



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

PAULO JORGE SIMÕES DA SILVA

***Relação entre ansiedade, depressão e perceção de saúde em  
pacientes com multimorbilidade versus pacientes sem  
multimorbilidade***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
INÊS JORGE DE FIGUEIREDO

FEVEREIRO | 2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM  
MEDICINA

**Relação entre ansiedade, depressão e percepção de saúde em  
pacientes com multimorbilidade versus pacientes sem  
multimorbilidade**

Paulo Jorge Simões da Silva

Orientadora: Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Co-orientadora: Inês Jorge de Figueiredo

**E-mail:** [psilvasilva997@gmail.com](mailto:psilvasilva997@gmail.com)

FEVEREIRO | 2021

## Índice

Lista de abreviaturas.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
Introdução .....	9
Material e Métodos.....	11
Resultados.....	14
Discussão .....	20
Conclusão.....	24
Agradecimentos .....	25
Referências Bibliográficas .....	26
Anexo I .....	30
Anexo II .....	32
Anexo III .....	50
Anexo IV .....	51

## **Lista de abreviaturas**

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica

FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

HTA - Hipertensão arterial

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IRB - Institutional Review Board

ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

MM - Multimorbilidade

SF-12 - Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey de 12 itens

USF - Unidade de Saúde Família

## Resumo

**Introdução:** A multimorbilidade (ocorrência de duas ou mais condições médicas crónicas) é na atualidade um problema crescente de saúde pública. Esta já afeta mais de um terço dos cidadãos portugueses e possui manifesto impacto negativo na saúde e qualidade de vida dos doentes. Alguns estudos demonstraram associação entre a multimorbilidade e a presença de sintomas depressivos, assim como a influência de certas variáveis socio-demográficas sobre a prevalência de multimorbilidade. No entanto, estes estudos são ainda escassos em Portugal e carecem de mais análise e discussão sobre o tema no âmbito dos cuidados de saúde primários.

**Objetivos:** Perceber a relação entre ansiedade, depressão e percepção de saúde em pacientes com multimorbilidade versus pacientes sem multimorbilidade. Outro objetivo consistirá em perceber a influência de variáveis sociodemográficas nos níveis de ansiedade, depressão ou na percepção de saúde.

**Métodos:** A metodologia usada consistiu num estudo transversal com uma amostra de conveniência de 176 pacientes recrutados em consulta nas suas USFs e após consentimento, entrevistados telefonicamente com recurso a inquérito que incluiu variáveis sociodemográficas, uma lista de 23 doenças para determinar a presença de multimorbilidade, e as escalas HADS e SF-12. Posteriormente realizou-se análise estatística descritiva e inferencial dos dados, utilizando os testes U de Mann-Whitney, Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, Kruskal Wallis e correlação de Spearman e ainda posterior análise multivariada por regressão linear para perceber a possível influência dos fatores sociodemográficos na relação da multimorbilidade com as dimensões estudadas. Foi determinado um valor de  $p < 0.05$ , como estatisticamente significativo.

**Resultados:** As pessoas da amostra ( $n = 176$ ) tinham uma idade média de  $51.33 \pm 22.02$  anos, 51.1 % apresentavam multimorbilidade, 52,8% eram do sexo feminino, a maioria casados ou em união de facto (51,1%), reformados (35,8%) ou a trabalhar a tempo inteiro (35,8%), com o ensino secundário ou superior (55.1%) e com rendimentos acima dos 1786 euros (41.3%). Em análise bivariada, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos somente na percepção de saúde física ( $p < 0.001$ ). Na análise de regressão linear múltipla, a idade ( $p < 0.001$ ) e a multimorbilidade ( $p = 0.004$ ), foram identificados como preditores significativos independentes da percepção de saúde física, com o modelo de regressão a explicar cerca de 43% da variabilidade da percepção de saúde física dos participantes do estudo.

**Discussão:** Apesar deste estudo ter apresentado algumas disparidades com outros estudos relativos ao mesmo tema, permitiu revelar, em consonância com os mesmos, que os doentes com multimorbilidade têm uma pior percepção da sua saúde física, e que esta varia consoante a idade e presença de patologias crónicas. A ausência de uma definição consistente de multimorbilidade foi a principal limitação do estudo.

**Conclusão:** Com o presente estudo conclui-se que os pacientes com multimorbilidade têm pior percepção da sua saúde física comparativamente ao pacientes sem multimorbilidade, facto que é independente das variáveis sociodemográficas que foram estudadas, exceto da idade.

**Palavras-Chave:** Multimorbilidade; Ansiedade; Depressão; Percepção de Saúde; Doença Crónica; Fatores Sociodemográficos

## Abstract

**Introduction** Multimorbidity (the occurrence of two or more chronic medical conditions) is currently a growing public health problem. It already affects more than one third of Portuguese citizens and has a clear negative impact on the health and quality of life of patients. Some studies have shown an association between multimorbidity and the presence of depressive symptoms, as well as the influence of certain socio-demographic variables on the prevalence of multimorbidity. However, these studies are still scarce in Portugal and lack further analysis and discussion on the subject within the primary health care framework.

**Objectives:** To understand the relationship between anxiety, depression and quality of life in patients with multimorbidity versus patients without. Another objective will be to perceive the influence of socio-demographic variables on levels of anxiety, depression or health perception.

**Methods:** The methodology used consisted of a cross-sectional study with a convenience sample of 176 patients recruited in consultation by their USF family doctor and by medical students, and after consent, interviewed by telephone using a survey that included sociodemographic variables, a list of 23 diseases to determine the presence of multimorbidity and the HADS and SF-12 scales. Subsequently, descriptive and inferential statistical analysis of the data was performed using Mann-Whitney U, Chi-square, Fisher's Exact, Kruskal Wallis and Spearman's Tests, and subsequently multivariate analysis by linear regression to perceive the possible influence of socio-demographic factors in the relationship of multimorbidity with the studied dimensions. A value of  $p < 0.05$  was determined as statistically significant.

**Results:** The sample ( $n = 176$ ) had an average age of  $51.33 \pm 22.02$  years, 51.1% were multi-morbid, 52.8% were female, mostly married or cohabiting (51.1%), retired (35.8%) or working full-time (35.8%), with secondary or higher education (55.1%) and with incomes above 1786 EUR (41.3%). In a bivariate analysis, a statistically significant difference was found between the two groups only in the perception of physical health ( $p < 0.001$ ). In multiple linear regression analysis, age ( $p < 0.001$ ) and multi-morbidity ( $p = 0.004$ ) were identified as significant independent predictors of physical health perception, with the regression model explaining about 43% of the variability in physical health perception of study participants.

**Discussion:** Although this study presented some disparities with other studies on the same subject, it revealed, in line with them, that patients with multimorbidity have a worse perception of their physical health, and that this varies according to age and presence of

chronic pathologies. The absence of a consistent definition of multimorbidity was the main limitation of the study.

**Conclusion:** The present study concludes that patients with multimorbidity have a worse perception of their physical health compared to patients without multimorbidity, a fact that is independent from the sociodemographic variables that were studied, except for age.

**Keywords:** Multimorbidity; Anxiety; Depression; Health Perception; Chronic disease; Sociodemographic Factors



## Introdução

A multimorbilidade não tem definição consensual mas a mais utilizada é a presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo individuo. Segundo dados recolhidos pelo Departamento de Epidemiologia do INSA, cerca de 38% dos cidadãos portugueses sofrem de multimorbilidade [1].

A sua prevalência está a aumentar a nível mundial, surgindo na atualidade como um verdadeiro desafio de saúde pública associado a uma série de efeitos prejudiciais para o doente, como pior qualidade de vida, o declínio funcional ou o aumento do risco de mortalidade prematura [20], com estudos a revelar que uma pior auto-percepção da saúde, sedentarismo, obesidade e nervosismo foram associados à multimorbilidade [19].

Consequentemente a multimorbilidade acarreta também necessidades acrescidas de prestação de cuidados de saúde, o que representa uma sobrecarga sobre os sistemas e profissionais prestadores destes cuidados, envolvendo um maior esforço e atenção por parte dos mesmos, quando comparado com as necessidades dos pacientes sem multimorbilidade.

A nível europeu estima-se que, em média, entre 70% e 80% da despesa total com a saúde seja utilizada com patologias crónicas [1]. Em Portugal sabe-se que esta condição é igualmente bastante prevalente nos pacientes que recorrem aos cuidados de saúde primários, com tendência futura para aumentar, dada a predominância crescente de uma população portuguesa envelhecida [2]. Os doentes com multimorbilidade são já responsáveis por até 75% das consultas nos cuidados de saúde primários, apresentando uma probabilidade de utilização de serviços de saúde que pode chegar a ser 3,5 vezes superior, quando em comparação com pacientes sem multimorbilidade [1].

Estudos internacionais apontam a multimorbilidade como a principal variável associada à ansiedade e aos sintomas depressivos [8, 12]. Sabe-se que a depressão é duas a três vezes mais provável em pessoas com multimorbilidade versus sem multimorbilidade [9]. De facto, pensa-se que as questões de foro psicológico como a sensação de isolamento, ansiedade, redução da autoestima e depressão, desencadeadas pelo impacto socioeconómico da multimorbilidade, possam ter correlações negativas com a capacidade de gestão de doenças crónicas [25].

Outros estudos revelam que a prevalência da multimorbilidade difere consoante o sexo, o grupo etário e o estatuto socioeconómico [10, 18], e consideram que de forma

a otimizar as atitudes terapêuticas no âmbito das práticas de cuidados primários, deverá ter especialmente em conta tais variáveis [5], bem como a compreensão dos diferentes padrões de multimorbilidade [12]. No entanto, ainda não se sabe amplamente qual a influência de outras variáveis sociodemográficas.

Em Portugal, existem igualmente alguns estudos alusivos à influência de algumas variáveis sociodemográficas como o sexo do paciente, o suporte familiar ou o status económico na adaptabilidade e eficácia dos cuidados de saúde a prestar de forma a melhorar a saúde dos pacientes com multimorbilidade [4]. Contudo, os estudos relativos a este tema ainda são escassos, desconhecendo-se ainda por exemplo como os padrões de multimorbilidade – ansiedade/depressão são influenciados pelas características sociodemográficas dos pacientes. Pois, embora seja reconhecido que a multimorbilidade, os sintomas depressivos e a saúde auto-percecionada, estejam associadas, as suas associações podem depender de diversos fatores sociodemográficos, como escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento do agregado familiar ou crença religiosa, que ainda não foram profundamente estudados na população portuguesa.

Dada as referidas carências na literatura em Portugal e tratando-se a multimorbilidade de um problema fulcral da saúde pública, sendo manifestamente conhecido o seu impacto negativo na saúde e qualidade de vida destes doentes, é de interesse clínico e científico a realização do presente trabalho, que tem como objetivo principal perceber a associação entre níveis de ansiedade, depressão e percepção de saúde em pacientes com multimorbilidade versus pacientes sem multimorbilidade, e seguidamente perceber a influência das variáveis sociodemográficas nesta relação. Para desta forma aprofundar o conhecimento relativo à multimorbilidade em Portugal, aos seus padrões, fatores epidemiológicos associados e efeitos físicos e psicológicos no doente, a fim de facilitar uma melhor prestação de cuidados de saúde, mais adequados e eficientes, focando nas pessoas mais vulneráveis tendo, como objetivo último, melhorar a qualidade de vida destes doentes.

## Material e Métodos

O presente artigo científico consiste num estudo transversal observacional.

De um universo formado pela população portuguesa adulta, com ou sem multimorbilidade, foi obtida uma amostra não probabilística de conveniência, com 176 pessoas, constituída por utentes recrutados entre maio de 2020 e janeiro de 2021, em consulta pelo seu médico de família em diferentes USFs (USF Caminhos do Cértoma, USF Coimbra Centro, USF VitaSaurium, USF as Gândras e USF Manuel Cunha) e por pessoas que aceitaram participar no estudo recrutadas por estudantes de medicina.

Como critérios de inclusão na amostra foram considerados: ter pelo menos 18 anos de idade e aceitar participar no estudo. Quanto aos critérios de exclusão estes consistiram em: ter incapacidade cognitiva significativa que impeça a participação.

De forma a atender ao objetivo deste estudo, o tamanho da amostra foi calculado com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 7,5%, de forma a detetar um efeito estatisticamente significativo. Para tal recorreu-se a uma calculadora de poder estatístico online, disponível em <http://www.raosoft.com/samplesize.html>, a qual determinou que a amostra deveria ter um tamanho mínimo de 171 participantes.

Para esta investigação, foi usado um inquérito para a colheita dos dados, no âmbito do projeto Adjust2Pain, financiado pela FCT (ref.a SFRH/BPD/121452/2016), onde constaram itens relativos às variáveis sociodemográficas - sexo, idade, condições socioeconómicas, escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento do agregado familiar e crença religiosa – uma lista de patologias que as pessoas auto-reportavam ter ou não ter e também versões portuguesas validadas de instrumentos de avaliação para as restantes variáveis em estudo, as escalas de Ansiedade (HADS-A), Depressão (HADS-D), Percepção de Saúde (SF-12), de forma a obter scores de ansiedade, depressão e percepção de saúde para posterior análise estatística.

A versão portuguesa validada da HADS (Pais Ribeiro et al. (2007)), foi a escala utilizada no cálculo dos scores para avaliar as variáveis ansiedade e depressão. Trata-se de um questionário com 14 itens, dividida em duas partes, sendo que 7 dos itens referem-se à ansiedade (HADS-A) e os outros 7 à depressão (HADS-B). Na versão original, cada item do questionário é pontuado de 0-3, o que significa que cada pessoa pode pontuar entre 0 e 21 para ansiedade ou depressão, sendo que valores maiores indicam maior severidade da sintomatologia ansiosa ou depressiva. No presente estudo foi adotada uma pontuação de 1-4 por item (7 - 28 de pontuação total).

A versão portuguesa validada da SF-12 (Pais-Ribeiro (2005)), foi a escala utilizada no cálculo dos scores para avaliar a variável percepção de saúde. O SF-12 trata-se de um questionário, descrito pelos pacientes sobre a sua saúde, com 12 itens, calculada posteriormente em duas partes referentes à Percepção de Saúde Física (SF-12 PCS) e à Percepção de Saúde Mental (SF-12 MCS) dos participantes. É uma versão reduzida do SF-36 (de Ware e colaboradores (1994)), e é amplamente utilizada. As pontuações estandardizadas dos elementos da escala variam entre 0 e 100, sendo que valores mais elevadas indicam melhor saúde mental e física.

Para a definição de multimorbilidade considerou-se a existência de pelo menos duas patologias crónicas. Para tal, foi incluída no inquérito apresentado aos participantes, a seguinte lista de doenças crónicas, definida pelos investigadores, para estes identificarem aquelas de que padecem e assim distinguir os grupos de doentes com e sem multimorbilidade: HTA, DM, Dislipidemia, alergia, doença cardiovascular, insuficiência renal, hepatite crónica, asma, DPOC, úlcera gástrica, artrose, artrite reumatoide, osteoporose, lesão dos discos intervertebrais ou vértebras, escoliose, síndrome do túnel cárpico, amputação de membro, fibromialgia, enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica, cancro, doença vascular periférica, doença de crohn ou colite ulcerativa, endometriose.

A colheita dos inquéritos realizou-se de forma voluntária e confidencial por via telefónica entre maio de 2020 e janeiro de 2021, após o consentimento informado do participante e com o devido esclarecimento sobre o âmbito do estudo. Todas as respostas dadas pelos respondentes foram preenchidas no inquérito pelo investigador, com a devida autorização dos participantes. Cada entrevista para preenchimento dos inquéritos durou, em média, 30 minutos.

O estudo obteve aprovação pelas comissões de ética para a Investigação do ISPA em 6 de abril de 2018 (ref.a I/005/03/2018), e da University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine (Seattle, WA, Estados Unidos da América) em 21 de maio de 2018 (FWA #00006878). Foi igualmente aprovado pelas comissões de éticas dos Centros Hospitalares e Universitários de Coimbra (**CHUC**), de Lisboa Central (CHULC), e de Vila Nova de **Gaia**/Espinho (CHVNG/E).

Após a conclusão do processo de recolha dos inquéritos, os dados obtidos foram organizados numa base de dados e posteriormente analisados com recurso ao software “IBM SPSS Statistics”, versão 26 para MacOs. Foi realizada estatística descritiva para descrever a amostra em estudo, com os resultados apresentados em frequências (absolutas e relativas), médias e desvios padrão das variáveis do estudo, e estatística

inferencial bivariada e multivariada. Primeiramente foi avaliada a normalidade da distribuição das variáveis ansiedade, depressão e percepção de saúde nos grupos com multimorbilidade, com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov. Como foi verificada a ausência de normalidade da distribuição ( $p < 0.05$ ), recorreu-se a teste não paramétricos para fazer a análise estatística. Foi usado o teste U Mann-Whitney para comparar os grupos com e sem multimorbilidade nas variáveis contínuas (idade, ansiedade, depressão, percepção de saúde física e mental) e o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher para as variáveis nominais (estado civil, escolaridade, situação laboral, rendimento familiar e religião). Seguidamente recorreu-se aos testes de Kruskal Wallis e de Spearman para avaliar a relação entre a percepção de saúde física e as variáveis sociodemográficas, o sexo e a idade. Por fim, foi realizada uma regressão linear múltipla para perceber a possível influência dos fatores sociodemográficos na relação da multimorbilidade com as variáveis que apresentaram diferença significativa na análise bivariada previamente realizada. Foi determinado um valor de  $p < 0.05$  como estatisticamente significativo.

## Resultados

A amostra estudada foi constituída por 176 participantes, com ou sem multimorbilidade. A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra é apresentada na tabela 1 e 2. Os valores qualitativos foram apresentados em número e percentagem e os valores quantitativos em média  $\pm$  desvio padrão, valores máximos e mínimos.

Para comparar os grupos com e sem multimorbilidade nas variáveis nominais (sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, rendimento familiar, religião), recorreu-se ao teste Qui-quadrado ou ao teste Exato de Fisher, cujos resultados encontram-se igualmente descritos na tabela 1, mostrando diferenças significativas entre os grupos.

Conforme os dados apresentados na tabela 1 e 2, a amostra em estudo de 176 participantes, demonstra uma ligeira predominância do sexo feminino (52,8%) e uma média de idades de  $51.33 \pm 22.02$  anos, com um intervalo de idades compreendido entre os 18 e os 92 anos.

A maioria dos inquiridos estavam casados ou em união de facto (51,1%), encontrando-se a maior parte reformada (35,8%) ou a trabalhar a tempo inteiro (35,8%).

Relativamente à escolaridade, mais de metade dos participantes (55.1%) tinha o ensino secundário ou superior.

O rendimento líquido do agregado familiar mais referido foi o do intervalo acima dos 1786 euros (41.3%), seguido pelo intervalo entre 1030 e 1785 euros (30.8%).

Todos os participantes referiram o português como língua materna, tendo apenas 2.8% se identificado como grupo minoritário.

No que diz respeito à presença de multimorbilidade, 51.1 % apresentavam pelo menos duas doenças crónicas, versus 48.9 % dos participantes que apenas apresentavam uma ou nenhuma doença (sem multimorbilidade).

Os indivíduos solteiros, com o ensino secundário ou superior, estudantes ou a trabalhar a tempo inteiro, com rendimentos acima dos 1786 euros ou sem religião têm menos multimorbilidade, pelo contrário os indivíduos casados ou em união de facto, com uma escolaridade até ao 4ºano, reformados, com rendimentos baixos ou cristãos, têm mais multimorbilidade, com diferenças significativas ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ;  $p < 0.001$ ;  $p = 0.009$ ; respetivamente).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra e resultados dos testes Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher para perceber a relação entre a presença de multimorbilidade e as variáveis sociodemográficas

Variável		N	%	% do Total		p
				Sem MM	Com MM	
<b>Sexo</b>	Feminino	93	52.8	27.3	25.6	0.454
	Masculino	83	47.2	21.6	25.6	
<b>Estado civil</b>	Solteiro	63	35.8	<b>30.1</b>	5.7	<b>&lt;0.001</b>
	Casado ou em união de facto	90	51.1	17.6	<b>33.5</b>	
	Divorciado ou Separado	8	4.5	1.1	3.4	
	Viúvo	15	8.5	0.0	8.5	
<b>Escolaridade</b>	Até ao 4º ano	56	31.8	2.3	<b>29.5</b>	<b>&lt;0.001</b>
	5º - 9º ano	23	13.1	4.0	9.1	
	Secundário ou superior	97	55.1	<b>42.6</b>	12.5	
<b>Situação laboral</b>	Trabalhador a tempo inteiro	63	35.8	<b>23.3</b>	12.5	<b>&lt;0.001</b>
	Trabalhador a tempo parcial	6	3.4	2.3	1.1	
	Trabalhador familiar (não remunerado)	1	0.6	0.0	0.6	
	Desempregado	6	3.4	0.6	2.8	
	Reformado	63	35.8	2.8	<b>33.0</b>	
	Estudante	37	21.0	19.9	1.1	
<b>Rendimento do agregado familiar</b>	Menos de 1029€	29	27.9	7.7	<b>20.2</b>	<b>&lt;0.001</b>
	Entre 1030€ e 1785€	32	30.8	21.2	9.6	
	Mais de 1786	43	41.3	<b>31.7</b>	9.6	
<b>Religião</b>	Cristão	151	88.0	39.4	<b>48.6</b>	<b>0.009</b>
	Outras religiões ou não religioso	21	12.0	<b>9.1</b>	2.9	
<b>Total</b>		176	100	48.9	51.1	—

N: frequência absoluta; %: frequência relativa; p - significância estatística

A Tabela 2 caracteriza a amostra quanto aos resultados dos inquéritos obtidos com recurso às escalas de avaliação relativas à ansiedade (HADS-A), depressão (HADS-D) e percepção de saúde, física (SF-12 PCS) e mental (SF-12 MCS).

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto aos resultados das variáveis contínuas

<b>Variável</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Idade (anos)</b>	18.00	92.00	51.33	22.02
<b>Ansiedade</b>	12.00	24.00	19.28	2.57
<b>Depressão</b>	10.00	20.00	15.96	1.81
<b>Percepção de saúde física</b>	20.51	63.97	49.02	9.87
<b>Percepção de saúde mental</b>	21.79	70.22	50.31	10.32

Procedeu-se a análise inferencial com recurso ao teste não paramétrico de U Mann-Whitney para comparar os grupos com e sem multimorbilidade nas variáveis contínuas (idade, ansiedade, depressão, percepção de saúde física e mental), apresentada na tabela 3.

Comparando as médias±desvio-padrão entre os dois grupos (pessoas com e sem multimorbilidade) nas várias variáveis em estudo, verificámos que a percepção de saúde mental estava muito próxima entre os dois grupos ( $50.24 \pm 10.76$  Vs.  $50.38 \pm 9.94$ ), enquanto que a percepção de saúde física já apresentava uma maior disparidade entre os dois grupos, com os participantes sem multimorbilidade a referirem melhor percepção de saúde física comparativamente aos participantes com multimorbilidade, com significado estatístico ( $p < 0.001$ ). Os níveis de ansiedade e a depressão são igualmente muito próximos entre os dois grupos, e não apresentaram diferenças com significado estatístico.



Tabela 3 – Resultados do teste U Mann-whitney

	Valores das escalas	Ansiedade	Depressão	Percepção de saúde física	Percepção de saúde mental
<b>Sem MM</b>	Média ± d.p.	19.19 ± 2.22	15.94 ± 1.57	54.64 ± 2.22	50.24 ± 10.76
<b>Com MM</b>	Média ± d.p.	19.37 ± 2.87	15.98 ± 2.17	43.71 ± 10.41	50.38 ± 9.94
<b>Total</b>	p	0.499	0.746	<b>0.001</b>	0.803

d.p.: desvio-padrão; p - significância estatística

Como a percepção de saúde física foi a única que apresentou relação significativa com a multimorbilidade, recorreu-se aos testes de Kruskal Wallis e de Spearman para avaliar a sua relação com as variáveis sociodemográficas (escolaridade; situação laboral; religião; rendimento familiar; estado civil), sexo e idade, para perceber se poderiam estar a influenciar a relação com a multimorbilidade, cujos resultados se encontram descritos na tabela 4.

No teste Kruskal Wallis verificou-se que a distribuição da percepção de saúde física não é a mesma entre as diferentes categorias de escolaridade, situação laboral, religião, rendimento familiar e estado civil, apresentando todas estas variáveis sociodemográficas diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Já a percepção de saúde física entre o sexo feminino e masculino aparenta ser semelhante ( $p = 0.539$ ).

Segundo os resultados do teste de Spearman, foi encontrada uma correlação negativa significativa entre a idade e a percepção de saúde física ( $\rho = -0.680$ ,  $p < 0.001$ ). Conforme a idade aumenta a percepção de saúde física diminui, verificando-se pontuações mais elevadas de percepção de saúde física em pessoas com menor idade.

Tabela 4 - Resultados dos testes Kruskal Wallis e de Spearman para comparar os resultados da percepção de saúde física consoante as variáveis sociodemográficas estudadas.

Variável		Perceção de saúde física		
		$\rho$	Médias	p
<b>Escolaridade</b>	Até ao 4 <sup>o</sup> ano		<b>41.23</b>	<b>&lt;0.001</b>
	5 <sup>o</sup> - 9 <sup>o</sup> ano	————	48.03	
	Secundário ou superior		53.80	
<b>Situação laboral</b>	Trabalhador(a) a tempo inteiro		51.35	<b>&lt;0.001</b>
	Trabalhador(a) a tempo parcial		55.02	
	Trabalhador(a) familiar	————	<b>38.17</b>	
	Desempregado(a)		50.07	
	Reformado(a)		41.43	
	Estudante		57.35	
<b>Religião</b>	Cristão	————	<b>48.21</b>	<b>0.02</b>
	Outras religiões ou não religioso		54.97	
<b>Rendimento familiar</b>	< 1029 €		<b>44.33</b>	<b>0.01</b>
	1030-1785 €	————	52.06	
	>1786 €		53.26	
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)		55.43	<b>&lt;0.001</b>
	Casado(a) ou em união de facto	————	46.25	
	Divorciado(a) ou Separado(a)		50.17	
	Viúvo(a)		<b>38.54</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	————	<b>48.51</b>	0.539
	Masculino		49.58	
<b>Idade</b>		<b>- 0.680</b>	————	<b>&lt;0.001</b>

$\rho$  = Coeficiente de correlação de classificação de Spearman; p - significância estatística

De forma a perceber a possível influência dos fatores sociodemográficos na relação da multimorbilidade com a percepção de saúde física, recorreu-se a estatística inferencial multivariada através de regressão linear múltipla.

No modelo da regressão linear em modo backward foram introduzidas as variáveis multimorbilidade, idade, escolaridade, estado civil, situação laboral, religião e rendimentos familiares. No final, apenas a idade e a multimorbilidade mostraram ser preditores da percepção de saúde física, reconhecendo estas como variáveis independentes na influência da percepção de saúde física.

A tabela 5 sintetiza os resultados da análise de regressão linear múltipla, com a variável percepção de saúde física como variável dependente, e as variáveis idade e multimorbilidade como variáveis independentes. Foi obtido um valor de R square de 0,439, com o respetivo valor ajustado de 0,433.

Como se pode observar a idade ( $p < 0.001$ ) e a multimorbilidade ( $p = 0.004$ ), são preditores significativos da percepção de saúde física, com o modelo de regressão a explicar cerca de 43% da variabilidade da percepção de saúde física dos participantes do estudo ( $R^2 a = 0.433$ ).

A percepção de saúde física dos participantes diminuiu 0,221 pontos por cada ano de vida a mais, e diminuiu 4,418 pontos se os participantes apresentarem multimorbilidade.

Tabela 5 - Coeficientes de Regressão Linear Múltipla para Percepção de Saúde Física

Variável	Percepção de Saúde Física			
	B ± SE	B	P	95% CI
<b>(Constante)</b>	62.664 ± 1.50		0.000	59.708 a 65.620
<b>Idade</b>	- 0.221 ± 0.035	-0.491	<0.001	-0.289 a -1.413
<b>MM</b>	- 4.418 ± 1.523	-0.224	0.004	-7.423 a -0.152

B = coeficiente não padronizado; SE = erro padrão;  $\beta$  = coeficiente padronizado; CI = intervalo de confiança; p - significância estatística

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal perceber a relação entre ansiedade, depressão e percepção de saúde (física e mental) em pacientes com multimorbilidade versus pacientes sem multimorbilidade, com posterior objetivo de analisar a influência de fatores sociodemográficos sobre esta relação.

Relativamente ao objetivo principal, foi possível concluir que a percepção de saúde física foi a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, ou seja, o simples facto de um indivíduo possuir multimorbilidade, torna-o mais suscetível de apresentar uma pior percepção da sua saúde física, mas aparentemente não da sua saúde mental ou dos seus níveis de ansiedade ou depressão.

A conclusão de que pessoas com multimorbilidade têm pior percepção de saúde física em comparação com as pessoas sem multimorbilidade está de acordo com os resultados obtidos em estudos internacionais sobre o tema, que apontam que uma pior auto-percepção da saúde e sedentarismo estão associados à multimorbilidade [29].

Contudo, os resultados relativos à ansiedade, depressão e percepção de saúde mental não vão de encontro com o que era esperado desta investigação, uma vez que os estudos internacionais afirmam que a depressão é duas a três vezes mais provável em pessoas com multimorbilidade em comparação com pessoas sem multimorbilidade [8], indicando a multimorbilidade como uma das variáveis-chave associadas à ansiedade e aos sintomas depressivos [9]. Outros dados sugerem que um número crescente de afeições físicas crónicas está associado a maiores probabilidades de ansiedade [19], com estudos a associar a multimorbilidade a níveis mais elevados de stress nos adultos mais velhos [11]. A razão plausível para esta disparidade poderá ser a presença de uma amostra com elevada percentagem de pessoas com elevada literacia e rendimentos, que tendem a ter maior facilidade em gerir as suas doenças crónicas e a lidar com a multimorbilidade, pois o efeito cumulativo da multimorbilidade impõe encargos financeiros adicionais a estes pacientes [27]. Com melhores condições financeiras e de literacia, terão mais fácil acesso a cuidados de saúde personalizados, quer para o seguimento dos seus problemas físicos como mentais, podendo por isso apresentar um menor impacto psicológico e níveis de ansiedade mais baixos, com estudos a afirmarem que os efeitos adversos da multimorbilidade na saúde e qualidade de vida são exacerbados por um baixo nível socioeconómico [27], que por sua vez é um fator de risco para sintomas depressivos.

Relativamente ao segundo objetivo desta investigação, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla para perceber se a percepção de saúde física pelas pessoas com multimorbilidade estaria a ser influenciada por variáveis sociodemográficas ou se seria independente destas. Analisando os resultados verificou-se que a diferença na percepção de saúde física entre os dois grupos pareceu ser independente das características sociodemográficas dos doentes, com o modelo de regressão linear múltipla a explicar cerca de 43% da variabilidade da percepção de saúde física dos participantes do estudo ( $R^2 = 0.433$ ), apontando a idade e a multimorbilidade como preditores independentes da percepção de saúde física. Assim a multimorbilidade influencia a percepção de saúde física independentemente das características sociodemográficas das pessoas. Estudos internacionais demonstram relação semelhante, associando negativamente a multimorbilidade com a qualidade de vida relacionada à saúde [21].

Efetivamente, a multimorbilidade leva a maior percepção de incapacidade física de forma abrangente, isto é, em todas as classes económicas, em todas as pessoas com poucos ou muitos estudos, homens ou mulheres, religiosos ou não, independentemente do estado civil ou situação laboral, e ainda, em qualquer idade. Verificou-se que a idade também influencia a percepção e incapacidade física, todavia a multimorbilidade influencia independentemente da idade que a pessoa tenha, pelo que se esta tiver multimorbilidade, mais provavelmente se sentirá incapaz fisicamente, e terá tendência a ser pouco produtiva e funcional. Ou seja, a multimorbilidade é causa de percepção de incapacidade mesmo em pessoas jovens, o que pode levar a absentismo laboral e, conseqüentemente, a menor produtividade das pessoas em idade ativa, com aumento do uso de serviços de saúde, dos custos financeiros e redução da qualidade de vida. Será importante atentar a estas pessoas, com cada vez mais multimorbilidade cada vez mais jovens, e evitar que tal aconteça, apostando na sua prevenção.

No entanto, há a apontar algumas limitações ao presente estudo que poderão justificar a discrepância entre os resultados do presente trabalho e as evidências existentes na literatura atualmente disponível sobre o tema.

Como limitações ao presente estudo, são de destacar em primeiro lugar, a ausência de uma definição consensual sobre multimorbilidade, ainda que o estudo tenha recorrido à definição mais frequentemente empregue, utilizou uma lista de doenças definida pelos investigadores. Isto não permite comparar com outros estudos, nem pode garantir que tenham sido identificadas com exatidão as pessoas com multimorbilidade, com estudos nacionais a descreverem uma percentagem de multimorbilidade de 72.7%

entre os doentes adultos em cuidados de saúde primários [2], contrastando com a percentagem de 51,4 % apontada neste trabalho, contudo não era esperada uma percentagem tão elevada de multimorbilidade, pois os referidos estudos aplicaram critérios de inclusão mais abrangentes que os utilizados no presente trabalho.

Outra limitação consiste nas características da amostra, pois tratou-se de uma amostra pouco diversificada, não representativa a nível nacional, pois apresentava uma elevada percentagem de participantes com literacia alta e bons rendimentos familiares (55.1% com ensino secundário ou superior e 41.3% acima dos 1786 euros de rendimento mensal) e baixa diversidade religiosa (88% cristãos), e isso pôde limitar as diferenças encontradas, nomeadamente na ansiedade e depressão e percepção de qualidade de vida mental. Pontos fortes da amostra foram a distribuição por sexos dos participantes equitativa e o intervalo das idades dos participantes amplo (entre os 18 e os 92 anos, sendo a média de idades de  $51.33 \pm 22.02$  anos), o que permite a representação de todos os grupos etários adultos no estudo. Os grupos com e sem multimorbilidade também apresentaram frequências próximas entre si (51.1 % e 48.9%, respetivamente).

O próprio método de amostragem limita a representatividade do estudo, com a amostra a ser obtida de forma não probabilística por conveniência, com a maioria dos participantes a serem recrutados em consultas no centro de saúde pelo seu médico de família, e portanto a terem seguimento médico para as suas patologias no momento de realização do estudo, não incluindo doentes sem médico de família ou sem apoio profissional para as suas condições médicas, pelo que os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra assim construída, não podendo ser generalizados com confiança para a população. É contudo um método útil para dar início à investigação sobre o tema em estudo em Portugal.

Outro aspeto a ter em conta trata-se do facto de as respostas ao inquérito terem sido colhidas por via telefónica e registadas no inquérito digital através do investigador. A impossibilidade de os participantes registarem as suas respostas diretamente no inquérito, mas antes via investigador, a quem os participantes comunicavam as suas informações pessoais, poderá, eventualmente, ter contribuído para algum constrangimento sentido por parte dos participantes em expressar os seus verdadeiros níveis de ansiedade, depressão e percepção de saúde mental, dado tratar-se de uma área subjetiva do foro psicológico e comportamental, com consequentes pontuações desproporcionais nas escalas usadas para as avaliar, ainda que a participação no estudo tenha sido anónima e voluntária (viés de desejabilidade social).

O facto de as questões serem sempre lidas pelo investigador, e ter existido mais do que um investigador a ler as questões e a colher as respostas, poderá acarretar também um viés de interpretação do inquérito por parte dos participantes e viés interobservador.

Considera-se, portanto, pertinente a repetição do estudo, de forma a superar as várias limitações anteriormente apontadas. Para tal dever-se-á procurar ter, para além de um processo de colheita de dados mais privado para os participantes, usar uma lista mais extensa, validada e reprodutível em termos de doenças para definir multimorbilidade, um método de amostragem probabilístico e uma amostra maior, mais diversificada em termos de estratos socioeconómicos e escolaridade, e mais adaptada à população portuguesa, a fim de perceber se os resultados encontrados neste estudo podem ou não refletir a realidade da população portuguesa.

Sendo a multimorbilidade uma condição crónica que detém cada vez mais um forte impacto negativo na vida dos seus doentes, considera-se relevante que mais estudos possam ser feitos à cerca deste tema, dando particular destaque aos seus padrões, prevalências e influências, nomeadamente por parte de características sociodemográficos dos doentes, de forma a aprofundar o conhecimento relativo à multimorbilidade em Portugal, a fim de facilitar uma melhor prestação de cuidados de saúde, mais adequados e eficientes, e assim melhorar a qualidade de vida destes doentes.

## Conclusão

Com a realização do presente estudo foi possível concluir que existe diferença estatisticamente significativa relativamente à percepção de saúde física entre quem tem e quem não tem multimorbilidade, que por sua vez foi independente das variáveis sociodemográficas que foram estudadas (escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento familiar e religião). A idade e a multimorbilidade foram identificadas como preditores significativos de pior percepção de saúde física, com o modelo de regressão linear a explicar cerca de 43% da variabilidade de percepção de saúde física dos participantes.

Tal conclusão é relevante pois permitiu evidenciar que, independentemente das suas características sociodemográficas, os indivíduos desta amostra definidos como tendo multimorbilidade são efetivamente pessoas que se encontram em sofrimento físico, o que tende a gerar incapacidade física, tanto para as atividades de vida diárias e de lazer, como para as atividades laborais destes doentes, condicionando a sua qualidade de vida. Consequentemente terá implicações a nível socioeconómico, com aumento dos custos para o próprio doente, para os serviços prestadores de cuidados de saúde e para os apoios sociais e financeiros a fornecer a estes doentes. O que torna a multimorbilidade num crescente e abrangente problema de saúde pública, não poupando classes económicas, sexos, antecedentes profissionais e afetando pessoas de todas as idades na sua percepção de incapacidade, pelo que é cada vez mais reconhecido como relevante e carente de investigação.

Contudo este estudo apresenta algumas limitações importantes, pelo que se sugere que se continue a investigação nesta área, com futuros estudos que, usando a metodologia deste trabalho, recorram a métodos mais standardizados de definição de multimorbilidade, amostras maiores e mais diversificadas e representativas da população portuguesa, de forma a confirmar o que se encontrou e a melhor compreender esta realidade e as suas relações com outros fatores, averiguando se os resultados deste estudo se replicam e são generalizáveis à população portuguesa.



## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, pela orientação e disponibilidade sempre demonstrados, paciência, amabilidade e ajuda constante, fundamentais para a concretização deste trabalho.

Agradeço à Doutora Inês Figueiredo, pela coorientação, simpatia e disponibilidade.

Agradeço todos os participantes e aos profissionais de saúde das USFs envolvidas no recrutamento dos participantes, que de forma anónima contribuíram e tornaram possível a realização deste projeto de investigação.

E por último, agradeço aos meus pais e à minha namorada, por todo o apoio que me deram, incentivando-me a sempre a lutar pelos meus objetivos.

## Referências Bibliográficas

1. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [Multimorbidity in Portugal: Results from The First National Health Examination Survey]. *Acta Med Port.* 2019 Feb 1;32(1):30-37. Portuguese. doi: 10.20344/amp.11227. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30753801
2. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015 Sep 25;5(9):e009287. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009287. PMID: 26408832; PMCID: PMC4593139.
3. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:965025. doi: 10.1155/2015/965025. PubMed PMID: 26682225; PubMed Central PMCID: PMC4670848.
4. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14(1):156. Published 2016 Nov 11. doi:10.1186/s12955-016-0559-7;
5. Guilherme Quinaz Romana, Irina Kislaya, Susana Cunha Gonçalves, Mário Rui Salvador, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias, Healthcare use in patients with multimorbidity, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue 1, February 2020, Pages 16–22, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118>.
6. Prazeres F, Santiago L. Multimorbidity in primary care in Portugal (MM-PT): a cross-sectional three-phase observational study protocol. *BMJ Open.* 2014 Feb 14;4(2):e004113. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004113. PMID: 24531449; PMCID: PMC3927708.
7. Winkler P, Horáček J, Weissová A, Šustr M, Brunovský M. Physical Comorbidities in Depression Co-Occurring with Anxiety: A Cross Sectional Study in the Czech Primary Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2015; 12(12):15728-1573
8. Jennifer R. Read, Louise Sharpe, Matthew Modini, Blake F. Dear, Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 221, 2017, Pages 36-46, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009> Farooq S, Khan T, Zaheer S, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with

- multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMJ Open* 2019;9:e029315. doi:10.1136/bmjopen-2019-029315
9. Violán C, Foguet-Boreu Q, Roso-Llorach A, Rodriguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Muñoz-Pérez MÁ, Valderas JM. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014 May 29;14:530. doi: 10.1186/1471-2458-14-530. PMID: 24885174; PMCID: PMC4060853.
  10. Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Schofield, P., Lin, P-Y., Tseng, P-T., ... Koyanagi, A. (2018). Multimorbidity and perceived stress: A population-based cross-sectional study among older adults across six low- and middle-income countries. *Maturitas*, 107, 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.007>.
  11. Gould CE, O'Hara R, Goldstein MK, Beaudreau SA. Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016 Oct;31(10):1105-1115. DOI: 10.1002/gps.4532.
  12. Tyack Z, Frakes KA, Barnett A, Cornwell P, Kuys S, McPhail S. Predictors of health-related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: a longitudinal cohort study. *Qual Life Res*. 2016 Oct;25(10):2579-2592. doi: 10.1007/s11136-016-1282-x. Epub 2016 Apr 5. PMID: 27048497.
  13. Sim SZ, Koh HL, Lee SPS, Young DY, Lee ES. How does multimorbidity affect middle-aged adults? A cross-sectional survey in the Singapore primary healthcare setting. *BMC Fam Pract*. 2020 Sep 14;21(1):190. doi: 10.1186/s12875-020-01262-2. PMID: 32928131; PMCID: PMC7490863.
  14. Wang XX, Chen ZB, Chen XJ, Huang LL, Song XY, Wu X, Fu LY, Wang PX. Functional status and annual hospitalization in multimorbid and non-multimorbid older adults: a cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Feb 13;16(1):33. doi: 10.1186/s12955-018-0864-4. PMID: 29433527; PMCID: PMC5809886.
  15. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Höfels S, Altiner A, Dahlhaus A, Gensichen J, Riedel-Heller S, Weyerer S, Blank WA, König HH, von dem Knesebeck O, Wegscheider K, Scherer M, van den Bussche H, Wiese B. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Apr 3;12:89. doi: 10.1186/1472-6963-12-89. PMID: 22471952; PMCID: PMC3348059.

16. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M. A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study of 162,283 Danish Adults. *PLoS One*. 2017 Jan 5;12(1):e0169426. doi: 10.1371/journal.pone.0169426. PMID: 28056050; PMCID: PMC5215832.
17. Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G. *et al*. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. first results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res* 12, 89 (2012).
18. Vancampfort, D., Koyanagi, A., Hallgren, M., Probst, M., & Stubbs, B. . The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: A global perspective across 42 countries. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*, 45, 1-6. (2017)
19. Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Kahl, K., Mitchell, A., Lin, P., Koyanagi, A.. Depression and physical health multimorbidity: Primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 47(12), 2107-2117. doi:10.1017/S0033291717000551(2017)
20. She R, Yan Z, Jiang H, Vetrano DL, Lau JTF, Qiu C. Multimorbidity and Health-Related Quality of Life in Old Age: Role of Functional Dependence and Depressive Symptoms. *J Am Med Dir Assoc*. 2019 Sep;20(9):1143-1149. doi: 10.1016/j.jamda.2019.02.024. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30979676.
21. Coventry Peter, Lovell Karina, Dickens Chris, Bower Peter, Chew-Graham Carolyn, McElvenny Damien *et al*. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease *BMJ* 2015; 350 :h638
22. Lee, HJ., Yun, J. Health-related quality of life in South Korean community-dwelling older adults with multimorbidity: a convergent parallel mixed-methods approach. *Qual Life Res* 29, 721–732 (2020).
23. Galenkamp H, Gagliardi C, Principi A, Golinowska S, Moreira A, Schmidt AE, Winkelmann J, Sowa A, van der Pas S, Deeg DJ. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *Eur J Ageing*. 2016;13(2):129-143. doi: 10.1007/s10433-016-0375-2. Epub 2016 May 4. PMID: 27358604; PMCID: PMC4902842.
24. Birk, J. L., Kronish, I. M., Moise, N., Falzon, L., Yoon, S., & Davidson, K. W.. Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the

- associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychology*, 38(9), 802–811(2019).
25. Assari, S.; Smith, J.; Bazargan, M. Depression Fully Mediates the Effect of Multimorbidity on Self-Rated Health for Economically Disadvantaged African American Men but Not Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 1670.
  26. Ishida, M., Hulse, E. S., Mahar, R. K., Gunn, J., Atun, R., McPake, B., Tenneti, N., Anindya, K., Armstrong, G., Mulcahy, P., Carman, W., & Lee, J. T. (2020). The Joint Effect of Physical Multimorbidity and Mental Health Conditions Among Adults in Australia. *Preventing chronic disease*, 17, E157. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200155>
  27. Klompstra, L., Ekdahl, A.W., Krevers, B. *et al.* Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatr* 19, 187 (2019).
  28. Park B, Lee HA, Park H. Use of latent class analysis to identify multimorbidity patterns and associated factors in Korean adults aged 50 years and older. *PLoS One*. 2019 Nov 13;14(11):e0216259. doi: 10.1371/journal.pone.0216259. PMID: 31721778; PMCID: PMC6853322.
  29. de Souza Santos Machado V, Valadares AL, da Costa-Paiva LS, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause*. 2012 May;19(5):569-75. doi: 10.1097/gme.0b013e3182455963. PMID: 22415564.
  30. Cheng, C., Yang, C.-Y., Inder, K. and Wai-Chi Chan, S., Urban–rural differences in mental health among Chinese patients with multiple chronic conditions. *Int J Mental Health Nurs*, 29: 224-234(2020)
  31. Yadav, U.N., Thapa, T.B., Mistry, S.K. *et al.* Socio-demographic characteristics, lifestyle factors, multi-morbid conditions and depressive symptoms among Nepalese older adults. *BMC Psychiatry* 20, 261 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02680-3>
  32. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;(4):CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD006560. PMID: 22513941.

## Anexo I - Consentimento informado



### ADJUST2PAIN Study: efeitos das crenças e do coping na adaptação à dor

Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain

Alexandra Valente, Ph.D.	Investigadora em Pós-Doutoramento	+351 969 082 988
José Pais Ribeiro, Ph.D.	Professor	+351 965 045 590
Mark P. Jensen, Ph.D. Professor, Vice-Reitor para a Investigação		+1 206 543 3185

**Telefone Geral do Estudo: + 351 218 811 748**

A dor crónica é um problema significativo que afeta cerca de 1 em cada 3 adultos em Portugal. A investigação mostra que aquilo que as pessoas com dor crónica pensam acerca da sua dor e aquilo que fazem para lidar com a sua dor afeta a sua qualidade de vida e bem-estar. As conclusões desta investigação têm levado ao desenvolvimento de tratamentos multidisciplinares da dor que são mais eficazes no controlo da dor do que o tratamento farmacológico ou puramente biomédico tomado isoladamente. Estes tratamentos têm sido desenvolvidos, sobretudo, nos Estados Unidos da América, e vêm sendo aplicados em Portugal. Mas, aquilo que pensamos acerca da dor e aquilo que fazemos para lidar com ela depende da cultura e do país de origem de cada pessoa. Por isso, é importante entender como é que os tratamentos psicológicos poderão ser adaptados de forma a melhorar a sua eficácia junto de pessoas de diferentes grupos culturais.

O objetivo desta investigação é melhorar a eficácia dos tratamentos multidisciplinares da dor, originalmente desenvolvidos nos Estados Unidos da América, no contexto cultural português. Pretende-se comparar a experiência de pessoas com dor crónica dos Estados Unidos da América e de Portugal, com vista a propor de que forma os tratamentos multidisciplinares da dor desenvolvidos nos Estados Unidos devem ser adaptados à cultura portuguesa.

Este estudo está a ser desenvolvido, em parceria, pelo *William James Center for Research*, ISPA – Instituto Universitário (Lisboa, Portugal), e pela *University of Washington* (Seattle, WA, Estados Unidos da América), no âmbito de projeto de pós-doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/121452/2016), sob responsabilidade da Doutora Alexandra Ferreira Valente.

**A sua experiência e perspetiva são únicas. Por isso, a sua participação é essencial.**

A participação neste estudo implica o preenchimento de um questionário acerca da sua experiência de dor, estratégias que usa para lidar com a dor e crenças pessoais acerca da dor. Este questionário demorará cerca de 20 a 30 minutos a preencher. O questionário é preenchido em casa ou no serviço de saúde onde recebe tratamento, antes do seu tratamento, em versão papel-e-caneta ou eletrónica (no site do projeto de investigação).

A participação é completamente voluntária. Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, e acessíveis apenas aos investigadores do estudo.

**Por favor, leia com atenção este documento. Se tiver dúvidas, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar, por favor, assine este documento.**

Eu declaro que:

- (1) O âmbito, objetivos e procedimentos deste estudo de investigação me foram explicados e que todas as perguntas que fiz me foram respondidas;
- (2) Fui informado/a que a minha participação é voluntária, anónima e confidencial, e que posso desistir de participar a qualquer momento;
- (3) Fui informado/a de que posso ter acesso aos meus dados e aos resultados do estudo, se o desejar;
- (4) Aceito participar nesta investigação.

**NOME (primeiro e último):** \_\_\_\_\_

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

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

---

**Membro da equipa de investigação:** Declaro ter explicado os objetivos e procedimentos do estudo, ter respondido a todas as perguntas que me foram feitas, e garanti que o participante teve tempo suficiente para refletir acerca da sua decisão de participar no estudo.

**NOME (primeiro e último):** \_\_\_\_\_

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

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

## Anexo II - Inquérito “Adjust2pain: Efeito das crenças e do coping na adaptação da dor”



UW Medicine  
DEPARTMENT OF  
REHABILITATION MEDICINE



**POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO E ASSINALE AS SUAS RESPOSTAS ÀS SEGUINTESS QUESTÕES.**

**Sexo:**  Feminino  Masculino

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

**Estado Civil:**  
 Solteiro/a  
 Casado/a ou em união de facto  
 Divorciado/a ou separado/a  
 Viúvio/a

**Qual o nível de escolaridade completo que possui (por favor, assinale o nível de escolaridade mais elevado que completou):**  
 Nenhum. Não sei ler ou escrever  
 Nenhum, mas eu sei ler ou escrever  
 Sei ler ou escrever, mas não completei o ensino primário  
 1.º ciclo (ensino primário, 4.º classe/ano)  
 2.º ciclo (6.º ano)  
 3.º ciclo (ensino básico, 9.º ano)  
 Ensino secundário (12.º ano)  
 Bacharelato ou licenciatura ou equivalente  
 Mestrado ou equivalente  
 Doutoramento ou equivalente

**Área de residência:**  
Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
Freguesia \_\_\_\_\_

**Qual das seguintes expressões descreve melhor o local onde vive?**  
 Centro histórico de uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Arredores de uma grande cidade  
 Uma cidade de media dimensão (e.g. Figueira da Foz)  
 Uma vila ou uma pequena cidade (e.g. Mafra)  
 Uma aldeia (e.g. Piódão)  
 Uma quinta ou casa de campo

**Situação face ao emprego:**  
 Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)  
 Desempregado/a  
 Reformado/a  
 Estudante  Outra. Qual? \_\_\_\_\_



**Se respondeu "desempregado/a" ou "reformado/a", por favor indique quais das seguintes expressões melhor descreve os motivos para essa situação (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

- Decisão/escolha pessoal ou familiar
- Decisão da empresa/empregador
- Dificuldade em encontrar um emprego
- Atingi a idade da reforma
- Devido à causa da minha dor ou à incapacidade relacionada com a dor
- Devido a outro problema de saúde
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Outro, mas prefiro não dizer qual
- Prefiro não responder

**Por favor, indique a sua profissão/ocupação (se respondeu "desempregado/a" ou "reformado/a", por favor refira-se à sua última profissão/ocupação):** \_\_\_\_\_

- Língua mãe:**
- |  |                                |                               |                               |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Português          | <input type="radio"/> Espanhol | <input type="radio"/> Chinês  | <input type="radio"/> Tagalog |
| <input type="radio"/> Vietnamita         | <input type="radio"/> Árabe    | <input type="radio"/> Francês | <input type="radio"/> Coreano |
| <input type="radio"/> Russo              | <input type="radio"/> Alemão   | <input type="radio"/> Crioulo | <input type="radio"/> Hindi   |
| <input type="radio"/> Inglês             | <input type="radio"/> Italiano | <input type="radio"/> Polaco  | <input type="radio"/> Urdu    |
| <input type="radio"/> Outra. Qual? _____ |                                |                               |                               |

**Pertence a um grupo minoritário em Portugal, pela nacionalidade, cor da pele ou etnia?**

(Se autoriza o tratamento da informação responda à questão com "sim" ou "não", se não autoriza assinale a opção "recuso-me a responder")

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

- |   |   |
|---|---|
| <b>Nacionalidade</b> _____                | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da mãe</b> _____         | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do pai</b> _____         | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da avó materna</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do avô materno</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade da avó paterna</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |
| <b>Nacionalidade do avô paterno</b> _____ | <input type="radio"/> Prefiro não responder |

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA DOR. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.**

**Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Teve alguma dor diferente destas dores comuns hoje?**

- Sim  
 Não

**Por favor, indique se tem (ou teve) o(s) seguinte(s) problema(s) de saúde (assinale todos os que se aplicam):**

- Artrose  
 Artrite reumatóide  
 Osteoporose  
 Dor associada a trauma ou fratura  
 Lesão/doença no/do joelho(s)  
 Lesão/doença no/do ombro  
 Torcicolo/rigidez do pescoço  
 Doença/lesão do(s) disco(s) intervertebrais ou vértebras  
 Doença/lesão do(s) da coluna não especificada(s)  
 Ciática (dor do nervo ciático)  
 Escoliose  
 Síndrome do túnel cárpico  
 Fibromialgia  
 Enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica  
 Cancro  
 Doença vascular periférica  
 Dor associada a intervenção(ões) cirúrgica(s)  
 Diabetes  
 Doença de Crohn ou Colite ulcerativa  
 Lesão medular  
 Amputação de membro  
 Endometriose  
 Dor devido a outro problema de saúde  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

**Se sente dor devido a algum dos problemas de saúde assinalados acima, indique se está a fazer algum tratamento para a sua dor ou para o problema de saúde que está associado à sua dor.**

- Sim  
 Não

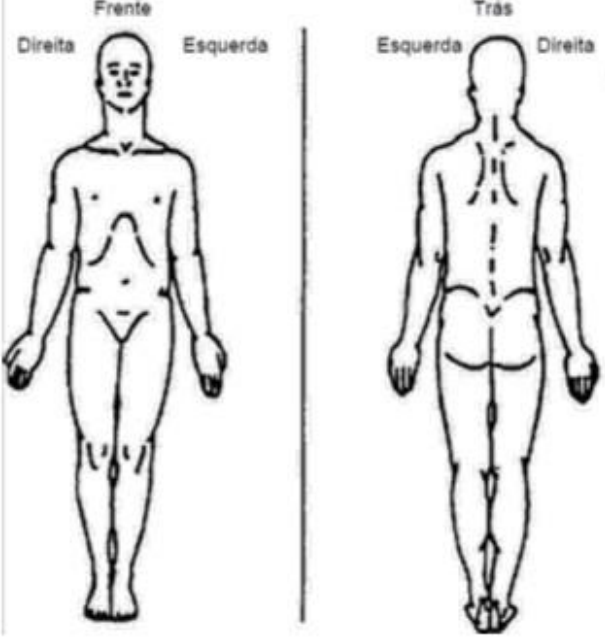
Se sim, qual ou quais?

Quando iniciou esse(s) tratamento(s)?

- Fármaco(s)/ Medicamento(s)  
 Fisioterapia  
 Hidroterapia  
 Acupuntura  
 Osteopatia  
 Relaxamento  
 Hipnose  
 Psicoterapia  
 Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



Tem dor todos os dias ou quase?  Sim  Não

Se **sim**, por favor indique há quanto tempo tem/sente dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Se **sim**, por favor indique há quanto tempo lhe foi diagnosticado o problema de saúde que causa a sua dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Nenhum Alívio  
alívio completo

**Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:**

<b>Atividade geral</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Disposição</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Capacidade de andar a pé</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Relações com outras pessoas</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Sono</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Prazer de viver</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente

**Nos últimos 6 meses, foi alguma vez internado/a devido a (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

Ansiedade  
 Depressão  
 Outro problema emocional/psicológico  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

**Nos últimos 6 meses, teve/teve ou levou a cabo algum dos seguintes (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

Desejo de pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Tentou pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

Por favor, classifique o quanto está confiante neste momento de que consegue fazer as seguintes coisas, apesar da dor. Assinale, com um círculo, o número que melhor descreve a sua resposta, considerando que (0) indica nada confiante e (6) totalmente confiante.

Por exemplo:

0	1	2	3	4	5	6
Nada confiante						Totalmente confiante

Lembre-se que este questionário não pergunta se tem ou não feito estas coisas, mas sim o quanto confiante está de que consegue fazê-las neste momento, apesar da dor.

	Nada confiante						Totalmente confiante
Consigo apreciar as coisas, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo fazer a maior parte das tarefas domésticas (por exemplo, arrumar a casa, lavar pratos, lavar o carro, etc.), apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo continuar a conviver com os meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo lidar com a dor na maior parte das situações.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo fazer alguns trabalhos, apesar da dor (inclui o trabalho doméstico, e o trabalho remunerado e não remunerado).	0	1	2	3	4	5	6
Ainda consigo fazer muitas das coisas de que gosto, tais como atividades de tempos livres ou de lazer, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo lidar com a dor sem tomar medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6
Ainda consigo alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo ter uma vida normal, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6
Consigo ser cada vez mais ativo/a, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6

DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DO QUE PENSA, SENTE E FAZ. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. LEIA E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.

Assinale com um círculo o número de dias, durante a última semana, em que usou, pelo menos uma vez no dia, cada umas das seguintes estratégias para lidar com a sua dor. Por favor, inclua os dias em que usou cada estratégia para evitar ou diminuir a dor no futuro, mesmo que não tivesse dor naquele momento.								
Estive menos tempo em pé	0	1	2	3	4	5	6	7
Deitei-me numa cama	0	1	2	3	4	5	6	7
Pedi ajuda na lida da casa ou numa tarefa	0	1	2	3	4	5	6	7
Procurei descontraír os meus músculos	0	1	2	3	4	5	6	7
Não deixei que a dor interferisse nas minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6	7
Fiz exercício para melhorar a minha condição física em geral pelo menos durante 5 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7
Tive apoio de um amigo	0	1	2	3	4	5	6	7
Disse a mim próprio/a que a dor vai diminuir	0	1	2	3	4	5	6	7
Evitei fazer atividades	0	1	2	3	4	5	6	7
Descansei numa cadeira, num sofá ou numa poltrona	0	1	2	3	4	5	6	7
Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6	7
Respirei fundo e devagar para relaxar	0	1	2	3	4	5	6	7
Não deixei que a dor afetasse o que estava a fazer	0	1	2	3	4	5	6	7
Estiquei os músculos onde tinha dor e deixei-os esticados pelo menos durante 10 segundos	0	1	2	3	4	5	6	7
Conversei com um amigo ou familiar para ter apoio	0	1	2	3	4	5	6	7
Lembrei-me a mim próprio/a que existem pessoas que estão pior do que eu	0	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, indique até que ponto concorda com cada uma das afirmações sobre a sua dor, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta):

**Chave de resposta**

- 0 = No meu caso, isto é completamente falso.
- 1 = No meu caso, isto é relativamente falso.
- 2 = No meu caso, isto não é verdadeiro nem falso (ou não se aplica a mim).
- 3 = No meu caso, isto é relativamente verdadeiro.
- 4 = No meu caso, isto é completamente verdadeiro

A dor que sinto é um sinal de que algo de mal está a acontecer.	0	1	2	3	4
Provavelmente, vou ter de tomar, para sempre, medicação para a dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
Se a minha dor continuar com a intensidade atual, não vou poder trabalhar.	0	1	2	3	4
A intensidade da dor que sinto está fora do meu controlo.	0	1	2	3	4
Não espero uma cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
A dor não significa necessariamente que esteja a acontecer algo de mal ao meu corpo.	0	1	2	3	4
Foi o uso de medicamentos que mais me aliviou a dor.	0	1	2	3	4
A ansiedade aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Há muito pouco que eu possa fazer para diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, mereço ser tratado/a com carinho e preocupação.	0	1	2	3	4
Pago aos médicos para que eles curem a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não tem necessariamente de interferir com o meu nível de atividade.	0	1	2	3	4
A minha família tem a responsabilidade de me ajudar quando sinto dores.	0	1	2	3	4
O stresse na minha vida aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
O exercício e o movimento são bons para a minha dor.	0	1	2	3	4
A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica.	0	1	2	3	4
A minha família precisa de aprender a cuidar melhor de mim quando estou com dores.	0	1	2	3	4
A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Se fizer exercício posso agravar muito a minha dor.	0	1	2	3	4
Consigno controlar a minha dor pensando noutras coisas.	0	1	2	3	4
Quando estou com dor preciso de mais carinho do que recebo agora.	0	1	2	3	4



Considero-me incapacitado.	0	1	2	3	4
Aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
Confio que os médicos conseguem curar a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
A minha dor física nunca terá cura.	0	1	2	3	4
Existe uma forte relação entre as minhas emoções e o meu nível de dor.	0	1	2	3	4
Não controlo a minha dor.	0	1	2	3	4
Independentemente do meu estado emocional, a minha dor continua na mesma.	0	1	2	3	4
Quando encontrar o médico certo, ele ou ela saberá como diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Se o meu médico me receitasse medicamentos para as dores, eu deitava-os fora.	0	1	2	3	4
Nunca mais tomo medicamentos para as dores.	0	1	2	3	4
O exercício pode diminuir a intensidade das dores que sinto.	0	1	2	3	4
A minha dor impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Encontrará, em baixo uma lista de afirmações. Por favor, assinale o quanto cada afirmação é verdadeira para si (se aplica a si), utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Por exemplo, se acredita que uma afirmação é "sempre verdade", assinale com um círculo o número 6.

0 = Nunca verdade  
 1 = Muito raramente verdade  
 2 = Raramente verdade  
 3 = Algumas vezes verdade  
 4 = Frequentemente verdade  
 5 = Quase sempre verdade  
 6 = Sempre verdade

Estou a entender-me com os meus negócios (de vida) independentemente do nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
A minha vida corre bem, embora tenha uma dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Não há problema em ter dor	0	1	2	3	4	5	6
Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor a dor	0	1	2	3	4	5	6
Não é necessário controlar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Embora as coisas tenham mudado, levo uma vida normal apesar da minha dor crónica	0	1	2	3	4	5	6

Preciso de me concentrar para me livrar da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Existem muitas atividades que faço quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6
Tenho uma vida completa apesar da dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Controlar a dor não é um objetivo importante na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos acerca da dor, para conseguir dar passos importantes na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Apesar da dor, mantenho os rumos que escolhi para a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Ter a dor num nível controlado assume prioridade sempre que estou a fazer alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
Antes de fazer qualquer plano sério, tenho de ter algum controlo na minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Quando a dor aumenta, consigo tomar conta das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
Terei um melhor controlo na minha vida se conseguir controlar os pensamentos negativos acerca da dor	0	1	2	3	4	5	6
Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar	0	1	2	3	4	5	6
As minhas preocupações e receios acerca do que a dor me irá fazer são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6
É um alívio perceber que não tenho de mudar/alterar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Tenho de lutar muito/trabalhar muito para fazer as coisas quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6

Por favor, indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si no último mês, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Se algum destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivesse ocorrido.

Não existem respostas certas ou erradas, dê apenas a sua opinião.

0 = Não verdadeira  
 1 = Raramente verdadeira  
 2 = Às vezes verdadeira  
 3 = Geralmente verdadeira  
 4 = Quase sempre verdadeira

Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	0	1	2	3	4
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	0	1	2	3	4
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	0	1	2	3	4
Ter de lidar com o stresse torna-me mais forte	0	1	2	3	4
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	0	1	2	3	4
Eu acredito que eu posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	0	1	2	3	4
Sob pressão, mantenho-me focado/a e a pensar com clareza	0	1	2	3	4
Eu não sou facilmente desencorajado/a pelo insucesso	0	1	2	3	4
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	0	1	2	3	4
Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	0	1	2	3	4

As próximas perguntas consistem num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a sua resposta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta (por favor, assinale com um círculo a sua resposta):

1 = Nada ou muito ligeiramente  
 2 = Um pouco  
 3 = Moderadamente  
 4 = Bastante  
 5 = Extremamente

Indique em que medida sentiu cada uma destas emoções, durante a última semana:

Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Leia cada uma das perguntas e assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais próxima do que sentiu do que uma resposta muito ponderada.

**Sinto-me tenso/a ou nervoso/s:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Só um pouco
- Quase nada

**Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

Por favor responda às perguntas que se seguem. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando a resposta que melhor representa a sua opinião.

**Em geral, como diria que a sua Saúde é:**  
 Ótima     Muito boa     Boa     Razoável     Fraca

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

**Atividades moderadas, limitado/atais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa**  
 Sim, muito limitado/a     Sim, um pouco limitado/al     Não, nada

**Andar mais de 1km**  
 Sim, muito limitado/a     Sim, um pouco limitado/al     Não, nada

**Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?**

**Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades**     Sim     Não

**Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)**     Sim     Não

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

**Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades**     Sim     Não

**Fez menos do que queria**     Sim     Não

**Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**  
 Absolutamente nada     Um pouco     Moderadamente     Bastante     Imenso

**As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.**

**Quanto tempo nas últimas 4 semanas:**

**Se sentiu cheio/a de vitalidade?**  
 Sempre     A maior parte do tempo     Bastante tempo     Algum tempo     Pouco tempo     Nunca

**Se sentiu muito nervoso/a?**  
 Sempre     A maior parte do tempo     Bastante tempo     Algum tempo     Pouco tempo     Nunca

**Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?**  
 Sempre     A maior parte do tempo     Bastante tempo     Algum tempo     Pouco tempo     Nunca

**Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**  
 Sempre     A maior parte do tempo     Algum tempo     Pouco tempo     Nunca

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA POSIÇÃO FACE À RELIGIÃO. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA ÀS QUESTÕES COLOCADAS.**

**Por favor, indique, se aplicável qual é a sua religião de entre as seguintes (assinale apenas uma resposta):**

- Animista
- Budista
- Cristã Anglicana
- Cristã Baptista
- Cristã Calvinista
- Cristã Luterana
- Cristã Ortodoxa
- Cristã Católica
- Outra Cristã. Qual? \_\_\_\_\_
- Hinduísta
- Islâmica
- Judaica
- Xintoísta
- Taoísta
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  
- Sou não religioso/a agnóstico/a
- Sou não religioso/a Ateu/ateia
- Nenhuma das opções anteriores  Prefiro não responder

**Com que frequência vai à igreja, mesquita ou templo, ou participa num encontro religioso?**

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca
  
- Não se aplica

**Com que frequência dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como rezar, orar, meditar ou ler a Bíblia/Corão/Escritos de Buda/Torá ou outros textos religiosos?**

- Mais do que uma vez por dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca
  
- Não se aplica

De seguida encontra 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, indique o quanto cada frase se aplica a si.

**Sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo, ou do Divino) na minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**As minhas crenças religiosas são o fundamento da minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Eu esforço-me muito para viver a minha religião em todos os aspetos da vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Por favor, indique qual a maior prioridade na sua vida, neste momento? (a mais valorizada)**

- A minha saúde e independência
- A minha família
- As minhas amizades
- Trabalho, carreira ou negócios
- A minha educação
- Segurança financeira
- Relação com Deus
- Poder viajar e ver o mundo
- Ouvir música e divertir-me
- Liberdade para viver como eu quiser

**Com que frequência participa em celebrações/eventos religiosos/os?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Para além das celebrações religiosas, com que frequência se encontra com outras pessoas por motivos religiosos (rezar, discussões religiosas, trabalho voluntário, etc.)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu colocar a sua vida sob direção/orientação de Deus (do Divino)?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)				moderadamente				completamente, totalmente	

**Que percentagem do seu rendimento bruto anual doa à sua igreja/instituição religiosa ou outra(s) causa(s) religiosa(s) cada ano?**

<input type="radio"/> 0%	<input type="radio"/> 7% - 8%
<input type="radio"/> menos de 1%	<input type="radio"/> 9% - 10%
<input type="radio"/> 1% - 2%	<input type="radio"/> 11% - 12%
<input type="radio"/> 3% - 4%	<input type="radio"/> 13% - 14%
<input type="radio"/> 5% - 6%	<input type="radio"/> 15% ou mais

**Em média, quanto tempo por dia (em 24 horas) passa a ouvir música religiosa, ou programas religiosos na rádio, ou a ver programas religiosos na televisão?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa a ler escrituras sagradas, livros religiosos, ou outro tipo de literatura religiosa?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa em oração individual ou a meditação?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa em atividades como voluntário/a na sua comunidade religiosa ou a ajudar outros por motivos religiosos?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu conformar a sua vida aos ensinamentos da sua fé religiosa?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)				moderadamente				completamente, totalmente	



**Se somar todo o rendimento do trabalho, apoios e subsídios, qual é o valor do rendimento líquido da sua família (pessoas com quem vive)?**

- Menos de 452€
- Entre 453€ e 656€
- Entre 657€ e 834€
- Entre 835€ e 1029€
- Entre 1030€ e 1245€
- Entre 1246€ e 1486€
- Entre 1487€ e 1785€
- Entre 1786€ e 2208€
- Entre 2209€ e 3353€
- Mais de 3353€
  
- Prefiro não responder

---

To be fulfilled by the research team.

SUBID \_\_\_\_\_

INSTID \_\_\_\_\_

**Anexo III – Parecer do Comité de Ética do ISPA**



Comissão de Ética de Investigação  
ISPA - Instituto Universitário de Ciências  
Psicológicas, Sociais e da Vida  
Rua Jardim do Tabaco, 34,  
1149-041 Lisboa  
Telefone: (351) 218 811 700  
Fax: (351) 218 860 954

**COMISSÃO DE ÉTICA**

**PARECER**

**I/005/03/2018**

**Título do projeto:** Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain.

**Investigador responsável:** Alexandra Ferreira Valente

**Instituição/Curso:** ISPA- Instituto Universtário

**Telefone para contato:**

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

**Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário**

(Assinatura do Presidente da CE)

Lisboa, 6 de Abril de 2018.

**Anexo IV - Aprovação de aplicação pelo IRB da Universidade de Washington**



**IRB APPROVAL OF APPLICATION**

May 21, 2018

Dear Mark Jensen:

On 5/21/2018, University of Washington IRB Committee B reviewed the following application:

Type of Review:	Initial Study
Title of Study:	ADJUST2PAIN: Effects of Beliefs and Coping in the Adjustment to Pain
Investigator:	Mark Jensen
IRB ID:	STUDY00004728
Funding:	Name: Fundacao Para A Ciencia E A Tecnologia, Grant Office ID: N/A - grant not administered through OSP, Funding Source ID: SFRH/BPD/121452/2016
IND, IDE, or HDE:	None

**IRB Approval**

Under FWA #00006878, the IRB approved your activity from 5/21/2018 to 5/20/2019.

- Your application qualified for expedited review ("minimal risk"; Categories 5 and 7).
- This approval applies only to the activities described in your application (including any references to specific grant sections). It does not include other activities that may be described in your grant or contract.
- **Depending on the nature of your study, you may need to obtain other approvals or permissions to conduct your research. For example, you might need to apply for access to data (e.g., to obtain UW student data). Or you might need to obtain permission from facilities managers to approach possible subjects or conduct research procedures in the facilities (e.g., Seattle School District; the Harborview Emergency Department).**

**Determinations, waivers, and regulations**

The IRB made the determinations and waivers listed in the table below. Note that any granted waivers of consent or parent permission do not override a subject's refusal to provide broad consent.

Requirement	Determination or Waiver
Consent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waived for accessing records to identify potential subjects</li> <li>• Waived for asking non-consenters their reasons for not participating</li> </ul>
Required elements of consent	Waived for phone screening: questions, rights, injury contact; refuse, discontinue with no loss
Documentation of consent	Waived for phone screening
HIPAA Authorization	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waived for accessing records to identify potential</li> </ul>

	subjects • Waived for subjects who provide oral consent during the phone screening to access their medical records to ensure eligibility
--	---

Location of documents

Use the consent forms that were approved and stamped by the IRB. They can be downloaded from the Final column under the **Documents tab** in Zipline.

In addition, HSD has uploaded the following documents to the **Documents tab** in Zipline:

- Confidentiality Agreement (the original document will be sent in hard copy)

Thank you for your commitment to ethical and responsible research. We wish you great success!

Sincerely,

Galen Basse  
Team Operations Lead, IRB B  
206.685.1211  
[gkbasse@uw.edu](mailto:gkbasse@uw.edu)