

Adaptação e validação do instrumento *Activity Patterns Scale*: O papel dos padrões de atividade no ajustamento à dor crónica musculoesquelética

Ana Filipa Narciso de Carvalho

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora
Associada com Agregação

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Alexandra Ferreira Valente, Investigadora Auxiliar.
Centro de Investigação William James Center for Research

Outubro, 2023

Adaptação e validação do instrumento *Activity Patterns Scale*: O papel dos padrões de atividade no ajustamento à dor crónica musculoesquelética

Ana Filipa Narciso de Carvalho

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora
Associada com Agregação

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Alexandra Ferreira Valente, Investigadora Auxiliar.
Centro de Investigação William James Center for Research

Outubro, 2023

Resumo

Cerca de 30% da população mundial possui dor crónica, sendo a mesma impactante de um modo negativo no dia a dia dos indivíduos aos mais variados níveis, nomeadamente, individual, social e económico. A dor crónica musculoesquelética está altamente associada a elevados níveis de incapacidade. A interferência da dor nos padrões de atividade perpetua a cronificação da dor nos indivíduos. Posto isto, é essencial a discriminação e avaliação dos padrões de atividade para o conhecimento dos processos de adaptação à dor crónica e para o desenvolvimento de intervenções especializadas. Este estudo propôs-se a traduzir, adaptar e estudar as características psicométricas do *Activity Patterns Scale* (APS), numa amostra da população portuguesa. Trata-se de um estudo correlacional, tendo a participação de 310 indivíduos com dor crónica (90,3% mulheres), com idades compreendidas entre 20 e 92 anos ($M = 45,48$; $DP = 10,35$). Solicitou-se, ainda, o preenchimento de outros instrumentos de autorrelato de modo a avaliar-se a validade convergente/divergente (escala de Padrões de Atividade POAM-P) e a validade relativa a um critério (escalas de função física, severidade da dor, incapacidade relacionada com a dor, medo do movimento, suporte informal para a autonomia e dependência na dor e afeto positivo e negativo). A estrutura fatorial da versão portuguesa do APS compreende 8 fatores intercorrelacionados, apresenta bons índices de consistência interna, realçando bons resultados de validade convergente/divergente e validade relativa a um critério. Em suma, é um instrumento de grande relevância para a investigação e prática clínica.

Palavras-chave: Dor crónica musculoesquelética; Padrões de atividade; Evitamento; Persistência; *Pacing*

Códigos de classificação APA:

2900 Processos Sociais e Questões Sociais

3365 Promoção de saúde e do bem-estar

Abstract

Around 30% of the world's population suffers from chronic pain, which has a negative impact on people's daily lives at various levels, including individual, social and economic. Chronic musculoskeletal pain is highly associated with high levels of disability. The interference of pain in activity patterns perpetuates the chronification of pain in individuals. That said, it is essential to discriminate and evaluate activity patterns in order to understand the processes of adaptation to chronic pain and to develop specialised interventions. This study aimed to translate, adapt and study the psychometric characteristics of the Activity Patterns Scale (APS) in a sample of the Portuguese population. This was a correlational study involving 310 individuals with chronic pain (90.3% women) aged between 20 and 92 ($M = 45.48$; $SD = 10.35$). Other self-report instruments were also asked to be completed in order to assess convergent/divergent validity (POAM-P Activity Patterns scale) and relative criterion validity (physical function scales, pain severity, pain-related disability, fear of movement, informal support for autonomy and dependence in pain, and positive and negative affect). The factor structure of the Portuguese version of the APS comprises 8 intercorrelated factors, with good internal consistency indices, highlighting good results in convergent/divergent validity and relative validity to one criterion. In short, it is a highly relevant tool for research and clinical practice.

Keywords: Musculoskeletal chronic pain; Activity patterns; Avoidance; Persistence; Pacing

APA classification codes:

2900 Social Processes and Social Issues

3365 Promotion of health and well-being

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento teórico.....	2
1.1. Introdução à Dor	2
1.1.1. Tipos de dor	4
1.2. Dor crónica	4
1.2.1. Prevalência da dor crónica e qualidade de vida	5
1.3. O papel dos padrões de atividade no ajustamento à dor crónica	6
1.4. O Activity Patterns Scale: Desenvolvimento e propriedades psicométricas	10
1.5. Plano de validação da APS	11
Capítulo 2 – Método	16
2.1. Participantes e processo de recrutamento	16
2.2. Instrumentos	16
2.2.1. Activity Patterns Scale (APS)	17
2.2.2. Inventário Resumido da Dor (BPI).....	17
2.2.3. Escala de Padrões de Atividade (POAM-P).....	17
2.2.4. Escala de Cinesiofobia (TAMPA).....	18
2.2.5. Subescala de Função Física do Questionário de estado de Estado de Saúde (SF-36V2)	18
2.2.6. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI)	19
2.2.7. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR)	19
2.2.8. Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP)	20
2.3. Procedimento	20
2.4. Análise de Dados	21
Capítulo 3 - Resultados	23
3.1. Características descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas, dos itens do APS e restantes fatores	23
3.2. Validade de Construto	31
3.2.1 Análise Fatorial Confirmatória (CFA)	31
3.2.2. Fiabilidade: Consistência Interna	33
3.2.3. Intercorrelações entre as subescalas APS	33
3.2.4. Validade convergente/divergente	36
3.3.5. Validade concorrente	37
Capítulo 4 - Discussão e conclusões.....	41
4.1. Limitações e contribuições futuras de investigação	45
Referências	47
Anexos	52
Anexo A – Consentimento Informado	52
Anexo B – Questionário fornecido aos participantes do estudo	54

Índice de Quadros

Quadro 3.1 - Características descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas.....	23
Quadro 3.2 - Estatística Descritiva referente aos itens do APS.....	26
Quadro 3.3 - Estatística Descritiva referente às variáveis de critério.....	30
Quadro 3.4 - Índices de ajustamento do modelo para a análise fatorial confirmatória.....	31
Quadro 3.5 – Pesos fatoriais.....	32
Quadro 3.6 - Intercorrelações entre as subescalas da APS.....	35
Quadro 3.7 - Correlações entre as subescalas do APS e as subescalas do POAM-P.....	37
Quadro 3.8 - Correlações entre as variáveis de critério e as subescalas do APS.....	39

Glossário de siglas

AIC- *Akaike Information Criterion*

APS- *Activity Patterns Scale*

BPI- *Brief Pain Inventory*

CFI- *Comparative Fit Index*

DGS- Direção Geral de Saúde

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

IASP- *International Association for the Study of Pain*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PANAS-VRP- Escala de Afeto Positivo e Negativo

PDI- Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

POAM-P- Escala de Padrões de Atividade

RMSEA- *Root Mean Square Error of Approximation*

SF-36V2- Subescala de Função Física do Questionário de estado de Estado de Saúde

SRMR- *Standardized Root Mean Square Residual*

TAMPA- Escala de Cinesiofobia

Introdução

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor crónica define-se como uma dor que perdura para além do período convencional de 3 meses estimado para uma regeneração tecidual (Treede et al., 2015). A dor crónica é um problema de saúde pública (Ashmawi, 2022), que afeta a sociedade, a economia e, em particular, os indivíduos de diversos países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Breivik et al., 2006). O contexto familiar fica comprometido (Fayaz et al., 2016), bem como o estado emocional e condição física do indivíduo e, consequentemente, as tarefas do seu dia a dia, no trabalho e lazer (Crofford, 2015; Turk et al., 2016).

As dores crónicas musculoesqueléticas são altamente prevalentes e incapacitantes. Os padrões de atividade assumem um papel crucial no ajustamento à dor crónica musculoesquelética, uma vez que através dos mesmos é possível uma melhor compreensão de como os indivíduos desenvolvem as suas tarefas diárias em contextos de dor. Existem três padrões de atividade inicialmente identificados, nomeadamente, evitamento, persistência e *pacing* (Kindermans et al., 2011; Esteve et al., 2016). Os padrões de evitamento e persistência revelam-se associados a incapacidade, persistência da dor e ao sofrimento psicológico (Kindermans et al., 2011). Por outro lado, o padrão considerado mais adaptativo tem sido o de *pacing*, no entanto a sua interpretação tem sido ambígua. O *pacing* trata-se do comportamento de moderação que é influenciado pela dor ou por outros fatores definidos pelo indivíduo (Nielson et al., 2013).

O instrumento *Activity Patterns Scale* (Esteve et al., 2016) foi recentemente desenvolvido para a população espanhola. Distingue-se pela capacidade em discriminar as subdimensões dos três padrões de atividade. Sendo o primeiro instrumento a compreender o papel dos distintos padrões de atividade no ajustamento à dor crónica, torna-o extremamente pertinente para que novas intervenções especializadas sejam desenvolvidas ou, até mesmo, as que existem possam ser melhoradas. Os seus subdomínios são: evitar a dor, evitar a atividade, persistência contingente de tarefas, persistência excessiva, persistência contingente da dor, ritmo para aumentar a atividade, ritmo para conservar energia e, por último, ritmo para reduzir a dor. A escala original de Esteve e seus colaboradores (2016) apresenta boas propriedades psicométricas, no entanto é indispensável que futuros estudos se debrucem na investigação da relação que a mesma possua com fatores psicossociais. O principal objetivo do presente estudo foi, portanto, a tradução, a adaptação cultural e o estudo psicométrico deste instrumento para a população portuguesa.

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1. Introdução à Dor

No decorrer dos anos têm vindo a ser propostas diferentes definições do conceito de dor. Isto deve-se, sobretudo, à evolução dos distintos modelos conceptuais que, de alguma forma, tentam explicar como a dor é uma experiência multidimensional associada a fatores psicossociais.

No século XVII vigorava uma visão Cartesiana da dor proposta por Renée Descartes em 1644. Uma teoria mecanicista do corpo, segundo a qual haveria uma separação entre corpo e mente, sugerindo-se, assim, uma visão dualista do ser humano (Melzack & Wall, 1996). Segundo Descartes, a sensação de dor era transmitida através da comunicação dos nervos sensoriais ao cérebro (Duncan, 2000; Robinson, 2020). Prestes a terminar o século XIX, surgiu a Teoria da Especificidade de Max von Frey, que defendia que por meio de um sistema sensorial (visão ou audição), a dor chegava ao cérebro. Esta teoria foi predominante até ao início do século XX e só na segunda metade deste século é que surgiu a Teoria do Portão de Controlo de Melzack e Wall (1965). Segundo esta teoria, os sinais periféricos da dor atravessavam a medula espinal e o tronco cerebral por meio de um sistema inibitório de *feedback*, a que os autores denominam de “portão”, em que esses sinais aferentes ou ascendentes eram modelados e que, por consequência, podiam alterar a perceção da dor (Duncan, 2000). Isto significa que Melzack e Wall acreditavam na presença de uma estrutura da medula espinal em que ambos os impulsos ascendentes e descendentes convergiam. Embora estejam vários fatores associados (i.e., fatores psicossociais), os impulsos descendentes são determinantes no grau de abertura do “portão”. O grau de abertura possibilita entender se um sinal aferente ocasiona ou não dor e, ainda, a intensidade/severidade da mesma (Melzack & Wall, 1965). Os mesmos sugeriram que os próprios seres humanos têm um papel ativo na forma como interpretam os estímulos. Sugerem, também, que fatores psicológicos (por exemplo, emoções, atenção, experiências vivenciadas) influenciam a resposta ao tratamento e a perceção que têm acerca da dor, o que acaba por influenciar diretamente o grau de abertura do portão (Gatchel et al., 2007). E por este motivo, no decorrer dos últimos anos foi necessário que o conceito de dor alargasse para além da visão biomédica. Durante a década de 80 surgiu o Modelo Biopsicossocial da Dor (Gatchel et al., 2007).

O Modelo Biopsicossocial da Dor é um modelo meta-teórico e pressupõe que as experiências da dor são explicadas pela relação dinâmica entre fatores biológicos (i.e., resposta fisiológica), fatores psicológicos (i.e., crenças, emoções, motivações), fatores sociais (i.e., suporte social) e as suas interações multidimensionais (Adams & Turk, 2015; Gatchel et al., 2007). Posto isto, é evidente o papel fundamental dos fatores biológicos, que originam e preservam as mudanças físicas; os fatores psicológicos, que influenciam a perceção da dor e avaliação da mesma e, por fim, os fatores sociais, que influenciam as ações dos indivíduos em relação à perceção que os mesmos detêm sobre as suas

próprias mudanças físicas (Júnior et al., 2012). Dependendo da situação em que o indivíduo se encontra, da sua autoeficácia e, até mesmo, de más avaliações da sua condição, a severidade da dor pode aumentar (Turk et al., 2004). Através deste modelo é possível conceptualizar, definir e reforçar mais ainda a noção de dor crónica como uma doença tanto ao nível da subjetividade da experiência da doença, bem como das alterações envolvidas (fisiológicas, patológicas e/ou anatómicas). Para além dos fatores supracitados é importante destacar o papel da rede de neurónios envolvida nas perceções sensoriais dos indivíduos. Ronald Melzack (1990) propôs a Teoria da Neuromatriz, cujas perceções sensoriais que os indivíduos detêm com base numa rede de neurónios se encontram repartidas por várias regiões do cérebro e interligadas entre si, modificadas e determinadas geneticamente mediante as experiências vivenciadas no decorrer da vida. Propõe, ainda, que esta grande rede de neurónios se compreende em *loops* entre o córtex e o tálamo, sendo que o mesmo acontece entre o sistema límbico e o córtex. Estes *loops* divergem de modo a possibilitar o processamento em diferentes zonas da neuromatriz e convergem com o intuito de haver um controlo das respostas que são produzidas. Este processamento único é denominado de: neuroassinatura. A neuroassinatura é passada em todos os padrões de impulsos nervosos que têm a capacidade de fluir através dela, sendo a mesma produzida por padrões de ligação sináptica em toda a neuromatriz. Sendo o corpo constituído por diversas entradas, as mesmas são submetidas a um processamento e síntese cíclica a fim dos padrões anteriormente citados poderem ser impressos na neuromatriz (Melzack, 2005). A neuromatriz é composta por partes especializadas no processamento de informação relacionada com eventos sensoriais relevantes (i.e., lesões), podendo ser apelidados de neuromódulos que por sua vez sensibilizam as subassinaturas na neuroassinatura mor (Melzack, 2005). Além disso, os padrões da neuroassinatura permitem a produção de movimento através da ativação das redes neurais, ou seja, estes padrões separam-se e desse modo um segue diretamente para o centro neural sensível (local onde o mesmo é transformado em experiência de movimento) e o outro segue mediante redes neurais que contingentemente ativam os neurónios da medula espinal de modo a gerar padrões musculares para ações de maior complexidade (Melzack, 2005).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a definição de dor é denominada por “(...) uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial” (Merskey & Bogduk, 1994). Entretanto, mais recentemente, o conceito de dor passou a ter uma redefinição tornando o conceito mais abrangente e atual. Desse modo, a dor é denominada como “uma experiência angustiante associada a danos reais ou potenciais aos tecidos com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais” (Williams & Craig, 2016, p. 2). Na próxima secção serão descritos os tipos de dor.

1.1.1. Tipos de dor

Atualmente é consensual a natureza biopsicossocial da dor, sendo possível a identificação dos diferentes tipos de dor, tais como: a dor nociceptiva (dor que emerge de um dano real ou ameaça do tecido não neural, através da ativação de nociceptores) (Trouvin & Perrot, 2019); a dor neuropática (dor que influencia o sistema somatossensorial, tratando-se de uma consequência direta de uma lesão ou doença) (Trouvin & Perrot, 2019); a dor nociplástica (neste tipo de dor não há certeza de dano tecidular real, porém é resultante de nocicepção alterada que, por sua vez origina dor devido à ativação de nociceptores periféricos ou certeza de lesão ou doença) (Trouvin & Perrot, 2019); e a dor mista (conjunção complexa de sintomas nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos que atuam na mesma parte do corpo simultaneamente) (Trouvin & Perrot, 2019). Existe, também, dor aguda e dor crónica, sendo relevante distingui-las.

Tradicionalmente, a distinção destes dois tipos de dor varia em função da sua duração, existindo um intervalo desde que inicia a dor até ao ponto em que transita de dor aguda tornando-se, assim, dor crónica (Ballantyne et al., 2019). A dor aguda compreende-se como uma resposta fisiológica, repentina numa fase inicial e limitada no tempo, estimulando comportamentos de modo a evitar potenciais lesões ou, até mesmo, reais dos tecidos (Ballantyne et al., 2019). É por norma nociceptiva (associada a danos nos tecidos), no entanto não invalida uma possível origem neuropática (resulta de lesão ou disfunção do sistema nervoso) (Campbell et al., 2019). Este tipo de dor desaparece aquando da resolução da patologia subjacente (Salveti et al., 2007; Ballantyne et al., 2019). A dor aguda pode surgir após traumas, intervenções invasivas ou durante processos de doença, servindo muitas das vezes como fator impulsionador para a procura de cuidados de saúde (Ballantyne et al., 2019). Em contrapartida, a dor crónica tem uma duração que atinge um período superior ao definido convencionalmente para sua recuperação, nomeadamente, mais de 3 ou 6 meses (Treede et al., 2015), podendo ser periódica ou constante (Raymond & Abd-Elseyed, 2019). Na ausência de patologia, a dor crónica pode ser justificada mediante a transmutação dos “nervos e sensibilização do sistema nervoso periférico ou central” (Ballantyne et al., 2019).

A dor crónica é, presentemente, um problema de saúde pública (Ashmawi, 2022) e, por esse motivo será debatida em mais pormenor na secção que se segue.

1.2. Dor crónica

A dor crónica é hoje definida pela IASP como uma doença por si só, nomeadamente no que diz respeito a condições como fibromialgia ou outras similares (Treede et al., 2019). Na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças, tendo como objetivo simplificar o diagnóstico da dor crónica e, consequentemente, aperfeiçoar as investigações em curso acerca dos tratamentos e o acesso dos indivíduos aos mesmos, a Organização Mundial de Saúde (OMS), adotou esta nova classificação

(Treede et al., 2019). Trata-se de um problema de saúde pública presente em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, contribuindo negativamente para a economia, sociedade e, sobretudo, para os próprios indivíduos (Breivik et al., 2006).

Primeiramente, segundo Bonica (1953), a dor crónica foi descrita como uma dor que perdura além do tempo habitual de recuperação dos tecidos, podendo ter a sua origem numa lesão ou doença, mas sendo presumivelmente mantida por outros fatores de ordem psicológica e social (Turk & Okifuji, 2010). Atualmente, a dor crónica é entendida como sendo uma dor com uma duração superior ao convencionalmente definido como sendo necessário para a recuperação, isto é, mais de 3 ou 6 meses (Treede et al., 2015). Ter dor crónica não significa ter dor contínua. A dor, em pessoas com dor crónica, pode ser constante ou periódica (Raymond & Abd-Elsayed, 2019) e classificada em duas subcategorias, nomeadamente, dor crónica primária e dor crónica secundária (Trouvin & Perrot, 2019; Treede et al., 2019). A dor crónica primária é entendida como uma doença em si mesma, sendo a principal queixa que requer cuidados ou tratamentos (i.e., fibromialgia ou dor lombar não-específica), não estando associada a outra condição de saúde crónica. Por outro lado, a dor crónica secundária é uma dor associada a outra doença subjacente, que numa fase inicial da mesma pode ser concebida como um sintoma dessa mesma doença (i.e., dor oncológica, dor crónica pós-traumática e pós-cirúrgica) (Treede et al., 2019).

A próxima secção irá pender sobre as implicações que a dor crónica tem na qualidade de vida, evidenciando os padrões estatísticos a nível mundial, europeu e em Portugal.

1.2.1. Prevalência da dor crónica e qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), verifica-se que cerca de 30% da população mundial tem dor crónica (Ashmawi, 2022), sendo esta considerada frequente e uma das principais causas de incapacidade funcional (Lopes et al., 2019). Relativamente à Europa, estima-se que cerca de um em cada cinco adultos europeus tem dor crónica, comprometendo as suas atividades do dia a dia, vida social e profissional (Breivik et al., 2006).

Segundo um estudo epidemiológico realizado em Portugal a dor crónica tem uma prevalência na população adulta de cerca de 37% (Azevedo et al., 2012). Esta prevalência deve-se ao aumento da esperança média de vida e da longevidade de indivíduos com doenças em que a dor esteja presente (Fernández-Peña, 2020), sendo que a dor crónica mais predominante é a dor musculoesquelética.

A dor musculoesquelética é de natureza somática e compreendida como dor aguda ou crónica em que ossos, músculos, ligamentos, tendões e nervos são afetados. Abrange diversas síndromes de dor, desde a dor local à dor neuropática (El-Tallawy et al., 2021). A longo prazo, constituem uma das principais causas de dor crónica, fadiga e, também, de incapacidade funcional (Sousa et al., 2021). Dentro do sistema musculoesquelético, destacam-se a dor lombar, dor no pescoço e a artrite

reumatóide (El-Tallawy et al., 2021). O risco aumenta com o avançar da idade, não excluindo a hipótese de surgir em qualquer outro momento de vida (El-Tallawy et al., 2021).

A dor crónica tem impacto significativo a nível biológico, físico, psicológico, social e económico (Dueñas et al., 2016). No que diz respeito às consequências biológicas, a dor crónica pode provocar alterações do sono, alterações de apetite (Dorner, 2017; Mills et al., 2019) e diminuição da libido (Lopes et al., 2019). Relativamente às consequências físicas, a dor crónica pode interferir nas atividades do dia a dia, nomeadamente, tarefas domésticas, higiene diária, exercício ou conduzir (Breivik et al., 2006). A sua interferência com a mobilidade (Crofford, 2015) pode levar a maiores níveis de dependência e, em situações mais agravadas, a reformas precoces (Henschke et al., 2015). A nível psicológico, manifestam-se sintomas como o isolamento (Direção Geral da Saúde, 2017), depressão (Gerrits et al., 2015), ansiedade, irritabilidade e diminuição da capacidade de concentração (Dueñas et al., 2016; Lopes et al., 2019). No que concerne às consequências sociais, surgem restrições na capacidade de participação em atividades familiares, podendo privar de eventos importantes (i.e., convívios, celebrações, momentos de lazer, entre outros) (Dueñas et al., 2016). A nível económico, a dependência pode trazer um acréscimo de custos diretos suscitando sentimentos de angústia e desespero para os membros da família ou dos seus cuidadores (Kemler & Furnée, 2002). A incapacidade de conseguir exercer as suas funções diárias e laborais implica que surjam custos indiretos elevados para o Estado e/ou entidades empregadoras. Estes consistem, muitas vezes, em compensações e subsídios como forma de auxílio, mas também em custos indiretos associados à perda de produtividade por absentismo (DGS, 2017; Dueñas et al., 2016; Martins, 2020). Segundo um estudo em Portugal, o valor total gasto no ano de 2010 foi de 2,71% do PIB nacional, o que equivale ao valor de 4.611,69 milhões de euros; deste valor 42,7% corresponde aos custos diretos e 57,3% a custos indiretos (Azevedo et al., 2016), tratando-se de um valor bastante significativo.

Uma vez que a dor crónica tem impacto no modo como as pessoas desenvolvem as suas atividades no quotidiano, ou seja, nos seus padrões de atividade, na secção seguinte será abordado mais aprofundadamente este tema.

1.3. O papel dos padrões de atividade no ajustamento à dor crónica

A dor crónica tem influência nas atividades quotidianas dos indivíduos, sendo que estes experienciam uma luta interior entre o alcance dos seus objetivos e as suas limitações físicas e cognitivas. Posto isto, os padrões de atividade emergem de um processo de autorregulação relativamente aos seus objetivos condicionados pela dor (Van Damme & Kindermans, 2015). Desse modo, a avaliação e discriminação dos padrões de atividade é crucial para o conhecimento dos processos de adaptação à dor crónica e para o desenvolvimento de intervenções especializadas (Kindermans et al., 2011). Posto isto, é notória a importância de estudar minuciosamente o modo como as pessoas realizam as atividades no seu dia

a dia, nomeadamente, os seus padrões de atividade (Kindermans et al., 2011), uma vez que são considerados determinantes centrais do funcionamento geral físico, social e emocional (McCracken & Samuel, 2007). Inicialmente foram reconhecidos três tipos de padrões de atividade unidimensionais, nomeadamente: padrões de evitamento, de persistência e de *pacing* (Esteve et al., 2016; Kindermans et al., 2011).

Os padrões de evitamento representam comportamentos de precaução em que o indivíduo evita atividades que possam causar dor ou alterações nos níveis de dor que sente habitualmente (Esteve et al., 2016). Estes padrões encontram-se associados ao medo do movimento e à catastrofização que resulta em incapacidade (Kindermans et al., 2011). A palavra “evitar” pode ser entendida como o afastamento de algo ou impedimento de realizar alguma tarefa (Andrews et al., 2015). Segundo a literatura acerca de dor crónica, o evitar a atividade é usualmente descrito como uma diminuição da atividade física ou quaisquer outras atividades diárias (i.e., evitar levantar objetos pesados, conduzir, entre outros) de modo a evitar a intensificação da dor (Andrews et al., 2015). Estudos atuais sugerem que o comportamento de evitar abrange dois tipos de evitar subjacentes: evitar a dor (comportamento que visa diminuir ou prevenir a experiência da dor) e evitar atividades (comportamento mais generalizado de evasão a qualquer tipo de atividade) (Kindermans et al., 2011).

Os padrões de persistência englobam comportamentos em que o indivíduo insiste na realização da sua atividade ou rotina habitual, ignorando a dor que sente ou possa vir a sentir (Esteve et al., 2016). Estes são caracterizados por níveis mais elevados ou mais flutuantes de atividade (Kindermans et al., 2011). No que diz respeito a este comportamento, foram identificados três tipos de padrões de persistência, nomeadamente: a) a persistência contingente a tarefas, ou seja, concentração na realização de uma tarefa até a mesma estar concluída (i.e., conduzir até ao final de um trajeto); b) persistência contingente à dor, ou seja, os níveis de atividade encontram-se dependentes do nível da dor com inconstâncias de atividade no decorrer do tempo como resultado (i.e., fazer uma pausa ao aspirar a casa devido a dor intensa); e, por fim, c) a persistência excessiva, ou seja, insistência na realização da atividade tendo consciência das consequências nocivas para a saúde (i.e., persistir no exercício físico apesar da ocorrência de dor) (Kindermans et al., 2011).

Os padrões de *pacing* representam comportamentos em que o indivíduo divide as suas atividades diárias em tarefas mais simples por forma a não ultrapassar os seus limites físicos (Esteve et al., 2016). O *pacing* está relacionado com estratégias comportamentais recomendadas em programas de tratamento, como uma ferramenta para lidar com a dor crónica ou um meio de minorar o seu impacto nas suas atividades do dia a dia (Nielson et al., 2013; Nielson et al., 2014). Este termo tem vindo a ser utilizado por investigadores da dor e clínicos (Nielson et al., 2013). O conceito *Pacing Activity* é proveniente de duas principais tradições: a abordagem operante e a da conservação de energia (Nielson et al., 2013). Estas duas abordagens têm determinados aspetos semelhantes, porém

realçam objetivos distintos de tratamento (Nielson et al., 2013). A abordagem operante procura aperfeiçoar a função (reduzir a incapacidade), enquanto a abordagem de conservação de energia é gerada para diminuir os sintomas (i.e., dor, fadiga) (Nielson et al., 2013). As estratégias de ritmo existentes podem abranger: a divisão de tarefas em partes mais pequenas e manuseáveis, a realização curtas pausas frequentemente, a aceleração ou desaceleração (havendo contraste de atividade habitual de cada paciente), a subsistência de um ritmo constante ou a utilização de um temporizador para combater a instabilidade da atividade contingente da dor (Kindermans et al., 2011). Para melhor compreendermos as duas principais abordagens intervencionistas do *activity pacing* (aprendizagem operante e intervenções de conservação de energia), será necessário aprofundar minuciosamente ambas. A Abordagem Operante foi desenvolvida por Fordyce (1976), sendo ele o primeiro teórico da dor a focar a sua atenção na *activity pacing*. Behaviorista na tradição skinneriana, tinha como principais interesses os princípios de condicionamento operantes, que por sua vez moldam tanto os comportamentos das pessoas com dor, bem como das pessoas consideradas “saudáveis” (Nielson et al., 2013). Ao longo dos seus estudos, observou múltiplos processos de aprendizagem que podem preservar os “comportamentos de dor”. Esses mesmos comportamentos podem ser positivamente reforçados por respostas provenientes do ambiente social ou negativamente devido ao evitar da dor ou outras consequências alheias. Para além disso, os comportamentos saudáveis podem ser positivamente reforçados ou punidos devido aos aumentos contingentes da dor. Isto deve-se ao facto de quando a atividade praticada se torna dolorosa, existe um problema de ritmo e não uma contingência de objetivos, ou seja, o comportamento encontra-se sob o controlo da dor como uma consequência direta e a pessoa gere a decisão de quando deve iniciar, continuar ou parar as suas atividades com base na gravidade da atual dor. Fordyce (1976) acabou por identificar padrões de *activity pacing* desadaptativos em 2 tipos de pessoas: 1) os “*recliners*”, sendo aqueles que descansam quando a intensidade da dor é maior, levando a diminuições abruptas da dor; 2) os “*pacers*”, são aqueles que não descansam e que demonstram ser incapazes de interromper as suas atividades. Segundo argumentou Fordyce (1976), estes dois tipos de padrões podem impulsionar problemas significativos, implicando o surgimento de surtos de dor com uma maior frequência (Nielson et al., 2013). Ao longo dos seus estudos, foi-se evidenciando que os sistemas musculoesqueléticos dos “*recliners*” revelam-se cada vez mais fracos, tornando-se menos tolerantes à atividade. Tendo estes indivíduos os músculos e tendões mais fracos, é necessário que haja menos atividade para que se produza uma exacerbação da dor, o que leva a um aumento global da intensidade média da dor no decorrer do tempo, pelo menos enquanto houver uma reclinção ou descanso em resposta à dor por parte da pessoa.

No que diz respeito à Abordagem da Conservação de Energia, embora não haja um quadro teórico subjacente explícito, o pressuposto subjacente é que as pessoas detêm recursos energéticos

limitados e seja qual for a doença que produza dor e fadiga irá consequentemente provocar uma redução de energia disponível. Como desfecho, o pensamento que se tem é que pessoas com doenças crônicas consomem mais energia disponível em comparação com as pessoas ditas saudáveis. Acredita-se que para atingir um equilíbrio entre as atividades desempenhadas e o descanso é necessário adotar uma regulação da atividade, o que permitirá uma valorização de atividades concluídas. Neste modo de *activity pacing*, é definido e seguido uma planificação de horário diário em que os períodos de descanso e de atividade são intercalados. O principal objetivo é evitar o surgimento de um esgotamento da energia e alcançar objetivos-chave individuais. A conservação de energia é usualmente vista como um elemento de tratamento da terapia ocupacional (Nielson et al., 2013).

Atentando que os pacientes podem adotar diversas estratégias comportamentais ao invés de se delimitarem somente a um padrão de atividade, McCracken & Samuel (2007) estudaram perfis de padrões de atividade. Nomeadamente, classificaram os candidatos consoante três padrões diferentes: evitamento, persistência e *pacing*. Esses estudos evidenciaram que pacientes com elevados níveis de comportamento de evitamento e pessoas com dor crônica que tenham igualmente esses níveis em simultâneo com a persistência revelaram ser o grupo menos funcional em termos de incapacidade (McCracken & Samuel, 2007). McCracken & Samuel (2007), aquando da definição ou medição do *pacing* deve-se considerar três elementos: a sua função (resistência à atividade), a sua forma (técnicas a nível comportamental) e o enquadramento da dor (Kindermans et al., 2011). Contudo, o estudo concluiu que, apesar da existência destes 3 elementos, o *pacing* revela ser unidimensional, uma vez que os elementos não demonstram dimensões distintas. Ambos os padrões de evitamento e persistência nas atividades correlacionam-se com a persistência da dor, o sofrimento psicológico e a incapacidade (Kindermans et al., 2011). Estudos indicam que para explicar a relação entre os padrões de atividade (evitamento e persistência), sugerem uma perspetiva de autorregulação (Andrews et al., 2015). O autor sugere que é necessária concordância acerca da definição e da mediação destes dois comportamentos, de modo a determinar-se a natureza mal adaptativa dos mesmos (Andrews et al., 2015). Assim sendo, futuras investigações empíricas devem utilizar medidas objetivas destes comportamentos, sendo que os resultados têm tido por base o autorrelato como medida. Desse modo, Andrews e seus colaboradores (2015) sugeriram haver necessidade de desenvolver medidas de padrões de atividade novos ou aperfeiçoar os que já existem, devido à variação entre os tamanhos de efeito da meta-análise observada.

Por outro lado, os padrões de *pacing* são vistos como um tipo de padrão mais adaptativo, embora haja ambiguidade no modo de interpretação, dada a possibilidade deste comportamento poder ser modelado pela dor ou, até mesmo, por objetivos pessoais (Nielson et al., 2013).

Dada a importância das intervenções para gerir os níveis de atividade é essencial existirem instrumentos para os avaliar, na próxima secção será descrito em maior detalhe o *Activity Patterns Scale* (APS).

1.4. O *Activity Patterns Scale*: Desenvolvimento e propriedades psicométricas

Com base nas evidências empíricas, é evidente a escassez no desenvolvimento de instrumentos que meçam padrões de atividade. Um dos estudos realizados por Cane e seus colaboradores (2007), desenvolveram o *Patterns of Activity Measure-Pain* (POAM-P) com o objetivo de avaliar padrões de atividade em indivíduos com dor crónica. Foram identificados 3 padrões de atividade: Evitamento, Persistência e *Pacing*. Contudo, este instrumento tem como limitação a falta de sensibilidade e capacidade de diferenciar subdomínios dos três padrões inicialmente identificados.

De modo a suprimir esta limitação, Esteve e seus colaboradores (2016) desenvolveram a *Activity Patterns Scale* (APS). O APS é um instrumento de autorrelato, válido e fiável que avalia diferentes subdomínios de cada padrão de atividade em pessoas com dor crónica. Adicionalmente, o instrumento apoia também a validade da versão de 24 itens com 8 subescalas correspondentes a 8 fatores relacionados, nomeadamente, evitar a dor, evitar a atividade, persistência contingente de tarefas, persistência excessiva, persistência contingente da dor, regular o ritmo para aumentar a atividade, regular o ritmo para conservar a energia e, por último, regular o ritmo para reduzir a dor.

Tem como objetivos: 1) desenvolver um instrumento de autorrelato de modo a avaliar os padrões de atividade identificados por Kindermans e colaboradores (2011); 2) avaliar a sua consistência interna; e, por último, 3) avaliar a validade de critério, a associação que tem com o POAM-P, intensidade da dor, funcionamento diário, incapacidade e afeto positivo e negativo.

O desenvolvimento e estudo psicométrico da APS na população espanhola decorreu no âmbito de dois estudos. O estudo 1 contou com uma amostra de 291 adultos com fibromialgia e doenças reumáticas que apresentaram uma duração de dor de 17 anos, em média (Esteve et al., 2016). Como resultados, não se verificaram associações significativas entre as subescalas de *Activity Patterns Scale* (APS) e as variáveis como idade, sexo, educação, duração da dor ou diagnóstico. No entanto, verificou-se que pacientes reformados apresentavam pontuações significativamente mais altas nas subescalas de *pacing* para reduzir a dor e estimulação para aumentar os níveis de atividade. O estudo 2 contou com uma amostra de 111 adultos que apresentaram uma duração média de dor crónica de cerca de 14 anos. Os valores das subescalas obtidos relativamente à consistência interna, foram superiores aos do estudo 1.

Para avaliar a validade de critério, utilizaram-se as análises de correlação de modo a avaliar a associação entre as assinaturas de APS. No entanto, não foram encontradas correlações significativas entre a intensidade da dor e qualquer uma das subescalas de APS supracitadas. Estes resultados

mostraram que o evitamento, a persistência e o *pacing* são construtos multidimensionais e que as dimensões que se encontram subjacentes devem ser diferenciadas entre si, providenciando um controlo mais eficaz da atividade do indivíduo e, conseqüentemente, uma alternativa de tratamento mais individualizada. Esta conclusão pode justificar-se com a descoberta de diferentes padrões de relações entre as subescalas APS e diversos critérios. No estudo de Esteve e seus colaboradores (2016) foi possível verificar que o evitar a atividade se encontrava associada a um pior funcionamento físico e psicológico (Esteve et al., 2016). Por outro lado, a prevenção da dor estava positivamente correlacionada com a diminuição da atividade, mas não apresentava correlação com os outros critérios. É de evidenciar que a atividade de evitar a dor não está relacionada com a dor em si, mas sim com o estado geral do indivíduo, sendo que o evitar a dor compreende-se num comportamento de evitamento específico determinado a prevenir ou reduzir a própria experiência da dor (Esteve et al., 2016).

Posto isto, tendo em consideração os resultados obtidos na APS podemos considerar ser um bom instrumento, tendo como objetivo a sua tradução, adaptação e validação para a população portuguesa. O mesmo demonstra-se de grande relevância para a investigação e para a prática clínica em Portugal. Na próxima secção é apresentado o plano de validação do instrumento.

1.5. Plano de validação da APS

De modo a adaptar e estudar as propriedades psicométricas da Activity Patterns Scale (APS; Esteve et al., 2016) numa amostra de pessoas portuguesas com dor crónica musculoesquelética, planeou-se avaliar a sua validade de construto, fiabilidade, e validade concorrente.

No que concerne à validade de construto, será testada a estrutura fatorial da escala através da realização de uma Análise Fatorial Confirmatória.

H1: Espera-se que haja um equilíbrio entre um bom ajuste e a parcimônia do modelo.

Seguidamente, será avaliada a validade convergente (i.e., o instrumento em análise deve ter uma correlação moderada a forte com as pontuações de instrumentos que avaliam o mesmo construto) e divergente (i.e., o instrumento em análise deve ter uma correlação fraca com as pontuações de instrumentos que avaliam constructos distintos) (Litwin, 1995).

H2: Espera-se que haja uma correlação positiva entre as subescalas evitar a dor e evitar a atividade com as subescalas de evitamento de POAM-P; que haja uma correlação positiva entre as subescalas de persistência (persistência contingente à tarefa e persistência excessiva e persistência

contingente à dor) com as subescalas de excesso de atividade de POAM-P; e, por fim, que haja uma correlação positiva entre as subescalas de *pacing* da APS com as subescalas de *pacing* de POAM-P.

Em relação fiabilidade será avaliada através da consistência interna das subescalas da APS, calculando-se o coeficiente de *alpha de Cronbach*. Relativamente aos valores de *alpha de Cronbach* das subescalas do instrumento original, foi possível verificar que os mesmos variam entre 0,56 (*pain avoidance*) e 0,84 (*pain contingent persistence*) (Esteve et al., 2016).

H3: Espera-se encontrar valores semelhantes ou superiores aos obtidos no estudo original (Esteve et al., 2016).

A validade concorrente será avaliada através do padrão de correlações das subescalas da APS com variáveis de critério que, teoricamente, se encontram relacionados com o construto em análise (Cunha et al., 2016). Serão considerados os seguintes critérios:

Segundo Kindermans e seus colaboradores (2011), as subescalas de evitamento estão positivamente relacionadas com a intensidade da dor. Ainda que uma se foque nas alterações da intensidade de dor sentida (evitar a dor) e a outra na condição geral do indivíduo relativamente à dor, ambas as dimensões se focam na dor sentida para acionar o evitamento. A severidade da dor foi avaliada no estudo de original, tendo como resultados correlações fracas e não significativas entre a dor e as subescalas da APS (Esteve et al., 2016).

H4: Espera-se que a severidade da dor esteja positivamente associada aos padrões de evitamento e persistência; e negativamente às 3 subescalas de *pacing*.

A Incapacidade relacionada foi avaliada no estudo original (Esteve et al., 2016), através do *Impairment and Functioning Inventory*. Segundo Ramírez & Valdivia (2003), o funcionamento diário dos indivíduos pode ser visto como uma espécie de indicador do estado de saúde, bem como de qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

H5: Espera-se que a incapacidade relacionada com a dor tenha uma associação positiva ao padrão de evitamento.

Os Afetos Positivos e Negativos foram avaliados no estudo original (Esteve et al., 2016), que pretendeu avaliar a experiência afetiva dos indivíduos num período ao longo de 2 meses. Segundo a literatura, indivíduos em condições de dor têm mostrado consistentemente elevados afetos negativos,

entre eles elevados níveis de depressão e ansiedade, comparativamente a pessoas que não têm dores crônicas (Zautra et al, 2005). Contudo, estes mesmos indivíduos com elevados níveis negativos de afeto demonstram uma maior sensibilidade aos estímulos da dor (Zautra et al, 2005). Além disso, fatores de stress do dia a dia têm demonstrado uma diminuição de tolerância à dor e, conseqüentemente, aumentam a dor desagradável em indivíduos com dores crônicas musculoesqueléticas, nomeadamente, fibromialgia e osteoartrite (Zautra et al, 2005).

H6: Esperava-se uma associação positiva entre o afeto negativo e o evitar a dor e evitar a atividade. Por outro lado, espera-se que o afeto positivo e as subescalas de persistência e *pacing* detenham uma correlação positiva.

O Medo do Movimento não foi avaliado no estudo original (Esteve et al., 2016). Deste modo, pretende-se estudar o mesmo, por forma a compreender o que os indivíduos sentem face às suas atividades diárias. Segundo a literatura, o medo trata-se de uma resposta emocional que se antecipa a uma ameaça iminente, fazendo com que a aprendizagem ocupe rapidamente um lugar adaptativo, seja a nível da experiência direta, da observação ou de instruções verbais (Vlaeyen et al., 2016). Os estímulos condicionados articulados à funcionalidade da dor podem alcançar a atenção e proporcionar respostas de medo por parte dos indivíduos como fator de proteção (e.g., resposta de evitamento). As respostas de evitamento podem ser distintas de respostas não condicionadas, nomeadamente, uma iminente fuga do estímulo não condicionado à dor. Por sua vez, o desenvolvimento da dor crónica pode dar-se quando há permanência do medo e fuga constante da dor, apesar da cura. É notório que o comportamento de evitamento impossibilita ou retarda visivelmente o encontro com o estímulo aversivo, constituindo um elemento-chave no Modelo de *Fear Avoidance* (Vlaeyen et al., 2016). Uma vez adquirido, o comportamento de evasão torna-se persistente e, por norma preserva o medo da própria dor. O comportamento “evitar” restringe significativamente a atividade, interferindo com as ações diárias, detendo por isso mesmo um efeito bastante negativo. O comportamento de evitar pode ser usado procedendo ao medo como fonte de informação. A sensação de alívio causada pela possibilidade da ameaça esperada (dor) não ocorrer tende a intensificar os comportamentos de evitar e, por consequência, a sua manutenção. Em contraste, a relação existente entre o medo e a dor nem sempre se encontra associada ao comportamento de evitação (Vlaeyen et al., 2016).

H7: Espera-se que haja uma relação positiva entre o medo do movimento e as subescalas de evitamento; uma relação negativa com as subescalas de persistência; e uma relação positiva com as subescalas de *pacing*.

A Função física, não tendo sido avaliada no estudo original (Esteve et al., 2016), tem como objetivo avaliar as limitações que os indivíduos sentem na execução das suas atividades físicas do dia a dia.

H8: Espera-se que a função física tenha uma associação negativa às subescalas de evitamento.

O Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor não foi avaliado no estudo original (Esteve et al., 2016). Desse modo pretende-se perceber qual a percepção que as pessoas com dor crónica têm relativamente à frequência de apoio e assistência às necessidades que recebem por parte dos seus familiares, quando sentem dores. Segundo consta na literatura, é crucial avaliar as respostas de apoio por parte dos familiares face aos comportamentos de dor. Este apoio pode ser decisivo no que diz respeito a facilitar ou dificultar no ajustamento à dor crónica (Bernardes et al., 2022). Em relação ao conceito de necessidade de autonomia e aplicando-o ao contexto da dor crónica, um suporte promotor de autonomia aos indivíduos, uma vez oferecido, pode ser um fator impulsionador de uma maior capacidade de gerir a dor. Pode também contribuir para a manter da integridade, dignidade, atuação e desempenho dos indivíduos nas respetivas atividades (Wadensten & Ahlstrom, 2009). Segundo Kendig e seus colaboradores (2000), a manutenção dos níveis de atividade é fundamental na mediação do impacto que a doença tem no bem-estar, dado que as consequências que advém de uma condição patológica podem ser reduzidas, caso os indivíduos mantenham os seus níveis de atividade. Além do mais, existindo um eminente grau de dependência pode estar relacionado com dificuldades cognitivas graves, fracas aptidões ao nível da comunicação e, ainda, problemas comportamentais (Steeman et al., 1997). Uma vez estimulada a redução de atividade do indivíduo com dor, podem surgir também efeitos secundários nas funções corporais nos indivíduos (e.g., decréscimo de força muscular). A persistência desta redução conduz às limitações funcionais que, por sua vez levam a reduções de motivação que impede que os mesmos se mantenham fisicamente ativos (Åberg et al., 2003). O suporte mencionado anteriormente pode ser uma forma de quebrar este ciclo extremamente prejudicial, providenciando os indivíduos da motivação necessária para resistir à dor e minimizar os efeitos negativos sentidos.

H9: Espera-se que o suporte informal para a autonomia funcional esteja positivamente associado às subescalas de persistência e de *pacing* e o suporte para a dependência funcional esteja positivamente associado às subescalas de evitamento.

Capítulo 2 – Método

Este é um estudo observacional quantitativo correlacional, com base em inquérito por questionário.

2.1. Participantes e processo de recrutamento

Os participantes deste estudo são adultos com dor crónica musculoesquelética. Os critérios de inclusão na amostra são: (a) idade igual ou superior a 18 anos, (b) indivíduos com dor crónica (i.e., dor, constante ou intermitente, que perdura há mais de 3 meses), (c) dor crónica musculoesquelética (i.e., originada em músculos, ligamentos, ossos ou articulações). Relativamente aos critérios de exclusão: (a) pessoas que tenham sofrido fraturas e (b) tenham sido submetidas a cirurgia há menos de 3 meses. O total de 385 indivíduos que acederam e preencheram o questionário online, 337 preencheram a totalidade do inquérito por questionário. Destes, 28 não cumpriam os critérios de elegibilidade e foram excluídos da amostra: X 18 indivíduos não tinham nacionalidade portuguesa, 7 indivíduos não tinham dor crónica (duração da dor inferior a três meses, $n=3$) ou não deram dados suficientes para se poder determinar se tinham dor crónica (não mencionaram a duração e localização da dor, $n=4$), e 4 não tinham dor musculoesquelética. Desse modo, este estudo contou com uma amostra de 310 participantes com dor crónica, na sua maioria mulheres. Como se pode ver, os participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 92 anos. A maioria dos participantes eram casados e viviam com familiares. Relativamente à escolaridade, as pessoas detêm graus de ensino superior (e.g., licenciatura, mestrado e doutoramento). Em termos de situação laboral, verificou-se que 199 dos participantes se encontram a trabalhar. A duração da dor variou entre 3 meses e 49 anos, sendo a sua causa mais frequente a Fibromialgia. Cerca de metade dos participantes indica ter dor generalizada (i.e., dor em mais do que uma área diferente do corpo), como se pode verificar no Quadro 3.1.

2.2. Instrumentos

Os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e clínico avaliando o seu sexo, género, idade, nacionalidade, estado civil, com quem vivem, escolaridade, situação profissional, profissão, diagnóstico, intensidade/localização/duração e frequência da dor, bem como as versões portuguesas da *Activity Patterns Scale*, do Inventário Resumido da Dor (BPI), da Escala de Padrões de Atividade (APS), da Escala de Padrões de Atividade (POAM-P), da Escala de Cinesiofobia (TAMPA), da Subescala de Função Física do Questionário de estado de Estado de Saúde (SF-36V2), do Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI), da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR), e por fim, a Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP).

2.2.1. Activity Patterns Scale (APS)

Este estudo teve por base o instrumento *Activity Patterns Scale* (APS; Esteve et al., 2016), que visa não só a avaliar os três padrões de atividade anteriormente identificados, mas também tem a capacidade de distinguir os subdomínios. A escala é composta por 24 itens (e.g., “Continuo a fazer as coisas até as terminar”) e 8 fatores, nomeadamente, evitar a dor (3 itens), evitar a atividade (3 itens), persistência contingente à tarefa (3 itens), persistência excessiva (3 itens), persistência contingente à dor (3 itens), aumentar o ritmo da atividade (3 itens), ritmo para conservar energia (3 itens) e, por último, ritmo para reduzir a dor (3 itens). Tem como escala de resposta numérica de 5 pontos que varia entre 0 (“Nunca”) a 4 (“sempre”). Valores mais elevados indicam maiores níveis dos diferentes fatores. Esta escala foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa através tendo em consideração as diretrizes para a tradução e adaptação de instrumentos de autorrelato (Beaton et al., 2000).

2.2.2. Inventário Resumido da Dor (BPI)

Foi utilizada a Subescala Severidade da Dor da versão portuguesa do *Brief Pain Inventory* (BPI; Cleeland, 1989), como medida de severidade da dor. Esta subescala é composta por 4 itens que avaliam a dor máxima, em média, e mínima na última semana, e no próprio momento do preenchimento do questionário, numa escala numérica que varia entre de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor que consegue imaginar). Sendo que valores mais baixos significam que as pessoas não sentem dor e, por outro lado, quanto mais elevados os valores, maior é a severidade da dor.

A versão original apresentou uma boa consistência interna referente à subescala da severidade da dor, com um *alpha de Cronbach* 0,80 (Cleeland, 1989). Relativamente às características psicométricas (consistência interna e a fiabilidade teste re-teste) do BPI, avaliadas para uma amostra de pessoas portuguesas com dor crónica, apresentaram bons resultados no que toca à fiabilidade interna, com um *alpha de cronbach* de 0,98 correspondente à escala de severidade (Azevedo et al., 2007). No presente estudo, a subescala da severidade apresentou uma boa consistência interna ($\alpha < 0,89$).

2.2.3. Escala de Padrões de Atividade (POAM-P)

A Escala *Patterns of Activity Measure-Pain* (POAM-P), desenvolvida por Cane e seus colaboradores (2007) foi utilizada como medida de padrões de atividade, com o fim de estudar a validade convergente da versão portuguesa da APS. Os 30 itens (e.g., “Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada”) que compõem o POAM-P subdividem-se em 3 subescalas: Evitamento (10 itens), Persistência (10 itens) e *Pacing* (10 itens). Os participantes reportam a frequência com que recorrem a cada padrão de atividade no seu dia a dia numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Sempre”). O *score* total de cada subescala é calculado através da soma das pontuações de cada item, com a variação entre 0 a 40.

A versão original apresentou valores de *alpha* de *Cronbach* nas 3 subescalas, revelando-se, assim, ter uma muito boa a excelente consistência interna ($0,86 < \alpha < 0,94$) (Cane, 2007). A versão portuguesa da POAM-P (Vieira, 2012), apresentou muito boa a excelente fiabilidade ($0,85 < \alpha < 0,91$). Na amostra do presente estudo, os coeficientes de consistência interna são sugestivos de fiabilidade aceitável a excelente ($0,77 < \alpha < 0,91$).

2.2.4. Escala de Cinesiofobia (TAMPA)

De modo a avaliar-se o medo do movimento, foi utilizada a escala *Tampa Scale of Kinesiophobia*, originalmente desenvolvida por Miller e seus colaboradores (1991). A versão inglesa original da escala é composta por 17 itens respondidos numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos que varia entre 1 (“Discordo totalmente”) e 4 (“Concordo plenamente”). A soma das pontuações em cada item varia entre 17 e 68, em que valores mais altos revelam níveis maiores de medo.

A versão reduzida portuguesa da *Tampa Scale of Kinesiophobia*, é composta por 13 itens (e.g., “Tenho medo de me magoar se fizer exercício”) respondidos numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos que varia entre 1 (“Discordo totalmente”) e 4 (“Concordo plenamente”). Esta versão demonstrou ter uma boa fiabilidade da pontuação total ($\alpha = 0,82$). Encontrou-se uma solução com 3 fatores de análise fatorial, nomeadamente, o fator de evitar da atividade, fatores somáticos e fatores relacionados com a dor (Cordeiro et al., 2013). No que concerne às propriedades psicométricas no presente estudo, os resultados apresentam uma boa consistência interna, com um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,83.

2.2.5. Subescala de Função Física do Questionário de estado de Estado de Saúde (SF-36V2)

De modo a medir a funcionalidade foi utilizada a versão portuguesa da subescala de Função Física do *Medical Outcomes Study-Short Form-36v2*, originalmente desenvolvida por Ware & Sherbourne (1992). A subescala permite avaliar as limitações na execução de atividades físicas. É composta por 10 itens, com uma escala tipo *Likert* de 3 pontos que varia de 1 (“Sim, muito limitado/a”) a 3 (“Não, nada limitado/a”). A soma das pontuações em cada item varia entre 0 (menor capacidade) e 100 (maior capacidade), em que valores mais altos revelam níveis maiores de capacidade de execução de atividades físicas no seu quotidiano. É questionado aos participantes acerca das atividades que realiza no seu dia a dia e se a sua saúde é um fator limitante ao desempenhá-las (e.g., “Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes”).

No que concerne à escala avaliada para a população portuguesa por Ferreira (2000), analisou-se as correlações entre cada item e a escala hipotética, considerando-se, à priori, uma consistência interna com valores de correlação superiores a 0,40. Foi utilizado o procedimento de teste-reteste para testar a fiabilidade. Verificando-se, assim, bons valores de *Alpha* de *Cronbach*, à exceção do coeficiente da função social ($\alpha = 0,76$), todos os outros obtiveram valores superiores a 0,80 (Ferreira,

2000). Os valores obtidos em relação à subescala no presente estudo, revelam que a mesma apresenta uma excelente consistência interna com um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,91.

2.2.6. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI)

Foi utilizada a versão portuguesa da escala *Pain Disability Index* (PDI), originalmente desenvolvida por Pollard (1984) de modo a avaliar a incapacidade relacionada com a dor. Este índice permite avaliar a incapacidade relacionada com a dor em responsabilidades familiares e domésticas (e.g., trabalho no quintal ou levar as crianças à escola), atividades sociais (e.g., festas, teatro, concertos, ir comer fora) e de lazer (e.g., passatempos ou desportos), trabalho (e.g., atividades diretamente relacionadas com a sua ocupação), comportamento sexual (e.g., refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual), cuidados pessoais (e.g., tomar um duche, conduzir, vestir) e atividades vitais (e.g., comer, dormir ou respirar). É um instrumento composto por 7 itens, utilizando uma escala tipo *Likert* de 11 pontos que varia entre 0 (“Nenhuma incapacidade”) a 10 (“Incapacidade total”). O score total foi calculado através da média dos itens, sendo que valores mais elevados indicam níveis mais elevados de incapacidade relacionada com a dor e em realizar as tarefas diárias. Aqui era pretendido saber até que ponto a dor dos participantes o/a impedia de realizar as suas atividades normais. Para cada um dos 7 tipos de atividade, pedia-se que assinalassem o número que melhor refletisse o nível de incapacidade que se defrontavam habitualmente. Pretendia-se que a classificação refletisse o impacto global que a dor tem nas suas vidas, e não apenas quando a mesma atinge o seu ponto máximo (Azevedo et al., 2007).

No presente estudo, o valor de *alpha* de *Cronbach* é de 0,93, revelando-se, assim, uma boa consistência interna.

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

Foi utilizado a ESIAD_DOR para avaliar o suporte social. Através da versão portuguesa de Bernardes e seus colaboradores (2022) é possível avaliar a frequência de suporte social recebido. É composta por 12 itens que visam a conhecer a perceção que os indivíduos têm acerca da frequência com que os seus familiares prestam apoio e assistência quando os próprios sentem dores. É uma escala de *Likert* de 5 pontos em que 1 corresponde a (“nada frequente”) a 5 (“extremamente frequente”). Para cada um dos fatores foram calculados os indicadores através das médias de cada item, que varia entre 1 e 5, ou seja, valores mais elevados indicam níveis mais elevados de perceções de promoção de autonomia e de dependência. Esta escala está compreendida em 3 fatores: Promoção Percebida da Autonomia-Instrumental (e.g., “Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente”), Promoção Percebida da Dependência (e.g., “Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas”) e, por último, Promoção Percebida da Autonomia-Emocional (e.g., “Motivam-me para fazer atividade física”). Através da versão original

deste instrumento foi possível verificar agradáveis valores, no que diz respeito à fiabilidade interna e sensibilidade adequadas, sobressaindo também a qualidade na validade de conteúdo, na validade de critério e na validade de construto convergente/divergente. Através das análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, confirmou-se a estrutura destes 3 factores: Promoção Percebida da Dependência (5 itens; $\alpha = 0,82$), Promoção Percebida da Autonomia-Emocional (3 itens; $\alpha = 0,78$), PPA-instrumental (3 itens; $\alpha = 0,82$) (Bernardes et al., 2022).

No que concerne às propriedades psicométricas do presente estudo, observou-se bons resultados de consistência interna nas subescalas, nomeadamente, promoção percebida da dependência (5 itens; $\alpha = 0,76$), promoção percebida da autonomia-emocional (3 itens; $\alpha = 0,82$) e promoção percebida da autonomia-instrumental (3 itens; $\alpha = 0,83$).

2.2.8. Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP)

Através da versão reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo (PANAS-VRP) (Watson et al., 1988), será avaliado o afeto positivo e negativo. É um questionário que consiste num conjunto de sentimentos e emoções. É composto por 10 itens, que varia entre 1 (“Nada ou muito ligeiramente”) a 5 (“Extremamente”). Em que valores mais elevados indicam maiores níveis de afeto positivo e negativo. Aqui é pedido aos participantes que indiquem em que medida geralmente sente cada uma das emoções, ou seja, como é que sentem em média (e.g., “Interessado/a”). É um instrumento em que os resultados demonstram excelentes características psicométricas em duas amostras distintas, nomeadamente, Afeto positivo ($\alpha = 0,86$) e Afeto negativo ($\alpha = 0,89$), à semelhança do instrumento original (Galinha et al. 2014).

No presente estudo, obteve-se bons resultados de fiabilidade nas subescalas de Afeto Positivo e Afeto Negativo, tendo ambas apresentado valores de *alpha* de *Cronbach* de 0,86.

2.3. Procedimento

Este estudo foi revisto e aprovado pela comissão de ética do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, a 18 de janeiro de 2022 (referência: 2020.05586.BD), tendo sido observado o disposto na declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013). Os participantes da amostra não probabilista de conveniência deste estudo tomaram conhecimento do estudo e foram recrutados através das redes sociais (e.g., *LinkedIn*, *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*), de um email circular enviado às listas de endereços de associados e funcionários de (a) associações e grupo de suporte de pessoas com doenças crónicas (e.g., Associação de Pessoas com Dor, Associação Portuguesa de Fibromialgia, Associação Nacional da Espondilite Anquilosante, entre outras) e (b) de empresas cuja atividade é suscetível de desencadear problemas músculo-esqueléticos, (e.g., *mailing list*). Os potenciais interessados tiveram acesso a um *link* através do qual podiam aceder a: (a) uma descrição dos

objetivos e procedimentos do estudo, (b) uma descrição dos critérios de elegibilidade dos participantes, (c) aos contactos da equipa de projeto, e (d) contactos de fontes de informação e serviços de apoio à comunidade no âmbito da dor e sofrimento psicológico. Os potenciais interessados foram instruídos a usar tais contactos para solicitar quaisquer esclarecimentos acerca do estudo. Os interessados acederam e preencheram o inquérito por questionário online através da plataforma *Qualtrics Survey*. Todos os participantes deram consentimento informado para a participação no estudo, tendo-lhes assegurado o carácter voluntário da participação, anonimato e confidencialidade da informação.

2.4. Análise de Dados

Primeiro, calcularam-se as estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas e todas as variáveis do estudo. Segundo, calcularam-se a Assimetria e Curtose de todas as variáveis do estudo e dos itens da APS, para avaliar a sensibilidade dos itens, com valores absolutos de 3, para a assimetria, e 7 para a curtose, a indicar ausência de desvio severo à distribuição normal e sensibilidade dos itens adequada (Byrne, 2016; Kline, 2000). Terceiro, realizamos a análise fatorial confirmatória para testar a solução de 8 fatores da APS encontrada no estudo da versão original desta escala, através de análise de equações estruturais, considerando-se uma matriz de covariâncias assintótica para contrabalançar a distribuição dos dados diferente da distribuição normal. Usou-se a máxima verossimilhança e métodos de estimação robustos à violação dos pressupostos. A avaliação do ajustamento do modelo considerou o rácio χ^2/gl , o *comparative fit index* (CFI), o *root mean square error of approximation* (RMSEA), e o *standardized root mean square residual* (SRMR). Considerou-se um ajustamento aceitável para χ^2/gl menor que 5 (Wheaton, 1987), CFI maior que 0,80 (Bentler, 1990), RMSEA menor que 0,08 (Schermelleh-Engel et al., 2003), e SRMR menor que 0,10 (Hoyle, 1995; Schermelleh-Engel et al., 2003). A fiabilidade foi avaliada através do coeficiente *alpha* de *Chronbach*, considerando-se valores acima de 0,60 indicadores de fiabilidade aceitável (Ribeiro, 2010). O padrão de associações entre as pontuações das subescalas da APS e as pontuações da POAM-P e das variáveis de critério foram avaliadas como indicadores de validade convergente e de critério. Coeficientes de correlação de *Pearson* inferiores a 0,30 são sugestivos de correlações fracas; aqueles a variar entre 0,30 e 0,49 são sugestivos de correlações moderadas; e aqueles superiores a 0,50 são sugestivos de correlações fortes (Cohen, 1988). Analisaram-se, ainda as intercorrelações entre as subescalas da APS. As análises estatísticas foram realizadas por recurso ao software *IBM SPSS Statistics*, versão 29, e ao software *LISREL*, versão 8.80., considerou-se um nível de significância de 0,05.

Capítulo 3 - Resultados

3.1. Características descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas, dos itens do APS e restantes fatores

O Quadro 3.1 apresenta um sumário das características sociodemográficas e clínicas da amostra do estudo. O Quadro 3.2 apresenta as características descritivas de todos itens do instrumento APS. Todos os valores da escala (mínimo=0, máximo=4) foram atingidos, o intervalo das médias varia entre 1,45 e 3,26 e os desvios-padrão entre 0,86 e 1,30. Verificou-se que o valor médio mais alto é referente ao item “Quando tenho menos dor, tento estar tão ativo/a quanto me seja possível” e o valor mais baixo é referente ao item “Se sei que algo me vai agravar a dor, não o faço nunca mais”. O valor de assimetria varia entre $(-6,71 < Sk < 1,84)$ e curtose entre $(-3,43 < Ku < 2,07)$ sendo sugestivos de sensibilidade dos itens.

Quadro 3.1. *Características descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas*

		Amostra total	
		(n=310)	
Sexo	N (%)	Masculino	30 (9,7%)
		Feminino	280 (90,3%)
Idade	M (SD)		45,48 (10,35)
Nacionalidade	N (%)	Portuguesa	310 (100%)
Anos de escolaridade	M (SD)		14,44 (3,86)
Estado civil	N (%)	Solteiro/a	64 (20,4%)
		Casado/a ou União de facto	202 (65,2%)
		Divorciado/a ou separado/a	36 (11,6%)
		Viúvo/a	8 (2,6%)
Com quem vive	N (%)	Sozinho	43 (13,9%)
		Familiares	261 (84,2%)
		Amigos	6 (1,9%)
Situação profissional	N (%)	Estudante	11 (3,5%)
		Trabalhador/ estudante	10 (3,2%)
		A Trabalhar	199 (64,2%)
		Baixa médica	33 (10,6%)

		Desempregado	32 (10,3%)
		Reformado	24 (7,7%)
		<i>missing</i>	1
		Corpo todo	40 (12,9%)
		- Membros superiores e inferiores	23 (7,4%)
		- Tronco e membros	59 (19%)
		- Cabeça/cervical e membros	24 (7,7%)
		- Cabeça/cervical e lombar/costas/coluna	8 (2,6%)
Região da dor	N (%)	- Mãos/pulsos	4 (1,3%)
		- Pés/ tornozelos	1 (0,3%)
		- Articulações	18 (5,8%)
		- Pernas/joelhos	11 (3,5%)
		- Lombar/costas/ coluna	15 (4,8%)
		- Braços/ombros	7 (2,3%)
		- Pescoço/cabeça/cervical	4 (1,3%)
		Dor generalizada	96 (31%)
		Contínua/constante	208 (67,1%)
Frequência da dor	N (%)	Recorrente/intermitente	100 (32,3%)
		Não sabe	2 (0,6%)
Duração da dor (anos)	M(SD)		29,04 (178,54)
Fisioterapia		Sim	85(27,4%)
	N (%)	Não	225 (72,6%)
Acupuntura		Sim	23 (7,4%)
		Não	287 (92,6%)
Psicoterapia		Sim	26 (8,4%)
		Não	284 (91,6%)
Hipnose	N (%)	Sim	3 (1%)
		Não	307 (99%)
Musicoterapia		Sim	3 (1%)
		Não	307 (99%)
Diatermia	N (%)	Sim	1 (0,3%)

		Não	309 (99,7%)
Bloqueios ou infiltrações	N (%)	Sim	22 (7,1%)
		Não	288 (92,9%)
Medicação	N (%)	Sim	280 (90,3%)
		Não	30 (9,7%)

Quadro 3.2. *Estatística Descritiva referente aos itens do APS*

Fatores/itens	Mín-Máx	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Assimetria	Curtose
Fator I – Evitar a dor						
1. Paro e deixo de fazer o que estava a fazer quando a dor começa a piorar.	0-4	2,19	2,00	1,02	-1,39	0,32
11. Se sei que algo me vai agravar a dor, não o faço nunca mais.	0-4	1,45	2,00	1,11	1,71	-2,50
16. Evito fazer coisas que me causam dor.	0-4	1,88	2,00	1,03	0,54	-0,70
Fator II – Evitar a atividade						
6. Não consigo manter o meu nível de atividade habitual.	0-4	2,46	2,00	1,12	-1,67	-1,96
8. Devido à dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer coisas.	0-4	1,67	2,00	1,20	1,07	-2,97
13. Tenho que deixar de lado alguns aspetos da minha vida.	0-4	2,40	2,00	1,11	-2,67	-1,48
Fator III – Persistência contingente da tarefa						
2. Continuo a fazer as coisas até as terminar.	0-4	2,27	2,00	0,97	-0,50	0,16
10. Quando começo a fazer algo, não paro até ter terminado.	0-4	2,17	2,00	1,11	-0,13	-1,80
21. Depois que comece a fazer algo, não paro enquanto não estiver terminado.	0-4	2,25	2,00	1,06	-0,08	-1,63
Fator IV: Persistência excessiva						
4. Tento fazer demasiadas coisas e como resultado fico a sentir-me pior.	0-4	2,43	2,00	1,16	-2,25	-2,18
7. Estou sempre a correr para conseguir ter tudo feito antes de não aguentar fazer mais.	0-4	1,88	2,00	1,30	0,33	-3,43

15. Esforço-me demais e faço demasiadas coisas e depois preciso de descansar um pouco.	0-4	2,43	2,00	0,99	-1,04	-0,70
Fator V: Persistência contingente da dor						
18. Quando tenho menos dor, tento estar tão ativo/a quanto me seja possível.	0-4	3,26	3,00	0,86	-6,71	-0,003
20. Faço muitas mais coisas do que o habitual quando tenho menos dor.	0-4	2,88	2,00	1,01	-5,77	1,12
22. Aproveito os dias bons, naqueles em que me dói menos, para fazer mais coisas.	0-4	3,08	3,00	0,86	-3,95	2,07
Fator VI: Ritmo para aumentar a atividade						
3. Costumo fazer pausas várias vezes para assim poder fazer muito mais coisas.	0-4	2,35	2,00	1,22	-2,31	-2,55
17. Faço as coisas mais devagar para assim poder fazer muitas mais coisas.	0-4	1,77	2,00	0,96	1,84	0,52
19. Divido as atividades em partes pequenas para assim fazer muitas coisas mais.	0-4	1,83	2,00	0,93	-0,41	0,66
Fator VII: Ritmo para conservar a energia						
5. Divido as atividades em partes pequenas e assim consigo poupar energia para fazer outras coisas que são importantes	0-4	1,86	2,00	1,10	0,17	-1,70
14. Costumo descansar várias vezes para poupar energia para fazer outras coisas que são importantes para mim.	0-4	1,91	2,00	1,11	1,04	-1,80
23. Faço as coisas mais devagar para assim poder poupar energia para fazer as outras coisas que são importantes para	0-4	1,94	2,00	0,91	0,17	1,04
Fator VIII: Ritmo para reduzir a dor						
9. Faço as coisas mais devagar para que me doa menos.	0-4	2,14	2,00	1,12	-0,56	-1,90
12. Divido as atividades em partes pequenas para que me doa menos.	0-4	1,88	2,00	0,96	-0,25	0,33

24. Costumo fazer pausas várias vezes para assim me doer menos.	0-4	1,91	2,00	0,99	0,05	-0,61
---	-----	------	------	------	------	-------

O Quadro 3.3 representa as características descritivas referentes aos fatores da APS. Relativamente aos valores referentes à assimetria, revelou-se distribuições positivamente assimétricas nos seguintes fatores: função física, dependência da dor, autonomia emocional e instrumental, afeto negativo, medo do movimento e incapacidade relacionada com a dor. No que diz respeito à severidade da dor, afeto positivo, evitamento, *pacing* e *overdoing*, os mesmos revelam distribuições assimétricas negativas. Em relação aos valores de curtose, observou-se de que todos apresentam distribuições achatadas, ou seja, distribuições platicúrticas. O teste de Kolmogorov-Smirnov revelou que nenhum dos itens apresentou uma distribuição normal ($p < 0,001$).

Quadro 3.3. *Estatística Descritiva referente às variáveis de critério*

Construtos	N	Mín-Máx	Mediana	Média	Desvio Padrão	Assimetria/EP Assimetria	Curtose/EP Curtose
Função Física (SF-36V2)	307	0,00-100,00	50	50,37	23,03	1,12	-2,65
Severidade da Dor (BPI)	310	0,50-10,00	5,50	5,33	1,87	-1,70	-0,87
Dependência da Dor (ESIAD)	309	1,00-4,17	1,83	1,96	0,76	5,25	-0,17
Autonomia Emocional (ESIAD)	310	1,00-5,00	3	2,85	1,09	0,63	-2,86
Autonomia Instrumental (ESIAD)	310	1,00-5,00	1,67	1,97	1,07	7,88	1,55
Afeto Positivo (PANAS)	310	1,00-5,00	3	2,96	0,81	-1,51	-0,79
Afeto Negativo (PANAS)	310	1,00-5,00	2,40	2,46	0,96	3,16	-1,82
Padrão de Atividade: Evitamento (POAM-P)	310	0,20-4,00	2,10	2,09	0,76	-0,70	-0,60
Padrão de Atividade: <i>Pacing</i> (POAM-P)	310	0,00-4,00	1,90	1,84	0,72	-0,21	0,73
Padrão de Atividade: <i>Overdoing</i> (POAM-P)	310	0,70-4,00	2,40	2,40	0,61	-0,39	0,33
Medo do Movimento (TAMPA)	310	1,23-4,00	2,54	2,56	0,48	1,26	2,70
Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI)	310	0,00-8,86	3,43	3,66	2,12	1,42	-3,59

3.2. Validade de Construto

3.2.1 Análise Fatorial Confirmatória (CFA)

O Quadro 3.4 sumaria os índices de ajuste do modelo de medida testado. Pretende-se que haja equilíbrio entre um bom ajuste e a parcimônia do modelo. Quanto menor for o valor de AIC, é indicador do equilíbrio desejado. O Quadro 3.5 apresenta a saturação dos itens nos fatores do modelo de medida testado, os quais variaram entre 0,40 e 0,90. Os valores de lambdas são coeficientes que indicam as relações entre as variáveis observadas e os fatores latentes no modelo, quer isto dizer, indicam os pesos fatoriais atribuídos a cada variável observada em um fator latente específico. Posto isto, todos os valores são positivos indicando associações positivas entre as variáveis observadas e os fatores latentes, ou seja, à medida que a variável observada aumenta, o fator latente aumenta também. Quanto maior for o valor positivo, mais forte se encontra a associação. É de destacar dois fatores que detêm variáveis observadas com valores próximos de 1, nomeadamente, a persistência contingente de tarefa (itens 10 e 21) e ritmo para aumentar a atividade (item 19).

Quadro 3.4. *Índices de ajustamento do modelo para a análise fatorial confirmatória.*

	χ^2/df	CFI	RMSEA	SRMR	AIC
Modelo de 8 fatores	4,40	0,96	0,06	0,08	661,20

Quadro 3.5. *Pesos fatoriais*

Fatores/itens	Valores de <i>Lambdas</i> (λ)
Fator I – Evitar a dor	
1. Paro e deixo de fazer o que estava a fazer quando a dor começa a piorar.	0,40
11. Se sei que algo me vai agravar a dor, não o	0,68
16. Evito fazer coisas que me causam dor.	0,76
Fator II – Evitar a atividade	
6. Não consigo manter o meu nível de atividade	0,48
8. Devido à dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer coisas.	0,71
13. Tenho que deixar de lado alguns aspetos da	0,72
Fator III – Persistência contingente da tarefa	
2. Continuo a fazer as coisas até as terminar.	0,58
10. Quando começo a fazer algo, não paro até ter terminado.	0,89
21. Depois que comece a fazer algo, não paro enquanto não estiver terminado.	0,88
Fator IV: Persistência excessiva	
4. Tento fazer demasiadas coisas e como resultado fico a sentir-me pior.	0,71
7. Estou sempre a correr para conseguir ter tudo feito antes de não aguentar fazer mais.	0,66
15. Esforço-me demais e faço demasiadas coisas e depois preciso de descansar um pouco.	0,75
Fator V: Persistência contingente da dor	
18. Quando tenho menos dor, tento estar tão ativo/a quanto me seja possível.	0,62
20. Faço muitas mais coisas do que o habitual quando tenho menos dor.	0,79
22. Aproveito os dias bons, naqueles em que me dói menos, para fazer mais coisas.	0,84
Fator VI: Ritmo para aumentar a atividade	
3. Costumo fazer pausas várias vezes para assim poder fazer muito mais coisas.	0,65
17. Faço as coisas mais devagar para assim poder fazer muitas mais coisas.	0,81
19. Divido as atividades em partes pequenas para assim fazer muitas coisas mais.	0,90
Fator VII: Ritmo para conservar energia	
5. Divido as atividades em partes pequenas e assim consigo poupar energia para fazer outras	0,66
14. Costumo descansar várias vezes para poupar energia para fazer outras coisas que são	0,78

23. Faço as coisas mais devagar para assim poder poupar energia para fazer as outras coisas que são importantes para mim.	0,79
---	------

Fator VIII: Ritmo para reduzir a dor

9. Faço as coisas mais devagar para que me doa menos.	0,68
12. Divido as atividades em partes pequenas para que me doa menos.	0,76
24. Costumo fazer pausas várias vezes para assim me doer menos.	0,81

3.2.2. Fiabilidade: Consistência Interna

No que diz respeito à consistência interna da APS, esta é crucial para garantir que as medidas utilizadas em estudo são confiáveis, consistentes e que têm a capacidade de proporcionar resultados precisos. Posto isto, obteve-se os seguintes valores em relação à consistência interna dos 8 fatores em estudo: evitar a dor ($\alpha = 0,55$), evitar a atividade ($\alpha = 0,64$), persistência contingente de tarefa ($\alpha = 0,79$), persistência excessiva ($\alpha = 0,70$), persistência contingente da dor ($\alpha = 0,72$), ritmo para aumentar a atividade ($\alpha = 0,75$), ritmo para conservar a energia ($\alpha = 0,74$) e, por fim, ritmo para reduzir a dor ($\alpha = 0,74$).

Relativamente à consistência interna das variáveis de critério, todos os *alphas* de Cronbach são superiores a 0,70, isto é, que todos os itens que compõem as escalas encontram-se correlacionados de forma consistente sugerindo, deste modo, de que se tratam de escalas confiáveis para medir os construtos em questão.

3.2.3. Intercorrelações entre as subescalas APS

Esta análise tem um papel crucial na validação de uma escala, bem como na avaliação da consistência interna e interpretação de resultados, ajudando a estabelecer a validade da estrutura da escala e dá-nos uma melhor compreensão acerca das relações entre os construtos subjacentes.

Relativamente às correlações, conseguimos observar que a subescala de evitar a dor tem relações positivas moderadas com as subescalas de evitar a atividade, ritmo para aumentar a atividade, ritmo para conservar energia e ritmo para reduzir a dor. Em concordância com as relações verificadas na subescala de evitar a dor, a subescala de evitar a atividade apresenta também correlações positivas moderadas com as subescalas de *pacing*. As subescalas de persistência mencionadas apresentam poucas relações relevantes com as outras subescalas, sendo que as mais relevantes são: as correlações negativas moderadas a fortes com a persistência contingente de tarefa- evitar a dor e persistência contingente de tarefa-ritmo para reduzir a dor. Adicionalmente, a única

correlação relevante entre as subescalas de persistência verifica-se entre persistência contingente de tarefa e persistência excessiva. Relativamente às subescalas de *pacing*, apresentam todas correlações positivas e muito fortes, indicando haver uma sobreposição ou redundância nas mesmas. Assim sendo, uma vez que as subescalas se correlacionam mais fortemente entre si, é indicador de validade convergente. Por outro lado, as restantes correlações apresentam valores baixos, não evidenciando relações aparentes entre as subescalas, evidenciando que estão, de facto a medir construtos diferentes. Adicionalmente, estes valores baixos são também indicadores que, fora as subescalas de *pacing*, as restantes subescalas apresentam validade divergente.

Quadro 3.6. *Intercorrelações entre as subescalas da APS*

Subescalas da APS	Evitar a dor	Evitar a atividade	Persistência contingente de tarefa	Persistência excessiva	Persistência contingente da dor	Ritmo para aumentar a atividade	Ritmo para conservar energia	Ritmo para reduzir a dor
Evitar a dor	1	0,54	-0,48	-0,27	0,05	0,45	0,57	0,68
Evitar a atividade		1	-0,32	0,32	0,31	0,49	0,67	0,59
Persistência contingente de tarefa			1	0,45	0,22	-0,31	-0,40	-0,45
Persistência excessiva				1	0,32	0,00	-0,04	-0,15
Persistência contingente da dor					1	0,23	0,27	0,21
Ritmo para aumentar a atividade						1	0,92	1,00
Ritmo para conservar energia							1	0,96
Ritmo para reduzir a dor								1

3.2.4. Validade convergente/divergente

Avaliar a validade convergente e divergente é importante para garantir a confiabilidade, validade e especificidade das escalas de medida utilizadas no presente estudo. Permite retirar conclusões precisas acerca dos construtos em estudo.

O Quadro 3.7 apresenta a validade convergente e divergente, sendo que resultado da análise permitiu observar algumas correlações significativas ($p < 0,01$). Como se pode observar, o evitar a dor apresenta uma correlação significativamente elevada e positiva com a subescala de evitamento, uma correlação moderada e positiva com a subescala de *pacing* e, uma correlação baixa e negativa com a subescala *overdoing*. Relativamente ao evitar a atividade, possui correlações moderadas positivas com as subescalas de evitamento e *pacing* e não se correlaciona significativamente com a subescala *overdoing*. Em relação à persistência contingente de tarefa, apresenta correlações baixas, negativas e significativas com as subescalas de evitamento e *pacing*, e uma correlação positiva, significativa e moderada a elevada com a subescala *overdoing*. No que concerne à subescala persistência excessiva, a mesma não se correlaciona com as subescalas de evitamento e *pacing*, apresentando uma correlação negativa e fraca, por outro lado, com a subescala *overdoing* apresenta uma correlação moderada, positiva e significativa. No que diz respeito ao persistência contingente da dor, o mesmo apresenta correlações positivas, baixas e significativas com as subescalas evitamento e *pacing*, e uma correlação moderada, positiva e significativa com a subescala *overdoing*. Em relação à subescala ritmo para aumentar a atividade, verificou-se uma correlação positiva, moderada e significativa com a subescala de evitamento, uma correlação positiva, elevada e significativa com subescala de *pacing* e, uma correlação negativa, baixa e significativa com a subescala *overdoing*. Respetivamente à subescala ritmo para conservar energia, deteve uma correlação positiva, moderada e significativa com a subescala de evitamento, uma correlação moderada a elevada, positiva e significativa com a subescala *pacing* e, uma correlação baixa, negativa e significativa com a subescala *overdoing*. Por fim, com a subescala ritmo para reduzir a dor, apresentou uma correlação moderada, positiva e significativa com a subescala de evitamento, uma correlação elevada, positiva e significativa com a subescala *pacing* e, uma correlação baixa, negativa e significativa com a subescala *overdoing*.

Em suma, segundo os resultados obtidos verifica-se que os valores mais baixos e que se aproximam de 0, entre as subescalas da APS e as subescalas de POAM-P indicam validade divergente. Por outro lado, as associações significativas apresentam validade convergente.

Quadro 3.7. *Correlações entre as subescalas do APS e as subescalas do POAM-P*

Subescalas APS	POAM-P Evitamento	POAM-P <i>Pacing</i>	POAM-P <i>Overdoing</i>
Evitar a dor	0,673**	0,494**	-0,294**
Evitar a atividade	0,522**	0,401**	0,073
Persistência contingente da tarefa	-0,339**	-0,383**	0,623**
Persistência excessiva	-0,082	-0,096	0,479**
Persistência contingente da dor	0,134*	0,145*	0,454**
Ritmo para aumentar a atividade	0,435**	0,765**	-0,210**
Ritmo para conservar energia	0,482**	0,684**	-0,154**
Ritmo para reduzir a dor	0,556**	0,772**	-0,279**

**p<0,01

*p<0,05

3.3.5. Validade concorrente

A validade concorrente tem como função avaliar a medida em que uma nova escala se compara a uma escala de referência já existente. Permite entender se a nova escala mede adequadamente o construto.

No Quadro 3.8, sumariam-se as correlações entre as variáveis de critério e as subescalas APS. Verificou-se que a subescala de evitar a dor apresenta correlações positivas baixas com as seguintes subescalas: severidade da dor, incapacidade relacionada com a dor, afeto negativo, as 3 subescalas de suporte social e com o medo do movimento. Na subescala de evitar a atividade, observaram-se valores baixos a moderados negativos com a função física e o afeto positivo, por outro lado as correlações com as restantes variáveis de critério são positivas de valores baixos a moderados. Relativamente à subescala de persistência contingente de tarefa, apresentou correlações baixas, verificou-se com valores positivos com a função física, severidade da dor e afeto positivo, sendo que com a incapacidade relacionada com a dor, afeto negativo, 3 subescalas de suporte social e medo do movimento, apresenta valores baixos e negativos. A subescala de persistência excessiva apresenta correlações de valores baixos sendo que apenas a severidade da dor, incapacidade relacionada com a dor, afeto negativo, suporte social para dependência funcional, suporte social para autonomia instrumental e o medo do movimento apresentam valores positivos. No que diz respeito à subescala persistência contingente da dor, a mesma revelou correlações positivas baixas, no geral, à exceção da variável da função física, sendo a mesma negativa. Por último, as subescalas de ritmo para aumentar a atividade,

ritmo para conservar energia e ritmo para reduzir a dor, apresentam correlações baixas e positivas, no geral, com as variáveis de critério, à exceção das correlações negativas com as variáveis: função física e afeto positivo.

Quadro 3.8. *Correlações entre as variáveis de critério e as subescalas do APS*

Subescalas APS	Função Física	Severidade da Dor (BPI)	Incapacidade relacionada com a dor (PDI)	Afeto Positivo	Afeto Negativo	Suporte Social para Dependência Funcional	Suporte Social para Autonomia Emocional	Suporte Social para Autonomia Instrumental	Medo do Movimento
Evitar a atividade	-0,168**	0,026	0,208**	-0,002	0,011	0,175*	0,066	0,228**	0,268**
Evitar a atividade	-0,463**	0,388**	0,538**	-0,354**	0,333**	0,195**	0,054	0,270**	0,370**
Persistência contingente da tarefa	0,150**	0,008	-0,185**	0,138*	-0,033	-0,056	-0,104	-0,183**	-0,016
Persistência excessiva	-0,219**	0,283**	0,226**	-0,167**	0,265**	0,017	-0,033	0,035	0,167**
Persistência contingente da dor	-0,049	0,098	0,138*	0,104	0,108	0,28	0,097	0,066	0,129**
Ritmo para aumentar a atividade	-0,261**	0,181**	0,355**	-0,068	0,038	0,085	0,129*	0,146**	0,316**
Ritmo para conservar energia	-0,221**	0,178**	0,344**	-0,017	0,085	0,091	0,080	0,157**	0,264**
Ritmo para reduzir a dor	-0,213**	0,136*	0,286**	-0,066	0,025	0,098	0,108	0,156**	0,240**

**p<0,01

*p<0,05

Capítulo 4 - Discussão e conclusões

O presente estudo teve como finalidade a tradução, adaptação cultural e estudo psicométrico do instrumento *Activity Patterns Scale* (Esteve et al., 2016) para a população portuguesa, bem como as suas propriedades psicométricas. O APS visa discriminar diferentes padrões de atividade em contextos de dor crónica.

No que concerne às propriedades psicométricas do instrumento, e no que diz respeito à validade de construto, mais especificamente à estrutura fatorial era esperado que existisse um equilíbrio entre um bom ajuste e a parcimônia do modelo (hipótese 1). Esta hipótese verifica-se, sendo que os resultados dos índices de ajuste do modelo revelaram que o modelo apresenta um *fit* aceitável. Relativamente aos (χ^2/df), os resultados obtidos no presente estudo indicam um que há um pior ajuste, sendo que o valor se afasta de 1. Por outro lado, no estudo original o valor obtido encontra-se mais próximo de 1 indicando um melhor ajuste (Esteve et al., 2016). No que concerne à medida de ajuste (CFI), o ideal é o valor ser o mais próximo possível de 1. Em ambos os estudos, verificou-se que o valor é >0,90, portanto apresenta um ótimo resultado, sendo que o valor do presente estudo é mais elevado face ao estudo original (Esteve et al., 2016). Relativamente à medida (RMSEA), quanto menor for o valor, melhor o ajuste. Valores que se encontrem entre 0,05 e 0,08, são indicadores de um ajuste razoável. Tanto o presente estudo, bem como o estudo original (Esteve et al., 2016) apresentam o mesmo valor desta medida, encontrando-se dentro do intervalo anteriormente descrito. Por último, em relação à medida (AIC) tratando-se de um critério de seleção de modelos que estima tanto a qualidade, bem como a complexidade do modelo. Foi possível observar que o estudo original (Esteve et al., 2016) apresenta um valor menor que o presente estudo, sendo que quanto menor for o valor de AIC, este indica o equilíbrio desejado.

A respeito das intercorrelações entre as subescalas da APS no presente estudo, vão de encontro ao que se verificou no estudo original de Esteve e seus colaboradores (2016). Relativamente à subescala de evitar a dor, os dois estudos seguem no mesmo sentido no que toca às suas correlações positivas e negativas, à exceção da correlação com a persistência contingente da dor, no estudo original há uma correlação negativa e no presente estudo uma correlação fraca e positiva. Na subescala de evitar a atividade, os dois estudos detêm uma correlação positiva com todas as subescalas, à exceção da subescala persistência contingente da dor, apresentando uma correlação negativa e significativa no estudo original (Esteve et al., 2016). No que toca à subescala persistência contingente de tarefa, ambos os estudos se encontram em concordância no que toca às correlações positivas com as subescalas persistência excessiva e persistência contingente da dor e correlações negativas com as subescalas de evitamento e de *pacing*. Relativamente à subescala persistência excessiva, nos dois estudos há uma correlação negativa com a subescala de ritmo para reduzir a dor.

No caso da subescala ritmo para aumentar a atividade não existe correlação no presente estudo, e há uma correlação fraca e positiva no estudo original (Esteve et al., 2016). Face à subescala persistência para conservar energia, neste estudo existe uma correlação fraca e negativa e, por outro lado, uma correlação fraca e positiva no estudo original (Esteve et al., 2016). No que concerne à subescala persistência contingente da dor, verificou-se correlações fracas e positivas com as três subescalas de *pacing* em ambos os estudos. Relativamente à subescala ritmo para aumentar a atividade, nos dois estudos existe correlações fortes e positivas com as subescalas ritmo para conservar energia e ritmo para reduzir a dor, sendo que no presente estudo revelam valores superiores. Posto isto, no presente estudo observou-se valores bastante próximos de 1, nomeadamente, nas subescalas de *pacing*. Segundo Rex B. Kline (2016), valores próximos de 1, isto é, variáveis altamente correlacionadas, são indicadores de colinearidade extrema. Nestes casos, o autor sugere “(...) eliminar variáveis ou combinar variáveis redundantes num composto”. Dados os resultados obtidos, as subescalas de *pacing* indicam avaliar o mesmo comportamento.

Relativamente à validade convergente, pretendia-se que existisse uma correlação positiva entre as subescalas evitar a dor e evitar a atividade com as subescalas de evitamento de POAM-P; que houvesse uma correlação positiva entre as subescalas de persistência (persistência contingente à tarefa, persistência excessiva e persistência contingente à dor) com as subescalas de excesso de atividade de POAM-P; e, por fim, que existisse uma correlação positiva entre as subescalas de *pacing* da APS com as subescalas de *pacing* de POAM-P (hipótese 2). Os valores obtidos indicam a existência de variadas relações significativas entre as subescalas da APS e as subescalas de POAM-P, suportando a hipótese supracitada. Tanto no presente estudo como no instrumento original, verificou-se que a subescala de evitar a dor apresentou uma correlação positiva e significativa com as subescalas de evitamento e *pacing* e uma correlação negativa e significativa com a subescala de *overdoing* de POAM-P. Relativamente à subescala de evitar a atividade no presente estudo ocorre uma relação positiva com todas as subescalas de POAM-P, contrariamente ao estudo original que apresentou uma correlação negativa entre o evitar a atividade e a subescala de *overdoing* de POAM-P. Em relação às subescalas de persistência, em ambos os estudos as correlações seguem no mesmo sentido em relação a: subescala de persistência contingente de tarefa tem uma correlação positiva com o *overdoing* e uma correlação negativa com as subescalas evitamento e *pacing* de POAM-P; a subescala de *Excessive Persistence* demonstra ter uma correlação positiva com a subescala *overdoing* e correlação negativa com as subescalas evitamento e *pacing* de POAM-P. Por outro lado, a subescala de persistência contingente da dor no presente estudo encontra-se positivamente correlacionada com as três subescalas de POAM-P, contrariamente ao estudo original que apresenta uma correlação negativa com a subescala de evitamento de POAM-P. No que toca às subescalas de *pacing* da APS, os dois

estudos têm relações positivas com as 3 subescalas de evitamento e *pacing* e, por outro lado, correlações negativas com as subescalas de *overdoing* de POAM-P.

No que diz respeito à fiabilidade interna das subescalas da APS, esperava-se encontrar valores semelhantes ou superiores aos obtidos no estudo original (hipótese 3). Esta hipótese verificou-se, uma vez que o presente estudo obteve valores semelhantes ao do estudo original (Esteve et al., 2016). No estudo original de Esteve e colaboradores (2016), a subescala *pain avoidance* apresenta o valor mais baixo, o mesmo se verifica no presente estudo. Relativamente às subescalas: evitar a atividade, persistência excessiva, ritmo para aumentar a atividade, ritmo para conservar energia e ritmo para reduzir a dor, nos dois estudos apresentam valores aceitáveis a bons de *alphas* de *Cronbach*. Por fim, a subescala que se destacou no presente estudo foi a persistência contingente de tarefa, apresentando o valor mais elevado ($\alpha = 0,79$). Por outro lado, destacou-se a subescala persistência contingente da dor, revelando um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,84 no estudo original (Esteve et al., 2016).

Em relação à validade relativa a um critério da severidade de dor, esperava-se que a severidade da dor estivesse positivamente associada aos padrões de evitamento e persistência; e negativamente às 3 subescalas de *pacing*. (Hipótese 4). A hipótese verifica-se parcialmente, uma vez que a severidade da dor está positivamente associada com as subescalas de evitamento e persistência. Quanto maior forem os níveis de severidade da dor, mais os indivíduos tendem a evitar a dor, a atividade e maior a sua persistência excessiva, contingente à tarefa e contingente da dor. No entanto, não se verificou uma associação negativa com as subescalas de *pacing* como era esperado. No estudo original (Esteve et al., 2016), verificou-se que a severidade da dor está positivamente associada às subescalas de evitamento, subescala de persistência excessiva e subescalas de *pacing*. Contrariamente ao que era esperado, apresentou associações negativas com as subescalas de persistência contingente da tarefa e persistência contingente da dor. Estes resultados podem ser explicados pela elevada duração da dor, visto que, quanto mais longa for a duração da dor, maior é o grau de independência entre as estratégias adotadas pelos indivíduos para conseguirem lidar com a dor e a severidade da mesma. Contudo, independentemente da intensidade da dor, os indivíduos podem aprender padrões de comportamento que os remetam a um melhor ajustamento à dor crónica (Kindermans et al., 2011).

Relativamente à validade relativa a um critério da incapacidade relacionada com a dor, esperava-se que a incapacidade relacionada com a dor tivesse uma associação positiva ao padrão de evitamento (Hipótese 5). Segundo os resultados obtidos, a hipótese supracitada foi suportada. Os indivíduos que pior se sentem a nível físico (maiores níveis de incapacidade relacionada com a dor) têm uma menor capacidade de realizar as tarefas diárias e, consequentemente, maior tendência para evitar a dor ou a atividade. No estudo original (Esteve et al., 2016), esta mesma associação positiva

verificou-se com as subescalas de evitamento. Estudos revelam que as subescalas de evitamento são indicadoras de previsão significativas de incapacidade relacionada com a dor (Kindermans et al., 2011). Isto pode dever-se ao facto de os comportamentos de evitar surgirem antes da dor e não como resposta à mesma (Vlaeyen & Linton, 2000).

No que diz respeito à validade relativa a um critério do afeto positivo e negativo, esperava-se uma associação positiva entre o afeto negativo e o evitar a dor e evitar a atividade. Por outro lado, espera-se que o afeto positivo e as subescalas de persistência e *pacing* detenham uma correlação positiva (Hipótese 6). A relação entre o afeto negativo e a subescala de evitar a atividade, revelou-se positiva e significativa, ou seja, quanto mais os indivíduos sentem afeto negativo, mais propícios estão para evitar as atividades. A relação com a subescala de evitar a dor é positiva, porém muito fraca. O que pode indicar que as pessoas mesmo quando sentem afeto negativo, não evitam a dor como um comportamento imediato. Relativamente ao afeto positivo, os resultados revelam que há uma relação negativa com as 3 subescalas de *pacing* e com a subescala de persistência excessiva. Quer isto dizer que, quanto mais as pessoas sentem afeto positivo, menor é a tendência de persistir excessivamente na realização de atividades e de regular o ritmo para aumentar o nível de atividade, conservar energia e reduzir a dor. Por outro lado, possui uma relação positiva e significativa com as subescalas de persistência contingente de tarefa e persistência contingente da dor, ou seja, quanto maiores os níveis de afeto positivo, mais as pessoas persistem em realizar as suas tarefas e manter os níveis de atividade independentemente da dor. Posto isto, verifica-se que esta hipótese não se confirma.

No que toca à validade relativa a um critério do medo do movimento, esperava-se que houvesse uma relação positiva entre o medo do movimento e as subescalas de evitamento; uma relação negativa com as subescalas de persistência; e uma relação positiva com as subescalas de *pacing* (Hipótese 7). Segundo os valores obtidos esta hipótese não se verifica na sua totalidade, uma vez que existe uma relação fraca, positiva e significativa com as subescalas: persistência excessiva e persistência contingente da dor. Esta relação positiva, pode dever-se ao facto de as pessoas mesmo sentindo medo, não se restringem na totalidade de exercer algumas atividades.

Em relação à validade relativa a um critério da função física, esperava-se que a função física tivesse uma associação negativa às subescalas de evitamento (Hipótese 8). A relação mostrou-se negativa e significativa, o que quer dizer que quanto melhor for o funcionamento diário dos indivíduos, menor será a tendência em evitar a dor ou a atividade. Estudos empíricos acerca da dor crónica indicam que, o comportamento de evitar a atividade descreve-se como uma redução da atividade física ou de atividades do quotidiano, por forma a evitar a que a dor se intensifique cada vez mais (Andrews et al., 2015). Dado os resultados obtidos, verificou-se que esta hipótese é suportada.

Por fim, à validade relativa a um critério do suporte informal para a autonomia e dependência da dor, esperava-se que o suporte informal para a autonomia funcional estivesse positivamente associado às subescalas de persistência (Hipótese 9). Embora a relação entre as subescalas de suporte social e a persistência contingente da dor se revele positiva e fraca. Por outro lado, revelou ter relações positivas e significativas com as subescalas de evitamento e de *pacing*. O suporte informal recebido tem impacto no ajustamento à dor crónica dos indivíduos (Bernardes et al., 2022). Isto é, os indivíduos que recebem mais suporte social são aqueles que tendencialmente adotam mais comportamentos de evitar a dor e a atividade, mas também apresentam maiores capacidades de moderação para gerir níveis de atividade, energia e redução da dor. Os resultados obtidos não suportaram esta hipótese.

4.1. Limitações e contribuições futuras de investigação

Como limitações do presente estudo, temos a visível discrepância entre sexos, sendo que o sexo feminino representa 90,3% dos participantes, em relação ao sexo masculino. Como estudo futuro, seria pertinente avaliar-se a diferença entre mulheres e homens face à adaptação da dor crónica musculoesquelética e dos seus padrões de atividade. A recolha de dados ser em formato *online* pode ter aspetos positivos e negativos. É um facto de que conseguimos chegar a um maior número de participantes, porém é suscetível a um enviesamento das respostas dos participantes. Vários participantes abriram o questionário e não responderam ou finalizaram o mesmo. Tanto no presente estudo, bem como no estudo original (Esteve et al., 2016) verificou-se que o número de indivíduos com fibromialgia é predominante comparativamente às restantes doenças reumáticas. O facto de essa doença ser preponderante poderá influenciar os resultados. Em estudos futuros, será pertinente alcançar indivíduos que não possuam a doença fibromialgia e, talvez, contactar associações de diferentes doenças reumáticas, de modo a obter diferentes resultados. Uma vez que as subescalas de *pacing* no presente estudo indicam uma sobreposição ou redundância nas mesmas, em estudos futuros seria importante testar estes 3 fatores em um único fator. Doenças crónicas musculoesqueléticas podem afetar a qualidade de vida no decorrer do tempo. A realização de estudos longitudinais, envolvendo a recolha de dados em vários momentos ao longo do tempo pode ajudar a verificar se há mudanças de resultados em contexto da evolução da doença. Por fim, no que diz respeito à APS, seria pertinente a mesma ser validada outras populações de diferentes países, uma vez que apenas que só foi validado em Espanha.

Em suma, não existindo adaptação deste instrumento para a população portuguesa, o presente estudo ajudou na validação psicométrica de um instrumento que permite compreender o papel dos diferentes padrões de atividade relativamente ao ajustamento à dor crónica. A utilização deste instrumento poderá beneficiar em práticas clínicas, pois permite um melhoramento dos apoios

que são, atualmente, prestados aos indivíduos e conceberem novas intervenções ou aperfeiçoarem intervenções especializadas existentes.

Referências

- Åberg, A. C., Lindmark, B., Lithell, H. (2003). Development and reliability of the General Motor Function Assessment Scale (GMF) - A performance-based measure of function-related dependence, pain and insecurity. *Disability and Rehabilitation*, 25 (9), 462–472.
- Adams, L. M., & Turk, D. C. (2015). Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Current rheumatology reviews*, 11 (2), 96-108. doi:10.2174/1573397111666150619095330
- Adriaansen, J. E., van Leeuwen, C., Visser-Meily, J., van den Bos, G. M., & Post, M. M. (2011). Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.011>
- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2015). Avoidance or Incapacitation: A Discussion on Definition and Validity of Objective Measures of Avoidance, Persistence, and Overactivity. *The Clinical Journal of Pain*, 31(7), 670–672. doi:10.1097/ajp.0000000000000121
- Ashmawi, H. A. (2022, março 02). *Epidemiologia da Dor*. Equipa de Controlo de Dor da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da FMUSP. <https://www.anesthesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Epidemiologia-da-Dor-2022.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 17(1), 87–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.
- Ballantyne, J. C., Fishman, S. M., & Rathmell, J. P. (2019). *Bonica's Management of Pain* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- 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
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bernardes, S. F., Forgeron, P., Fournier, K., & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness: a comprehensive review on informal pain-related social support. *PAIN*, 1-11. doi:10.1097/j.pain.0000000000001033
- Bernardes, S. F., Rei, A., & Carvalho, H. (2022). Assessing Family Social Support for Functional Autonomy and Dependence in Pain: A Psychometric Study. *The Journal of Pain*, 24(4), 582–592. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.10.016>
- Bonica, J. J. (1953). *The management of pain*. Lea & Febiger.
- 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
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modelling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Campbell, F., Hudspeth, M., Anderson, M., Choinière, M., El-Gabalawy, H., Laliberté, J., Swidrovich, J., & Wilhelm, L. (2019). *Chronic Pain in Canada: Laying a Foundation for Action* (Issue June).

- Cane, D., Nelson, W. R., Ivey, B., Ivey, R., McCarthy, M., & Mazmanian, D. (2007). Development and preliminary evaluation of a measure of three pain-related patterns of activity. Presented at the 27th Annual Canadian Pain Society Meeting, Ottawa, Ontario, Canada.
- Cleeland, C.S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C.R. Chapmen & J.D. Loeser (Eds.). *Advances in Pain Research and Therapy* (pp. 391-403). New York, NY: Raven Press.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press.
- Cordeiro, N., Pezarat-Correia, P., Gil, J., & Cabri, J. (2013). Portuguese Language Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia [13 Items]. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 21(1), 58–63. <https://doi.org/10.3109/10582452.2012.762966>
- Crofford L. J. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 126, 167–183.
- Crofford L. J. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 126, 167–183.
- 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
- 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>
- Domingos, M., & Bernardes, S. (2014). Construção e validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor. In: Lima, Bernardes, & Marques (Eds.), *Psicologia Social da Saúde: Investigação e intervenção em Portugal* (pp.155-176). Lisboa: Sílabo Editores.
- Dorner, T. E. (2017). Pain and chronic pain epidemiology: Implications for clinical and public health fields. *Wiener Klinische Wochenschrift*. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1301-0>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467. doi:10.2147/jpr.s105892
- 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
- El-Tallawy, S. N., Nalamasu, R., Salem, G. I., LeQuang, A. K., Pergolizzi, J. V., & Christo, P. J. (2021). *Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain*. *Pain and Therapy*, (10), 181-209. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruíz-Párraga, G. T. & Ramírez-Maestre, C. (2018). Optimism, Positive and Negative Affect, and Goal Adjustment Strategies: Their Relationship to Activity Patterns in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Research and Management*, 2018 (), 1-12. <https://doi.org/10.1155/2018/6291719>
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruíz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2016). Development and initial validation of the activity patterns scale in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(4), 451–461. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.009>
- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*, 6(6), e010364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>
- Fernández-Peña, R., Molina, J. L., & Valero, O. (2020). Satisfaction with Social Support Received from Social Relationships in Cases of Chronic Pain: The Influence of Personal Network Characteristics in Terms of Structure, Composition and Functional Content. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2706. doi:10.3390/ijerph17082706
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1/2), 55-66.

- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: Testes de coerência interna. *Acta Médica*, 13, 119-127.
- Galinha, I., Pereira, C., & Esteve, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo –PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28(1), 53-65.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gerrits, M. M. J. G., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 64–70. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- Henschke, N., Kamper, S. J., & Maher, C. G. (2015). *The Epidemiology and Economic Consequences of Pain*. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(1), 139–147. doi:10.1016/j.mayocp.2014.09.010
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. Sage Publications, Inc.
- Kemler, M. A., & Furnée, C. A. (2002). *The Impact of Chronic Pain on Life in the Household*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 433–441. doi:10.1016/s0885-3924(02)00386-x.
- Kendig, H., Browning, C. J., Young, A. E. (2000). Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disability and rehabilitation*, 1/2, 15–22.
- Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M. E., Huijnen, I. P., Verbunt, J. A., & Vlaeyen, J. W. (2011). Activity patterns in chronic pain: underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The Journal of Pain*, 12(10), 1049–1058. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.009>
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.). Routledge. https://books.google.pt/books?id=lm2RxaKaok8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (fourth edition). The Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/361910413_Principles_and_Practice_of_Structural_Equation_Modeling
- Lopes, C. R., Ferrari, v., & Jorge, C. C. (2019, dezembro). Dor crónica sob a Ótica Comportamental: Compreensão e Possibilidades de Intervenção. *Revista Psicologia e Saúde*. <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863970005/609863970005.pdf>
- Martins, R. L., Carvalho, N., Albuquerque, C., Andrade, A., Martins, C., Campos, S., Batista, S., & Dinis, A. I. (2020). *Perturbações músculo-esqueléticas em adolescentes: estudo da prevalência e dos fatores determinados*. *Acta Paul Enferm*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00173>
- McCracken, L. M., & Samuel, V. M. (2007). *The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain*. *Pain*, 130(1-2), 119–125. doi:10.1016/j.pain.2006.11.016
- Melzack, R. (1996). *Gate control theory*. *Pain Forum*, 5(2), 128–138. doi:10.1016/s1082-3174(96)80050-x
- Melzack, R. (2005). Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Practice*, 5, 85-94. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.05203.x>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). *Pain Mechanisms: A New Theory*. *Science*, 150(3699), 971–978. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neurosciences*, 13(3), 88-92.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain* (2nd ed.) Seattle: IASP Press.
- Miller, R.P., Kori, S.H., Todd, D.D. (1991). The Tampa scale for Kinesiophobia. Unpublished Report.
- Mills, S., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273–e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>

- Nielson, W. R., Jensen, M. P., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. (2013). Activity pacing in chronic pain: concepts, evidence, and future directions. *The Clinical Journal of Pain*, 29(5), 461–468. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182608561>
- Nielson, W. R., Jensen, M. P., Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. (2014). A Content Analysis of Activity Pacing in Chronic Pain: What are We Measuring and Why?. *The Clinical Journal of Pain*, 30(7), 639–645. doi: 10.1097/AJP.0000000000000024
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173–188.
- Pollard C.A. (1984). Preliminary validity study of the pain disability index. *Perceptual and motor skills*, 59(3):974.
- Raymond, K., & Abd-Elseyed, A. (2019). The International Association for the Study of Pain (IASP) Classification of Chronic Pain Syndromes. In A. Abd-Elseyed (Ed.), *Pain* (pp. 1101–1103). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2nd ed.). Placebo. <https://fliphtml5.com/pollw/ryib/basic>
- Robinson, H. (2020). Dualism. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/dualism/>
- Salveti, M., Pimenta, C. A., Lage, L. V., Junior, J. O., & Rocha, R. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(3), 111–117. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000300002>
- 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
- Schermelleh-Engel, K., & Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Research Gate*, 8(2), 23–74. https://www.researchgate.net/publication/251060246_Evaluating_the_Fit_of_Structural_Equation_Models_Tests_of_Significance_and_Descriptive_Goodness-of-Fit_Measures
- Sousa, L. M. M., Cruz, A. G., Sá, M. R. C., Conceição, V. C., Castro, J. R., & Baixinho, C. L. (2021). *A Pessoa com Doença Músculo Esquelética* (pp.761–786). Research Gate. https://www.researchgate.net/publication/352295759_A_Pessoa_com_Doenca_Musculo_Esqueletica
- Steeman, E., Abraham, I., & Godderis, J. (1997). Risk profiles for institutionalization in a cohort of elderly people with dementia or depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(6), 295–303.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W.S., Wang, S. J. (2015). *A classification of chronic pain for ICD-11*. *Pain*, 156(6), 1003– 1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Treede, R.-D. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'Homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ...Wang, S.-J. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Trouvin, A., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2010). Pain Terms and Taxonomies of Pain. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne, & J. P. Rathmell (Eds.), *Bonica's Management of Pain* (pp. 13–23). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 17(9 Suppl), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>

- Turk, D. C., Monarch, E. J., & Williams, A. D. (2004). Assessment of Chronic Pain Sufferers. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain: Psychological Perspectives* (pp. 209–244). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Van Damme, S., & Kindermans, H. P. (2015). "A self-regulation perspective on avoidance and persistence behavior in chronic pain: new theories, new challenges?," *Clinical Journal of Pain*, 31(2), 115–122, <https://doi.org/10.1093/oso/9780190627898.003.0008>
- Vieira, C. (2012). Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patterns of Activity Measure – Pain (POAM-P). (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 85(3), 0-332.doi:10.1016/s0304-3959(99)00242-0
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *PAIN*, 157(8), 1588–1589.doi:10.1097/j.pain.0000000000000574
- Wadensten, B., Ahlstrom, G. (2009). Ethical values in personal assistance: narratives of people with disabilities. *Nursing Ethics*, 16 (6), 759–774.
- Ware Jr, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF- 36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wheaton, B. (1987). Assessment of Fit in Overidentified Models with Latent Variables. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 118-154. <https://doi.org/10.1177/0049124187016001005>
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, 157(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retirado a 23 de Abril, 2020, de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 212–220. doi:10.1037/0022-006x.73.2.212
- Åberg, A. C., Lindmark, B., Lithell, H. (2003). Development and reliability of the General Motor Function Assessment Scale (GMF) - A performance-based measure of function-related dependence, pain and insecurity. *Disability and Rehabilitation*, 25 (9), 462–472.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo enquadra-se no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no Centro de Investigação e Intervenção Social do **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**. Tem por objetivo examinar a relação entre os padrões de atividade e o funcionamento global em pessoas **com mais de 18 anos, que vivam atualmente com dor crónica (i.e., dor, constante ou intermitente, que perdura há mais de 3 meses) musculoesquelética (i.e., em músculos, ligamentos, ossos ou articulações)**. O estudo é realizado por Inês Oliveira (iamoa@iscte-iul.pt) e coordenado por Sónia Bernardes (sonia.bernardes@iscte-iul.pt) e Margarida Garrido, sendo financiado por Bolsa de Doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (2020.05586.BD). Poderá contactar a equipa de investigação caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento científico neste domínio. A sua participação consistirá no preenchimento *online* de questionários de auto-relato, cujo tempo médio de preenchimento é de 10-15 minutos. No final, caso pretenda, poderá manifestar a sua disponibilidade em participar num segundo momento de avaliação semelhante ao primeiro, mas com um tempo médio de preenchimento do questionário de 3-5 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo; eventualmente poderá sentir algum desconforto em algum momento, o que é considerado normal, considerando que estamos a abordar temas relacionados com a sua experiência de dor.

A participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente 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 obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar. Contudo, caso manifeste disponibilidade para participar no segundo momento de avaliação, e para que possamos emparelhar os questionários da mesma pessoa relativamente aos dois momentos de avaliação, é necessário gerar um código de identificação individual, o qual será obtido através das seguintes informações: 1) Primeira letra do primeiro nome da sua mãe; 2); Primeira letra do primeiro nome do seu pai; 3) Dia do seu aniversário; 4) Primeira letra da localidade onde nasceu.

Como compensação pela participação nesta investigação, todos aqueles que participem no estudo, completando os questionários *online*, poderão integrar um sorteio de 5 *vouchers* comerciais no valor de 30€. Caso pretenda usufruir da compensação, no final deverá indicar o seu *email*, tendo como

garantia que este apenas será utilizado com esta finalidade e não será associado às respostas do questionário:

Ao clicar no botão está a aceitar as condições apresentadas.

- **Declaro:**
- Ter mais do que 18 anos
- Viver, atualmente, com dor constante ou intermitente há mais de 3 meses, nos músculos, ligamentos, ossos e/ou articulações
- Não ter sofrido fraturas e não ter sido submetido(a) a cirurgias há menos de 3 meses
- Ter compreendido os objetivos e condições deste estudo, pelo que **aceito** nele participar.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE CARACTERIZAÇÃO DA DOR

1.DADOS PESSOAIS

1.1. Idade _____ anos

1.2. Sexo (i.e. a categoria que lhe foi atribuída à nascença tendo por base as suas características sexuais)

☐ Rapaz

☐ Rapariga

☐ Outro

1.3. Identidade de Género

Com qual das seguintes categorias se identifica:

☐ Homem

☐ Mulher

☐ Outra? (Especifique)

1.4. Nacionalidade

1.5. Estado civil

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a ou União de Facto

☐ Divorciado/a ou Separado/a

☐ Viúvo/a

1.6. Com quem vive?

☐ Sozinho

☐ Familiares

☐ Amigos

1.7. Escolaridade

Quantos anos de escolaridade tem? _____

1.8. Situação profissional

☐ Estudante

☐ A trabalhar

☐ De baixa médica (motivo: _____)

☐ Desempregado

☐ Reformado

Profissão: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA DOR

2.1. Diagnóstico

Tem algum diagnóstico associado à sua dor? Se sim, por favor indique qual.

2.2. Intensidade da dor

Inventário resumido da dor (Brief Pain Inventory (BPI): Cleeland, 1989; v.p. Azevedo et al., 2007)

- 2.2.1.** Por favor, classifique a sua dor assinalando 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 se pode imaginar

- 2.2.2.** Por favor, classifique a sua dor assinalando 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 se pode imaginar

- 2.2.3.** Por favor, classifique a sua dor assinalando 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 se pode imaginar

- 2.2.4.** Por favor, classifique a sua dor assinalando 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 se pode imaginar

2.3. Localização da Dor

- 2.3.1.** Por favor, indique qual ou quais as zonas do seu corpo onde sente dor.
- _____

2.4. Duração

Há quanto tempo tem dor? Por favor seleccione a opção mais correta, face à sua experiência, indicando o tempo em anos ou meses.

☐ Há ____ anos

☐ Há ____ meses

2.5. Padrão da dor/Frequência

Como caracteriza a frequência da sua dor?

- ☐ Contínua/constante
- ☐ Recorrente/Intermitente (vai e vem)
- ☐ Não sabe

2.6. Tratamentos para a dor

Que tratamentos faz actualmente para a sua dor?

- ☐ Medicação
- ☐ Infiltrações
- ☐ Bloqueios
- ☐ Diatermia
- ☐ Psicoterapia
- ☐ Psicodrama
- ☐ Hipnose
- ☐ Musicoterapia
- ☐ Acupuntura
- ☐ Outros (Quais: _____)

2.7. Atividades que visam melhor gestão da dor

Que atividade(s) faz visando uma melhor gestão da dor (ex.: caminhada, exercício físico, hidroginástica, yoga, pilates, meditação, etc.)?

ESCALA DE PADRÕES DE ATIVIDADE

(Activity Patterns Scale (APS): Esteve et al., 2016)

As pessoas com dor realizam as suas atividades diárias de diferentes formas. Pense por favor como realiza habitualmente as suas atividades diárias e indique se o que está escrito nas frases reflete o que costuma fazer. Sendo 0 = nunca e 4 = sempre.

0	1	2	3	4
Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre

Por exemplo, a frase “Paro e deixo de fazer o que estava a fazer quando a dor começa a piorar”. Se a frase reflete algo que faz com muita frequência, deveria escolher 4 (sempre) ou 3 (quase sempre), dependendo da frequência com que faz o que diz a frase. Se “nunca” ou “poucas vezes” o faz, deveria escolher 0 ou 1. Se é algo que faz de vez em quando, deveria escolher 2 (algumas vezes). Algumas perguntas são semelhantes, mas não são iguais; por favor, leia-as atentamente e responda a todas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Paro e deixo de fazer o que estava a fazer quando a dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2. Continuo a fazer as coisas até as terminar.	0	1	2	3	4
3. Costumo fazer pausas várias vezes para assim poder fazer muito mais coisas.	0	1	2	3	4
4. Tento fazer demasiadas coisas e como resultado fico a sentir-me pior.	0	1	2	3	4
5. Divido as atividades em partes pequenas e assim consigo poupar energia para fazer outras coisas que são importantes para mim.	0	1	2	3	4
6. Não consigo manter o meu nível de atividade habitual.	0	1	2	3	4
7. Estou sempre a correr para conseguir ter tudo feito antes de não aguentar fazer mais.	0	1	2	3	4
8. Devido à dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer coisas.	0	1	2	3	4
9. Faço as coisas mais devagar para que me doa menos.	0	1	2	3	4
10. Quando começo a fazer algo, não paro até ter terminado.	0	1	2	3	4
11. Se sei que algo me vai agravar a dor, não o faço nunca mais.	0	1	2	3	4
12. Divido as atividades em partes pequenas para que me doa menos.	0	1	2	3	4
13. Tenho que deixar de lado alguns aspetos da minha vida.	0	1	2	3	4
14. Costumo descansar várias vezes para poupar energia para fazer outras coisas que são importantes para mim.	0	1	2	3	4
15. Esforço-me demais e faço demasiadas coisas e depois preciso de descansar um pouco.	0	1	2	3	4
16. Evito fazer coisas que me causam dor.	0	1	2	3	4
17. Faço as coisas mais devagar para assim poder fazer muitas mais coisas.	0	1	2	3	4
18. Quando tenho menos dor, tento estar tão ativo/a quanto me seja possível.	0	1	2	3	4
19. Divido as atividades em partes pequenas para assim fazer muitas coisas mais.	0	1	2	3	4
20. Faço muitas mais coisas do que o habitual quando tenho menos dor.	0	1	2	3	4
21. Depois que comece a fazer algo, não paro enquanto não estiver terminado.	0	1	2	3	4

22. Aproveito os dias bons, naqueles em que me dói menos, para fazer mais coisas.	0	1	2	3	4
23. Faço as coisas mais devagar para assim poder poupar energia para fazer as outras coisas que são importantes para mim.	0	1	2	3	4
24. Costumo fazer pausas várias vezes para assim me doer menos.	0	1	2	3	4

ESCALA DE PADRÕES DE ATIVIDADE

(Patterns of Activity Measure-Pain (POAM-P): Cane et al., 2007; v.p. Vieira, 2012)

Pedimos-lhe que continue a pensar na forma como costuma habitualmente realizar as suas atividades diárias. Para cada uma das afirmações abaixo, selecione, o número entre 0 e 4 que melhor descreve a forma como habitualmente realiza as suas atividades diárias.

	Nunca	Às vezes			Sempre
1. Páro o que estou a fazer quando a minha dor começa a piorar.	0	1	2	3	4
2. Quando estou a fazer uma atividade não a interrompo até estar terminada.	0	1	2	3	4
3. Quando estou a fazer uma atividade, alterno períodos de trabalho com períodos de descanso.	0	1	2	3	4
4. Nos dias em que a dor está melhor faço atividades extra.	0	1	2	3	4
5. Quando começo uma atividade penso como posso dividi-la em partes mais pequenas.	0	1	2	3	4
6. Existem muitas atividades que evito porque pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
7. Aproveito ao máximo os dias em que tenho menos dor, fazendo mais coisas.	0	1	2	3	4
8. Quando a minha dor começa a piorar, sei que é o momento de parar o que estou a fazer.	0	1	2	3	4
9. Faço as minhas atividades a um ritmo lento e constante.	0	1	2	3	4
10. Continuo a fazer as atividades que estou a fazer, até que a minha dor se torna tão forte que tenho de interromper.	0	1	2	3	4
11. Evito fazer atividades que sei que vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
12. Quando faço uma atividade, interrompo-a passado um tempo e retomo-a mais tarde.	0	1	2	3	4
13. Na maioria dos dias a minha dor impede-me de fazer muita coisa.	0	1	2	3	4
14. Avanço devagar e a um ritmo constante quando estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
15. Quando inicio uma atividade, continuo a fazê-la até estar terminada.	0	1	2	3	4
16. Limito as minhas atividades àquelas que sei que não vão piorar a minha dor.	0	1	2	3	4

17. Quando faço uma atividade, divido-a em pequenas partes e faço uma parte de cada vez.	0	1	2	3	4
18. Simplesmente ignoro a minha dor e continuo a fazer o que estou a fazer, até não conseguir mais.	0	1	2	3	4
19. Devido à minha dor, na maioria dos dias passo mais tempo a descansar do que a fazer atividades.	0	1	2	3	4
20. Eu vou continuando a fazer as minhas atividades até não aguentar mais a dor.	0	1	2	3	4
21. Em vez de fazer uma atividade toda de uma vez, faço um pouco de cada vez.	0	1	2	3	4
22. Não começo uma atividade se souber que vai piorar a minha dor.	0	1	2	3	4
23. Faço atividades extra nos dias em que sinto menos dor.	0	1	2	3	4
24. Lembro-me de parar e fazer intervalos quando estou a fazer uma atividade.	0	1	2	3	4
25. Se sei que algo vai agravar a minha dor, não o faço mais.	0	1	2	3	4
26. Quando faço uma atividade, faço-a toda de uma vez só.	0	1	2	3	4
27. Em vez de fazer a atividade toda de uma vez, divido-a em pequenas partes e faço uma de cada vez.	0	1	2	3	4
28. Reduzi as minhas atividades, não fazendo aquelas que pioram a minha dor.	0	1	2	3	4
29. Quando faço uma atividade, trabalho um pouco, faço um intervalo e volto outra vez ao trabalho.	0	1	2	3	4
30. Há dias em que faço muito, enquanto noutros nem tanto.	0	1	2	3	4

SUB-ESCALA DE FUNÇÃO FÍSICA DO QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

(Physical functioning scale of the Medical Outcomes Study - Short Form 36v2: Ware &

Sherbourne,1992; v.p. Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b)

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

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado/a
1. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
2. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
3. Levantar ou pegar nas compras de mercearia.	1	2	3
4. Subir vários lanços de escadas.	1	2	3
5. Subir um lanço de escadas.	1	2	3
6. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
7. Andar mais de 1 Km.	1	2	3
8. Andar vários quarteirões ou grupos de casas.	1	2	3
9. Andar um quarteirão ou grupo de casas.	1	2	3
10. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.	1	2	3

ESCALA DE CINESIOFOBIA

(Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-13-VP): Miller & Kori, 1991; v.p. Cordeiro et al., 2013)

Leia cada pergunta e assinale o número que melhor corresponde ao que sente.

	Discordo plenamente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Tenho medo de me magoar se fizer exercício	1	2	3	4
2. Se tentasse ultrapassar a dor, a intensidade iria aumentar.	1	2	3	4
3. O meu corpo está a dizer-me que tenho algo de errado e grave.	1	2	3	4
4. As outras pessoas não levam o meu estado de saúde a sério.	1	2	3	4
5. O acidente que sofri colocou o meu corpo em risco para o resto da vida.	1	2	3	4
6. A dor significa que me magoei.	1	2	3	4
7. Tenho medo de magoar-me acidentalmente.	1	2	3	4
8. Tentar não fazer movimentos desnecessários é a melhor coisa que eu posso fazer para evitar que a dor se agrave.	1	2	3	4
9. Não sentiria tanta dor se não se passasse algo de potencialmente grave no meu corpo.	1	2	3	4
10. A dor avisa-me quando devo parar de fazer atividade física, evitando assim que me magoe.	1	2	3	4
11. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa.	1	2	3	4
12. Não posso fazer tudo o que as outras pessoas fazem, porque me magoo muito facilmente.	1	2	3	4
13. Ninguém deveria ter que fazer atividade física quando sente dor.	1	2	3	4

ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

(Pain Disability Index (PDI): Pollard, 1984; v.p. Azevedo et al., 2007)

As escalas de classificação apresentadas em baixo medem o impacto da dor na sua vida diária. Queremos saber até que ponto a sua dor o/a impede de realizar as suas atividades normais. Para cada um dos 7 tipos de atividades diárias apresentadas, assinale o número que melhor reflecte o nível de incapacidade com que habitualmente se defronta. Uma classificação de 0 significa nenhuma incapacidade, e uma pontuação de 10 significa que a dor o impede de realizar quase todas as suas atividades diárias. A sua classificação deve reflectir o impacto global que a dor tem na sua vida, e não apenas quando a dor atinge o seu ponto máximo. Assinale um número em todas as atividades apresentadas. Se achar que um determinado tipo de atividade não se aplica a si, assinale o “0”.

1. Responsabilidades familiares/domésticas. Refere-se a atividades relacionadas com a casa e família. Inclui tarefas e ocupações relacionadas com a casa (ex.: trabalho no quintal) e atividades e obrigações relacionados com outros membros da família (ex.: levar as crianças à escola).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

2. Tempos de lazer. Incluem-se passatempos, desportos e outras atividades de lazer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade Total

3. Atividades Sociais. Incluem-se festas, teatro, concertos, ir comer fora e outras atividades sociais onde participem familiares e amigos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade Total

4. Ocupação. Refere-se a atividades directamente relacionadas com o seu trabalho. Inclui-se igualmente trabalho não remunerado, tal como trabalho doméstico ou trabalho voluntário.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

5. Comportamento Sexual. Refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

6. Cuidados Pessoais. Incluem-se cuidados pessoais e atividades independentes da vida diária (ex.: tomar um duche, conduzir, vestir-se, etc.).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

7. Atividades Vitais. Refere-se a atividades vitais básicas, como comer, dormir ou respirar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade	Incapacidade ligeira				Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

ESCALA DE SUPORTE INFORMAL PARA A AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA NA DOR (ESIAD_DOR)
(Domingues & Bernardes, 2012)

No presente questionário estamos interessados em conhecer a sua percepção sobre a frequência com que os seus familiares lhe prestam apoio e assistência quando tem dores.

Não existem respostas certas ou erradas. Abaixo estão indicadas diferentes situações de apoio prestadas em contexto de dor. Por favor, para cada situação assinale um dos números de 1 a 5, mostrando com que frequência os seus familiares lhe fornecem o tipo de ajuda que é descrita.

Quando estou com dores, os meus familiares:	Nada frequente	Pouco frequente	Moderadamente frequente	Muito frequente	Extremamente frequente
1. Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
2. Motivam-me para fazer atividade física.	1	2	3	4	5
3. Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
4. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5
5. Auxiliam-me no contacto com entidades (ex., banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
6. Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos.	1	2	3	4	5
7. Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar.	1	2	3	4	5
8. Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer.	1	2	3	4	5
9. Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex., transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais.	1	2	3	4	5
10. Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão.	1	2	3	4	5
11. Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	1	2	3	4	5
12. Desaconselham-me a realizar exercício físico.	1	2	3	4	5

ESCALA DE AFETO POSITIVO E NEGATIVO (PANAS-VRP)

(Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Watson et al., 1988; v.p. Galinha et al., 2014)

Este questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta:

1 “Nada ou muito ligeiramente”; 2 “Um pouco”; 3 “Moderadamente”; 4 “Bastante”; 5 “Extremamente”.

Indique em que medida geralmente sente cada uma destas emoções, ou seja, como é que se sente em média.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado/a	1	2	3	4	5
2. Nervoso/a	1	2	3	4	5
3. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
4. Amedrontado/a	1	2	3	4	5
5. Inspirado/a	1	2	3	4	5
6. Ativo/a	1	2	3	4	5
7. Assustado/a	1	2	3	4	5
8. Culpado/a	1	2	3	4	5
9. Determinado/a	1	2	3	4	5
10. Atormentado/a	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!