta, se o indivíduo com AR aceitar a experiência indesejada e continuar a realizar as suas actividades diárias. As estratégias de coping são úteis se forem aplicadas de forma flexível em função das características do contexto, promovendo a aceitação da dor.

Por outro lado, a compreensão dos mecanismos implícitos ao desenvolvimento da psicopatologia, particularmente da depressão, reforçou uma vez mais a relevância da aceitação da dor no contexto da AR. O modelo da dor e da limitação física sobre a depressão mediado pela limitação em termos de interacção social e pela aceitação da dor, testado com recurso a análises de trajectórias, mostrou a relação entre a dor e a limitação física, mas indicou também que o impacto destes aspectos na depressão só se manifesta de forma indirecta, mediado pela aceitação/evitamento experiencial. Assim, o aumento do evitamento experiencial (i.e. a diminuição da aceitação da dor) promove o efeito da dor e da limitação na depressão.

Um segundo modelo da dor e da limitação física sobre a depressão mediado pelas aptidões mindfulness e pela aceitação da dor, evidenciou também a relevância das aptidões mindfulness, em particular dos aspectos implícitos à observação distanciada da experiência indesejada, mostrando que o impacto da dor na depressão só se manifesta de forma indirecto, mediado pelas aptidões mindfulness.

Na sua globalidade, os resultados deste projecto de investigação destacaram a relevância dos processos de aceitação e de mindfulness no contexto das patologias que cursam com dor crónica como a AR (Dahl, 2009; Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005; McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007; McCracken & Vowles, 2008). Os resultados reforçam a mudança da função e do contexto do fenómeno interno, promovendo a alteração da relação que o indivíduo tem com os seus pensamentos, sentimentos e sensações. Apesar da aceitação implicar o reconhecimento por parte do indivíduo de que tem dor, é pretendido que desinvista de tentativas ineficazes para a controlar, que actue como se esta não implicasse necessariamente incapacidade e que reúna esforços para viver uma vida satisfatória (McCracken, 1998). Tendo em conta as perspectivas baseadas na aceitação, as tentativas continuadas para evitar ou para reduzir a dor revelam-se disruptivas, uma vez que promovem o afastamento de um funcionamento adaptativo. Estas tentativas de controlar a experiência dolorosa, prevalentes muitas vezes na busca continuada por novos tratamentos e soluções, tendem a aumentar o sofrimento e a afastar o indivíduo do momento presente e dos objectivos de vida valorizados. Assim, este tipo de abordagens ao promover o abandono das tentativas para controlar a experiência interna indesejada potencia a construção de padrões efectivos de acção (Hayes & Duckworth, 2006) pela promoção da mudança no contexto e na função do fenómeno interno, com o intuito de diminuir o seu impacto comportamental (Greco, Lambert & Baer, 2008; Hayes & Duckworth, 2006).

É relevante mencionar que os vários resultados da presente investigação, discutidos detalhadamente nos respectivos capítulos poderão orientar investigações futuras no âmbito das patologias que cursam com dor crónica, mas suscitou igualmente novas possibilidades de abordagens neste contexto específico, se os mecanismos identificados forem replicados e confirmados.

Implicações Clínicas

As evidências ressaltam o papel de elevados níveis de evitamento experiencial/baixos níveis de aceitação, como factor tóxico para o funcionamento físico e emocional em indivíduos com AR. O desafio nas patologias que cursam com dor crónica como a AR, passa pela análise das funções da dor, como a dor é psicologicamente experienciada, bem como os seus efeitos colaterais nas outras experiências emocionais e nos comportamentos. A importância de desenvolver abordagens direccionadas para a promoção da mudança no modo como o indivíduo pensa e actua perante as experiências indesejadas, é um contexto com potencial aplicabilidade.

Capítulo 19

Limitações do Estudo

Sugestões para Futuras Investigações

Neste capítulo são mencionadas as principais limitações encontradas e referidas sugestões para futuras investigações.

17.1. Limitações do Estudo

Apesar dos resultados encontrados parecerem promissores, as interpretações devem ser feitas tendo em consideração algumas limitações metodológicas.

A dimensão da amostra com diagnóstico de AR recente limitou as possibilidades e análises estatísticas dos dados, particularmente preponderantes nos *Modelos de Crescimento Latente* e nas análises de trajetórias. O aumento da amostra possibilita uma maior fidelidade nos resultados obtidos e a possibilidade de analisar um maior número de trajetórias uma vez que permite testar modelos mais complexos. Aspectos relativos ao recrutamento da amostra devem também ser considerados. É uma amostra de conveniência, tendo os participantes do estudo sido incluídos na amostra atendendo a determinados critérios definidos à priori pelo investigador. Os resultados obtidos não podem ser generalizados à população dado não terem sido recolhidos aleatoriamente. Por outro lado, são significativos apesar de beneficiarem com o aumento da amostra.

Os participantes do nosso estudo faziam essencialmente terapêutica farmacológica, não estando integrados em qualquer intervenção psicológica multidisciplinar. Investigações futuras devem integrar aspectos relativos ao background do indivíduo, particularmente a história de tratamentos anteriores, anos de patologia, entre outros. Aspectos implícitos às características demográficas da amostra devem igualmente ser considerados, particularmente no que respeita a idade. Algumas in-

investigações recentes no contexto das abordagens cognitivo-comportamentais de 3ª geração têm vindo a salientar que as diferenças na idade podem indicar que a aceitação da dor é um produto da experiência.

A avaliação da aceitação da dor num único momento é um outro aspecto a considerar. Vowkes, McCracken, McLeod e Eccleston (2008) sugerem a importância de desenvolver estudos longitudinais para clarificar aspectos implícitos às componentes da aceitação, nomeadamente se a presença simultânea de elevados níveis de realização de actividades e de baixos níveis de disponibilidade para a dor poderá ter algum valor em termos de prognóstico. A utilidade clínica da disponibilidade para a dor seria igualmente um aspecto a analisar em abordagens de carácter longitudinal.

As variáveis em estudo foram avaliadas com medidas de auto-relato, e como tal particularmente susceptíveis a enviesamento devido a aspectos de desejabilidade social. Estudos futuros devem considerar outras formas de avaliação, nomeadamente investigações de carácter experimental.

17.2. Sugestões para Futuras investigações

A clarificação do constructo de aceitação da dor crónica tendo em consideração as suas semelhanças e as suas diferenças comparativamente com os conceitos mais tradicionais e as teorias mais clássicas, dentro das abordagens de manejo da dor, particularmente o coping, é um aspecto preponderante. O seu contributo na forma como a mudança comportamental é iniciada e se mantém, na presença continuada de dor, é um aspecto que necessita futuras investigações.

As abordagens baseadas na aceitação assumem que o controlo dos pensamentos e dos sentimentos geradores de desconforto, promovido pelas abordagens cognitivo-comportamentais, representa a forma mais confortável para o indivíduo lidar com circunstâncias particulares. O controlo da dor é útil quando pode ser adquirido e quando promove o funcionamento do indivíduo a longo prazo. Contudo, os esforços para controlar a dor podem ser problemáticos em determinadas circunstâncias, como por exemplo, quando dominam a vida do indivíduo e não são bem sucedidos, quando suscitam efeitos adversos e, quando afastam o indivíduo do que é importante na sua vida como os amigos, a família, o trabalho (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

As relações entre a aceitação e as medidas de intensidade da dor e de fun-

cionamento, necessitam de estudos adicionais. As abordagens baseadas na aceitação, particularmente a ACT, não têm como foco de intervenção a diminuição dos sintomas. Os sintomas tendem a diminuir com o aumento da aceitação do conteúdo psicológico negativo e com a promoção das áreas de vida valorizadas (Dahl et al., 2004). Contudo o aumento ou a diminuição da aceitação não foi analisado neste estudo longitudinal, dado constituir uma abordagem inicial e exploratória destes constructos na população portuguesa com patologia que cursa com dor crónica. Estudos futuros deverão analisar a variação dos níveis de aceitação em função da progressão da patologia, com o intuito de aferir potenciais mecanismos de mudança comportamental. Estudos correlacionais têm suscitado resultados pouco consistentes, demonstrando relações fracas entre a aceitação e a intensidade da dor (McCracken & Eccleston, 2005; McCracken & Eccleston, 2006). Estes resultados são interpretados como resultantes do facto do alvo das abordagens baseadas na aceitação não ser a dor, e sim a mudança na relação que o indivíduo tem com a dor. A diferenciação entre a percepção da dor e o funcionamento físico e psicológico é central para a conceptualização da aceitação, dado permitir distinguir a experiência da dor e as suas consequências, pela diminuição do seu impacto na vida do indivíduo. Este aspecto é apresentado como uma vantagem das abordagens baseadas na aceitação em comparação com as abordagens tradicionais. Assim, se não é possível eliminar a dor, o coping pode tornar-se um processo exaustivo de tentativas constantes para a controlar. O processo de aceitação pode promover os esforços no sentido de um funcionamento de vida significativo (McCracken & Eccleston, 2006).

Por outro lado, a literatura tem encontrado associações fortes entre a aceitação da dor e o funcionamento físico e psicossocial, o estatuto laboral, a ansiedade e a depressão. Neste contexto, a sobreposição do conteúdo entre a aceitação da dor e as medidas de funcionamento do indivíduo levanta questões pertinentes, na medida em que a utilidade clínica da aceitação no funcionamento do indivíduo com dor crónica passa pela identificação da relação entre a aceitação como um traço estável (ou por mudanças nos scores da aceitação) e a promoção do funcionamento físico e psicológico ao longo do tempo, com e sem intervenção, uma vez que os processos podem ser eficazes sem a intervenção os conseguir promover, e vice versa.

Assim, é necessário o desenvolvimento e a selecção de medidas tanto em estudos de carácter transversal como longitudinal para determinar os mecanismos implícitos à aceitação e o seu impacto em áreas de funcionamento relevantes. A apa-

rente sobreposição da definição e do conteúdo, entre a aceitação e as medidas de funcionamento, pode de facto contribuir para os resultados referidos na literatura. Investigações adicionais são necessárias no âmbito das relações entre a aceitação, outros constructos psicológicos e indicadores de saúde. A eficácia da aceitação em determinados aspectos da experiência da dor é outro aspecto que suscita também análises adicionais. A experiência da dor inclui múltiplos componentes, tais como sensoriais e afectivos, o desconforto emocional, a incapacidade física e as mudanças funcionais em várias áreas da actividade diária. Alguns destes aspectos são susceptíveis de responder melhor face a estratégias orientadas para a mudança, enquanto outros à aceitação (McCracken, 1998). Por outro lado, os processos relacionados com a aceitação não são problemáticos da mesma forma para todos os indivíduos, existindo aspectos que contribuem para o funcionamento do indivíduo ao longo do tempo (McCracken & Eccleston, 2005).

São igualmente importantes investigações adicionais que comparem a eficácia das abordagens baseadas na aceitação versus abordagens baseadas no controlo, promovendo a identificação de factores mediadores/moderadores implícitos nos mecanismos chave e a forma como influenciam a relação entre as cognições e os comportamentos.

Estudos futuros deverão promover um alargamento da amostra e confirmar as estruturas factoriais das medidas traduzidas e aferidas na primeira fase deste projecto de investigação. O alargamento da amostra possibilita igualmente a confirmação das relações encontradas e a exploração de modelos de maior complexidade, baseados nos modelos de equações estruturais.

Uma perspectiva mais lata implícita aos resultados obtidos passa pela compreensão da medida em que os constructos propostos pela ACT influenciam a evolução da dor e da limitação funcional na AR.

Investigações futuras deverão promover igualmente esforços para clarificar e adequar os instrumentos de medida à prática clínica, como por exemplo, até que ponto os itens da CPAQ relativos à realização de actividades são conceptualmente semelhantes com alguns constructos propostos pelas abordagens ACT, como o compromisso para a acção. Questões relativas à equivalência entre a flexibilidade psicológica geral (AAQ-II) e a aceitação da dor (CPAQ) devem ser clarificados em futuras investigações.

Embora os resultados obtidos destaquem a mudança nos processos chave, es-

ta mudança é integrativa e não exclusiva. Os processos implícitos às abordagens cognitivo-comportamentais não são rejeitados mas integrados e extensíveis. O potencial destas abordagens de 3ª geração reside no facto de serem amplamente aplicáveis e empiricamente baseadas nos seus princípios cognitivos, comportamentais, contextuais, pragmáticos e funcionais.

Os resultados da presente investigação suscitam assim novas possibilidades de compreensão dos mecanismos implícitos ao ajustamento às patologias álgicas crónicas, reforçando a importância dos aspectos relativos ao momento presente e à capacidade de fazer escolhas entre um *Modo de Ser* e um *Modo de Fazer*.

Referências

A

- Aiken, L. & West, S. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA:Sage.
- Albaret, M., Sastre, M., Cottencin, A. & Mullet, E. (2004). The *Fear of Pain Questionnaire*: factor structure in samples of young, middle-age and elderly European people. *European Journal of Pain*, 8, 273-281.
- Asmundson, G., Norton, P. & Norton, G. (1999). Beyond pain: the role of fear and avoidance chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Amundson, G. & Wright, K. (2004). *Biopsychosocial Approaches to Pain*. In T. Hadjistavropoulos e K. Craig (Eds.). *Pain. Psychological Perspectives* (pp.35-58). LEA: New Jersey.
- Andrew, D. & Dullin, P. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging & Mental Health*, 11, 596- 603.
- Asgahari, A., Julaeiha, S. & Godarsi, M. (2008). Disability and depression in patients with chronic pain: pain or pain-related beliefs? *Archives of Iranian Medicine*, 11, 263-269.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2006). *Retirado da web a 8 de Setembro de 2006 de www.aped-dor.org*.

B

- Bach, P. & Moran, D. (2008). ACT in practice. *Case conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. American Psychological Association, n/a. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Oxford: Elsevier Academic Press Publications.
- Baer, R., Smith, G. & Allen, K. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.status in patients with rheumatoid arthritis.

- Baer, R. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of Mindfulness and acceptance-based treatment approaches. In R. Baer, *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and application* (pp 3-27). California: Academic Press.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Baer, R., Walsh, E. & Lykins, L. (2009). *Assessment of mindfulness*. In: F. Didona (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 153-168). New York: Springer.
- Barlow, J., Cullen, L. & Rowe, I. (1999). Comparison of Knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (≤ 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (≥ 10 years duration). *Patients Education and Counseling, 38*, 195-203.
- Baron, M. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Blackledge, J & Hayes, S. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice, 57*, 243-255.
- Block-Lerner, J., Salters-Pedneault, K. & Tull, M. (2005). Assessing mindfulness and experiential acceptance: Attempts to capture inherently elusive phenomena. In S, Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp 71-99). New York: Springer.
- Bird, (2003). Selection of pain measurement tools. *Nursing Standard, 18*, 33-39.
- Bishop, K., Ferraro, F. & Borowiak, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontology, 23*, 33-42.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Brandão, L., Zerbini, M. & Ferraz, C. (1995). The Arthritis Impact Measurement Scales 2. Tradução e adaptação para a população brasileira (manuscripto não publicado).
- Bradley, L., McKendree-Smith, N. & Cianfrini, L. (2003). Cognitive-Behavioral therapy intervention for pain associated with chronic illnesses. *Seminars in Pain Medicine, 1*, 44-54.
- 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*, 287-333.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.

Burns, J., Johnson, B., Mahoney, N., Devine, J. & Pawl, R. (1998). Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 98*, 434-439.

C

Cano, A. (2001). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration, *Pain, 110*, 656-664.

Canavaro, M. (1997). *Relações Afetivas ao Longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor na especialidade de Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra.

Caraceni, A., Cherny, N., Fainsinger, R., Kaasa, S., Poulain, P., Radbruch, L., Conno, F. and the Steering Committee of the EAPC Research Network. (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative working group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management, 23*, 239-255.

Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance. *Assessment, 15*, 204-223.

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 2*, 267-283.

Chiese, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people_ a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*, 593-600.

Clark, K., Bormann, C., Cropanzano R. & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment, 65*, 434-455.

Cohen, S. (1988). Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.

Cohen, S. & Willis, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.

Cook, A., Brawer, P. & Vowles, K. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain, 121*, 195-206.

Cooper, C., Sloan, S. & Williams, S. (1988). *Occupational stress indicator management guide*. Windsor, UK: NFER-Nelson.

Cosley, B., McCoy, S., Saslow, L. & Epel, E. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for psychological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology, 86*, 816-823.

Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Contribuição para o estudo das qualidades psicométricas de uma medida para lidar com acontecimentos geradores de stress:

Abordagem preliminar da Adaptação Portuguesa da COPE. *Psychologica*, 48, 125-157.

- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2008b). Avaliação da Dor. Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes* (SOPA) e *Chronic Pain Coping Inventory-42* (CPCI-42) na População Portuguesa. *Psychologica*, 49, 168-207.
- Costa, J. and Pinto-Gouveia, J. (in press-a), The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a. doi: 10.1002/cpp.699.
- Costa, J. and Pinto-Gouveia, J. (in press-b), Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a. doi: 10.1002/cpp.718.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (in press-c). Aceitação da Dor. Abordagem psicométrica do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* numa amostra portuguesa com dor crónica. *Revista Psicologia*.
- Coughlin, A., Badura, A., Fleischer, T. & Guck, T. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient's locus of control. *Archives of Psychiatry and Medicine Rehabilitation*, 81, 739-740.
- Covic, T., Adamson, B. & Hough, M. (2000). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39, 1027-1030.
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D. & Howe, G. (2003). A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology*, 42, 1287-1294.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F. & Eelen, P. (1996). The disruptive nature of pain: an experimental investigation. *Behaviour, Research and Therapy*, 34, 911-918.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F. & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187-198.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R. & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counselling*, 59, 192-198.

D

- Dahl, J. (2009). ACT and Health Conditions. In J. Blackledge, J., Ciarrochi & F. Deane (Eds.). *Acceptance and Commitment Therapy. Contemporary Theory, Research and Practice*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Dahl, J. & Lundgreen, T. (2006). *Living beyond your pain- Using Acceptance and Commitment Therapy to ease chronic pain*. New Harbinger Publications, INC: Oakland

- Dahl, J., Wilson, K., Luciano, C. & Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: Context Press.
- Dahl, J., Wilson, K. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- DeGood, D. & Tait, R. (2001) Assessment of Pain Beliefs and Pain Coping. In D. Turk e R. Melzack. *Handbook of Pain Assessment* (pp320-337). New York: The Guilford Press.
- Deisinger, J., Cassisi, J. & Whitaker, S. (1996). Relationships between coping style and PAI profiles in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 303-310.
- Derogatis, L.R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. (1994). *Symptom Checklist- 90- R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc.
- Derogatis L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. & Creed, F. (2002). Depression in Rheumatoid Arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Didona, F. (2009). *Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet*. In: F. Didona (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 1-16). New York: Springer.
- Dimond, A. & Coniam, S. (1997). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Diniz, A. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dixon, K., Keefe, F., Scipio, C., Perri, L. & Abernethy, A. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 241-250.
- Dixon, K., Thorn, B. & Ward, C. (2004). An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally- induced pain: A path analytic description. *Pain*, 112, 188-196.
- Dodge, K. & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber & K. Dodge (Eds). *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press.

E

- Eberhardt, K., Larsson, B. & Nived, K. (1993). Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 93-100.

- Eccleston, C. & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain, 132*, 233-236.
- Ektor- Andersen, J., Ørbæk, P., Isacsson, S. (2002). Behaviour-Focused pain coping: Consistency and convergence to work capability of the Swedish Version of the Chronic Pain Coping Inventory. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 33-39.
- El-Miedany, Y. & El Rasheed, A. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine, 69*, 300-206.
- Endler, N., Corace, K., Summerfeldt, L., Johnson, J. & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences, 34*, 323-346.
- Engel, J., Schwartz, L., Jensen, M. & Johnson, D. (2000). Pain in cerebral palsy: the relation of coping strategies to adjustment. *Pain, 88*, 225-230.
- Ehde, D. & Jensen, M. (2010). *Coping and Catastrophic thinking: The experience and treatment of chronic pain*. In D. David, S. Lynn e A. Ellis, Rational and irrational beliefs. Research, theory, and clinical practice (pp.265-288). New York: Oxford University Press.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. & López-Martínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals Behavioral Medicine, 33*, 179-188.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R. & Bijlsma, J. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 179-193.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R. Jacobs, J. & Bijlsma, J. (2003). Pain Coping and social support as predictors of long- term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 12095-1310.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Van Riel, P. & Jong, A. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain, 100*, 141-153.

F

- Fiel, B. & Swarm, R. (2008). *Chronic Pain. Advances in Psychotherapy. Evidence-Based Practice*. Hogrefe & Huber Publishers: Washington.
- Flecher, L. & Hayes, S. (in press). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Terapy and a Functional Analytic Defenition of Mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*.
- Flor, H., Behle, D. & Birbaumer, N. (1992). Assessment of pain- related cognitions in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 63-73.
- Flor, H. & Turk, D. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 251-265.

- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fordyce, W. (1976). Behavioural methods for chronic pain and illness. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Frank, R., Beck, N., Parker, J., Kashani, J., Elliott, T, Haut, A. & Smith, E. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 920-925.
- Frisch, M. (1992). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman & F. Dattillio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-52). New York: Plenum Press.

G

- George, S., Dannecker, E. & Robinson, M. (2006). Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor predicts tolerance or blood pressure reactivity: An experimental investigation in pain-free individuals. *European Journal of Pain*, 10, 457-465.
- Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice* (pp. 99-142). Chichester: Wiley.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion. Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge: London.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate Mind. A new approach to life's challenges*. Constable: London.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 183-200.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot study of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P. & Tirch, D. (2009). *Emotional memory, mindfulness and self-compassion*. In F. Didona (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). Springer: New York.
- Golberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the

difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychology and Behavioural Assessment*, 26, 41-54.

- Greco, L., Lambert, W., & Baer, R. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93–102.
- Griffith, J. & Carr, A. (2002). What is the impact of early rheumatoid arthritis on this individual?. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 15, 77-90.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M. & Fink, B. (2004). Comparison between an Acceptance-Based and a Cognitive-Control-Based Protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Gutiérrez, F., Peri, J., Torres, X., Caseras, X. & Valdés, M. (2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal of Research in Personality*, 41, 1032-1053.

H

- Hadjistavropoulos, T. & Craig, K. (2004). *An introduction to pain: Psychological perspective*. In T. Hadjistavropoulos e K. Craig (Eds.). Pain. Psychological Perspectives (pp.1-12). LEA: New Jersey.
- Hadjistavropoulos, H., MacLeod, L. & Asmundson, G. (1999). Validation of Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*, 80, 471-481.
- Hayes, S.(2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.
- Hayes, S., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R., Rosenfarb, I., Cooper, L. & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. & Duckworth, M. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and traditional Cognitive Behavior Therapy approaches to pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 185-187.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J.(2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

- Herndon, F. (2008). Testing mindfulness with perceptual and cognitive factors: external vs. internal encoding, and the negative failures questionnaire. *Personality and Individual Differences, 44*, 32, 41.
- Hofmann, S. & Asmundson, G.(2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1-16.
- Holtzman, S. & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect, and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain, 131*, 202-213.
- House, R. & Rizzo, J. (1972). Towards the measurement of organizational practices: Scale development and validation. *Journal of Applied Psychology, 56*, 1152-1168.
- Hudek-Knezevic, J, Kardum, I. & Vukmirovic, Z. (1999). The structure of coping styles: a comparative study of a Croatian sample. *European Journal of Personality, 13*, 149-161.
- Hurwicz, M. & Berkanovic, E. (1993). The stress process in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology, 20*, 1836-1844.

I

- Ingledew, D., Hardy, L, Cooper, C. & Jewal, H. (1996). Health behaviours reported as coping strategies: a factor analytical study. *British Journal of Health Psychology, 1*, 263-281.

J

- Jensen, M., Ehde, D., Hoffman, A., Patterson, D., Czerniecji, J. & Robinson, L. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain, 95*, 133-142.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping efforts, and adjustment to Chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 431-438.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1992). Pain-specific beliefs, perceived symptoms severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 8*, 123-130.
- Jensen, M. & Karoly, P. (2000). *The Survey of Pain Attitudes. General description of the questionnaire.* (manuscrito não publicado fornecido pelos autores).
- Jensen, M., Karoly, P. & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research, 31*, 393-400.
- Jensen, M., Keef, F., Lefebvre, J, Romano, J. & Turner, J. (2003). One-and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain, 104*, 453-469.
- Jensen, M., Romano, J., Turner, J., Good, A. & Wald, L. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive- behavioural model of chronic pain. *Pain, 81*, 95- 104.

- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies: relationships to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain, 44*, 263-269.
- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (1994). Correlates of improvements in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 172-179.
- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (2000). Pain beliefs assessment: A comparison of the short and long versions of the *Survey of Pain Attitudes*. *The Journal of Pain, 1*, 138-150.
- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 655-662.
- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain, 131*, 38-47.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J. & Lawler, B. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain, 57*, 301-309.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J. & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain, 47*, 249-283.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J. & Strom, S. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain, 60*, 203-216.

K

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary behavioral results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain, 2*, 159-173.
- Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000). The structure and properties of Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences, 29*, 881-894.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1301-1320.

- Kashdan, T., Morina, N. & Priebe, S. (2008). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 185-196.
- Keefe, F., Affleck, G., Lefbvre, J., Starr, K., Cadwell, D. & Tennen, H. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain, 69*, 35-42.
- Keefe, F., Abernethy, A. & Campbell, L. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review Psychology, 56*, 601-630.
- Keefe, F., Buffington, A., Studts, J., Smith, S., Gibson, J. & Caldwell, D. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 640-655.
- Keefe, F., Caldwell, D., Williams, D., Gil, K., et al. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: 2. Follow- up results. *Behavior Therapy, 21*, 435-447.
- Keef, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L. & Peri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain, 5*, 195-211.
- Kelly, A., Zuroff, D. & Shapira, L. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Research and Therapy, 33*, 301-313.
- Keogh, E., Ellery, D. & Hannent, C. (2001). Selective attentional bias for pain-related stimuli amongst pain fearful individuals. *Pain, 91*, 91-100.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychologica Psychotherapy, 80*, 193-203.
- Kline, R. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain, 10*, 1-11.
- Kratz, A., Davis, M. & Zautra, A. (2007). Pain moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine, 33*, 291-301.

L

- Land, H., Verdurmen, J., Ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A. & deGraff, R. (in press). The association between arthritis and psychiatric disorders: results from a longitudinal population- based study. *Journal of Psychosomatic Research*.

- Large, R. & Strong, J. (1997). The personal construct of coping with chronic low back pain: is coping a necessary evil?. *Pain*, 73, 245-252.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Leary, M., Tate, E., Adams, C., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Linenhan, M. (1993a). Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linenhan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipsky, P. (2000). Artrite Reumatóide. In K. Isselbacher, E. Braunwold, J., Wilson, J. Martin, A. Fouci, J. Wilson e D. Karper (Eds). *Harrison Medicina Interna* (pp1725-1739). McGraw-Hill: Lisboa.
- Litman, J. (2006). The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach-and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273-284
- Lyne, K. & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
- Loeser, J. & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607- 1609.
- Logmore, R. & Worell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- López-Martínez, A., Esteve-Zarazaga, R. & Ramírez-Maestro, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 373-379.
- Lovibond, P. & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparasion of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioral Research and Therapy*, 3, 335-343.

M

- Main, C., Foster, N. & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain?. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 205-217.
- Maini, R. & Zvaifler, N. (1998). Rheumatoid Arthritis. In J. Klippel e P. Dieppe (Eds.), *Rheumatology* (vol.2, pp. 1-30). London: Mosby.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). Relapse prevention: Maintenance in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística. Com o PASW Statistics (ex-SPSS) SPSS*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Martin, M., Bradley, L., Alexander, R., Alarcón, G., Triana- Alexander, M., Aaron, L. & Alberts, K. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain, 68*, 45-53.
- McCracken, L.(1998). Learning to live with pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- McCracken, L.(1999). Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. *Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation, 13*, 93–100.
- McCracken, L. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. Vol.33. IASP Press: Seattle.
- McCracken, L. (2007). A contextual analysis of attention to chronic pain: What the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *The Journal of Pain, 8*, 230-236.
- McCracken, L., Carson, J., Eccleston, C., & Keefe, F. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain, 109*, 4–7.
- McCracken, L. & Eccleston C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain, 105*, 197-204.
- McCracken, L. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain, 118*, 164-169.
- McCracken, L. & Eccleston C.(2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain, 10*, 23-29.
- McCracken, L., Eccleston, C. & Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioural coping responses: preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain, 9*, 69-78.
- McCracken, L., Gauntlett-Gilbert, J. & Vowles, K. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain, 131*, 63-69.
- McCracken, L. & Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and valued-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain, 10*, 408-415.
- McCracken, L., MacKichan, F. & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive- behavioral therapy for severely disable chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain, 11*, 314-322.
- McCracken, L. & Samuel, V. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain, 130*, 119-125.
- McCracken, L., Spertus, I., Janeck, A., Sinclair, D. & Wetzal, F.(1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain related anxiety and acceptance. *Pain, 80*, 283-289.

- McCracken, L. & Velleman, S. (2010). Psychological flexibility un adults with chronic: A study of acceptance, mindfulness, and values- based action in primary care. *Pain, 148*, 141-147.
- McCracken, L. & Vowles, K. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: An examination of a revised instrument. *The Journal of Pain, 9*, 700-707.
- McCracken, L. & Vowles, K. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology, 27*, 215-220.
- McCracken, L., Vowles, K. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*, 159-166. *Research and Therapy, 43*, 1335-1346.
- McCracken, L., Vowles, K. & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1335-1346.
- McCracken, L. & Yang, S. (2006). The roles of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain, 123*, 137-145.
- McCracken, L. & Zhao- O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than pain itself. *European Journal of Pain, 14*, 170-175.
- Meenan, R., Kazis, L., Anthony, J. & Wallin, B. (1991). The clinical and health status of patients with recent- onset rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 34*, 761-765.
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain, 1*, 277-299.
- Melzack, R. (1984). Short-Form McGill Pain Questionnaire (unpublished manuscript).
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Supplement 6*, S121-S126.
- Melzack, R. & Katz, J. (2004) *The Gate Control Theory: Reaching for the brain*. In T. Hadjistavropoulos e K. Craig (Eds.). *Pain. Psychological Perspectives* (pp.13-34). LEA: New Jersey.
- [Melzack R](#), Coderre, T., [Katz J](#), Vaccarino, A. (2001). Central neuroplasticity and pathological pain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 933*, 157-174.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms. A new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Miller, J., Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). Three- year follow- up and clinical implications of mindfulness meditation- based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.
- Moorley, S. & Keefe, F. (2007). Getting handle on the process and change in CBT for chronic pain. *Pain, 127*, 197-198.

- Morone, N., Greco, C. & Weiner, D. (2008b). Mindfulness meditation for treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain, 134*, 310-319.
- Morone, N., Lynch, C., Greco, C., Tindle, H. & Weiner, D. (2008a). "I feel like a new person". The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: A qualitative narrative analysis of diary entries. *Journal of Pain, 9*, 841-848.;
- Muller, L. & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale, 29*, 507-518.

N

- Neff, K. (2003a). The development and validation of a scale to measure Self Compassion Scale. *Self and Identity, 2*, 223–250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85–101.
- Neff, K. (2008). Self compassion. Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H. Wayment (Eds.) *Transcending Self-Interest: Psychological Exploration of the Quiet Ego* (pp. 95–106). Washington, DC: APA Books.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561–573). New York: Guilford Press.
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 4*, 263–287.
- Neff, K. & Lamb, L. (2009). Self-compassion. In S. Lopez. *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp 864-867). Blackwell Publishing.;
- Neff, K, Kirkpatrick, K. & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptative psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139-154.
- Neff, K. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*, 225-240.
- Neff, K., Pistsungkagam, K. & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*, 267-285.
- Neff, K., Rude, S. & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908-916.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R. & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion, 33*, 88-97.

- Newman, S., Fitzpatrick, R., Revenson, R., Skevington, S. & Williams, G. (1996). *Understanding Rheumatoid Arthritis*. Routledge: London.
- Newman S. & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatoid diseases. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14, 773-786.
- Nicassio, P. (2010). Arthritis and psychiatric disorders: Disentangling the relationship. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 183-185.
- Nicholas, M. & Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? *Pain*, 124, 269-279.
- Novy, D., Nelson, D., Francis, D. & Turk, D. (1995). Perspectives of chronic pain: An evaluative comparison of restrictive and comprehensive models. *Psychological Bulletin*, 118, 238-247.

O

- O'Connor, R. & O'Connor, D. (2003). Predicting hopelessness and psychosocial distress: the role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 362-372.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Osborne, T., Jensen, M., Ehde, D., Hanley, M. & Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, 127, 52-62.

P

- Paéz-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Ortega, J. & Rodríguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behavior Research and Therapy*, 46, 84-97.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Parks, G., Anderon, B. & Marlatt, G. (2001). Relapse prevention therapy. In N. Heather, T. Peters e T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 575- 592). New York: John Wiley.
- Pauley, G. & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 129-143.
- Peck, J., Smith, T., Ward, J. & Milano, R. (1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 1100-1106.
- Penninx, B., Tilburg, T., Boeke, J. Deeg, D., Kriegsman, D. & Van Eijk, J. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases?. *Health Psychology*, 17, 551-558.

- Penninx, B., Tilburg, T., Deeg, D., Kriegsman, D., Boeke, J. & Van Eijk, J. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social Science and Medicine*, 44, 393-402.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2006). *Escala de Auto-Compaixão*. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado fornecido pelos autores).
- Pinto-Gouveia, J. & Dinis, A. (2007). Questionário de Estilos de Coping. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado fornecido pelos autores).
- Pinto-Gouveia, J. & Gregório, S. (2007). *Questionário de Aceitação e Acção-II*. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado fornecido pelos autores).
- Pires, A. & Joyce-Moniz, L. (2008). Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica. *Análise Psicológica*, 2, 309-326.
- Plews-Ogan, M., Owens, J., Goodman, M., Wolfe, P. & Schorling, J. (2005). Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1136-1138.
- Preacher, K. & Hayes, A. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instrument, & Computers*, 36, 717-731.
- Pradham, E., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A., Magyari, T., Hochberg, M., Berman, B. (2007). Effects of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 1134-1142.
- Procidano, M. & Helder, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Q

- Queiroz, M. (1996). *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. (2002). *Reumatologia*. Lisboa: Lidel.

R

- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.

- Ramírez-Maestro, C., Esteve, R. & López, A. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12, 749-756.
- Ramjeet, J. (2003). Finding the evidence for practice: an overview of research in social support and rheumatoid arthritis. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 43- 47.
- Rector, N., & Roger, D. (1996). Cognitive style and wellbeing: A prospective examination. *Personality and Individual Differences*, 21, 663–674.
- Reis, F. & Pereira, G. (2002). Ajustamento psicossocial em adultos com artrite reumatóide. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2, 249- 263.
- Repping- Wuts, H., Uitterhoeve, R., Riel, Piet, Achterberg,T. (in press). Fadigue as experience by patients with rheumatoid arthritis (RA): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.06.007.
- Risdon, A., Eccleston, C. Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understanding of acceptance of chronic pain. *Social Science and Medicine*, 56, 375–386.
- Robinson, P., Wicksell, R. & Olsson, G. (2004). ACT with Chronic Pain Patients. S.Hayes e K.Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp 315-345). New York: Springer.
- Roger, D. (1996). *Coping Styles Questionnaire* (manuscrito não publicado fornecido pelo autor).
- Roger, D, Jarvis, G. & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Roger, D. & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale of measuring emotional control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.
- Romano, J., Jensen, M. & Turner, J. (2003). The *Chronic Pain Coping Inventory-42*: reliability and validity. *Pain*, 104, 65- 73.
- Rosenstiel, A. & Keef, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patients characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Roth, R. & Geisser, M. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 286-296.;
- Ruehlman, L., Karoly, P., Newton, C., Aiken, L. (2005). The development and preliminary validation of the Profile of Chronic Pain: Extended Assessment Battery. *Pain*, 118, 380-389.

S

- Sagula, D. & Rice, K. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well- being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333-342.;

- Sanders, S. (1996). Operant conditioning with chronic pain: back to basics. In R. Gatchel & D. Turk (Eds.) *Psychological approaches to pain management: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063-1078.
- Schiaffano, K., Shawaryn, M. & Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on Psychological Adjustment to Chronic Illness. *Health Psychology*, *17*, 262-268.
- Schreurs, K. & Ridder, D. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, *17*, 89-112.
- Segal, V, Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sephton, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K. & Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheumatism*, *57*, 77-85.
- Severeijns, R., Vlaeyen, J., van den Hout, M. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, *111*, 226-229.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S. & Sanavio, E. (1997). Coping strategies: evidence for cross-cultural differences) A preliminary study with the Italian version of coping orientation to problems experienced (COPE). *Personality and Individual Differences*, *23*, 1025-1029.
- Sharp, T. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 787-800.
- Sharp, T. & Harvey, A. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance?. *Clinical Psychology Review*, *21*, 857-877.
- Sharp, L., Sensky, T. & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 713-719.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, R., Brewin, C. & Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain*, *89*, 275-283.
- Shapiro, S., Schwartz, G. & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, *21*, 581-599.

- Sherrer, Y., Bloch, D., Mitchell, D., et al. (1986). The development of disability in rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 29, 494-500.
- Siegel, R., Germer, C. & Olendzk, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. In F. Didona (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-36). New York: Springer.
- Sinclair, V. (2001). Predictors of pain catastrophizing in women with rheumatoid arthritis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 279-288.
- Smedstad, L., Vaglum, P., Moun, T. & Kvien, T. (1997). The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: a 2 year prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 36, 1304-11.
- Smith, B. & Zautra, A. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain*, 138, 354-361.
- Smith, C. & Wallston, K. (1992). Adaptation in Patients with Chronic Rheumatoid Arthritis: Application of a General Model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
- Stanton, A. & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: an adaptive coping strategy. In: C. Snyder (Ed.), *Coping. The psychology of what works* (pp. 90-118). New York: Oxford University Press,.
- Strong, J., Ashton, R. & Chant, D. (1992). The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, 48, 227-236.
- Strosahl, K., Hayes, S., Wilson, K. & Gifford, E. (2004). An ACT primer core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. Hayes e K. Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). New York: Springer.
- Stroud, M., Thorn, B., Jensen, M. & Boothby, J. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Sullivan, M., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M. & Tripp, D. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 77, 253-260.

T

- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education Inc: New York.
- Tait, R. & Chibnall, J. (1997). Development of a brief version of the *Survey of Pain Attitudes*. *Pain*, 70, 229-235.
- Tan, G., Jensen, M., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. & Monga, T. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90, 127-133.
- Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K., Jensen, M. & Thornby, J. (2005). Further validation of the Chronic Pain coping Inventory. *The Journal of Pain*, 6, 29-40.

- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Thorn, B., Cross, T. & Walker, B. (2007). Meta-analyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: Relevance to an evidence-based practice. *Health Psychology, 1*, 10-12.
- Tota-Faucette, M., Gil, K., Williams, D., Keefe, F. & Goli, V. (1993). Predictors of response to pain management treatment. The role of family environment and changes in cognitive processes. *Clinical Journal of Pain, 9*, 115-123.
- Tull, M. & Gratz, K. (2008). Further examination of relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behaviour when distressed. *Anxiety Disorders, 22*, 199-210.
- Truchon, M. & Côté, D. (2005). Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain, 116*, 205-212.
- Turk, D. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. Gatchel & D. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Turk, D., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. & Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evaluation and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 678-690.
- Turk, D., Okifuji, A. & Sharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain, 61*, 93-101.
- Turner, J., Whitney, Dworkin, S., Massoth, D., Wilson, L. (1995). Do changes in patient beliefs and coping strategies predict temporomandibular disorder treatment outcomes?. *Clinical Journal of Pain, 11*, 117-188.
- Turner, J., Holtzman, S. & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictor of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 127*, 276-286.
- Turner, J., Jensen, M. & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?. *Pain, 85*, 115-125.
- Turner, J., Jensen, M., Warm, C. & Cardenas, D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain, 98*, 127-134.;

- Turner, J., Mancl, L. & Aaron, L. (2004). Pain-related catastrophizing: a daily process study. *Pain, 110*, 103-111.
- Turner, J., Whitney, C., Duworkin, S., Massoth, D. & Wilson, L. (1995). Do changes in patients beliefs and coping strategies predict temporomandibular disorder treatment outcomes?. *Clinical Journal of Pain, 11*, 177-188.

V

- Van Damme, S., Crombez, G. & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain, 139*, 1-4.
- Van der Hout, J., Vlaeyen, J., Houben, R., Soeters, A. & Peters, M. (2001). The effects of failure feedback and pain-related on pain report, pain tolerance, and pain avoidance in chronic low back pain patients. *Pain, 92*, 247-257.
- Vaz, A. (2000). *Artrite Reumatóide*. Lisboa: Lidel.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R. & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain, 62*, 353- 372.
- Vlaeyen, J. & Linton, S. (2000). Fear- avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*, 317-332.
- Vlaeyen, J. & Crombez, G. (1999). Fear of movement(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Man Therapy, 4*, 187-195.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B. & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain, 106*, 65-72.
- Vowles, K. & McCracken, L. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 141-146.
- Vowles, K., McCracken, L & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain, 11*, 779-787..
- Vowles, K., McCracken, L. & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology, 27*, 136- 143.
- Vowles, K., McCracken, L., McLeod, C., & Eccleston, E. (2008). The chronic pain Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain, 140*, 284–291.
- Vowles, K., McNeil, Gross, R., McDaniel, M. & Mouse, A. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy, 38*, 412-425.

W

- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health.. *Journal of Occupational Psychology*, *63*, 193-210.
- Wash, D. & Radcliffe, J. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, *97*, 23-31.
- Walker, J., Jackson, H. & Littlejohn, G. (2004). Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, *461-488*.
- Wegner, D., & Najmi, S. (2008). The gravity of unwanted thoughts: Asymmetric priming effects in thought suppression. *Consciousness and Cognition*, *17*, 114-124.
- Wegner, D., Schneider, D., Carter, S. & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 5-13.
- Wicksell, R., Melin, L. & Olsson, G. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain- A pilot study. *European Journal of Pain*, *11*, 267-274.
- Woby, S., Watson, P., Roach, N. & Urmston, M. (2004). Are changes in fear- avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability?. *European Journal of Pain*, *8*, 201-210.
- Wolfe, F. & Cathey, M. (1991). The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, *18*, 1298-1306.
- Wright, K., Asmundson, G. & McCreary, D. (2001). Factorial validity of the *Short-form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ). *European Journal of Pain*, *5*, 279-84.

