



INST|TUTO
UN|VERS|TÁRIO
DE LISBOA

O papel dos parceiros românticos na adaptação à dor crónica: Adaptação cultural e validação psicométrica do Spouse Response Inventory

Carolina Ferreira de Almeida Barata Januário

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação, ISCTE-
Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2021

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O papel dos parceiros na adaptação à dor crónica: Adaptação cultural e validação psicométrica do Spouse Response Inventory

Carolina Ferreira de Almeida Barata Januário

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Sónia Bernardes, pela sua disponibilidade, ajuda constante, comentários e sugestões para a melhoria desta dissertação.

Agradeço também a todas as pessoas que tiveram comigo neste percurso. Àquelas que me apoiavam quando eu estava mais nervosa e pensativa sobre tudo, oferecendo-me palavras de conforto e de positividade. E que também me davam força quando tudo estava a encaminhar-se da melhor forma.

Obrigada a todos aqueles que acreditaram em mim e que acreditaram verdadeiramente que o final deste percurso seria possível!

Resumo

A dor crónica afeta 20% da população mundial, interferindo negativamente na vida dos indivíduos a vários níveis (individual, familiar, social e económico). No entanto, a forma como cada indivíduo é afetado é bastante variável, dependendo de fatores biológicos, psicológicos e sociais. As respostas do/as parceiro/as romântico/as aos comportamentos de dor e bem-estar dos indivíduos podem influenciar os processos de adaptação à dor crónica. Assim, o presente estudo visou adaptar e validar psicometricamente o *Spouse Response Inventory* (SRI) para a população portuguesa. O SRI avalia as perceções que os indivíduos com dor crónica possuem das respostas do/as parceiro/as romântico/as aos seus comportamentos de dor (subescala 1, inclui respostas solícitas e negativas) e de bem-estar (subescala 2, inclui respostas facilitadoras e negativas). Neste estudo correlacional, participaram 117 indivíduos com dor crónica (92,3% mulheres), com idades entre os 18 e os 85 anos ($M = 42,44$; $DP = 13,06$). Além do SRI, foi-lhes solicitado que preenchessem outros instrumentos de autorrelato para avaliar a validade convergente/divergente (Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor) e a validade relativa a um critério, nomeadamente, escalas para avaliar a satisfação com a relação, a intensidade e grau de interferência da dor, a catastrofização da dor e o stress, ansiedade e depressão. A versão portuguesa do SRI apresenta a estrutura fatorial esperada, bons índices de fidelidade interna, evidenciando boa validade convergente/divergente e relativa a critério. É assim um instrumento que pode contribuir para a melhoria dos apoios prestados ao paciente, criando ou aperfeiçoadas futuras ou novas intervenções.

Palavras-chave: dor crónica, parceiros românticos, respostas sociais à dor, medição, características psicométricas

Classificação APA PsycINFO:

2226 Medição em Psicologia da Saúde

2950 Casamento e Família

Abstract

Chronic pain affects 20% of the world's population, interfering negatively in the lives of individuals at various levels (individual, family, social, and economic). However, the way each individual is affected is quite variable, depending on biological, psychological, and social factors. The romantic partner's responses to the individual's pain and well behaviours can influence the process of adaptation to chronic pain. Thus, the present study aimed at adapting and psychometrically validating the Spouse Response Inventory (SRI) for the Portuguese population. The SRI evaluates the perceptions that individuals with chronic pain have of their romantic partner's responses to their pain behaviours (subscale 1, solicitous and negative responses) and well behaviours (subscale 2, facilitating and negative responses). In this correlational study, 117 individuals with chronic pain (92.3% female), aged between 18 and 85 years ($M = 42.44$; $SD = 13.06$) participated. In addition to the SRI, they were asked to fill out other self-report instruments to assess the convergent/divergent validity (Informal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory) and the criterion-related validity, namely scales to assess satisfaction with the relationship, pain severity and interference, pain catastrophizing and stress, anxiety and depression. The Portuguese version of the SRI showed the expected factorial structure, has good internal reliability indices, and good convergent/divergent and criterion-related validity. Thus, it is an instrument which may potentially contribute to the improvement of patient support by creating or refining future or new interventions.

Keywords: chronic pain, romantic partners, social responses to pain, measurement, psychometric characteristics.

APA PsycINFO Classification:

2226 Health Psychology Testing

2950 Marriage & Family

Índice

Introdução	10
Capítulo 1- Enquadramento Teórico	11
1.1. Introdução à dor.....	11
1.1.1. Tipos de dores.....	12
1.1.2. Prevalência e implicações da dor crónica	13
1.2. O papel das respostas dos outros significativos na adaptação à dor crónica	14
1.3. O Spouse Response Inventory: Desenvolvimento e propriedades psicométricas	16
1.4. Plano de Validação do SRI.....	19
Capítulo 2- Método	23
2.1. Participantes	23
2.2. Instrumentos	24
2.2.1. Spouse Response Inventory (SRI)	24
2.2.2. Relationship Assessment Scale (RAS)	24
2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	25
2.2.4. Brief Pain Inventory (BPI).....	26
2.2.5. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)	27
2.2.6. Pain Catastrophizing Scale (PCS).....	28
2.3. Procedimento.....	29
Capítulo 3- Resultados.....	31
3.1. Características Descritivas dos Itens SRI	31
3.1.1. Descrição dos itens da subescala Respostas a Comportamentos de Bem-estar	31
3.1.2. Descrição dos itens relativos à subescala Respostas a Comportamentos de Dor.....	33
3.2. Estrutura fatorial e consistência interna do SRI	35
3.2.1. Subescala de Respostas a Comportamentos de Bem-Estar.....	35
3.2.2. Subescala de Respostas a Comportamentos de Dor.....	36
3.3. Características Descritiva dos fatores da SRI	37
3.4. Validade do SRI	38
3.4.1. Validade de constructo convergente	38
3.4.2. Validade relativa a um critério.....	40
3.4.2.1. Relação entre a satisfação conjugal e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar	40
3.4.2.2. Relação entre a severidade e a interferência da dor e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar	40
3.4.2.3. Relação entre a ansiedade, depressão e stress e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar	41
3.4.2.4. Relação entre a catastrofização e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar.....	41
Capítulo 4- Discussão.....	43
4.1 Limitações e direções futuras de investigação	48
Referências.....	49
Anexos	53

Glossário de siglas

IASP- International Association for the Study of Pain

SRI- Spouse Response Inventory

ESIAD_DOR- Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor

RAS- Relationship Assessment Scale

BPI- Brief Pain Inventory

EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

PCS- Pain Catastrophizing Scale

PPA- Percepção de Promoção de Autonomia

PPD- Percepção de Promoção de Dependência

Introdução

A IASP definiu a dor crónica como uma dor que permanece além do tempo normal de cicatrização dos tecidos que, normalmente, ocorre nos primeiros três meses após uma lesão. Ultrapassando este tempo, a dor passa a denominar-se como crónica (Harstall & Ospina, 2003). A dor crónica é muito prevalente, afetando cerca de 19% da população a nível europeu (Breivik et al., 2006) e 37% da população adulta em Portugal (Azevedo et al., 2012). Possui ainda assim consequências severas para as vidas dos indivíduos que dela padecem e seus familiares, bem como custos muito elevados do ponto de vista socioeconómico (Dias, 2007; Stanton, 2007).

Segundo o Modelo Biopsicossocial da Dor, esta não envolve apenas aspetos biológicos, mas também elementos psicológicos e sociais que se relacionam mutuamente, e não de forma independente e separada como a visão biomédica tradicional preconiza (Gatchel et al., 2007). Se as dimensões biológicas e psicológicas da dor já foram amplamente investigadas, as dimensões sociais da mesma apenas recentemente começaram a ser alvo de atenção (Vervoort et al., 2018). Esta dissertação destacará, precisamente, as dimensões sociais da dor, focando-se no papel das respostas dos outros significativos, concretamente dos parceiros amorosos, nos processos de adaptação à dor crónica.

Efetivamente, as interações com outros significativos tanto podem ajudar como afetar negativamente o processo de adaptação à dor crónica (Meints & Edwards, 2018). No caso dos relacionamentos amorosos, por mais que exista apoio também podem existir mal-entendidos. Por vezes as boas intenções do cônjuge podem ser mal-interpretadas - como por exemplo, o apoio que é dado não responder às necessidades sentidas pelo paciente, podendo causar irritação e ressentimento ao seu cônjuge, o que por sua vez pode levar a que o apoio prestado seja cada vez menor (Prenevost & Reme, 2017). Deste modo, visto que as experiências de dor crónica podem sofrer influência de circunstâncias sociais, como é o caso das respostas de outros significativos, a existência de instrumentos com boas qualidades psicométricas que permitam avaliar tais padrões de interação social é fundamental para a prática clínica. Neste sentido, o objetivo geral desta dissertação é o da tradução, adaptação cultural e validação psicométrica do *Spouse Response Inventory* (Schwartz et al., 2005), instrumento de autorrelato que permite avaliar as perceções que as pessoas com dor possuem das respostas que os seus parceiros românticos possuem perante a manifestação de comportamentos de dor e bem-estar.

Capítulo 1- Enquadramento Teórico

1.1. Introdução à dor

A dor é atualmente entendida como “(...) uma experiência angustiante associada a danos reais ou potenciais aos tecidos com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais” (Williams & Craig, 2016, p.2). Algumas dores têm uma função protetora importante pois alertam os indivíduos para possíveis ameaças “no contexto de lesão física e integridade psicológica ou relacional” (Sinclair et al., 2016, p.328) preservando assim a integridade do corpo (Bell, 2018). Desta forma, a dor é descrita pela pessoa que a sente e se exprime para identificar e reconhecer a sua intensidade e duração (Rodrigues, 2007).

Este entendimento da dor enquanto fenómeno complexo com dimensões biológicas, psicológicas e sociais é algo muito recente. Na década de 1950, o fenómeno da dor era ainda visto como proporcional a danos periféricos ou doença, em que as contribuições psicológicas, como o significado dado a determinada situação, não eram consideradas relevantes (Melzack, 1996). Segundo Duncan (2000), a visão Cartesiana iniciou uma era que salientava a ideia da existência de uma separação entre o corpo e a mente, sendo o corpo reduzido a um modo mecânico e orgânico. A perspectiva de Descartes informou até muito recentemente a visão biomédica sobre a dor. A visão biomédica tradicional centrava-se no facto de o corpo e mente atuarem de forma separada e independente (Gatchel et al., 2007). Deste modo, a dor era vista como uma perceção corporal cuja função era proteger o organismo de possíveis danos. Para além disso, a dor tinha de ser impedida e atenuada o máximo possível (Duncan, 2000). Contudo, esta abordagem demonstrava ser inadequada por ser considerada excessivamente somática, pois transmitia que a dor poderia ser eliminada consoante fosse necessário, esquecendo assim os aspetos psicológicos (Duncan, 2000).

De forma a que as particularidades das condições da dor pudessem ser esclarecidas, Melzack e Wall, em 1965, criaram a Teoria do Portão. Sugeriram assim que a função nervosa periférica apresentava um certo nível de especificidade (Gatchel et al., 2007). Apresentaram a ideia de que os sinais periféricos da dor, atravessam a medula espinal e tronco cerebral através de um sistema que, ao modular tais sinais, podia alterar a perceção de dor (Duncan, 2000) como se fosse um “portão”. Querendo isto dizer que, a medula espinal apresentava uma estrutura na qual os impulsos nervosos ascendentes e descendentes se concentravam. Os ascendentes tinham origem nas fibras nervosas periféricas, enquanto que os descendentes tinham origem no cérebro, e estavam envolvidos no grau de “abertura do portão”, percecionando assim menor ou maior dor. Esta teoria revolucionária fez com que se

reconhecesse que os aspetos psicológicos tinham impacto nas experiências de dor e nas respostas aos tratamentos (Gatchel et al., 2007). Assim sendo, nos últimos anos existiu a necessidade de alargar o conceito de dor para além da visão biomédica. Deste modo, o Modelo Biopsicossocial da Dor veio substituir esta visão, dando também resposta à Teoria do Portão e ao facto da medicina não conseguir, por si só, tratar a dor crónica nem controlar a incapacidade referente à dor (Duncan, 2000). A perspetiva psicossocial pressupõe que as experiências de dor são determinadas pela relação de elementos biológicos (ex., efeitos dos medicamentos), psicológicos (ex., emoções) e sociais (ex., suporte social) (Gatchel et al., 2007). Assim sendo, cada elemento é fundamental devido ao facto de os elementos biológicos contribuírem para originar e manter as mudanças a nível físico; os fatores psicológicos possuírem influência tanto na avaliação como na perceção da dor e os sociais orientarem as ações do paciente em relação à perceção que este possui das suas mudanças físicas (Júnior et al., 2012). Na seção que se segue, serão apresentados os diferentes tipos de dor.

1.1.1. Tipos de dores

A dor está longe de ser uma entidade homogénea. Efetivamente, existem diferentes tipos de dor, cujas definições variam em função das suas características. Classificando a dor a nível fisiológico, a dor nociceptiva é manifestada através de um “dano real ou ameaça ao tecido não neural devido à ativação de nociceptores (neurónios sensoriais)” (Trouvin & Perrot, 2019, p.2). Já a dor neuropática tem como causa uma lesão ou até mesmo uma doença do sistema nervoso somatossensorial (Trouvin & Perrot, 2019) não apresentando função protetora (St. John Smith, 2017). A dor nociplástica é a dor provocada pela alteração da nocicepção. Apesar de não existir evidências claras de lesão tecidular, origina assim a ativação de nociceptores ou evidência de possível doença ou lesão do sistema somatossensorial que causa a dor (Trouvin & Perrot, 2019). Relativamente às dores mistas estas sobrepõem-se de forma complexa à dor nociceptiva, neuropática e nociplástica com o intuito de provocar dor na mesma parte do corpo, atuando assim de forma simultânea e/ou concorrente.

Além disso, as dores podem ser classificadas como agudas ou crónica (Trouvin & Perrot, 2019). Deste modo, a nível temporal, a dor aguda é uma dor repentina que normalmente ocorre devido a danos nos tecidos moles, em situações de infeção ou também de inflamação, em que o tempo de duração varia entre períodos mais longos ou mais curtos como no caso da enxaqueca. No entanto, é importante controlá-la de maneira rápida e eficaz (Moore, 2009),

pois se esta dor não for controlada pode conduzir a sérias consequências na vida dos indivíduos. Além do sofrimento que causa, a sua cura pode tornar-se mais demorada e consequentemente transformar-se em crónica (Vijayan, 2011). A dor é denominada de crónica quando permanece além do tempo normal de cicatrização dos tecidos que, normalmente, tem a duração de três meses (Harstall & Ospina, 2003). Quando a dor se torna crónica, isso significa que a dor evoluiu para uma doença que não possui cura. Porém, de modo a que a pessoa tenha qualidade de vida, é importante o controlo da sua doença. Sendo a dor crónica um problema de saúde pública de elevada prevalência e sérias implicações para a qualidade de vida dos indivíduos, é importante prevenir tanto o seu agravamento como as consequências negativas que dela advêm (Clark, 2003). Assim sendo, de seguida será apresentada a prevalência da dor crónica a nível mundial, da Europa e em Portugal, bem como as implicações que esta dor acarreta na vida destes indivíduos.

1.1.2. Prevalência e implicações da dor crónica

Estima-se que a prevalência mundial de dor crónica seja de 20%, sendo que em cada ano um em cada cinco indivíduos são diagnosticados com este tipo de doença (Michaelides & Zis, 2019). Inclusive, “14% da dor crónica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético” (Cunha & Mayrink, 2011, p.121). No entanto, a maior parte dos adultos com mais de 50 anos é afetado por osteoartrite, que é uma doença progressiva (Keefe, Abernethy & Campbell, 2005). Em crianças, a prevalência de dor crónica “varia entre 20% e 40%, e 5% das crianças e adolescentes são gravemente incapacitadas pela dor” (Ferland, Vega & Ingelmo, 2018, p.2). Relativamente à Europa, em indivíduos com menos de 45 anos a dor crónica é o fator mais frequente de limitação funcional e além disso é a segunda causa mais frequente de consulta médica (Kreling et al., 2006). Relativamente à média europeia de prevalência de dor crónica esta é de 19% (Breivik et al., 2006). Em Portugal, a prevalência da dor crónica na população adulta é de 37% (Azevedo et al., 2012).

A dor crónica afeta significativamente a vida das pessoas (DGS, 2017). No entanto, os efeitos e o modo como lidam com as suas doenças crónicas varia de paciente para paciente (Stanton et al., 2007). Assim sendo, tais doenças podem causar isolamento (DGS, 2017), mudanças de humor e modificações nas tarefas do dia a dia (Rodrigues, 2007), devido à perda ou diminuição da sua qualidade de vida. Os indivíduos, sentindo-se emocionalmente frágeis, acabam por querer maior proteção por parte do seu núcleo mais próximo. Que ajudará na diminuição dos sentimentos mais negativos (Dias, 2007) e a reduzir possíveis atitudes de risco (Stanton et al., 2007). Desta forma, a dor crónica pode afetar, para além da

própria pessoa. Também o seu meio familiar e a nível socioeconómico que tem elevados custos, como por exemplo, os que estão associados às consultas recorrentes que são necessárias e os gastos envolventes (Dias, 2007). Pode também resultar na perda de postos de trabalho devido ao efeito que a dor detém sobre as pessoas. Levando-as assim a pararem de executar as suas tarefas laborais e consequentemente a possuir menos rendimentos (Dias, 2007). Efetivamente, no que diz respeito à incapacidade para trabalhar devido à dor crónica em Portugal, as idades mais afetadas encontram-se entre os 50 e 59 anos, afetando maioritariamente as mulheres (Gouveia & Augusto, 2011). Relativamente aos custos indiretos da dor crónica, em Portugal, que são referentes ao custo da produção que acabou por ser perdida devido à suspensão ou diminuição da produtividade provocada pela morbilidade ou mortalidade disposta pela doença, estes ascenderam aos 45891 milhões de euros no que diz respeito à incapacidade a longo prazo que ocorre devido à dor crónica (Gouveia & Augusto, 2011). Em relação ao absentismo, o custo médio anual é estimado em 864€ por trabalhadora e 496€ por trabalhador, em que a média global é de 678€ (Gouveia & Augusto, 2011). Deste modo, a dor acaba por se tornar no principal foco na vida das pessoas conduzindo-as e limitando-as tanto nas suas decisões como nas suas atitudes (Cunha & Mayrink, 2011).

Na seção seguinte, será abordada a influência das respostas dos outros significativos no processo de adaptação à dor crónica, introduzindo alguns modelos teóricos.

1.2. O papel das respostas dos outros significativos na adaptação à dor crónica

Embora a dor possa habitualmente ser transitória para muitos, para alguns chega ao ponto de ser considerada desadaptativa, podendo resultar em depressão e num maior uso de recursos de saúde. Deste modo, tem existido um esforço constante para identificar os elementos que ajudam no desenvolvimento da dor crónica, com o intuito de criar técnicas de prevenção e melhorias nos tratamentos (Kerns et al., 2002).

As interações que as pessoas com dor crónica estabelecem com outros significativos podem ter um papel fundamental, já que tanto podem ajudar como afetar negativamente o processo de adaptação à dor crónica (Meints & Edwards, 2018). Por vezes as boas intenções do cônjuge podem ser mal-interpretadas, como por exemplo, o apoio que é dado não responder às necessidades sentidas pelo paciente. Tal poderá causar irritação e ressentimento ao seu cônjuge, o que por sua vez pode levar a que o apoio prestado seja cada vez menor (Prenevost & Reme, 2017). Apesar da dor crónica causar sofrimento aos indivíduos que dela padecem, os seus parceiros também podem apresentar um elevado sofrimento, insatisfação na

relação e exaustão do cuidador. Podendo aumentar a probabilidade de estes reponderem de forma invalidante às manifestações de dor dos seus parceiros (Kindt et al., 2015).

De modo a analisar a influência que as respostas por parte de outros significativos podem ter no processo de adaptação à dor crónica, foram desenvolvidos alguns modelos teóricos. O Modelo Operante proposto por Fordyce, em 1976, foca-se em especial nas respostas dos conjugues à dor manifestada através de comportamentos verbais e não verbais (comportamentos de dor) pelo indivíduo. Este modelo sugere que respostas reforçadoras podem manter os comportamentos de dor, devido à atenção e auxílio prestados de forma constante. Este padrão de interações, ao perpetuar-se no tempo, fará com que se promova a incapacidade, bem como a persistência da dor. Posto isto, foram analisadas diferentes respostas por parte dos parceiros, nomeadamente as respostas solícitas, negativas e facilitadoras. As respostas solícitas baseiam-se na ajuda fornecida ao paciente através de uma atitude prestável (ex., se o paciente sentir dor, o seu parceiro irá encorajá-lo a não fazer qualquer atividade) (Prenevost & Reme, 2017). Evidências sugerem que as respostas solícitas estão relacionadas com maior severidade e incapacidade da dor, porque apesar de serem respostas que têm como base boas intenções, estas podem reforçar o comportamento de dor, estimulando o paciente a desempenhar um papel de doente (Prenevost & Reme, 2017). As respostas negativas são expressões percecionadas como punitivas à experiência de dor (ex., quando os pacientes sentem dor, os seus parceiros manifestam frustração ou até mesmo desprezo) (Prenevost & Reme, 2017). Estudos sugerem que as respostas negativas podem causar dois efeitos distintos. Querendo isto dizer que tanto são benéficas para o paciente podendo diminuir a frequência dos comportamentos de dor. Como podem causar menor satisfação conjugal pelo facto destas respostas poderem ser vistas como uma rejeição (Prenevost & Reme, 2017). E por fim, as respostas facilitadoras que consistem em encorajar e apoiar os esforços do paciente quando este lida com a sua dor de modo adaptativo, podendo criar resultados positivos, como aumentar a atividade do paciente (Fordyce, 1976). Assim sendo, as interações com o parceiro fazem com que os comportamentos de dor possam aumentar ou diminuir (Prenevost & Reme, 2017). Posteriormente, a perspetiva cognitivo-comportamental, criada por Turk, Meichenbaum e Genest (1983), vem salientar que as percepções e também os pensamentos que os indivíduos possuem sobre as respostas dos parceiros às suas experiências de dor possuem um papel importante na adaptação à mesma. Sendo tudo uma questão de interpretação, ou seja, tudo depende de como o paciente interpreta as respostas recebidas do seu parceiro no que diz respeito aos seus comportamentos de dor e de bem-estar.

Mais recentemente, surgiram os modelos teóricos de natureza interpessoal. Segundo Goubert et al. (2005), as pessoas ao se depararem com outras que sentem dor, respondem de diversas formas a tal situação, como é o caso de demonstrarem compaixão. Posto isto, para um melhor entendimento de possíveis efeitos destas respostas, é necessário recorrer à compreensão da empatia. Destaca-se, assim, o Modelo de Empatia e Intimidade (Goubert et al., 2005). A empatia depende essencialmente de fatores *bottom-up*, que são manifestações de dor, verbais e faciais, do paciente e fatores *top-down*, que estão relacionados com a experiência pessoal do observador. Relativamente aos fatores *bottom-up*, a partilha de experiências emocionais com pessoas próximas, origina um conhecimento partilhado que facilita as respostas empáticas. No entanto, esta pode ser afetada pelas crenças do observador, ou seja, de como classifica o grau de dor do paciente (ex., leve, controlável ou ameaçadora). Este modelo sugere assim, que se deve tomar em atenção as crenças de outras pessoas em relação à dor, e não somente as crenças sobre a própria dor (Goubert et al., 2005). Um fator importante, é também o facto de o observador conseguir distinguir o conhecimento que adquiriu sobre a dor exteriorizada pelo paciente, bem como as suas respostas afetivas a isso, como por exemplo, sentir angústia. Deste modo, quando esta distinção ocorre, prevê-se um aumento de sentimentos de proximidade e intimidade (Goubert et al., 2005).

Em concordância com as explicações destes modelos, é possível compreender de melhor forma as várias perceções existentes em relação ao papel que os outros significativos conseguem ter nas situações de dor do paciente, e como isso pode afetar a sua adaptação. De seguida, será realizada a descrição do *Spouse Response Inventory* (SRI), das suas características psicométricas, fazendo também referência às investigações que utilizaram as escalas deste instrumento.

1.3. O Spouse Response Inventory: Desenvolvimento e propriedades psicométricas

O SRI é um inventário de autorrelato que tem como objetivo desenvolver e avaliar uma medida abrangente das respostas dos parceiros a comportamentos de dor (ex., todas as formas de comportamento que indicam que a pessoa está com dor, como procurar ajuda) e de bem-estar (ex., quando o paciente faz algum tipo de atividade, como tarefas domésticas ou exercício, que sejam incompatíveis com o papel de doente) que podem conduzir a resultados positivos e negativos, sendo constituído por quatro subescalas: as respostas solícitas a comportamentos de dor, que é quando os seus parceiros são prestáveis e ajudam o paciente no que é necessário fornecendo assim a sua atenção, apoio e simpatia (ex., “Trouxe-me a minha medicação para a dor”) e as respostas negativas a comportamentos de dor, que podem ser

vistas como demonstrações de hostilidade e frustração (ex., “Pareceu criticar-me mais”). Em relação aos comportamentos de bem-estar, as subescalas são: as respostas facilitadoras, i.e., quando o parceiro encoraja e apoia os esforços por parte do paciente para lidar com a sua dor de modo adaptativo (ex., “Pareceu contente por eu estar mais ativo/a”) e as respostas negativas, que podem ser críticas ou desencorajadoras em relação ao que o paciente está a fazer, como expressar preocupação ou pedir para abrandar (ex., “Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais”).

Este instrumento foi desenvolvido e as suas propriedades preliminarmente testadas com uma amostra de 104 pacientes com dor crónica, maioritariamente do sexo feminino, casados ou em união de facto (Schwartz et al., 2005). Relativamente ao desenvolvimento deste instrumento, numa fase inicial, sofreu algumas alterações devido às análises de confiabilidade, itens e correlação entre escalas. Inicialmente, tinha sido criada duas subescalas de Respostas Facilitadoras a comportamentos de bem-estar, do qual a segunda subescala acabou por ser eliminada pelo facto de apresentar uma baixa consistência interna (0,43). Por sua vez, na validação deste instrumento, continha a subescala de respostas facilitadoras que permaneceu na versão original. Quanto à subescala Respostas Solícitas a comportamentos de dor, inicialmente, também existiam duas (Respostas Solícitas a comportamentos de dor I e II), no entanto, o autor acabou por juntá-las numa única escala, porque segundo a análise do coeficiente de correlação de *Pearson* este demonstrava ser alto (0,82). Além disso, para determinar o número de fatores de cada escala foi utilizado o *scree plot*; demonstrando que cada subescala apresentava dois fatores. Em relação aos comportamentos de dor, as Respostas Solícitas apresentavam 19 itens com uma consistência interna de 0,93 e a subescala Respostas Negativas apresentavam sete itens com uma consistência interna de 0,88. Relativamente aos comportamentos de bem-estar, as Respostas Facilitadoras apresentavam sete itens com uma consistência interna de 0,88 e por fim, as Respostas Negativas apresentavam seis itens com uma consistência interna de 0,81. Ainda no que diz respeito à consistência interna, as correlações entre os itens e a escala total demonstraram ser fortes (0,56-0,86). Em relação aos coeficientes de estabilidade do teste-reteste de duas semanas, estes variaram de 0,73 a 0,84, sendo considerados entre aceitável a excelentes. Deste modo, estas evidências originam um forte apoio inicial para a fiabilidade e consistência interna das escalas do SRI. Ainda e no que diz respeito à validade de critério do SRI, verificou-se que (1) as respostas solícitas do parceiro aos comportamentos de dor estavam associadas a maior incapacidade e consequentemente, a maiores comportamentos de

dor relatados pelo paciente; (2) as respostas negativas do parceiro a comportamentos de bem-estar, estavam associadas a maior incapacidade e comportamentos de dor relatados pelo paciente; (3) as respostas negativas em relação aos comportamentos de dor estavam associadas a maior depressão no paciente. Tais resultados suportaram a validade relativa a um critério da SRI. Sendo assim, o SRI é um instrumento útil em futuras investigações que pretendam avaliar a relação entre as respostas dos parceiros e o funcionamento do paciente (Schwartz et al., 2005).

É de salientar que este instrumento foi traduzido, adaptado e validado, num estudo realizado em 2014, para a população alemã, com uma amostra de 116 indivíduos com dor crónica por Kaiser, Steinmetz, Scharnagel, Jensen, Balck e Sabatowski. No entanto, na literatura apenas existe o protocolo de validação, do qual não são apresentados os seus resultados.

Ao longo do tempo este instrumento foi utilizado em vários estudos (Müller et al., 2018; Rosen et al., 2014; Raichle et al., 2011; Forsythe et al., 2012; Pence et al., 2008; Rosen et al., 2015; Rosen et al., 2012), tendo sido adaptado a cada investigação e condição crónica, do qual o objetivo era averiguar a validade das escalas do SRI. Na sua maioria os instrumentos mantinham a estrutura fatorial original das medidas, apresentavam uma alta consistência interna com valores que variavam desde 0,81 até 0,93 e uma boa validade e confiabilidade. Os resultados destas investigações mostraram que é de extrema importância as respostas do parceiro na avaliação e tratamento do paciente com dor crónica. Efetivamente, estas respostas parecem ter influência nas variáveis relacionadas com a dor. Deste modo, é importante detetar quais as respostas mais vantajosas e mais prejudiciais ao processo de adaptação à dor crónica. De uma forma geral, averiguou-se que as respostas negativas (a comportamentos de dor ou de bem-estar) são as respostas que apresentam resultados mais negativos na sua maioria, como é o caso de mais comportamentos de dor relatados pelo paciente. Enquanto que as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar apresentam na sua maioria resultados mais positivos, como é o caso de menor intensidade de comportamentos de dor e maior satisfação na relação.

O objetivo desta dissertação é a tradução, adaptação cultural para a língua portuguesa do *Spouse Response Inventory* original em inglês de Schwartz, Jensen e Romano (2005) e, posteriormente, a investigação das características psicométricas. Seguidamente é apresentado o plano de validação psicométrica da escala.

1.4. Plano de Validação do SRI

Para o processo de validação do *Spouse Response Inventory* para a população portuguesa planeou-se testar a estrutura fatorial das duas subescalas do instrumento – a subescala de respostas a comportamentos de dor e a de respostas a comportamentos de bem-estar. Esperava-se que estas subescalas apresentassem a estrutura bifatorial previamente identificada (Schwartz et al., 2005) (Hipótese 1). Em segundo lugar, visamos testar a consistência interna das subescalas através do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, esperando-se elevada fiabilidade interna como no estudo original (Schwartz et al., 2005) (Hipótese 2). Seguidamente, pretendeu-se aprofundar o teste da validade do instrumento, isto é, se este mede efetivamente aquilo que pretende medir (Cunha et al., 2016). Com a utilização a Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (Domingues & Bernardes, 2014), um instrumento de avaliação das respostas de suporte à autonomia/dependência funcional perante comportamentos de dor, permitiria avaliar a validade de convergente/divergente. Por um lado, esperava-se que uma associação negativa entre as respostas negativas aos comportamentos de dor e bem-estar (SRI) e as subescalas da ESIAD (Hipótese 3), já que as respostas negativas são antagónicas a ações de suporte social. Por outro lado, esperava-se uma correlação positiva forte entre as respostas de solicitude e facilitadoras (SRI) e as subescalas da ESIAD (Hipótese 4), por serem todas respostas de suporte social.

No que diz respeito à validade relativa a um critério (concorrente), esta refere-se à associação que o instrumento apresenta em relação a critérios externos teoricamente relacionados com o construto, em que a medição é realizada em simultâneo (Cunha et al., 2016). Neste estudo pretendeu-se avaliar a relação entre as respostas dos parceiros a comportamentos de dor e de bem-estar (SRI) e as seguintes variáveis critério:

1) a satisfação conjugal, que não foi avaliada no estudo de desenvolvimento do SRI, apesar de ter sido mencionada como uma variável de critério relevante (Schwartz et al., 2005). Esperava-se que as respostas solícitas e facilitadoras estivessem associadas a maiores níveis de satisfação conjugal e maiores respostas negativas estivessem associadas a menores níveis de satisfação conjugal (Hipótese 5). Efetivamente, algumas evidências sugerem que as respostas do parceiro também podem ter influência na relação do casal, e não apenas nas consequências que essas mesmas respostas podem ter nos comportamentos de dor. Desta forma, o estudo de Rosen, et al. (2012) e Rosen, et al. (2015) foi considerado o primeiro estudo a analisar as respostas solícitas e facilitadoras do parceiro em simultâneo. As respostas

facilitadoras são vistas como um encorajamento para com o paciente, de modo a lidar com a sua dor da melhor forma possível, ou seja, de forma adaptativa. Além disso, são vistas também como demonstrações de afeto e de apoio. Podendo, desta maneira, promover uma proximidade emocional e por sua vez intimidade na relação, esperando assim que a satisfação na relação aumente. Em relação às respostas negativas, o estudo de Müller, et al. (2018) sugere que as respostas negativas estavam associadas à diminuição da satisfação conjugal. Pelo facto das respostas negativas não serem benéficas para o funcionamento do paciente, prejudicando assim a relação do casal, principalmente quando os pacientes expunham elevados níveis de sintomas.

2) a interferência e severidade da dor- no estudo original do SRI (Schwartz et al., 2005), verificou-se que as respostas solícitas a comportamentos de dor e as respostas negativas aos comportamentos de bem-estar estavam associadas a maior grau de interferência da dor e frequência de comportamentos de dor. Pelo contrário, as respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar estavam associadas a menor interferência da dor. Esperava-se replicar os resultados relativamente a tais associações (Hipótese 6)

3) ansiedade, depressão e stress -no estudo original do SRI (Schwartz et al., 2005), verificou-se que as respostas negativas aos comportamentos de dor estavam associadas a maiores sintomas depressivos do paciente. Deste modo, esperava-se que maiores respostas negativas face a comportamentos de dor predissessem maiores níveis de ansiedade depressão e stress (Hipótese 7). Efetivamente alguns estudos salientam que as respostas negativas por parte do parceiro estavam relacionadas com a depressão, independentemente da sua satisfação conjugal. Tais respostas poderão ser interpretadas como punitivas, levando à maior intensidade do sofrimento emocional e, conseqüentemente, os sintomas depressivos do paciente (Raichle et al., 2011). Hipotetizou-se ainda que mais respostas solícitas face a comportamentos de dor estivessem associadas a menos sintomas depressivos (Hipótese 8). O estudo de Pence, et al. (2008) salientou a existência de uma relação entre as respostas solícitas e os sintomas depressivos do paciente, sugerindo que tal poderá acontecer pela tendência em encorajar a passividade, bem como, o papel do paciente como um indivíduo com dor disfuncional. Por último, esperava-se que mais respostas facilitadoras face a comportamentos de bem-estar estivessem associadas a menos sintomas depressivos (Hipótese 9). Segundo o estudo de Rosen, et al. (2014) as respostas facilitadoras foram associadas à diminuição dos sintomas depressivos, sugerindo poder estar relacionado ao facto das mulheres retirarem benefícios a este tipo de resposta, esperando assim, que o humor do paciente melhore.

4) e a catastrofização, que não foi avaliada na versão original e pretende assim compreender o que o paciente sente e pensa sobre o fenómeno da dor. Esta é caracterizada por um “estado mental” composto por pensamentos e percepções negativas e exageradas, na sua maioria, que acontece no decorrer da experiência de dor ou na sua antecipação (Sullivan et al., 2011). Esperava-se que maiores respostas solícitas estivessem associadas a maiores níveis de catastrofização (Hipótese 10). Salienta-se em alguns estudos que os indivíduos com dor são afetados negativamente pela catastrofização (Almeida et al., 2019). No entanto, quando o paciente sente dor pode recorrer à catastrofização como forma de demonstrá-la (Boothby et al., 2004). Inclusive, ao relacionar-se com as respostas do parceiro, verifica-se que as respostas solícitas podem reforçá-la. Posto isto, o paciente que tenha um suporte social do qual prevalece este tipo de respostas, irá estimular um comportamento desadaptativo à dor, pelo facto dos níveis de catastrofização aumentarem (Almeida et al., 2019). Sugerindo, desta forma, a existência de uma relação entre as respostas solícitas e uma elevada catastrofização.

Capítulo 2- Método

A seguinte parte refere-se à caracterização da amostra, descrição do procedimento e dos instrumentos utilizados que contribuíram para auxiliar o processo de validação do instrumento (SRI). Este estudo revela uma natureza quantitativa e correlacional, do qual foram estudadas diversas variáveis. Com o intuito de mensurar cada variável, para além da versão portuguesa do Spouse Response Inventory, foram utilizadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos: Relationship Assessment Scale (RAS), Brief Pain Inventory (BPI), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR), e por fim, a Pain Catastrophizing Scale (PCS).

2.1. Participantes

A amostra em estudo foi constituída por 117 indivíduos, cujas idades estavam compreendidas entre os 18 e os 85 anos ($M = 42,44$; $DP = 13,06$) sendo a maioria do sexo feminino (92,3%). Relativamente ao estado civil, mais de metade dos participantes eram casados ($n=62$; 53%), 29 (24,8%) estavam em união de facto, 17 (14,5%) eram solteiros, 7 (6%) estavam divorciados ou separados, e 7 (6%) eram viúvos. Constatou-se ainda que 95 (81,2%) participantes afirmaram viver com o/a companheiro/a, sendo que 106 (90,6%) indicaram que o seu parceiro era do sexo masculino. A relação mais recente tinha iniciado há somente quatro meses e a relação mais longa há 45 anos. Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se que 42 (35,9%) possuíam o 12º ano e 39 (33,3%) o bacharelato/licenciatura, indicando ser na grande maioria uma amostra com níveis de escolaridade mais elevados. A análise da situação laboral revelou que os participantes eram maioritariamente trabalhadores a tempo inteiro (58; 49,6%), 16 (13,7%) mencionaram que estavam numa outra situação laboral não referida, 11 (9,4%) eram estudantes, 11 (9,4%) já se encontravam reformados, 8 (6,8%) estavam desempregados, 6 (5,1%) estavam empregados, mas atualmente em situação de baixa médica, 4 (3,4%) estavam empregados, mas apenas em tempo parcial. Os restantes respondentes eram trabalhadoras domésticas (3; 2,6%).

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a condição clínica dos participantes, todos ele/as sofriam de dor crónica, cuja duração variava entre 3 meses e 43 anos. Em relação ao diagnóstico de problemas de saúde, a maioria afirmou ter um diagnóstico médico (103; 88%), sendo os mais mencionados, a Fibromialgia (34,2%) e a Artrite Reumatóide (12%).

Em relação à localização da dor, 55 (47%) apresentavam dores generalizadas, 48 (41%) nas costas, 43 nas pernas/joelhos, 39 (33,3%) na cabeça/pescoço, 36 (30,8%) nos braços/ombros, 33 (28,2%) nas mãos/pulsos e 25 (21,4%) nos pés.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Spouse Response Inventory (SRI)

As respostas dos parceiros a comportamentos de dor e de bem-estar foram avaliadas com o *Spouse Response Inventory* (SRI) que é um inventário de autorrelato. Relativamente ao desenvolvimento dos itens do SRI, na sua versão original, estes foram criados com base numa revisão de literatura, conceitos provenientes da teoria operante e o julgamento clínico dos autores originais (Schwartz et al., 2005). No total, este instrumento é composto por 39 itens, estando dividido em duas partes. Relativamente à primeira parte, esta é composta por 26 itens que avaliam as respostas solícitas (19 itens) e negativas (7 itens) aos comportamentos de dor do paciente, i.e., comportamentos verbais ou não verbais que comunicam dor ao outro. A segunda parte, é composta por 13 itens que avaliam as respostas facilitadoras (6 itens) e negativas (6 itens) aos comportamentos de bem-estar do paciente, i.e., comportamentos de envolvimento em atividades de vida diária apesar da dor. É pedido à pessoa com dor que reporte com que frequência o/a seu/sua parceiro/a romântico/ demonstrou certo tipo de respostas, nas duas últimas semanas, aos seus comportamentos de dor e bem-estar numa escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 0 (“Nunca”) a 4 (“Sempre”). O SRI foi traduzido e adaptado seguindo de perto as recomendações internacionais para os processos de tradução e adaptação cultural de instrumentos a aplicar em contextos de saúde (Beaton et al., 2000). A versão portuguesa deste instrumento pode ser encontrada no Anexo A.

2.2.2. Relationship Assessment Scale (RAS)

Para testar a validade de critério, foi avaliada a satisfação conjugal com a escala Relationship Assessment Scale (RAS; Hendrick, 1988; Hendrick, Dricke e Hendrick, 1998) na sua versão portuguesa (Santos et al., 2000) e revista por Lind (2008). É um instrumento de auto-relato que consiste em sete itens (ex., “O meu/minha companheiro/a preenche as minhas necessidades”), medindo uma única dimensão- a Satisfação Conjugal - de forma geral, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (Discordo) a 5 (Concordo totalmente). As características psicométricas da RAS, no seu estudo original, indicaram uma boa confiabilidade com um *alpha de Cronbach* de 0,86 (Hendrick, Dricke & Hendrick,

1998). A versão portuguesa desta escala também apresentou valores muito bons, nomeadamente 0,86 (Santos et al. 2000) e 0,93 para mulheres e 0,91 para homens na adaptação de Lind (2008).

De modo a analisar as qualidades psicométricas deste instrumento na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* ($KMO = 0,871$; *Bartlett's* χ^2 (21)= 431,376, $p < 0,001$ tendo sido extraído, de acordo com o critério de Kaiser, um fator que explica 59,09% da variância total – Satisfação Conjugal - e com um *alpha* de *Cronbach* de 0,87, apresentando assim uma boa confiabilidade interna (Anexo B). Após a inversão de dois dos seus itens (5 e 7), foi calculado um indicador através da média dos seus itens, que varia entre 1 e 5. Valores mais elevados neste indicador representam níveis mais elevados de satisfação conjugal.

2.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A ansiedade, depressão e stress foi avaliada com a escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal (2004), que é uma adaptação para a língua portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) de Lovibond & Lovibond (1995). A escala original deste instrumento contém 42 itens, no entanto, na presente dissertação foi utilizada a versão portuguesa reduzida constituída de 21 itens. Esta está dividida em três subescalas (Depressão, Ansiedade, Stress), cada uma constituída por sete itens, com base em afirmações relacionadas com sintomas emocionais negativos, que poderiam ser respondidos segundo uma escala tipo *Likert* de 4 pontos variando de 0 (não se aplicou nada a mim) a 4 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). A EADS-21 validado para a população portuguesa, apresentou uma boa fidelidade interna, com um *alpha* de *Cronbach* de 0,85 para a escala de Depressão, 0,74 para a escala de Ansiedade e 0,81 para a escala de Stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). De modo a analisar as qualidades psicométricas deste instrumento na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,922$; *Bartlett's* χ^2 (78)=994,732, $p < 0,001$). No processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido eliminados alguns itens que compõem a estrutura original do instrumento, nomeadamente: os itens 2, 4, 7, 15 e 20 da subescala de Ansiedade e os itens 3, 5 e 13 da subescala de Depressão. A solução final identificou, de acordo com o critério de Kaiser, 2 fatores: 1) Stress/Ansiedade (n=9 itens) e 2) Depressão (n=4 itens), que explicam 64,15% da variância total. Relativamente às suas subescalas, demonstrou ter uma elevada fidelidade interna, com um *alpha* de *Cronbach* de 0,92 para a escala Stress/Ansiedade e 0,90

para a escala de Depressão (Anexo C). Para cada um destes fatores foi calculado um indicador através da média dos seus itens, variando entre 1 e 4. Valores mais elevados neste indicador representam níveis mais elevados de stress/ansiedade e depressão, respetivamente.

2.2.4. Brief Pain Inventory (BPI)

A severidade e a interferência que a dor possui nos indivíduos foi avaliada segundo a versão portuguesa de Azevedo et al. (2007) do instrumento original *Brief Pain Inventory* (Cleeland, 1989) que avalia a dor de uma forma genérica numa perspetiva multidimensional. Contém uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens avaliados numa escala numérica de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor que consegue imaginar) com o intuito de classificar o grau que melhor descreve a dor a um nível máximo e mínimo durante a última semana, em média e no preciso momento. Contém ainda uma escala de interferência da dor, constituída por sete itens avaliados numa escala numérica de 0 (não interferiu) a 10 (interferiu completamente), com o intuito de classificar em que grau a dor teve interferência na vida do indivíduo na última semana, em relação à atividade em geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho, relações com as outras pessoas, sono e por fim, o prazer de viver. As características psicométricas do BPI validado para a população portuguesa, apresentaram uma boa fidelidade interna, com um *alpha* de *Cronbach* de 0,98 para a escala da severidade e 0,84 para a escala da interferência (Azevedo et al., 2007).

De modo a analisar as qualidades psicométricas deste instrumento na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,877$; $Bartlett's \chi^2 (45) = 633,979$, $p < 0,001$). No processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200. A análise fatorial permitiu assim detetar a necessidade de exclusão de um item da escala original, especificamente, referente à interferência da dor na atividade geral, tendo sido extraídos, de acordo com o critério de Kaiser, dois fatores: 1) Interferência da dor ($n=6$ itens) e 2) Severidade da dor ($n=4$ itens), que explicam 67,66% da variância total. Relativamente às suas subescalas, demonstrou ter uma boa fidelidade interna com um *alpha* de *Cronbach* de 0,87 para a escala de severidade e 0,88 para a escala de interferência (Anexo D). Para cada um destes fatores foi calculado um indicador através da média dos seus itens, variando entre 0 e 10. Valores mais elevados nestes indicadores representam níveis mais elevados de severidade e interferência da dor, respetivamente.

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

O suporte informal foi avaliado com o ESIAD_DOR, segundo a versão portuguesa de Domingues & Bernardes (2014) que avalia a percepção de suporte familiar de indivíduos em situação de dor. Porém, na presente dissertação é avaliado este suporte, só que em relação aos parceiros românticos dos indivíduos. Esta escala é composta por 12 itens que pretendem avaliar as percepções de frequência de suporte social recebido promotor de autonomia/dependência funcional em contextos de dor. Além disso, estão divididos em quatro dimensões intercorrelacionadas compostas por três itens cada: percepções de suporte instrumental promotor de autonomia (e.g. “Ajuda-me a tratar de aspetos práticos (ex., transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais”), percepções suporte emocional e de estima promotor de autonomia (e.g. “Motiva-me para fazer atividade física”), percepções de suporte instrumental promotor de dependência (e.g. “Encarrega-se da realização das minhas tarefas domésticas”) e por fim, percepções suporte emocional e de estima promotor de dependência (e.g. “Incentiva-me a evitar qualquer tipo de atividades”). A resposta a cada item é dada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (nada frequente) a 5 (extremamente frequente). As características psicométricas da versão original deste instrumento demonstraram ter bons valores de fiabilidade interna e sensibilidade, tal como indicadores de validade de conteúdo, critério e convergente/divergente, permitindo assim a mensuração da percepção de suporte promotor de autonomia (PPA) e dependência (PPD), procedente do suporte emocional e instrumental (Domingues, 2012; Domingues & Bernardes, 2014).

Relativamente às qualidades psicométricas deste instrumento na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* ($KMO = 0,828$; *Bartlett's* χ^2 (55) = 660,251, $p < 0,001$). No processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido eliminado o item “Desaconselha-me a realizar exercício físico”, tendo sido extraído, de acordo com o critério de Kaiser, três fatores: 1) Percepção de Promoção de Autonomia (6 itens) , 2) Percepção de Promoção de Dependência_instrumental (3 itens) e 3) Percepção de Promoção de Dependência_Emocional/Estima (2 itens), que explica, aproximadamente, 70,45% da variância total. Relativamente às subescalas, demonstrou ter uma boa fidelidade interna com um *alpha* de *Cronbach* de 0,87 para a escala de Promoção de Autonomia, 0,81 para a escala de Promoção de Dependência_instrumental e 0,75 para a

Percepção de Promoção de Dependência_ Emocional/Estima. Para cada fator foram calculados os indicadores através da média dos respectivos itens, variando entre 1 e 5. Valores mais elevados nestes indicadores representam níveis mais elevados de percepções de promoção de autonomia e de dependência.

2.2.6. Pain Catastrophizing Scale (PCS)

A catastrofização da dor foi avaliada com a *Pain Catastrophizing Scale* (Sullivan, 1995), segundo a versão portuguesa de Azevedo et al. (2007), que avalia um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor. Esta escala é composta por 13 itens, que se dividem em três subescalas: Ruminação em relação à dor (4 itens), Magnificação da dor, i.e., exacerbação da percepção de ameaça que a dor representa (3 itens) e Desânimo (5 itens) relativamente à desvalorização da capacidade e recursos de gestão e de controlo da experiência de dor. Os indivíduos devem reportar com que frequência experimentam cada um desses pensamentos, percepções ou sentimentos quando estão a sentir dores. Deste modo, a resposta a cada item é dada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos variando de 0 (nunca) a 4 (sempre). A versão portuguesa deste instrumento revelou boas características psicométricas, apresentando um *alpha de Cronbach* de 0,79 para a subescala de Ruminação, 0,78 para a de Magnificação e 0,89 para a de Desânimo (Azevedo et al., 2007).

De modo a analisar as qualidades psicométricas deste instrumento na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,909$; $Bartlett's \chi^2 (55) = 908,287$ $p < 0,001$). No processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200. A análise fatorial permitiu assim detetar a necessidade de exclusão dos itens 8 (“Quero ansiosamente que a dor desapareça”) e 12 (“Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor”) da escala original, tendo sido extraído, de acordo com o critério de Kaiser, dois fatores: 1) Ruminação/Magnificação ($n=7$ itens) e 2) Desânimo ($n=4$ itens), que explica, aproximadamente 69,83% da variância total. Relativamente às subescalas, demonstraram ter uma elevada fidelidade interna com um *alpha de Cronbach* de 0,91 (Anexo E). Para cada fator foram calculados os indicadores através da média dos respectivos itens, variando entre 0 e 4. Valores mais elevados nestes indicadores representam níveis mais elevados de Ruminação/Magnificação e Desânimo.

2.3. Procedimento

O método de recolha de dados desta investigação foi realizado por Martins (2020) através do método de amostragem não probabilística bola de neve. Deste modo, e em relação ao desenrolar do processo do presente estudo, foi desenvolvido o protocolo de dados com um consentimento informado, onde se encontrava explicado o objetivo do estudo (pretende analisar o papel dos parceiros românticos na adaptação à dor crónica), as instruções gerais de preenchimento do mesmo, bem como a indicação dos critérios de inclusão (ter mais de 18 anos, ter dor crónica e estar numa relação amorosa). Foi também solicitado a livre participação e garantido o anonimato dos participantes, tal como a confidencialidade das suas respostas e a possibilidade de interrupção durante o processo de preenchimento. De seguida, eram apresentados questionários sociodemográficos e clínicos. E selecionadas as variáveis que iriam ser estudadas ao longo deste estudo, identificou-se os instrumentos adaptados à população portuguesa com o objetivo de as mensurar.

Diante disso, após o questionário final (Anexo F) se apresentar concluído, este foi disponibilizado *on-line*, mediante a plataforma *Qualtrics*, através de um link. A sua divulgação foi através das redes sociais (*Instagram* e *Facebook*) onde se encontrava referido os critérios de inclusão para a participação do presente estudo. No entanto, com o intuito de alcançar um público mais específico, foram selecionadas algumas associações relacionadas com a dor crónica (e.g. Myos Associacao Nacional Contra a Fibromialgia e Sindrome de Fadiga Cronica; Fibro-Associação Barcelense de Fibromialgia e Doencas Cronicas; Forca 3P- Associacao de Pessoas com Dor; Andar-Associacao Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide, e APJOF- Associacao Portuguesa de Fibromialgia) e de seguida realizado um contato com as mesmas, de modo a que fosse possível a divulgação do questionário. Por fim, foi realizado um contacto direto com os participantes que se encontravam em grupos de suporte à dor crónica.

Capítulo 3- Resultados

Este capítulo refere-se à análise das características descritivas da distribuição de todos os itens do SRI, de seguida apresenta-se a estrutura fatorial do instrumento e as características descritivas dos seus fatores, separadamente para as subescalas Respostas a Comportamentos de Bem-estar e Respostas a Comportamentos de Dor. Posteriormente, segue-se a apresentação dos dados referentes ao processo de validação, relativamente à validade de construto e de critério.

3.1. Características Descritivas dos Itens SRI

3.1.1. Descrição dos itens da subescala Respostas a Comportamentos de Bem-estar

A Tabela 1 apresenta as características descritivas de todos os itens da subescala Respostas a comportamentos de bem-estar. As respostas abrangeram todos os valores da escala (min=1, máx=5), as médias variaram entre 2,00 e 4,31 e os desvios-padrão variaram entre 0,835 e 1,500. O valor médio mais elevado verificou-se no item “*Sorriu para mim*” e o menor no item “*Criticou-me por estar tão ativo/a*”.

A nível de distribuição dos itens, a maioria apresentou índices de assimetria e curtose significativamente elevados ($\text{Assimetria}/\text{DP} < |1,96|$ para uma distribuição simétrica e $\text{Curtose}/\text{DP} < |1,96|$ para um achatamento mesocúrtico) e valores de assimetria entre $|4,2|$ e $|-5,22|$, e de curtose entre $|2,25|$ e $|-3,17|$. No que diz respeito aos valores de assimetria, o item “*Criticou-me por estar tão ativo/a*” apresentou o índice mais elevado com uma distribuição assimétrica positiva, indicado uma predominância de valores mais baixos de respostas negativas a comportamentos de bem-estar, neste caso. Relativamente aos índices de curtose, o item “*Abraçou-me ou beijou-me*” deteve o valor mais elevado, apresentando uma distribuição leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou que nenhum dos itens apresentou uma distribuição normal ($p < 0,001$).

Quadro 3.1 *Estatística Descritiva dos itens referentes à subescala Respostas a Comportamentos de Bem-estar da SRI*

Item	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Assimetria/EP Assimetria	Curtose/EP curtose
1. Pareceu contente por eu estar mais ativo/a.	1	5	4	4,01	0,96	-2,99	0,55
2. Abraçou-me ou beijou-me.	1	5	4	4,06	1,066	-5,22	2,25
3. Disse-me que se não parasse agora iria pagar o preço mais tarde.	1	5	2	2,54	1,5	1,4	-3,17
4. Disse-me que me amava.	1	5	5	4,03	1,245	-5,04	0,48
5. Questionou a minha capacidade para fazer a atividade.	1	5	3	2,48	1,201	1,11	-2,01
6. Disse-me coisas agradáveis.	1	5	4	3,99	0,951	-3,46	0,11
7. Disse-me para abrandar.	1	5	3	2,99	1,27	0,61	-2,07
8. Sorriu para mim.	2	5	5	4,31	0,835	-3,63	-1,23
9. Criticou-me por estar tão ativo/a.	1	5	2	2	1,216	4,2	0,56
10. Disse-me que estava a fazer um bom trabalho.	1	5	4	3,55	1,265	-2,65	-1,4
11. Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais.	1	5	3	3,03	1,408	0,94	-2,69
12. Disse aos outros que eu estava bem.	1	5	3	3,03	1,252	-1	-1,78
13. Pareceu preocupado comigo por eu estar tão ativo/a.	1	5	3	2,69	1,374	1,01	-2,75

3.1.2. Descrição dos itens relativos à subescala Respostas a Comportamentos de Dor

A Tabela 2 apresenta as características descritivas de todos os itens da subescala Respostas a Comportamentos de Dor. As respostas abrangeram todos os valores da escala (min=1, máx=5), as médias variaram entre 1,54 e 4,11 e os desvios-padrão variaram entre 0,887 e 1,447. O valor médio mais elevado foi obtido no item “Foi carinhoso/a comigo (beijou-me ou abraçou-me)” e o menor no item “Ignorou-me”.

A nível de distribuição, a maioria dos itens apresentou índices de assimetria e curtose significativamente elevados (valores de assimetria entre $|-5,35|$ e $|6,97|$, e de curtose entre $|-2,68|$ e $|3,72|$). Em relação aos valores de assimetria, o item “Ignorou-me” apresenta o valor de assimetria mais elevado, o que indica uma distribuição assimétrica positiva e uma predominância de valores mais baixos de respostas negativas a comportamentos de dor, neste caso. Relativamente aos índices de curtose, o item “Ignorou-me” deteve o valor mais elevado, apresentando uma distribuição leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou que nenhum dos itens apresentou uma distribuição normal ($p < 0,001$).

Quadro 3.2 Estatística Descritiva dos itens referentes à subescala Respostas a Comportamentos de Dor

Item	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Assimetria/EP	Curtose/EP
1. Trouxe-me a minha medicação para a dor.	1	5	4	3,36	1,447	-1,97	-2,68
2. Pareceu criticar-me mais.	1	4	1	1,75	0,887	3,66	-1,02
3. Tentou confortar-me falando comigo.	1	5	4	3,81	1,103	-3,74	0,16
4. Fez algumas das minhas tarefas domésticas.	1	5	3	3,46	1,106	-1,77	0,83
5. Disse-me que lamentava que eu estivesse com dores.	1	5	4	3,41	1,377	-2,22	-2,2
6. Não me deu qualquer atenção.	1	5	1	1,77	1,101	5,95	2,17
7. Tentou confortar-me.	1	5	4	3,99	1,087	-4,86	1,5

8. Foi carinhoso/a comigo (beijou-me ou abraçou-me).	1	5	4	4,11	1,028	-5,35	2,58
9. Assumiu algumas das minhas responsabilidades profissionais/doméstica.	1	5	3	3,33	1,102	-1,27	-1,58
10. Pareceu irritado/a comigo.	1	4	1	1,75	0,910	3,92	0,81
11. Tentou manter baixos os níveis de tensão, stress e ruído em casa.	1	5	4	3,45	1,171	-2,48	0,93
12. Deu-me atenção escutando-me.	1	5	4	3,83	1,008	-1,96	1,48
13. Conversou com alguém por mim (especialmente em situações difíceis).	1	5	3	2,64	1,276	1,22	-1,99
14. Ignorou-me.	1	5	1	1,54	0,904	6,97	3,72
15. Fez-me uma massagem.	1	5	3	2,93	1,199	0,49	-1,79
16. Trouxe-me algo para beber.	1	5	4	3,5	1,115	-1,95	-1,1
17. Cozinhou a minha refeição preferida ou levou-me a jantar fora.	1	5	3	3,18	1,206	-1,31	-1,65
18. Pareceu estar frustrado/a comigo.	1	5	2	1,85	0,98	3,58	0,65
19. Assegurou-se que os outros não me incomodavam.	1	5	3	3,23	1,204	-1,5	-1,85
20. Perguntou-me o que poderia fazer para me ajudar.	1	5	4	3,81	1,103	-2,86	-1,02
21. Trouxe-me algo para comer.	1	5	4	3,67	1,041	-2,57	0,24
22. Não falou comigo (manteve-se em silêncio).	1	4	2	1,9	1,046	3,62	-1,4
23. Evitou pedir-me que fizesse coisas para ele/a (como ir buscar os filhos, arrumar a loiça).	1	5	4	3,63	1,134	-2,31	-1,47

24. Trouxe-me um cobertor, almofada ou borracha de água quente.	1	5	4	3,44	1,272	-2,76	-1,38
25. Ligou ao meu médico.	1	5	1	1,71	1,037	5,69	1,15
26. Evitou ser fisicamente afetado/a comigo (não me abraçou nem beijou).	1	4	1	1,71	0,938	4,73	0

3.2. Estrutura fatorial e consistência interna do SRI

3.2.1. Subescala de Respostas a Comportamentos de Bem-Estar

Procedeu-se a uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* ($KMO=0,855$; Bartlett's χ^2 (66)= 751,788, $p<0,001$), na qual se mantiveram os itens com índices de saturação acima de 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido eliminado o item “Disse aos outros que eu estava bem” (resposta facilitadora), pelo facto de apresentar uma comunalidade muito baixa. De acordo com o critério de *Kaiser*, foram extraídos dois fatores: 1) Respostas Facilitadoras de Comportamentos de Bem-estar e 2) Respostas Negativas a Comportamentos de Bem-estar, que explicam 63,37% da variância total (Tabela 3). Ambos os fatores apresentaram bons níveis de consistência interna.

Quadro 3.3 *Estrutura fatorial da subescala respostas a comportamentos de bem-estar*

	Fatores	
	Respostas Facilitadoras	Respostas Negativas
6. Disse-me coisas agradáveis.	,872	
8. Sorriu para mim.	,859	
4. Disse-me que me amava.	,858	
2. Abraçou-me ou beijou-me.	,853	
1. Pareceu contente por eu estar mais ativo/a.	,769	
10. Disse-me que estava a fazer um bom trabalho.	,755	
7. Disse-me para abrandar.		,814
11. Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais.		,801
13. Pareceu preocupado comigo por eu estar tão ativo/a.		,780
3. Disse-me que se não parasse agora iria pagar o preço mais tarde.		,738
9. Criticou-me por estar tão ativo/a.		,603

5. Questionou a minha capacidade para fazer a atividade. ,563

Variância explicada	39,106%	24,264%
Alpha de Cronbach	0,91	0,82

3.2.2 Subescala de Respostas a Comportamentos de Dor

Procedeu-se a uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* (KMO=0,896; Bartlett's χ^2 (171)= 1163,434, $p<0,001$), na qual se mantiveram os itens com índices de saturação acima de 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200. Assim sendo, foram eliminados alguns itens que compõem a estrutura original do instrumento, especificamente, o item 10 por apresentar valores de *crossloadings* inferiores a 0,200 (respostas negativas) e os itens 3, 7, 8, 12 e 20 (respostas solícitas), pelo mesmo motivo e o item 25 por apresentar uma comunalidade baixa, ou seja, inferior a 0,400 (resposta solícita). De acordo com o critério de *Kaiser*, foram extraídos dois fatores: 1) Respostas Solícitas a Comportamentos de Dor e 2) Respostas Negativas a Comportamentos de Dor, que explicam 54,87% da variância total (Tabela 4). Ambos os fatores apresentaram bons níveis de consistência interna.

Quadro 3.4 *Estrutura fatorial da subescala Respostas a comportamentos de dor do SRI*

	Fatores	
	Respostas Solícitas	Respostas Negativas
21. Trouxe-me algo para comer.	,798	-,315
24. Trouxe-me um cobertor, almofada ou borracha de água quente.	,771	
16. Trouxe-me algo para beber.	,763	
9. Assumi algumas das minhas responsabilidades profissionais/domésticas.	,734	
4. Fez algumas das minhas tarefas domésticas.	,704	
17. Cozinhou a minha refeição preferida ou levou-me a jantar fora.	,683	
1. Trouxe-me a minha medicação para a dor.	,644	
19. Assegurou-se que os outros não me incomodavam.	,644	
13. Conversou com alguém por mim (especialmente em situações difíceis).	,613	
23. Evitou pedir-me que fizesse coisas para ele/a (como ir buscar os filhos, arrumar a loiça).	,566	

5. Disse-me que lamentava que eu estivesse com dores.	,558	
15. Fez-me uma massagem.	,537	
11. Tentou manter baixos os níveis de tensão, stress e ruído em casa.	,480	
22. Não falou comigo (manteve-se em silêncio).		,712
14. Ignorou-me.		,700
18. Pareceu estar frustrado/a comigo.		,683
26. Evitou ser fisicamente afetuoso/a comigo (não me abraçou nem beijou).		,653
6. Não me deu qualquer atenção.	-,305	,652
2. Pareceu criticar-me mais.		,599
Variância explicada	44,342%	10,525%
Alpha de Cronbach	0,92	0,86

3.3. Caraterísticas Descritiva dos fatores da SRI

Como podemos observar na Tabela 5, o fator Respostas Facilitadoras de Comportamentos de Bem-estar apresentou o valor médio mais elevado (entre Frequentemente e Sempre). Não seguiu distribuição normal, apresentando uma distribuição assimétrica positiva e mesocúrtica. O fator Respostas Negativas a Comportamentos de Bem-estar apresentou um valor médio relativamente baixo (inferior ao ponto médio da escala). Não seguiu distribuição normal, apresentando uma distribuição simétrica embora platicúrtica. O terceiro fator- Respostas Negativas a comportamentos de Dor- apresentou uma menor amplitude de valores que o indicador anterior e um valor médio mais baixo. Não possui uma distribuição normal, apresentando uma distribuição assimétrica positiva e mesocúrtica. Por fim, o quarto e último fator- Respostas Solícitas a Comportamentos de Dor- apresentou valores que ocuparam quase toda a amplitude da escala e um valor médio moderado. Apresentou uma distribuição aproximada da normal, simétrica e mesocúrtica.

Quadro 3.5 *Estatística Descritiva dos fatores referentes às respostas a comportamentos de dor e de bem-estar*

Fator	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	Assimetria/EP	Curtose/EP
Respostas Facilitadoras de Comportamentos de bem-estar	1,83	5	4,16	3,9928	0,87593	3,398	0,814
Respostas Negativas a Comportamentos de bem-estar	1	4,5	2,66	2,6159	0,95722	0,207	-2,4
Respostas Negativas a comportamentos de dor	1	3,83	1,66	1,7568	0,74257	4,257	0,56
Respostas Solícitas a comportamentos de dor	1,38	4,92	3,53	3,3246	0,86611	1,955	1,434

3.4 Validade do SRI

3.4.1. Validade de constructo convergente

Procurou-se averiguar a existência de correlações entre as subescalas do SRI. O resultado da análise permitiu reconhecer correlações significativas ($p < 0,01$) entre os diferentes fatores, sendo de realçar as correlação muito elevadas entre as respostas facilitadoras aos comportamentos de bem-estar e as respostas solícitas aos comportamentos de dor ($r = 0,756$, $p < 0,001$) e as respostas negativas aos comportamentos de dor ($r = -0,725$, $p < 0,001$); quanto mais o parceiro facilita comportamentos de bem-estar, mais se mostra solícito e menos responde negativamente perante comportamentos de dor. As respostas negativas aos comportamentos de dor também apresentam uma correlação negativa elevada com as respostas solícitas aos comportamentos de dor ($r = -0,563$, $p < 0,001$). As respostas negativas a comportamentos de bem-estar possuem uma correlação moderada positiva com as respostas solícitas aos comportamentos de dor ($r = 0,364$, $p < 0,001$). Finalmente, não se verificam

correlações significativas entre as respostas negativas a comportamentos de dor e as respostas negativas aos comportamentos de bem-estar ($r=-0,058$) e as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar ($r=0,18$).

A validade convergente/divergente de um instrumento poderá ser também verificada através da comparação com um instrumento que avalie construtos semelhantes. Na tabela 5, verifica-se que as respostas solícitas aos comportamentos de dor apresentaram uma correlação elevada, positiva e significativa com a PPA (Percepção de Promoção de Autonomia) e PPD (Percepção de Promoção de Dependência) Instrumental e uma correlação moderada, positiva e significativa com a PPD Emocional/Estima. As respostas negativas aos comportamentos de dor apresentaram correlações negativas e significativas com as subescalas da ESIAD, no entanto, possui uma correlação elevada com a PPA e moderada com a PPD Instrumental. As respostas facilitadoras aos comportamentos de bem-estar apresentaram correlações positivas e significativas com as subescalas da ESIAD, no entanto, possuem uma correlação elevada com a PPA, moderada com a PPD Instrumental e fraca com a PPD Emocional/Estima. As respostas negativas aos comportamentos de bem-estar não se correlacionam significativamente com PPA, apresentam uma correlação fraca, positiva e significativa com a PPD Instrumental e moderada, positiva e significativa com a PPD Emocional/Estima.

Quadro 3.6 *Correlações entre as subescalas do SRI e as subescalas da ESIAD*

Fator	PPD_Instrumental	PPD_Emocional/Estima	PPA
Respostas Solícitas a comportamentos de dor	,682**	,458**	,728**
Respostas Negativas a comportamentos de dor	-,350**	-,198*	-,657**
Respostas Facilitadoras de Comportamentos de bem-estar	,422**	,288**	,716**
Respostas Negativas a Comportamentos de bem-estar	,203*	,323**	0,17

** $p<0,01$

* $p<0,05$

3.4.2. Validade relativa a um critério

Neste ponto pretende-se testar a validade de critério do SRI relativamente à satisfação conjugal, interferência e severidade da dor, ansiedade, depressão e stress, e a catastrofização. A tabela 7 demonstra as correlações das respostas dos parceiros a comportamentos de dor e de bem-estar entre as variáveis de critério.

3.4.2.1. Relação entre a satisfação conjugal e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar

Na Tabela 7, verifica-se a existência de uma correlação significativa, forte e positiva entre a satisfação conjugal com as respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar e as respostas solícitas a comportamentos de dor. A satisfação conjugal apresentou, ainda, uma associação forte e negativa com as respostas negativas a comportamentos de dor, não apresentando uma associação significativa com as respostas negativas a comportamentos de bem-estar.

3.4.2.2. Relação entre a severidade e a interferência da dor e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar

Relativamente à severidade da dor, verificou-se que não se encontra significativamente correlacionada com as respostas solícitas e negativas a comportamentos de dor e respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar. No que diz respeito às respostas negativas a comportamentos de bem-estar, verificou-se uma fraca correlação positiva com a severidade da dor.

Em relação à interferência da dor, identificou-se uma associação fraca e positiva com as respostas negativas a comportamentos de dor e respostas negativas aos comportamentos de bem-estar. No que diz respeito às respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar e solícitas a comportamentos de dor, estas não apresentaram correlações significativas com o grau de interferência da dor.

3.4.2.3. Relação entre a ansiedade, depressão e stress e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar

Relativamente à ansiedade e stress, verificou-se que estas não se encontram significativamente associadas e nenhum tipo de resposta do/a parceiro/a. Já a depressão, apresentou uma associação positiva moderada com as respostas negativas a comportamentos de dor e uma associação fraca e negativa com as respostas solícitas a comportamentos de dor. A depressão não se mostrou significativamente associada às respostas aos comportamentos de bem-estar.

3.4.2.4. Relação entre a catastrofização e as respostas do/a parceiro/a a comportamentos de dor e bem-estar

Verificou-se que as respostas solícitas e negativas a comportamentos de dor, não se relacionam significativamente com a catastrofização (ruminação/magnificação ou desânimo). O mesmo acontece com as respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar. No entanto, as respostas negativas aos comportamentos de bem-estar apresentam uma fraca correlação positiva com o Desânimo e uma correlação moderada positiva Ruminação/Magnificação.

Quadro 3.7 *Correlações entre as variáveis de critério e as subescalas do SRI*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Severidade da dor	-										
2.Interferência da dor	,577**	-									
3.Satisfação Conjugal	-,045	-,151	-								
4.Stress & Ansiedade	,028	,222*	,053	-							
5.Depressão	,098	,259**	,043	,698**	-						
6.Ruminação /Magnificação	,251**	,198*	,275**	,427**	,422**	-					
7.Desânimo	,425**	,390**	,189*	,365**	,448**	,714**	-				
8.Solicitas(Dor)	,015	-,071	,426**	-,164	-,217*	,093	,133	-			
9.Negativas(Dor)	,146	,212*	-,423**	,180	,300**	,064	,047	-,563**	-		
10.Facilitadoras (WB)	-,053	-,114	,514**	-,141	-,171	,162	,101	,756**	-,725**	-	
11.Negativas(WB)	,216*	,205*	,107	,063	,068	,340**	,290**	,364**	-,058	,180	-

**p<0,01

*p<0,05

Capítulo 4- Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial a tradução, adaptação cultural e validação do instrumento *Spouse Response Inventory* para a população portuguesa, averiguando igualmente as suas características psicométricas. O SRI visa avaliar as respostas do/as parceiro/as romântico/as relativamente aos comportamentos de dor e de bem-estar do paciente com dor crónica, com o intuito de compreender como estas respostas poderão influenciar na sua adaptação à dor crónica.

Quanto à análise das suas características psicométricas, a nível da sua estrutura fatorial era esperado (Hipótese 1) que apresentasse dois fatores na subescala Respostas a Comportamentos de Bem-estar, referentes às Respostas Facilitadoras e Negativas, e dois fatores na subescala Respostas a Comportamentos de Dor, referentes às Respostas Solícitas e Negativas. Os resultados suportaram a nossa hipótese, refletindo a estrutura bifatorial esperada para cada uma das subescalas do SRI, à semelhança do estudo original (Schwartz et al., 2005). Ao nível das correlações entre as suas subescalas, é de realçar que a correlação mais elevada demonstrou ser entre as respostas facilitadoras aos comportamentos de bem-estar e respostas solícitas aos comportamentos de dor, como também foi verificado na versão original do SRI (Schwartz et al., 2005). Esta associação, possivelmente, reflete o facto de tais respostas serem ambas percebidas como ações de suporte, pois as respostas facilitadoras poderão ser entendidas como um encorajamento e apoio dos esforços do paciente para funcionar apesar da dor, e as respostas solícitas são vistas como gestos de simpatia e apoio em situações de necessidade. Assim, os nossos dados sugerem que quanto mais o parceiro responde de forma facilitadora aos comportamentos de bem-estar mais é percebido como demonstrando solicitude perante comportamentos de dor. Constatou-se também, que quanto mais o parceiro responde de forma negativa aos comportamentos de dor, menos se mostra solícito, tal como no estudo original (Schwartz et al., 2005). Efetivamente, estas respostas são antagónicas, já que a primeira reflete rejeição e afastamento e a segunda aproximação e ajuda perante manifestações de dor. Finalmente, quanto mais o parceiro responde negativamente a comportamentos de bem-estar mais solícito parece ser relativamente aos comportamentos de dor, tal como no estudo original (Schwartz et al., 2005). Esta associação poderá explicar-se pelo facto de ambas as respostas poderem ter subjacente à crença de que a pessoa com dor crónica não deverá exercer demasiada atividade, devendo assumir comportamentos de proteção.

O SRI, apresentou bons índices de fidelidade interna, podendo ser considerado um instrumento adequado, que mede de modo consistente as Respostas Solícitas e Negativas a Comportamentos de Dor, e as Respostas Facilitadoras e Negativas a comportamentos de bem-estar do parceiro/a do paciente com dor crónica. Estes resultados vêm suportar a nossa Hipótese 2, já que à semelhança do estudo original (Schwartz et al., 2005) esperavam-se bons valores de consistência interna (Hipótese 2).

Como teste à validade convergente/divergente do SRI, procurou-se comparar este instrumento com a ESIAD (Domingues & Bernardes, 2014). Esperava-se uma associação negativa entre as respostas negativas aos comportamentos de dor e bem-estar (SRI) e as subescalas da ESIAD (Hipótese 3), pelo facto das respostas negativas não corresponderem a ações de suporte social. A hipótese foi parcialmente suportada. Os resultados permitiram concluir que a hipótese verificou-se em relação às respostas negativas a comportamentos de dor, pois apresentaram correlações negativas e significativas com as subescalas da ESIAD como era esperado. Já nas respostas negativas aos comportamentos de bem-estar não existiram associações negativas com as subescalas da ESIAD, pelo contrário, todas as associações eram positivas, embora fracas e apenas com as ações de suporte promotoras de dependência funcional. Poderá ser pelo facto de que, apesar das respostas negativas não estarem relacionadas a ações de suporte social, enquanto que as subescalas da ESIAD estão, estas respostas parecem ser dadas pelo facto de existir uma grande preocupação do parceiro para com o paciente quando este está ativo (ex., “Pareceu preocupado/a comigo por eu estar tão ativo/a). Já as subescalas da ESIAD também parecem transmitir preocupação apesar desta ser demonstrada de maneira totalmente diferente (ex., “Encarrega-se da realização das minhas tarefas domésticas”). Por outro lado, esperava-se uma correlação positiva forte entre as respostas de solicitude e facilitadoras (SRI) e as subescalas da ESIAD (Hipótese 4). As respostas solícitas e facilitadoras demonstraram ter esta correlação com a PPA, sendo a hipótese verificada em relação a estas subescalas. No entanto, verificou-se uma correlação moderada entre as respostas facilitadoras e a PPD Instrumental. Por fim, contrariamente a esta hipótese, em relação à PPD Emocional/Estima verificou-se uma fraca correlação com as respostas facilitadoras. Tal se pode dever ao facto da PPD Instrumental estar relacionada a um incentivo por parte do parceiro para que o paciente não faça qualquer atividade. Pelo contrário, as respostas facilitadoras encorajam e apoiam o paciente a estar ativo. Sendo assim duas subescalas que não se relacionam. No geral, estas conclusões revelaram que esta comparação permitiu também o teste da validade de construto divergente/convergente,

relativa à existência de correlação elevada do instrumento em validação com um outro que mede construtos semelhantes.

Para a validação concorrente do SRI, foram delineadas diferentes hipóteses. Na Hipótese 5 esperava-se que as respostas solícitas e facilitadoras estivessem associadas a maiores níveis de satisfação conjugal e maiores respostas negativas estivessem associadas a menores níveis de satisfação conjugal. Os resultados permitiram concluir que a satisfação conjugal possui uma associação significativa e positiva com as respostas facilitadoras e solícitas. Esta hipótese torna-se também relevante pelo facto de, no estudo original (Schwartz et al., 2005), ter sido referido que seria interessante, como investigação futura, analisar até que ponto estas respostas estariam associadas à satisfação conjugal. Posto isto, no presente estudo foi possível verificar esta hipótese, indo também ao encontro da literatura, como nos estudos de Rosen, et al. (2012) e Rosen, et al. (2015) que sugeriam que estas respostas promovessem proximidade emocional e intimidade na relação, do qual esperavam um aumento da satisfação conjugal. Estas poderão ser vistas pelo paciente como um apoio emocional e uma promoção da sua autonomia, fazendo com que a satisfação com a sua relação tenha tendência para aumentar. Em relação às respostas negativas, a hipótese também se verificou, indo ao encontro da literatura, como no estudo de Müller, et al. (2018) no qual as respostas negativas estavam associadas à diminuição da satisfação conjugal. Isto acontecia pelo facto das respostas negativas não serem benéficas para o funcionamento do paciente, prejudicando assim a relação do casal, principalmente quando os pacientes expunham elevados níveis de sintomas.

Na hipótese 6 esperava-se que maiores respostas solícitas face a comportamentos de dor e respostas negativas aos comportamentos de bem-estar iriam estar associadas a maiores níveis de severidade e interferência da dor. Ainda, esperava-se que as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar estariam associadas a menor interferência da dor. Em relação às respostas solícitas a comportamentos de dor a hipótese não se verificou, porque não se encontraram significativamente correlacionadas nem com a interferência nem com a severidade da dor. No que diz respeito às respostas negativas aos comportamentos de bem-estar também não se encontraram significativamente correlacionadas com a severidade da dor. Segundo o estudo de Ginting, et al. (2010) apesar da literatura mencionar o contrário dos resultados apresentados em relação às respostas solícitas e negativas, poderia ser pelo facto de existir diferenças de amostragem aleatória (por exemplo, a nível da duração e severidade da dor) dos participantes, em comparação com investigações anteriores. No entanto, as respostas negativas aos comportamentos de bem-estar estavam significativamente e

positivamente associadas à interferência da dor tal como no estudo original do SRI (Schwartz et al., 2005). Estes resultados podem dever-se ao facto, de este tipo de resposta ser vista como uma preocupação (como por exemplo, o seguinte item: “Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais”) e não como algo tão prejudicial que fizesse com que a sua dor aumentasse. Relativamente às respostas facilitadoras, a hipótese não se verificou, pois não se averiguou uma associação significativa com a interferência da dor. No estudo de Pence, et al. (2008) os autores concluíram que as respostas negativas são mais eficazes para influenciar os comportamentos de bem-estar do que as respostas facilitadoras. As respostas negativas podem criar receios ao paciente em executar atividades. Assim sendo, estas respostas têm muito mais impacto do que as respostas facilitadoras que são um encorajamento aos comportamentos de bem-estar do paciente. No entanto, outra possibilidade poderia ser pelo facto deste tipo de respostas acontecerem nos comportamentos de bem-estar. Querendo isto dizer, que estes comportamentos estão relacionados com o paciente praticar algum tipo de atividade, como tarefas domésticas ou exercício, que sejam incompatíveis com o papel de doente. Deste modo, possivelmente as respostas facilitadoras (como, “Abraçou-me ou beijou-me”) iriam ter mais influência nos comportamentos de dor (ex., todas as formas de comportamento que indicam que a pessoa está com dor, como procurar ajuda) que são comportamentos com mais possibilidade de interferir na vida do indivíduo com dor, por este apresentar-se mais debilitado.

Na hipótese 7 esperava-se que maiores respostas negativas face a comportamentos de dor iriam estar associadas a maiores níveis de ansiedade, depressão e stress. Relativamente à depressão, verificou-se que quanto mais o parceiro respondia de forma negativa aos comportamentos de dor mais intensos eram os sintomas depressivos reportados pela pessoa com dor. Tal como Raichle, et al. (2011) afirmava, estas respostas eram vistas como punitivas, o que fazia com que o sofrimento do paciente fosse intensificado, bem como aos seus sintomas depressivos, estando, por sua vez, associadas com o aumento da angústia sentida pelo paciente (Forsythe et al., 2012). O paciente poderia associar essas mesmas respostas a falta de empatia (Rosen et al., 2015) e a sentimentos negativos que poderão conduzir à solidão, o que o levaria à depressão. Já a ansiedade e o stress não apresentaram uma associação significativa a maiores respostas negativas face a comportamentos de dor. Deste modo, poderá haver a necessidade, no futuro, de serem efetuadas mais investigações sobre esta temática pela falta de literatura existente que explique o facto de não existir uma relação.

Na hipótese 8 estimava-se que maiores respostas solícitas face a comportamentos de dor estariam associadas a mais sintomas depressivos. Porém, a hipótese não se verificou, já que os resultados demonstram o oposto, as respostas solícitas estavam associadas a menos sintomas depressivos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Pence, et al. (2008) que afirmava existir uma associação destas respostas aos sintomas depressivos, colocando a hipótese de tal acontecer por criar uma tendência para a passividade bem como, o papel do paciente como um indivíduo com dor disfuncional. Também poderá acontecer pelo facto de o paciente perceber as respostas do parceiro como algo positivo e para promover o seu bem-estar, sentindo-se apoiado/a e acarinhado/a, o que por sua vez ajudará na diminuição dos sintomas depressivos.

Na hipótese 9 esperava-se que mais respostas facilitadoras face a comportamentos de bem-estar estariam associadas a menos sintomas depressivos. Os resultados não confirmaram a hipótese, já que não se verificou a associação hipotetizada. Estes resultados vão de encontro ao verificado por Rosen, et al. (2014) onde as respostas facilitadoras estavam associadas à diminuição dos sintomas depressivo.

Na hipótese 10 esperava-se que maiores respostas solícitas estariam associadas a maiores níveis de catastrofização. Os resultados obtidos demonstraram que as respostas solícitas não se relacionavam significativamente com a catastrofização, não se verificando a hipótese. No entanto, no estudo de Boothby, et al. (2004) a mesma hipótese não se verificou. Contudo, existia a suposição de que a catastrofização acontecia consoante se alterava a natureza da experiência de dor. Por exemplo, quando o paciente se encontrava numa fase aguda da dor, a catastrofização poderia originar respostas solícitas por parte do parceiro. Ou seja, se o paciente tivesse um ferimento recente ou terminasse um procedimento médico estaria assim numa situação de dor podendo demonstrá-la, por exemplo, através do gemer. Assim, seria esperado que o seu parceiro tratasse o paciente com simpatia e atenção, visto que estava perante um comportamento de dor. Desta forma, as respostas solícitas seriam esperadas quando a dor ainda se encontrava no início. Porém, quando a dor se transformava em crónica as expressões que o paciente tinha para demonstrar que sentia dor poderia causar irritação ao parceiro, em vez deste acalmar e apoiar o paciente. Podendo-se dever ao facto do parceiro considerar a catastrofização como algo mal adaptativo ou até mesmo manipulativo. Assim sendo, na investigação de Boothby, et al. (2004) analisaram que apesar das respostas solícitas não se relacionarem com a catastrofização, as respostas negativas estavam associadas. Efetivamente, é isto que se verifica nos resultados, já que mais respostas negativas a comportamentos de bem-estar estão associadas a maior catastrofização da dor.

Em suma, os dados sugerem que a versão portuguesa do SR possui indicadores relativamente bons de validade de construto, consistência interna e validade relativa a critério.

4.1 Limitações e direções futuras de investigação

Relativamente às limitações existentes, poderá ser apontado a enorme discrepância que foi possível observar entre os participantes deste estudo no que diz respeito ao sexo feminino (92%) em relação ao sexo masculino. Desta forma, não foi permitido analisar diferenças de sexo nas respostas do parceiro a comportamentos de dor e de bem-estar, pois na literatura é possível encontrar uma investigação que realça as diferenças entre homens e mulheres sob várias vertentes associadas ao fenómeno da dor (Stubbs et al., 2010). Como estudo futuro, poderia ser relevante estudar a influência do sexo/género em relação às respostas dos parceiros no processo de adaptação à dor crónica. Outra limitação observada diz respeito ao facto de a maioria dos casais serem heterossexuais, não permitindo a generalização dos dados para casais de pessoas do mesmo sexo. Um outro aspeto em ter em atenção, foi a utilização de instrumentos de autorresposta que permitiu compreender a perceção do próprio participante com dor crónica às problemáticas existentes, no entanto, seria interessante estudar também a perceção do próprio parceiro face às mesmas problemáticas e comparar as suas respostas. A realização de um estudo longitudinal seria uma mais valia, de modo a analisar até que ponto as respostas dos parceiros poderiam ser alteradas consoante o tempo. Por último, relativamente ao SRI, poderia ser validado para populações de outros países, visto que apenas a Alemanha validou este instrumento.

De um modo geral, o presente estudo contribuiu para a validação psicométrica de um instrumento que permitirá uma maior compreensão do papel das respostas dos parceiros nos processos de adaptação à dor crónica. A utilização deste instrumento em contextos clínicos poderá ajudar a melhorar os apoios prestados ao paciente, criando ou aperfeiçoando futuras ou novas intervenções. Por exemplo, poderá ser uma forma de auxiliar os profissionais de saúde e os pacientes a conseguirem identificar quais são as respostas, por parte do parceiro, que podem ser desfavoráveis ao fenómeno da dor e que tipo de respostas poderão ajudar a melhorar o estado de saúde do paciente. O SRI poderá ser um instrumento útil e orientador de intervenções em casal e não apenas individuais, tendo como foco as respostas do parceiro, e os processos de comunicação na relação. Algo que também poderia ser tido em conta seria o apoio prestado diretamente ao parceiro, de modo a este adquirir estratégias para lidar da melhor forma com o seu/sua companheiro/a em situações de dor.

Referências

- Azevedo, L., da Costa Pereira, A., Dias, C., Agualusa L, Lemos L, Romão J, Patto T, Vaz S, Abrunhosa R, Carvalho CJ, Cativo MC, Correia D, Coucelo G, Craveiro B, Loureiro MC, Silva B, & Castro Lopes, J. (2008). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15 (4), 6-56.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Bell, A. (2018). The neurobiology of acute pain. *The Veterinary Journal*, 237, 55–62. doi:10.1016/j.tvjl.2018.05.004
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–287. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Clark, N. M. (2003). Management of Chronic Disease by Patients. *Annual Review of Public Health*, 24(1), 289–313. doi: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141021
- Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C. R. Chapmen & J. D Loeser (Eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, 391 – 403. New York: Raven Press
- Cunha, C. M., De Almeida Neto, O. P., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista Brasileira Ciências Da Saúde - USCS*, 14(47). doi:10.13037/ras.vol14n47.3391
- Cunha, L. L., & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120–124. doi:10.1590/s1806-00132011000200008
- Dias, A. R. (2007). Dor crónica-Um problema de saúde pública. *Psicologia.pt*, 1-8.
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Domingues, M. S. S. (2012). *Construção e validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- Duncan, G. (2000). Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say? *The Journal of Medicine and Philosophy*, 25(4), 485–513. doi:10.1076/0360-5310(200008)25:4;1-a;ft485
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T70–T92. doi:10.1016/j.jpain.2016.01.001
- Ferland, C. E., Vega, E., & Ingelmo, P. M. (2018). Acute pain management in children. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 327–332. doi:10.1097/aco.0000000000000579
- Fordyce, W. E. (1976). Behavioral concepts in chronic pain and illness. In *The behavioral treatment of anxiety and depression and pain*. Bruner & Mazel, New York.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

- Ginting, J. V., Tripp, D. A., Nickel, J. C., Fitzgerald, M. P., & Mayer, R. (2010). Spousal support decreases the negative impact of pain on mental quality of life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *BJU International*, 108, 713-717. doi:10.1111/j.1464-410x.2010.09846.x
- Goubert, L., Craig, K. D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M. J. L., Williams, de C. A. C., Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118(3), 285–288. doi:10.1016/j.pain.2005.10.025
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 100–107. doi:10.1016/s0870-9025(11)70013-x
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain clinical updates*, 11(2), 1-4.
- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 137-142.
- Júnior, J. J., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A. de M., & Asghari, A. (2012). Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Revista Dor*, 13(2), 111–118. doi:10.1590/s1806-00132012000200003
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & C. Campbell, L. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease-Related Pain. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 601–630. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070302
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., & Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 100–105. doi:10.1207/s15324796abm2402_06
- Kindt, S., Vansteenkiste, M., Loeys, T., Cano, A., Lauwerier, E., Verhofstadt, L. L., & Goubert, L. (2015). When Is Helping your Partner with Chronic Pain a Burden? The Relation Between Helping Motivation and Personal and Relational Functioning. *Pain Medicine*, 16(9), 1732–1744. doi:10.1111/pme.12766
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. de A. L. M. da, & Pimenta, C. A. de M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509–513. doi:10.1590/s0034-71672006000400007
- Lind, W. R. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.
- Martins, C. S. (2020). *Suporte Social Informal para a Autonomia e Dependência Funcional na Dor Crónica: o Papel Mediador da Autoeficácia* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 168–182. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.01.017
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Melzack, R. (1996). Gate control theory. *Pain Forum*, 5(1), 128–138. doi:10.1016/s1082-3174(96)80050-x
- Michaelides, A., & Zis, P. (2019). Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*, 131(7), 438–444. doi:10.1080/00325481.2019.1663705
- Moore, N. D. (2009). In search of an ideal analgesic for common acute pain. *Acute Pain*, 11(3-4), 129–137. doi: 10.1016/j.acpain.2009.09.003
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.

- Prenevost, M. H., & Reme, S. E. (2017). Couples coping with chronic pain: How do intercouple interactions relate to pain coping? *Scandinavian Journal of Pain*, 16(1), 150–157. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.05.010
- Rodrigues, A. M. (2007). *O doente com dor crónica: Estudo da Repercussão na ansiedade, na depressão e nas atividades de vida diária* (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
- Sardá Júnior, J. J., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A. de M., & Asghari, A. (2012). Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Revista Dor*, 13(2), 111–118. doi:10.1590/s1806-00132012000200003
- Schwartz, L., Jensen, M., & Romano, J. (2005). The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory. *The Journal of Pain*, 6(4), 243–252. doi: 10.1016/j.jpain.2004.12.010
- Sinclair, C. M., Meredith, P., Strong, J., & Feeney, R. (2016). Personal and Contextual Factors Affecting the Functional Ability of Children and Adolescents with Chronic Pain. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 327–342. doi:10.1097/dbp.0000000000000300
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 565–592. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085615
- St. John Smith, E. (2017). Advances in understanding nociception and neuropathic pain. *Journal of Neurology*, 265(2), 231–238. doi:10.1007/s00415-017-8641-6
- Stubbs, D., Krebs, E., Bair, M., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J. Kroenke, K. (2010). Sex Differences in pain and pain-related disability among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 11, 232 – 239. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00760.x
- Trouvin, A.-P., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 101-415. doi: 10.1016/j.berh.2019.04.007
- Turk, D., Meichenbaum, D., Genest, M., & Berntzen, D. (1984). Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 13(4), 243–244. doi:10.1080/16506078409455719
- Vervoort, T., Karos, K., Trost, Z., & Prkachin, K. M. (Eds.) (2018). *Social and Interpersonal Dynamics in Pain*. doi:10.1007/978-3-319-78340-6
- Vijayan, R. (2011). Managing Acute Pain in the Developing World Why Focus on Acute Pain? *Pain - Clin Updates*, 19(3), 1–7.
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, 157(11), 2420–2423. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613

Anexos

Anexo A- Versão portuguesa do SRI

Continuamos interessados na forma como o/a seu/sua parceiro/a responde quando **ele/ela pensa que está com dor**. Usando a escala que se segue, assinale um número para cada questão de forma a indicar com que frequência, nas últimas duas semanas, o/a seu/sua parceiro/a respondeu de determinada maneira quando pensou que estava com dor.

Durante as últimas 2 semanas, quando o/a meu/minha parceiro/a pensou que eu estava com dor, ele/ela:

Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre 4
------------	----------------	---------------	---------------------	-------------

1.	Trouxe-me a minha medicação para a dor.	0	1	2	3	4
2.	Pareceu criticar-me mais.	0	1	2	3	4
3.	Tentou confortar-me falando comigo.	0	1	2	3	4
4.	Fez algumas das minhas tarefas domésticas.	0	1	2	3	4
5.	Disse-me que lamentava que eu estivesse com dores.	0	1	2	3	4
6.	Não me deu qualquer atenção.	0	1	2	3	4
7.	Tentou confortar-me.	0	1	2	3	4
8.	Foi carinhoso/a comigo (beijou-me ou abraçou-me).	0	1	2	3	4
9.	Assumiu algumas das minhas responsabilidades profissionais/domésticas.	0	1	2	3	4
10.	Pareceu irritado/a comigo.	0	1	2	3	4
11.	Tentou manter baixos os níveis de tensão, stress e ruído em casa.	0	1	2	3	4
12.	Deu-me atenção escutando-me.	0	1	2	3	4
13.	Conversou com alguém por mim (especialmente em situações difíceis).	0	1	2	3	4
14.	Ignorou-me.	0	1	2	3	4
15.	Fez-me uma massagem.	0	1	2	3	4
16.	Trouxe-me algo para beber.	0	1	2	3	4
17.	Cozinhou a minha refeição preferida ou levou-me a jantar fora.	0	1	2	3	4
18.	Pareceu estar frustrado/a comigo.	0	1	2	3	4

19.	Assegurou-se que os outros não me incomodavam.	0	1	2	3	4
20.	Perguntou-me o que poderia fazer para me ajudar.	0	1	2	3	4
21.	Trouxe-me algo para comer.	0	1	2	3	4
22.	Não falou comigo (manteve-se em silêncio).	0	1	2	3	4
23.	Evitou pedir-me que fizesse coisas para ele/a (como ir buscar os filhos, arrumar a loiça).	0	1	2	3	4
24.	Trouxe-me um cobertor, almofada ou borracha de água quente.	0	1	2	3	4
25.	Ligou ao meu médico.	0	1	2	3	4
26.	Evitou ser fisicamente afetuoso/a comigo (não me abraçou nem beijou).	0	1	2	3	4

Agora estamos interessados na forma como o(a) seu(sua) parceiro(a) **responde quando está a trabalhar ou envolvido em algum tipo de atividade**, como por exemplo fazer exercício ou fazer as tarefas domésticas. Usando a escala que se segue, indique um número para cada questão de forma a indicar com que frequência, nas últimas duas semanas, o/a seu/sua parceiro/a respondeu de determinada maneira quando pensou que estava com dor.

Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre 4
------------	----------------	---------------	---------------------	-------------

Durante as últimas 2 semanas, quando o/a meu/minha parceiro/a pensou que eu estava a ser ativo/a, ele/ela:

1.	Pareceu contente por eu estar mais ativo/a.	0	1	2	3	4
2.	Abraçou-me ou beijou-me.	0	1	2	3	4
3.	Disse-me que se não parasse agora iria pagar o preço mais tarde.	0	1	2	3	4
4.	Disse-me que me amava.	0	1	2	3	4
5.	Questionou a minha capacidade para fazer a atividade.	0	1	2	3	4
6.	Disse-me coisas agradáveis.	0	1	2	3	4
7.	Disse-me para abrandar.	0	1	2	3	4
8.	Sorriu para mim.	0	1	2	3	4
9.	Criticou-me por estar tão ativo/a.	0	1	2	3	4
10.	Disse-me que estava a fazer um bom trabalho.	0	1	2	3	4
11.	Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais.	0	1	2	3	4
12.	Disse aos outros que eu estava bem.	0	1	2	3	4
13.	Pareceu preocupado/a comigo por eu estar tão ativo/a.	0	1	2	3	4

Anexo B- Estrutura fatorial do fator referente à RAS

	Fator
	Satisfação Conjugal
2. A vida a dois corresponde àquilo que eu estava à espera.	,888
3. Estou satisfeito/a com a nossa vida a dois.	,885
1. O meu/minha companheiro/a preenche as minhas necessidades.	,882
6. Amo o meu/minha companheiro/a.	,723
4. A minha relação quando comparada com outras é melhor.	,691
5. Às vezes penso que não deveria ter esta relação.	,689
7. Tenho muitos problemas na minha relação.	,558
Variância explicada	59,09%

Anexo C- Estrutura fatorial dos fatores referentes à EADS-21

	Fatores	
	Stress/Ansiedade	Depressão
1.Tive dificuldades em me acalmar.	,924	
11. Dei por mim a ficar agitado/a.	,834	
12. Senti dificuldade em relaxar.	,822	
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	,800	
18. Senti que por vezes estava sensível.	,749	
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	,702	
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	,603	
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	,581	
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	,503	-,349
21. Senti que a vida não tinha sentido.		-,958
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.		-,900
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.		-,805
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.		-,704
Variância explicada	57,051%	9,978%

Anexo E- Estrutura fatorial dos fatores referentes à PCS

	Fatores	
	Ruminação/Magnificação	Desânimo
13. Pergunto-me se poderá acontecer algo grave.	,909	
10. Estou sempre a pensar no quanto dói.	,830	
7. Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.	,804	
9. Não consigo deixar de pensar nisso.	,742	
11. Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.	,713	
1. Estou constantemente preocupado/a em saber se a dor terá fim.	,642	
6. Fico com medo que a dor piore.	,631	
4. É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.		-,933
5. Sinto que já não aguento mais.		-,882
3. É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.		-,795
2. Sinto que não consigo continuar.		-,774
Variância explicada	60,003%	9,826%
Alpha de Cronbach	0,906	0,908

Anexo F- Questionário final fornecido aos participantes

AUTONOMY AND DEPENDENCE AND CHRONIC PAIN ADJUSTMENT FINAL DATA COLLECTION PROTOCOL CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo pretende analisar os efeitos do suporte social recebido de outros significativos na adaptação a situações de dor crónica. Como tal, **este estudo destina-se a indivíduos com mais de 18 anos, que atualmente vivam com dor crónica (i.e., dor, constante ou intermitente, que perdura há mais de 3 meses) e que estejam presentemente envolvidos numa relação amorosa.**

O estudo é coordenado pela Prof. Dra. Sónia Bernardes [sonia.bernardes@iscte-iul.pt] e desenvolvido pela mestranda Carolina Martins [carolina.s.martins@hotmail.com], as quais poderá contactar caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada, consiste em **completar os questionários que se seguem** e poderá durar **cerca de 15 minutos**. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Com a sua participação no estudo, irá contribuir para aumentar o conhecimento sobre como pessoas em situações de dor crónica podem ser ajudadas de forma mais eficaz pelos seus entes mais significativos. Poderá ainda habilitar-se a ganhar um **voucher de 100€** que irá ser sorteado entre os participantes que completarem na totalidade os questionários.

A participação neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que **aceito** nele participar.

- ☐ Tenho mais de 18 anos
- ☐ Tenho dor crónica (i.e., dor constante ou intermitente que perdura há mais de 3 meses)
- ☐ Tenho um parceiro(a) amoroso(a)

_____ (local), ____/____/____ (data)

Assinatura: _____

No presente questionário são colocadas diferentes questões relativas aos seus dados sociodemográficos e à sua condição clínica. Por favor responda às questões solicitadas.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO:

- ☐ Mulher
- ☐ Homem
- ☐ Outro

Idade: _____ anos

Nacionalidade: _____

Qual é o seu estado civil?

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

Qual é o seu nível de escolaridade?

- ☐ 4ª classe
- ☐ 6º ano
- ☐ 9º ano
- ☐ 12º ano
- ☐ Bacharelato/Licenciatura
- ☐ Outro nível não referido **Qual?** _____

Qual é a sua situação laboral?

- ☐ Empregado(a), a tempo inteiro
- ☐ Empregado(a), a tempo parcial
- ☐ Empregado(a), atualmente de baixa médica
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Estudante
- ☐ Doméstico(a)
- ☐ Reformado (a)
- ☐ Outra situação não referida **Qual?** _____

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

Qual a sua profissão atual ou última profissão? _____

CONDIÇÃO CLÍNICA

1. Há quanto tempo tem problemas de dor?

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

☐ Cabeça/Pescoço ☐ Costas Braço ☐ Ombros Mãos/Pulsos ☐

☐ Pernas/Joelhos ☐ ☐ Corpo todo

☐ Outra. Qual? _____

3. Tem diagnóstico médico de problemas de saúde física e/ou saúde mental?

☐ Sim

☐ Não

3.1. Se respondeu SIM à pergunta anterior:

3.1.1. Indique qual(ais) _____

SOBRE A SUA RELAÇÃO ROMÂNTICA

1. Qual o sexo do seu parceiro/a amoroso/a?

☐ Mulher ☐ Homem ☐ Outro

2. Qual a duração da sua relação? _____

3. Vivem juntos?

☐ Sim

☐ Não

Avalie em que medida as afirmações que se seguem **descrevem a sua relação amorosa**. Responda de acordo com a seguinte escala:

Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	2	3	4	5	

1.	O meu/minha companheiro/a preenche as minhas necessidades.	1	2	3	4	5
2.	A vida a dois corresponde àquilo que eu estava à espera.	1	2	3	4	5
3.	Estou satisfeito/a com a nossa vida a dois.	1	2	3	4	5
4.	A minha relação quando comparada com outras é melhor.	1	2	3	4	5
5.	Às vezes penso que não deveria ter esta relação.	1	2	3	4	5
6.	Amo o meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4	5
7.	Tenho muitos problemas na minha relação.	1	2	3	4	5

PARTE I

Continuamos interessados na forma como o/a seu/sua parceiro/a responde quando **ele/ela pensa que está com dor**. Usando a escala que se segue, assinale um número para cada questão de forma a indicar com que frequência, nas últimas duas semanas, o/a seu/sua parceiro/a respondeu de determinada maneira quando pensou que estava com dor.

Durante as últimas 2 semanas, quando o/a meu/minha parceiro/a pensou que eu estava com dor, ele/ela:

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4

1.	Trouxe-me a minha medicação para a dor.	0	1	2	3	4
2.	Pareceu criticar-me mais.	0	1	2	3	4
3.	Tentou confortar-me falando comigo.	0	1	2	3	4
4.	Fez algumas das minhas tarefas domésticas.	0	1	2	3	4
5.	Disse-me que lamentava que eu estivesse com dores.	0	1	2	3	4
6.	Não me deu qualquer atenção.	0	1	2	3	4
7.	Tentou confortar-me.	0	1	2	3	4
8.	Foi carinhoso/a comigo (beijou-me ou abraçou-me).	0	1	2	3	4
9.	Assumiu algumas das minhas responsabilidades profissionais/domésticas.	0	1	2	3	4

10.	Pareceu irritado/a comigo.	0	1	2	3	4
11.	Tentou manter baixos os níveis de tensão, stress e ruído em casa.	0	1	2	3	4
12.	Deu-me atenção escutando-me.	0	1	2	3	4
13.	Conversou com alguém por mim (especialmente em situações difíceis).	0	1	2	3	4
14.	Ignorou-me.	0	1	2	3	4
15.	Fez-me uma massagem.	0	1	2	3	4
16.	Trouxe-me algo para beber.	0	1	2	3	4
17.	Cozinhou a minha refeição preferida ou levou-me a jantar fora.	0	1	2	3	4
18.	Pareceu estar frustrado/a comigo.	0	1	2	3	4
19.	Assegurou-se que os outros não me incomodavam.	0	1	2	3	4
20.	Perguntou-me o que poderia fazer para me ajudar.	0	1	2	3	4
21.	Trouxe-me algo para comer.	0	1	2	3	4
22.	Não falou comigo (manteve-se em silêncio).	0	1	2	3	4
23.	Evitou pedir-me que fizesse coisas para ele/a (como ir buscar os filhos, arrumar a loiça).	0	1	2	3	4
24.	Trouxe-me um cobertor, almofada ou borracha de água quente.	0	1	2	3	4
25.	Ligou ao meu médico.	0	1	2	3	4
26.	Evitou ser fisicamente afetuoso/a comigo (não me abraçou nem beijou).	0	1	2	3	4

Agora estamos interessados na forma como o(a) seu(sua) parceiro(a) **responde quando está a trabalhar ou envolvido em algum tipo de atividade**, como por exemplo fazer exercício ou fazer as tarefas domésticas. Usando a escala que se segue, indique um número para cada questão de forma a indicar com que frequência, nas últimas duas semanas, o/a seu/sua parceiro/a respondeu de determinada maneira quando pensou que estava com dor.

Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Frequentemente 3	Sempre 4
------------	----------------	---------------	---------------------	-------------

Durante as últimas 2 semanas, quando o/a meu/minha parceiro/a pensou que eu estava a ser ativo/a, ele/ela:

1.	Pareceu contente por eu estar mais ativo/a.	0	1	2	3	4
2.	Abraçou-me ou beijou-me.	0	1	2	3	4
3.	Disse-me que se não parasse agora iria pagar o preço mais tarde.	0	1	2	3	4
4.	Disse-me que me amava.	0	1	2	3	4
5.	Questionou a minha capacidade para fazer a atividade.	0	1	2	3	4
6.	Disse-me coisas agradáveis.	0	1	2	3	4
7.	Disse-me para abrandar.	0	1	2	3	4
8.	Sorriu para mim.	0	1	2	3	4
9.	Criticou-me por estar tão ativo/a.	0	1	2	3	4
10.	Disse-me que estava a fazer um bom trabalho.	0	1	2	3	4
11.	Avisou-me de que poderia realmente magoar-me se fizesse coisas demais.	0	1	2	3	4
12.	Disse aos outros que eu estava bem.	0	1	2	3	4
13.	Pareceu preocupado/a comigo por eu estar tão ativo/a.	0	1	2	3	4

PARTE II

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

Nunca 0	Ligeiramente 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Sempre 4
------------	-------------------	--------------------	---------------	-------------

Quando estou com dores...

1. Estou constantemente preocupado/a em saber se a dor terá fim.	0	1	2	3	4
2. Sinto que não consigo continuar.	0	1	2	3	4
3. É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.	0	1	2	3	4
4. É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.	0	1	2	3	4
5. Sinto que já não aguento mais.	0	1	2	3	4
6. Fico com medo que a dor piore.	0	1	2	3	4
7. Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.	0	1	2	3	4
8. Quero ansiosamente que a dor desapareça.	0	1	2	3	4
9. Não consigo deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
10. Estou sempre a pensar no quanto dói.	0	1	2	3	4
11. Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.	0	1	2	3	4
12. Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.	0	1	2	3	4
13. Pergunto-me se poderá acontecer algo grave.	0	1	2	3	4

PARTE III

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que consegue imaginar

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

a. Atividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

b. Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

c. Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interferiu Interferiu completamente

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interferiu Interferiu completamente

e. Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interferiu Interferiu completamente

f. Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interferiu Interferiu completamente

g. Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interferiu Interferiu completamente

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
0	1	2	3

	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar.				
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado/a.	0	1	2	3

12. Senti dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO