

UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA A DOIS:

A VINCULAÇÃO AMOROSA, A (IN)CONGRUÊNCIA ENTRE AVALIAÇÕES DE DOR E AS REPRESENTAÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS DE INDIVÍDUOS COM DOR CRÓNICA E SEUS COMPANHEIROS.



INÊS ALVES OLIVEIRA

outubro, 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Maria Emilia Costa*** (F.P.C.E.U.P.) e coorientada pela Doutora ***Paula Joana Oliveira*** (F.P.C.E.U.P.)

AGRADECIMENTOS

NA RETA FINAL DE MAIS UMA ETAPA DESTE PERCURSO ACADÉMICO, NÃO POSSO DEIXAR DE PONTUAR ALGUMAS PESSOAS QUE TIVERAM UM ESPECIAL DESTAQUE NESTE PROJETO...

A Professora Doutora Maria Emília Costa, a minha orientadora, pelos momentos de conversa sobre o projeto e reflexão sobre o tema e pelo modelo (na prática e na escrita) de profissional que a todos motiva e fascina.

A Doutora Paula Oliveira, a minha coorientadora, por representar um lugar (físico e emocional) onde eu sempre pude recorrer a cada pequena dúvida, receio ou novo *insight*. Obrigada pelas reflexões conjuntas, pela partilha e cedência do seu conhecimento e experiência e pela constante disponibilidade e interesse.

Os casais que, sem tabus, me abriram as portas das suas casas mas principalmente da sua intimidade, proporcionando-me momentos de muita reflexão e aprendizagem.

A Enfermeira Carina e a Enfermeira Isabel, peças mais do que fundamentais na recolha da amostra... obrigada por terem sido incansáveis na sensibilização dos médicos e casais para este estudo.

A Diva, minha grande companheira neste projeto de mestrado. Obrigada pela presença constante, pela ajuda na recolha da amostra, pelas reflexões conjuntas, pela partilha de receios e de sucessos.

A Pratinha, a Ana Sampaio e o Sérgio pela companhia e partilha na reta final deste projeto. A Paula pela ajuda e amabilidade com que se disponibilizou para me ajudar na análise estatística.

A Sofia, presença cada vez mais constante não só nos projetos académicos mas em todos os projetos da minha vida.

O Bruno, por tudo quanto representa na minha vida, pelo envolvimento no meu desenvolvimento enquanto profissional e enquanto pessoa, pela partilha constante e por ser imensamente bom quando estamos juntos.

E, por último, os meus pais e a minha mana... que sempre partilharam e partilham comigo a felicidade de cada nova etapa alcançada, que me ajudam incansavelmente nas fases mais complicadas e que vibram com os meus sucessos. Obrigada mãe e mana pela ajuda na recolha de dados e, principalmente, a ti mãe por, não poucas vezes, me ajudares a procurar caminhos alternativos quando eu me via encerralada pelas dificuldades deste projeto.

RESUMO

A Dor Crónica é um quadro doloroso que ultrapassa a função protetora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial (Chapman, Nakamura & Flores, 1999) de forma recorrente e persistente, por mais de seis meses (Schwartz & Ehde, 2000). Este trabalho de investigação procurou compreender a atuação e correlação de três constructos inerentes à vivência da dor crónica na diáde conjugal: a (in)congruência conjugal na avaliação da dor, a vinculação amorosa e as representações cognitivo-emocionais da dor. Para o efeito, recorreu-se à abordagem quantitativa, através de uma amostra de 92 participantes que formavam 46 casais, em que pelo menos um dos elementos apresentava dor crónica, – o *paciente*, sendo o outro designado de *companheiro*. A percepção de dor foi avaliada com base numa adaptação da versão portuguesa do West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory traduzida, adaptada e validada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (MPI, Oliveira, Quartilho e Costa, 2009), a vinculação amorosa foi avaliada através da versão breve do Questionário de Vinculação Amorosa originalmente construído e validado por Matos, Barbosa e Costa no ano de 2001 (QVA, Matos, Cabral & Costa, 2008) e as representações cognitivo-emocionais através da versão portuguesa do Brief Illness Perception Questionnaire adaptada da versão de Broadbent, Petrie, Main e Weinman no ano de 2006 (BIPQ, Oliveira, Quartilho & Costa, 2009). A análise dos dados recorreu a análises diferenciais, análises de correlações entre a (in)congruência conjugal na avaliação da dor, as dimensões da vinculação amorosa e as representações cognitivo-emocionais da dor e, posteriormente, análises de regressão múltipla das associações significativas encontradas. Os resultados sugerem uma prevalência da incongruência conjugal relativamente à avaliação da dor do *paciente*, que os *pacientes* apresentam menos confiança mas mais dependência, ambivalência e evitamento do que os *companheiros*, ainda que prevaleçam estilos inseguros em ambos os elementos da diáde. Apesar de os *companheiros* também revelarem perceber a dor como uma experiência complexa, comparativamente com os *pacientes* percebem a dor como menos ameaçadora. E, de um modo geral, encontraram-se associações entre os constructos (in)congruência conjugal, dimensões de vinculação amorosa e as representações cognitivas e emocionais da dor. Verificou-se, ainda, a influência de algumas variáveis clínicas e sociodemográficas na avaliação das variáveis em estudo.

Palavras-Chave: dor crónica; vinculação amorosa; (in)congruência conjugal na avaliação da dor; representações cognitivas e emocionais da dor.

ABSTRACT

Chronic pain is a painful condition which exceeds the protective function of the human organism and remains beyond the treatment or elimination of the initial treat (Chapman, Nakamura & Flores, 1999) in a recurrent and persistent way, for greater than six months (Schwartz & Ehde, 2000). The aim of this investigation was not only to understand how pain operates but also to perceive the correlation between three constructs related to the experience of chronic pain in couples: couple (in)congruence in pain assessment; romantic attachment and cognitive and emotional representations of pain. For that purpose, we used a quantitative approach, through a sample with 92 participants who made up 46 couples, in which, at least one of them had chronic pain – the *patient*, and the other was designated as the *partner*. Pain perception was assessed with an adaptation of Portuguese version of West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory translated, adapted and validated for the Medicine Faculty of the University of Porto (MPI, Oliveira, Quartilho e Costa, 2009), romantic attachment was assessed with a brief version of Romantic Attachment Questionnaire, originally built and validated by Matos, Barbosa and Costa in 2001 (QVA, Matos, Cabral & Costa, 2008) and the pain cognitive and emotional representations were assessed with a Portuguese version of Brief Illness Perception Questionnaire, adapted of the Broadbent, Petrie, Main and Weinman version in 2006 (BIPQ, Oliveira, Quartilho & Costa, 2009). Data was analyzed by differential analyses, correlation analyses between couples (in)congruence in pain assessment, romantic attachment dimensions and cognitive and emotional representations of pain, and ultimately, regression analyses of the significant associations that were found. The results suggest the prevalence of couples incongruence in *patient* pain assessment, that the *patients* had less confidence and more dependence, ambivalence and avoidance than the *partners*, nevertheless both elements of the couple had a prevalence of insecure attachment. *Partners* revealed to perceive pain as a treating and complex experience, however, perceived pain as less threatened when compared with *patients*. In a general way there were found associations between constructs of couple (in)congruence, romantic attachment dimensions and cognitive and emotional representations of pain. There was also evidence for the influence of sociodemographic and clinical variables in the study of our constructs.

Key-words: chronic pain; romantic attachment; couples (in)congruence in pain assessment; pain cognitive and emotional representations.

RESUMÉ

La douleur chronique est une image douloureuse qui dépasse la fonction protectrice du corps, et se maintient au-delà du traitement et de l'élimination de la menace initiale (Chapman, Nakamura & Flores, 1999) récursivement et persistante pour plus de six mois. (Schwartz & Ehde, 2000). Ce travail de recherche, a cherché à comprendre l'action et la corrélation des trois concepts inhérents à l'expérience de vivre la douleur chronique dans la dyade conjuguée: l'incongruité/congruence par des couples dans l'évaluation de la douleur, l'attachement amoureux et les représentations cognitives et émotionnelles de la douleur. À cette fin, il a été utilisé l'approche quantitative, en utilisant un échantillon de 92 participants qui représentaient 46 couples dans lesquels au moins un des éléments avait la douleur chronique – désigné *patient* et l'autre étant désigné *compagnon*. La perception de la douleur a été évaluée en utilisant une adaptation de la version portugaise de la West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory traduits, adaptés et validés par l'École de Médecine de l'Université de Porto (MPI, Oliveira, Pinte et Costa, 2009), l'attachement amoureux a été évalué par la version abrégée du questionnaire d'attachement amoureux, à l'origine construit et validé par Matos, Barbosa et Costa en 2001 (QVA, Matos Cabral & Costa, 2008) et les représentations cognitivo-émotionnelles à travers la version portugaise de Brief Illness Perception Questionnaire, adaptée de Broadbent, Petrie, Main e Weinman en 2006 (BIPQ, Oliveira, Quartilho & Costa, 2009). L'analyse des données a fait usage de l'analyse différentielle, l'analyse des corrélations entre l'incongruité/congruence dans l'évaluation de la douleur par des couples, les dimensions de l'attachement amoureux et les représentations cognitivo-émotionnels de la douleur. Plus tard, ont été faites des analyses de régression multiple des associations significatives qui ont été trouvées. Les résultats suggèrent une prévalence de l'incongruité conjuguée concernant l'évaluation de la douleur du *patient*, les *patients* sont moins sûrs mais plus dépendants, l'ambivalence et l'évitement des *compagnons* mais il existe une prévalence de styles d'insécurité dans les deux éléments de la dyade. Bien que les *compagnons* révèlent aussi percevoir la douleur comme une expérience complexe, par rapport aux *patients* perçoivent la douleur comme moins menaçante. Et, en général, des associations entre les variables de l'incongruité/congruence conjuguée, les dimensions de l'attachement amoureux et les représentations cognitives et émotionnelles de la douleur ont été trouvées. Il y avait aussi l'influence de certaines variables sociodémographiques et cliniques dans l'évaluation des concepts de l'étude.

Mots-clés : douleur chronique ; liaison amoureuse; cohérence de l'évaluation de la douleur ; représentations cognitives et émotionnelles.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I REVISÃO TEÓRICA	
UMA VIVÊNCIA SUBJETIVA E MULTIFATORIAL	2
1. A Dor Crónica	2
2. As representações Cognitivo-Emocionais da Dor	3
UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA A DOIS: UM FENÓMENO SISTÉMICO.	7
1. A Vivência da Dor Crónica na Díade Conjugal	7
2. A Vinculação Amorosa e a Vivência da Dor Crónica	8
3. A Bidirecionalidade das Representações Cognitivo-Emocionais da Dor Entre Parceiros Amorosos	14
CAPÍTULO II MÉTODO	
1. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO	16
2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	19
3. INSTRUMENTOS	21
4. PROCEDIMENTOS	24
CAPÍTULO III RESULTADOS	
1. ANÁLISES DESCRIPTIVAS	25
2. ANÁLISES DIFERENCIAIS	28
3. ANÁLISES CORRELACIONAIS	33
4. ANÁLISES DE REGRESSÃO MÚLTIPLA	39
CAPÍTULO IV DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
CAPÍTULO V CONCLUSÃO	50
1. QUESTÕES LEVANTADAS PELAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO	51
2. REFLEXÕES ACERCA DAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	52
CAPÍTULO VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
ANEXO I APROVAÇÃO DA RECOLHA DA AMOSTRA PELO CONCELHO DE ÉTICA	61
ANEXO II CONSENTIMENTO INFORMADO	67
ANEXO III CONSENTIMENTO INFORMADO – MÉDICOS	76
ANEXO IV PROTOCOLO ADMINISTRADO	78

INTRODUÇÃO

A dor crónica é um quadro doloroso que ultrapassa a função protetora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial (Chapman, Nakamura & Flores, 1999) de forma recorrente e persistente, por mais de seis meses (Schwartz & Ehde, 2000). O estudo desta doença crónica tem vindo a ganhar cada vez mais relevância na população portuguesa, note-se a prevalência de dor crónica encontrada (36% da população adulta portuguesa) num estudo recente no âmbito da iniciativa *Pain Proposal* (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010) que justificou uma posição de destaque na *media*.

O objetivo do presente trabalho é abordar não só a vivência subjetiva da dor crónica mas também a sua vivência no contexto relacional considerado por muitos como o mais significativo para os seres humanos na idade adulta: a relação amorosa. Por isso, é enquadrado na teoria da vinculação assumindo a importância dos modelos internos que connosco transportamos desde a infância e das nossas relações atuais na vivência dos acontecimentos presentes. O estudo empírico salientou, ainda, a (in)congruência conjugal na avaliação de dor e as representações cognitivo-emocionais da dor como constructos potencialmente analisados e desenvolvidos no contexto da vinculação. Esta abordagem providencia um modelo teórico de como o processo de desenvolvimento interpessoal pode afetar a vivência da dor, na procura de apoio e resposta à condição dolorosa (representações que a pessoa tem da dor e como lida com ela), de modo que os indivíduos apresentam padrões previsíveis de cognições, comportamentos e emoções consistentes com os valores mais ou menos elevados nas dimensões de vinculação *confiança, evitamento, dependência e ambivalência*.

Deste modo, a reflexão dos constructos em estudo corrobora uma perspetiva multifatorial e sistémica – dada a influência incontestável e recíproca entre a dor crónica, o indivíduo com dor crónica (IDC) e o seu sistema familiar e contextual. De facto, tal como reflete Quartilho (2004), é importante observarmos e estudarmos o “significado metafórico da dor (...) as suas relações de dependência com fatores biográficos, com as turbulências e desencontros individuais, com elementos de natureza psicológica, relacional e social que ajudam a perpetuar, muitas vezes, os estados de dor e sofrimento” (p. 113).

Segue-se a esta introdução, o enquadramento teórico da dor crónica e da sua relação com as variáveis vinculação amorosa, (in)congruência e representações cognitivas e emocionais de dor no contexto da relação conjugal (Capítulo I), a apresentação do método que esteve na base do estudo empírico (Capítulo II), os resultados obtidos através das análises descritivas, diferenciais, correlacionais e de regressão múltipla (Capítulo III), a sua análise e discussão (Capítulo IV) e, por fim, a conclusão da investigação com reflexão das limitações e valências da mesma e das suas repercussões clínicas (Capítulo V).

CAPÍTULO I

REVISÃO TEÓRICA

UMA VIVÊNCIA SUBJETIVA E MULTIFATORIAL.

I. A DOR CRÓNICA

A dor tem sido, recentemente, definida na literatura como:

“an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual and potential tissue damage, or described in terms of such damage” (International Association for the Study of Pain [IASP]¹).

Esta caracterização apela ao significado pessoal e subjetivo da experiência de dor e à sua função protetora na medida em que alerta para o perigo e desequilíbrio do organismo. Não obstante, em alguns casos, o quadro doloroso ultrapassa esta função protetora e mantém-se, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial, (Chapman, Nakamura & Flores, 1999) de forma recorrente e persistente, por mais de seis meses (Schwartz & Ehde, 2000) – dor crónica. Nestes casos, deixa de cumprir um papel de manutenção da sobrevivência, criando uma situação desmoralizadora que confronta o indivíduo não só com o stress causado pela própria dor, como por uma panóplia de stressores que comprometem os vários aspectos da vida (Turk & Flor, 1999), ou seja, implica uma perda primária (a saúde) e aumenta a vulnerabilidade destes indivíduos à experiência de fenómenos de perda secundários (Gatchel, Adams, Platin & Kishino, 2002).

Apesar da variabilidade/subjetividade da experiência de perda, esta representa uma redução nos recursos simbólicos ou físicos nos quais a pessoa está emocionalmente investida, por isso, é frequente que as pessoas se vejam desafiadas e alteradas, de alguma forma, por ela (*ibidem*, 2002). Deste modo, são da máxima importância modelos conceptuais de dor que não ignorem o papel dos fatores psicológicos, históricos e sociais na sua compreensão e intervenção (e.g. modelo biopsicossocial), enfatizando a dor como fenómeno multidimensional e com consequências sistémicas na vida do indivíduo (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Gatchel, 1999; Keefe, Porter & Labban, 2006; Quartilho, 2001a, Quartilho 2001b; Schwartz & Ehde, 2000). De facto, a dor crónica é frequentemente acompanhada por mudanças no funcionamento físico, emocional, social e vocacional e tem sido associada a perturbações psiquiátricas, verificando-se que, em muitos casos, as intervenções biomédicas têm providenciado um mínimo ou completa ausência de sucesso na redução da dor e da incapacidade (Schwartz & Ehde, 2000).

Segundo os dados estatísticos do INE (Instituto Nacional de estatística, 2010), em 2009, na população residente em Portugal, 1 685 501 (15,84%) pessoas tinham ou já haviam tido dor

¹ Taxonomia revista em 2011 pela IASP. Disponível em www.iasp-pain.org.

crónica, sendo 632 285 homens e 1 053 215 mulheres. Relativamente à idade, a faixa etária com maior prevalência de dor crónica encontrava-se entre os 55 aos 64 anos (342 638 pessoas). Mais especificamente no que diz respeito à população adulta, um relatório recente (Castro-Lopes et al, 2010), no âmbito da iniciativa internacional *Pain Proposal*, revelou que 3 milhões (36%) dos portugueses adultos são afetados pela dor crónica, aproximadamente 50% referem que esta afeta de forma moderada ou grave as suas atividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego em consequência da mesma, 13% obtiveram reforma antecipada, 35% estão insatisfeitos com o tratamento para a dor crónica, tendo sido diagnosticada depressão em 17% destes adultos.

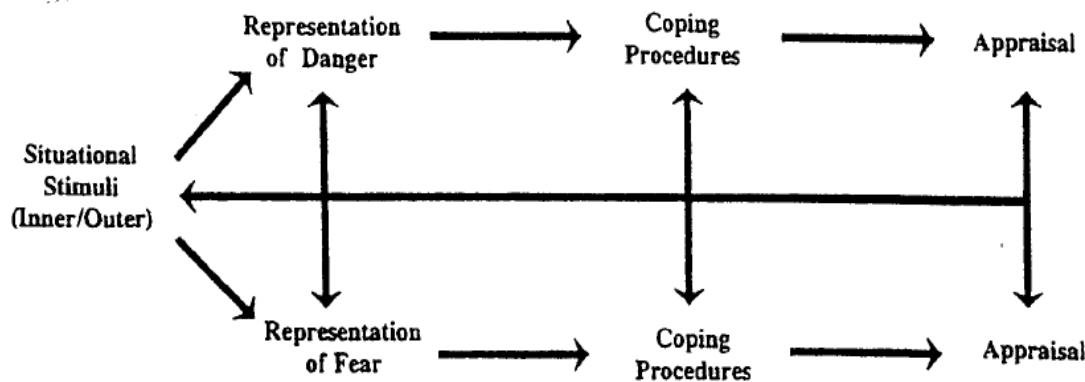
2. AS REPRESENTAÇÕES COGNITIVO-EMOCIONAIS DA DOR

Os modelos que estudam a doença através da sua percepção e representações têm em conta a interpretação subjetiva desta experiência e enfatizam, sobretudo, os modelos dos próprios sujeitos acerca da sua condição de saúde. Deste modo, tal como as pessoas constroem representações do ambiente externo para explicar e prever acontecimentos, também desenvolvem modelos cognitivos similares das mudanças fisiológicas, que influenciam a forma como vivenciam essas mudanças (Weinman & Petrie, 1997).

Leventhal desenvolveu um modelo para o estudo das representações cognitivas da doença, definindo-as como a forma pela qual o paciente percebe e interpreta a doença e a sua resposta emocional à mesma (Martin, Rothrock, Leventhal & Leventhal, 2003). Segundo o *Modelo de Respostas Paralelas* que conceptualiza as significações da doença, um estímulo situacional, quer interno quer externo, gera de forma paralela e independente, representações cognitivas e emocionais na resposta a um possível perigo. Cada uma destas representações desperta processos de *coping* que levam a avaliações do *outcome* que podem resultar numa revisão do mesmo, na seleção de novos procedimentos, alteração das representações e/ou mudança no estímulo provocado inicialmente (Leventhal et al, 1997; Martin et al, 2003) (cf. Figura 1).

Figura 1

Modelo de Respostas Paralelas de Leventhal (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller & Robitaille, 1997)



Define, ainda, com a ajuda de outros autores, alguns atributos considerados os *basic building blocks* das construções geradas nas mentes dos sujeitos e que têm importantes implicações na forma como as pessoas percebem, planejam reagir e reagem à doença: identidade da doença (sintomas e diagnóstico), tempo (tempo de desenvolvimento e duração da doença), consequências (efeitos da doença), causas (o que levou à doença) (Leventhal et al, 1997), cura/controlo (perceção de recuperação em relação à doença) (Lau & Hartman, 1983) e representações emocionais (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Leventhal e colaboradores (2001) chamam a atenção para a bidireccionalidade entre as representações emocionais e as representações cognitivas de dor, caracterizando estas relações entre sistemas mentais e fisiológicos não por relações simples e diretas mas por uma grande complexidade.

A análise dos estudos que avaliam as representações da doença mostra que existe uma tendência comum na forma como os indivíduos que padecem de uma doença organizam as suas crenças acerca da mesma. Assim, indivíduos que constroem a sua doença como sendo altamente sintomática (identidade elevada) apresentam, habitualmente, associada a ideia de que a doença é incontrolável, crónica e tem consequências sérias na sua vida enquanto aqueles que constroem as suas representações em volta de uma percepção elevada de controlo sob a sua doença percepcionam a sua doença como menos crónica e com menores consequências (Hagger & Orbell, 2003).

A conjugação das diferentes dimensões da representação da doença sugerem que a forma como os sintomas são percebidos e a resposta emocional à experiência sintomática são aspetos chave na vivência da doença (Martin et al, 2003) e, de facto, o stress e as emoções negativas relacionadas com a dor são suscetíveis de provocar um impacto no funcionamento e estruturas cognitivas, independentemente das características da própria condição dolorosa (Hart, Wade & Martelli, 2003). Deste modo, os fatores cognitivos podem amplificar ou

distorcer as experiências de dor e o sofrimento (Turk & Rudy, 1989, 1992, cit in Turk & Flor, 1999), e, na dor crónica, podem contribuir para a exacerbação, atenuação ou manutenção da dor, comportamentos de dor, sofrimento afetivo e ajustamento disfuncional à dor crónica (Turk & Gatchel, 1999) e podem, ainda, afetar os fatores fisiológicos que o IDC pensa estarem associados à experiência de dor (Bandura et al, 1987 cit in Turk & Gatchel, 1999; Bandura et al, 1985 cit in Turk & Gatchel, 1999; Flor et al, 1985, cit in Turk & Gatchel, 1999).

Estas relações acontecem porque as expectativas e o grau de aceitação da dor, enquanto parte normal da vida, influenciam o modo como ela é interpretada e as estratégias usadas para lidar com a situação (Quartilho, 2001b). Alguns estudos, evidenciam frequentemente a existência nos IDC de expectativas negativas acerca das suas próprias capacidades, o que faz com que estes considerem a sua dor como algo que foge ao seu controlo e, consequentemente, corrobora a tendência de reduzir os esforços e atividade. Este ciclo pessimista pode contribuir para um aumento do sofrimento psicológico e para posteriores limitações físicas (Leonard & Cano, 2006b; Turk & Flor, 1999).

Um dos aspetos mais relevantes do estudo das atribuições causais e crenças acerca da dor é sua influência no uso de estratégias de *coping*. (Moreno, García & Pareja, 1999). Doentes que acreditam que a sua dor é permanente e misteriosa usam menos estratégias de *coping* (e.g. distração) considerando-as pouco eficazes no controlo da dor e apresentando uma maior catastrofização, enquanto pacientes que vêm a sua dor como transitória e compreensível, avaliam a sua capacidade para controlar a dor como significativamente maior e respondem melhor ao tratamento cognitivo-comportamental (Williams & Keefe, 1991, cit in Moreno et al, 1999). Quando a informação acerca da dor é insuficiente os indivíduos geralmente usam respostas pré-aprendidas ou a sua realidade construída de *coping* através das atitudes e crenças apreendidas anteriormente (Turk, 1996, cit in Turk & Gatchel, 1999).

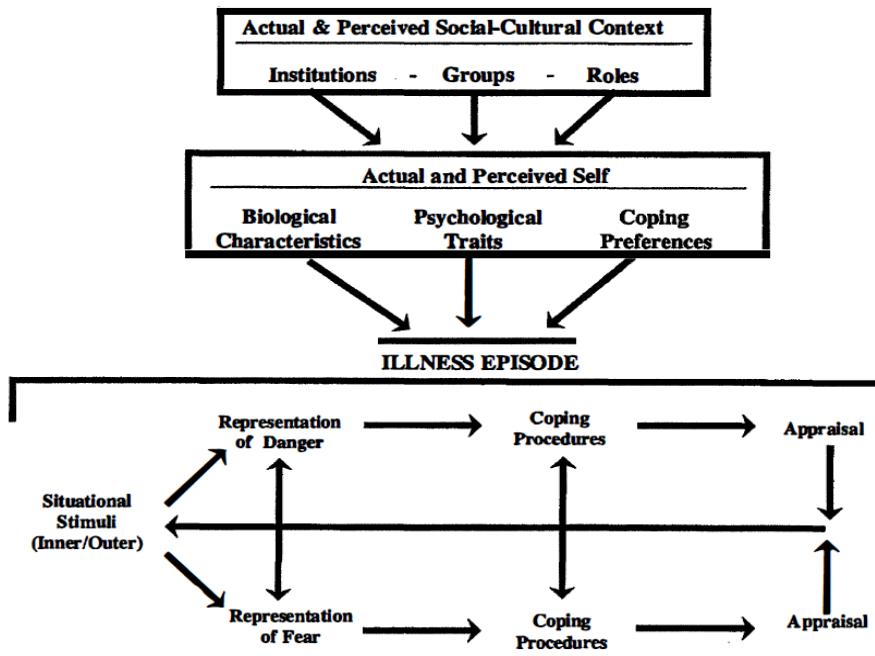
De acordo com a literatura, habitualmente, as mulheres experienciam dor mais frequentemente e com uma maior intensidade do que os homens com as mesmas patologias. A investigação tem confirmado que o género influencia não só a percepção da dor, mas também o *self-disclosure*, as estratégias de *coping*, a farmacologia utilizada e mesmo a dosagem prescrita pelos profissionais de saúde (Essen, Marder & Heinemann, 2007; Paller, Campbell, Edwards & Dobs, 2009).

Leventhal e colaboradores (2001) chamam, ainda, a atenção para o contexto social e institucional em que a doença se desenvolve, uma vez que as experiências pessoais, os papéis que a pessoa desempenha e que de si são esperados e o contexto cultural podem influenciar as representações cognitivas da doença, as reações afetivas, as respostas de *coping* e os critérios de

avaliação das respostas dadas – atualizando, desta forma, o *modelo de respostas paralelas* que haviam elaborado (cf. Figura 2).

Figura 2

Modelo de Respostas Paralelas de Leventhal contextualizado (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001)



Nas relações de intimidade, as estruturas cognitivas e emocionais são essenciais e influenciam a forma como os parceiros compreendem a complexidade do quadro doloroso e se relacionam (tema abordado mais pormenorizadamente nos pontos subsequentes).

UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA A DOIS: UM FENÔMENO SISTÉMICO.

I. A VIVÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA DÍADE CONJUGAL

“How our bodies function impacts not only our emotional lives but also the emotional lives of those with whom we are close.” (p.253, Watson & McDaniel, 2005).

“just because others can’t actually feel our pain doesn’t mean they aren’t affected by it.” (p.2, Silver, 2004).

A dor é, de facto, uma experiência muito solitária no sentido em que apenas o próprio a pode sentir fisicamente, contudo, em todos os outros aspectos, é uma experiência sistémica que muda completamente a dinâmica da família e tem consequências emocionais e funcionais para cada um dos membros que a constituem (Silver, 2004; Watson & McDaniel, 2005). Viver com alguém que sofre de dor crónica pode ser emocionalmente complicado e exigente, implicando ter de aprender a lidar com grandes mudanças, com um acréscimo de responsabilidades e, por vezes, com a mudança de papéis, tudo isto ao mesmo tempo que aumenta a necessidade de suporte emocional e assistência física do IDC (Schwartz & Ehde, 2000). A persistência na procura de uma resposta para um problema que se revela irresolúvel pode contribuir para uma escalada de frustração e medo quer para o paciente quer para o companheiro (Mikail, 2003).

Não obstante a ênfase nos efeitos que a dor crónica tem nos familiares, esta é uma experiência intersubjetiva, sendo que a família e outros agentes envolvidos influenciam, por sua vez, a experiência de dor crónica pelo sujeito (Quartilho, 2001a). De facto, na adulterez, o sujeito parece dispor de várias relações significativas e, consequentemente, de um conjunto alargado de figuras que poderão servir funções de vinculação. Contudo, o par amoroso tende a assumir o primeiro lugar na hierarquia das figuras de vinculação, muito embora a figura materna continue a manter uma posição de distinção. A posição de destaque relativamente ao parceiro romântico parece ser influenciada pela duração da relação, havendo uma correspondência positiva entre o tempo de relação e a prioridade do companheiro como figura de vinculação (Trinke & Bartholomew, 1997) – tema que será desenvolvido no ponto subsequente.

O par amoroso é, ainda, um membro com especial destaque, nomeadamente, pela prevalência de dor crónica em faixas etárias mais elevadas e consequente predomínio da reforma como condição laboral e pela autonomia dos filhos, o que faz com que este (companheiro) seja, na maioria das vezes, a pessoa que passa mais tempo com o IDC.

2. A VINCULAÇÃO AMOROSA E A VIVÊNCIA DA DOR CRÓNICA

A teoria da vinculação, originalmente conceptualizada por John Bowlby e Mary Ainsworth, explora os contornos subjacentes à necessidade de manter proximidade física e emocional, inicialmente focalizada na relação da criança com a figura materna (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Não obstante Bowlby ter considerado que esta necessidade representa “from the cradle to the grave (...), an intrinsic part of human nature” (p. 139, 1973), deve-se a Hazan e Shaver (1987) o desenvolvimento conceptual e empírico das teorias pioneiras de Bowlby e Ainsworth até às relações românticas da adolescência e idade adulta, procurando encontrar a relação entre os padrões de vinculação e o modo como os indivíduos vivem as relações amorosas.

Ao longo das faixas etárias, a função de manutenção da proximidade e segurança mantém-se constante, ao longo do ciclo vital, sendo o sistema de vinculação automaticamente ativado por três tipos de ameaças ou stressores: condições perigosas no ambiente externo, separação atual ou antecipada da figura de vinculação e condições internas angustiantes (Mikulincer & Shaver, 2007). Quando o sistema de vinculação é ativado por uma ameaça, mobiliza os *comportamentos de vinculação*, responsáveis por criar e manter relações de afeto próximas – necessidade básica do ser humano, (re)estabelecendo a sensação de segurança (Bowlby, 1973).

Não obstante as semelhanças verificadas entre a vinculação na infância e na idade adulta, identificam-se algumas diferenças. Por um lado, as relações de vinculação, estabelecidas na infância, não são recíprocas mas complementares, sendo que a figura de vinculação proporciona mas não recebe cuidados e a criança procura mas não fornece segurança e apoio. Na adultez, as relações tendem à reciprocidade, e, ao contrário do que acontece na criança, espera-se que cada um dos elementos da diáde funcione como elemento recetor e prestador de cuidados. Por outro lado, as interações, no caso da criança, são externas e táticas requerendo a proximidade física como forma de mostrar segurança. Enquanto na idade adulta são internalizadas, funcionando através das crenças e expectativas relativamente ao apoio recebido e esperado pelos outros, embora se mantenha a importância do contacto físico. Finalmente, enquanto a figura primária, para a criança, é geralmente o progenitor, na idade adulta é habitualmente um par (Hazan & Shaver, 1994).

Os estudos de Hazan e Shaver no âmbito das relações amorosas (1987) foram, posteriormente, aprofundados por Kim Bartholomew em 1990/1991, recorrendo a uma consideração central nas contribuições teóricas de Bowlby que postula que os indivíduos internalizam as experiências de vinculação precoces com o *caregiver*, formando esquemas cognitivo-afetivos (“*internal working models*”):

“ (...) each individual builds working models of the world and of himself in it, with the aid of which he perceives events, forecasts the future, and constructs his plans” (p.203, 1973)

São estes *modelos internos dinâmicos* que compõem a base das formulações teóricas referentes à vinculação nos jovens e adultos, apresentando-se como a alicerce segundo o qual os indivíduos orientam as suas representações e comportamento. Kim Bartholomew sistematizou estes modelos numa classificação em quatro categorias, através da dicotomização das dimensões *modelo de si próprio* e *modelo dos outros* em positivo e negativo (Bartholomew & Shaver, 1998; Bartholomeu & Horowitz, 1991) (cf. Figura 3).

FIGURA 3

Modelo de vinculação amorosa no adulto, traduzido de Bartholomew e Horowitz (1991)

		Modelo do <i>Self</i> (Dependência)	
		Positivo (Baixa)	Negativo (Elevada)
Modelo do Outro (Evitamento)	Positivo (Baixo)	SEGURO Confortável com a intimidade e a autonomia	PREOCUPADO Preocupado com as relações
	Negativo (Elevado)	DESINVESTIDO Desinvestimento da intimidade Contraria a dependência	AMEDRONTADO Medo da intimidade Socialmente evitante

O *modelo de si próprio* representa o grau em que a pessoa sente merecer valor e, por isso, está associado ao nível de ansiedade e dependência relativamente à aprovação dos outros nas relações próximas. O *modelo do outro* representa o grau em que a pessoa avalia os outros como sendo acessíveis, disponíveis e responsivos, por isso, está associado à tendência para procurar ou evitar proximidade nas relações (Bartholomew & Shaver, 1998; Bartholomeu & Horowitz, 1991).

Segundo a interceção entre estas duas dimensões resultam quatro protótipos de vinculação, que preveem determinadas estratégias de regulação emocional e comportamentos interpessoais nas situações de proximidade afetiva. O indivíduo *seguro* é aquele que combina um modelo positivo de si próprio e dos outros, sentindo-se merecedor de valor e otimista relativamente à responsividade que pode receber da sua rede de apoio; o indivíduo *preocupado* caracteriza-se por um modelo negativo de si próprio e positivo dos outros, o que faz com que dependa e procure, ansiosamente, a aceitação e validação interpessoal; o indivíduo *amedrontado* apresenta um sentido negativo de si próprio e dos outros, o que o torna muito dependente da aceitação e valorização dos outros, apesar do seu pessimismo o levar a evitar a

intimidade defendendo-se, assim, da dor da perda e da rejeição; por último, o indivíduo *desinvestido* é representado por um modelo positivo de si próprio e negativo dos outros, o que faz com que evite a proximidade mas mantenha um sentido de valor próprio elevado, negando o valor das relações próximas (Bartholomew & Shaver, 1998; Bartholomeu & Horowitz, 1991).

A teoria da vinculação tem sido progressivamente utilizada na compreensão da doença e dos estados crónicos, mostrando que certas variáveis da vinculação influenciam a expressão e curso da doença.

Os eventos relacionados com a condição de doença podem representar perdas, ameaças, maior isolamento e dependência de terceiros – formas de stress que tipicamente ativam os comportamentos de vinculação (Maunder & Hunter, 2001). Na situação de dor, nomeadamente na condição dolorosa crónica, os comportamentos de procura de proximidade e apoio são ativados, por vezes, de forma exacerbada e fatalista (e.g. catastrofização), outras vezes desvalorizando os sintomas de dor, entre outras respostas. Isto acontece, em parte, porque pessoas com diferentes estilos de vinculação divergem relativamente à forma com reagem aos problemas físicos (Keefe et al, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007), ativando diferentes estratégias de vinculação, o que tem ressonância na forma como as percecionam e lidam com os eventos stressantes (Feeney, 2000) – o é, particularmente, evidente quando os sujeitos experienciam situações de stress mais intenso (Simpson & Rholes, 1994).

Mikail, Henderson e Tasca (1994, cit in Mikail, 2003) corroboram a ideia de que apesar de importante, a alteração biológica que precipita o desenvolvimento da condição dolorosa não é suficiente, por si só, para a explicar a vivência da dor. Veem a dor como fonte de ameaça que precipita comportamentos de vinculação que variam segundo as características dos seus modelos internos dinâmicos. Deste modo, segundo as categorias de vinculação propostas por Bartholomew e Horowitz (1991), preveem que indivíduos *seguros* expressem mais claramente os seus sintomas e recorram à ajuda dos outros perante a experiência de dor; que indivíduos *preocupados* expressem altos níveis de stress e de relato de sintomas dolorosos e se que as suas relações com os outros se caracterizem por uma ambivalente dependência e submissão; que indivíduos *desinvestidos* apresentem uma relação com a dor similar aos indivíduos seguros mas dispares no sentido em que sentindo o outro como pouco responsável tendem a silenciar a sua vulnerabilidade emocional e a desacreditar o reconhecimento das suas dores por parte dos outros; e que os indivíduos *amedrontados* sejam os que reportam os maiores níveis de stress e disfuncionalidade e que o adiamento na procura de ajuda contribua para uma progressão da doença mais marcada da incapacidade.

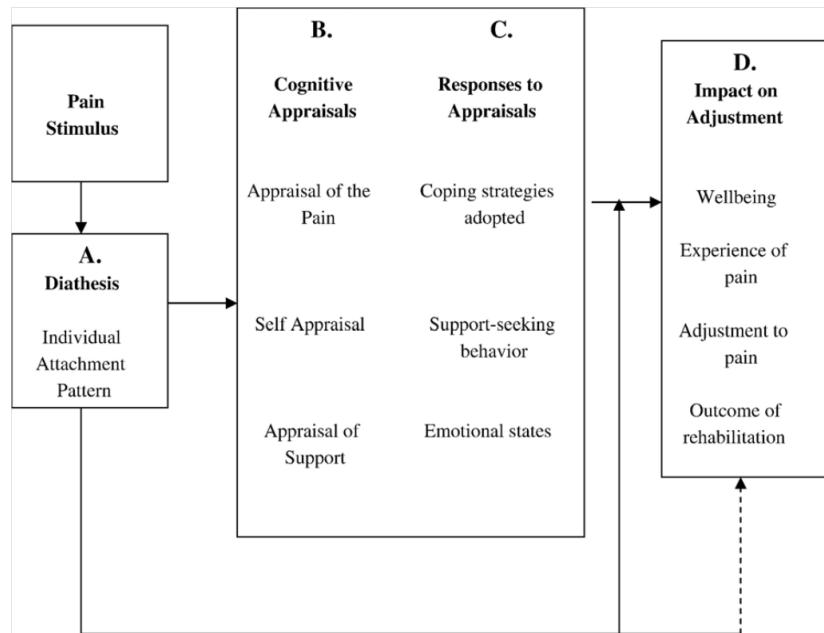
De facto, as pessoas com um estilo de vinculação seguro apresentam uma longa história de situações em que as suas necessidades de proximidade e segurança obtiveram uma resposta

assertiva pelas suas figuras de vinculação, particularmente em situações de grande stress. Consequente da natureza mais positiva dos seus modelos internos, estas pessoas tendem a ser otimistas, carinhosas e apoiantes, o que, por sua vez, fomenta um maior otimismo, cuidado e suporte das suas figuras de vinculação. O que não acontece nos restantes estilos de vinculação por, ao longo da sua história de vinculação, possivelmente terem sido rejeitados pelas suas figuras de vinculação em momentos em que procuravam proximidade e apoio. Para se protegerem estas pessoas invocam defesas cognitivas, emocionais e comportamentais que lhes permitem evitar situações que poderiam disparar o sistema amortecendo a sua ativação, minimizando a importância das necessidades de vinculação e evitando uma nova possibilidade de rejeição ou tornam-se dependentes – ativação crónica do sistema de vinculação (Simpson & Rholes, 1994).

Meredith, Ownsworth e Strong (2008) propõem um modelo integrativo que permite a exploração da vivência da dor crónica – *Modelo de vinculação como diátese (predisponente) da dor crónica*. De acordo com A. o padrão individual de vinculação são desencadeados B. diferentes mecanismos (avaliação da dor, avaliação do *self* e avaliação do suporte social) que têm impacto nas C. respostas (estratégias de *coping*, comportamentos de procura de ajuda e estado emocional) e, consequentemente, no D. ajustamento à dor (cf. figura 4). De acordo com este modelo, uma vinculação *insegura* será um fator predisponente de um ajustamento deficitário à dor, ou seja, é algo que faz com que o indivíduo seja mais vulnerável à disfuncionalidade na vivência do quadro doloroso. Estes indivíduos tenderão a avaliar cognitivamente a dor como uma ameaça, o *self* como incapaz de lidar com o stress associado à condição dolorosa e os outros como pouco disponíveis e responsivos às suas necessidades. Consequentemente, as suas respostas – comportamentais, emocionais e cognitivas – tenderão a um maior relato de sintomas e severidade de dor, incapacidade e depressão, a procurar menos apoio interpessoal que indivíduos seguros e a exibir uma maior perturbação emocional. Estes processos terão repercussões negativas no bem-estar percebido, na experiência e ajustamento à dor e nos resultados dos programas de reabilitação (Meredith, Ownsworth & Strong, 2008).

Figura 4

Modelo da vinculação como diátese da dor crónica – modelo que explica os mecanismos de ligação entre a (in)segurança na vinculação e os resultados em pessoas com dor crónica.



Alguns estudos têm demonstrado que, para além das diferentes ressonâncias que podem ter os estilos de vinculação na vivência da doença, a insegurança na vinculação parece ser um fator predisponente da doença física (Maunder & Hunter, 2001), uma vez que contribui para três mecanismos que aumentam o risco de doença: distúrbios no processo de regulação do stress, aumento do recurso a reguladores externos de afeto e alteração (nefasto) do uso de comportamentos protetores.

Para além da influência dos estilos de vinculação, alguns acontecimentos têm um impacto muito marcante na vida dos sujeitos verificando-se, ao longo do tempo, uma associação entre acontecimentos de vida stressantes (tais como o aparecimento e persistência de uma doença ameaçadora da qualidade de vida) e mudanças na vinculação – o que evidencia a dinâmica de estabilidade e mudança características das representações de vinculação, ao longo da vida (Matos, 2002). O stress crónico pode promover uma ativação prolongada e não resolvida do sistema de vinculação e, deste modo, aumentar a sensação de insegurança base, o que poderá gerar estilos de vinculação inseguros. Contudo, apesar de o stress ter o potencial de aumentar a insegurança na maioria das pessoas, por vezes, as interações positivas com as figuras de vinculação, nestas condições mais difíceis, podem reforçar e, mesmo, fortalecer a confiança de um indivíduo na responsividade e suporte do seu companheiro (Simpson & Rholes, 1994). Efeito que tenderá a prevalecer nas situações em que apenas um dos companheiros funciona como base segura e apenas um experiencia stress intenso nesse momento – presença de dor em apenas um dos companheiros (Oliveira, 2008).

De facto, estudos na população portuguesa têm demonstrado que indivíduos de grupos clínicos (fibromialgia) são mais inseguros do que os de grupos não clínicos e que se caracterizam pela prevalência de valores decrescentes nas dimensões confiança, dependência, ambivalência e evitamento quer no grupo clínico (Oliveira, 2008) quer no grupo não clínico (Oliveira, 2008; Rocha, 2008), verificando-se que os valores da confiança são menores nos pacientes do que nos seus companheiros e o inverso nos restantes valores (dependência, ambivalência e evitamento) que são maiores nos pacientes do que nos seus companheiros (Oliveira, 2008). Outros estudos apontam no mesmo sentido, nomeadamente, da prevalência de um estilo preocupado em pacientes que padecem de dor generalizada (Davies, Macfarlane, McBeth, Morriss & Dickens, 2009).

A literatura tem mostrado que um *caregiving* apropriado e responsivo é um importante componente das relações próximas na adultez. De facto, já as investigações acerca da vinculação na criança mostravam que os padrões de vinculação não se manifestavam apenas pelo temperamento da criança mas pela natureza e qualidade do *caregiving* da figura de vinculação (Kunce & Shaver, 1994). Deste modo, reforçando novamente a ideia de Quartilho (2001a) de que não só o paciente influencia os outros mas também a família e outros agentes envolvidos influenciam, por sua vez, a experiência de dor crónica pelo sujeito, estudos têm mostrado ligação entre um estilo de vinculação seguro do companheiro e o proporcionar de cuidados ao par amoroso (Feeney, 2008). Alguns estudos mostram que pessoas *seguras* reportam um *caregiving* responsável caracterizado por uma maior proximidade e sensibilidade ao outro (Feeney, 1996 cit in Feeney, 2008; Kunce & Saver, 1994 cit in Feeney, 2008) enquanto pessoas *preocupadas* e *amedrontadas* reportam um *caregiving* mais compulsivo o que é consistente com a sua necessidade de aprovação por parte do outro (Kunce & Saver, 1994 cit in Feeney, 2008).

Em síntese, as características inerentes às relações de vinculação levam-nos à importância da perspetiva sistémica no estudo desta teoria das relações. De facto, esta permite-nos considerar a vinculação como algo suscetível a reorganizações consequentes das vivências passadas, acontecimentos de vida presentes e alterações do contexto, o que pode representar um impacto, evidente, na forma como o indivíduo se relaciona com o mundo e consigo próprio. Esta conceção remete para características humanas de plasticidade e flexibilidade, conceitos fundamentais na psicologia do desenvolvimento e no conceito de mudança.

A dor crónica, como ameaça profunda e persistente, poderá influenciar estas conceções e, certamente, a sua vivência será influenciada por elas. A associação entre a vinculação *insegura* e a dor crónica apresenta-se, segundo o olhar da literatura, como potencialmente problemática para o aparecimento e vivência da doença. Consequentemente, o companheiro

amoroso como figura de destaque na vida do IDC será, também ele, influenciado não só pela dor mas também pelos padrões de vinculação do companheiro, respondendo às necessidades resultantes da patologia dolorosa de acordo com os seus próprios modelos.

3. A BIDIRECCIONALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES COGNITIVO-EMOCIONAIS DA DOR ENTRE PARCEIROS AMOROSOS

Da mesma forma que as atitudes e crenças do IDC acerca da dor podem afetar as suas emoções, sentimentos e comportamentos, também as representações dos companheiros podem influenciar os seus comportamentos relativamente ao IDC (Leonard & Cano, 2006b) mas não só os seus comportamentos como também as representações de doença e respetivos comportamentos pelos próprios IDC (Heijmans, Ridder & Bensing, 1999). De facto, lidar e responder à dor dos IDC é uma tarefa complicada, sendo que, muitas vezes, os pares amorosos de IDC encontram um conflito entre a aproximação e o evitamento, porque são atraídos para um paciente que está a sofrer grandes níveis de dor mas são também afastados pela irritabilidade e cólera dos pacientes (Schwartz & Ehde, 2000).

O grau e o modo em que as representações de doença dos companheiros parecem afetar as representações de doença dos pacientes baseiam-se, sobretudo, na divergência de representações entre os cônjuges e que pode seguir dois sentidos: a sobrevalorização ou a subvalorização pelos companheiros (Heijmans et al, 1999). Não é difícil prever um panorama em que estas representações possam divergir (*ibidem*, 1999) e, realmente, os estudos têm mostrado que IDC e seus companheiros são muitas vezes incongruentes nas avaliações da dor e da incapacidade. O género é uma variável que parece afetar esta congruência conjugal uma vez que as esposas sugerem ter uma percepção mais precisa dos traços de personalidade e comportamentos não-verbais dos seus maridos do que o inverso, sendo por isso esperado que quando o doente é homem, o casal seja mais congruente (Cano et al., 2004). Para além disso, uma maior incongruência quando o paciente é a mulher pode ser resultado de uma maior catastrofização acerca da dor, uma vez que esta parece prevalecer em relação a pacientes homens (Keefe et al., 2006; Wise et al., 2002, cit in Cano et al., 2004). De qualquer modo, encontram-se também estudos que evidenciam o pólo contrário (Cano, Johansen & Franz, 2005b), ou seja, que os casais não são significativamente incongruentes na severidade da dor e na incapacidade psicossocial, e que não há efeitos significativos de género na (in)congruência de avaliação de dor pelo casal.

Não obstante poder haver congruência conjugal a incongruência é uma realidade, pelo que é importante perceber como é que estas diferenças de representação da doença afetam o comportamento e vivência da dor. Neste sentido, percebemos que qualquer um dos pólos,

anteriormente apontados, apresenta riscos para o IDC. Por um lado, quando o companheiro desvaloriza a dor do IDC, parecem acontecer dois tipos de resposta: ou as crenças menos positivas provocadas no IDC o levam a expressar comportamentos de dor em escalada no sentido de provar ao parceiro que a dor é real (Leonard, Cano & Johansen, 2006a) ou o IDC, por perceber pouco suporte, inibe-se em falar da dor com os outros, levando a sentimentos de frustração (Goubert et al, 2005; Thompson & Pitts, 1992 cit in Heijmans et al, 1999) e a uma possível ausência de comunicação quer por parte do IDC que não expressa verbalmente a dor quer do companheiro que não expressa verbalmente que vê o sofrimento não-verbal do IDC, pactuando num silêncio mútuo (Leonard et al, 2006a). Por outro lado, quando o companheiro sobrevaloriza a dor do IDC pode despoletar, no segundo, uma reavaliação da dor como mais grave e levar a um maior sofrimento emocional e dependência de outros (Goubert et al, 2005; Thompson & Pitts, 1992 cit in Heijmans et al, 1999).

Relativamente à prevalência destas representações nos companheiros de IDC, apesar da severidade da dor oncológica ser sobrevalorizada pelos *caregivers*, esta valorização não parece ser linear aos outros tipos de dor (Cano, Johansen & Geisser, 2004). Este fenómeno pode justificar-se pela presença de uma etiologia pouco clara e que pode levar a família à negação da existência da doença e a uma maior resistência à mudança de papéis e ceticismo às queixas, principalmente quando os sintomas primários são subjetivos como a dor (Pai, 2001).

Não obstante os riscos associados, principalmente, à subvalorização da dor do IDC pelo companheiro, um estudo realizado por Heijmans e colaboradores (1999) mostrou que os pacientes beneficiam de um companheiro que reconhece a gravidade da doença mas que se mantém otimista acerca da recuperação (controlo). Pelo que se percebe a importância da percepção de controlo face à situação de dor como moderador na experiência por parte do parceiro (Rowat & Knaft, 1985, cit in Schwartz & Ehde, 2000) mas também pelo IDC.

Alguns estudos encontram, ainda, uma associação significativa entre uma vinculação mais *insegura* e uma maior intensidade de dor, menores níveis de autoeficácia, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e catastrofização (Porter, Davis & Keefe, 2007) sendo que em indivíduos ansiosos acerca da responsividade e disponibilidade dos outros (*preocupado* e *amedrontado*) o elevado relato de sintomas parece estar positivamente associado à tendência para ter baixa autoestima e um foco nos afetos negativos e, por isso, percebam existir um menor controlo sobre a sua dor (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano & Summers, 2003; Ciechanowski, Walker, Katon & Russo, 2002).

CAPÍTULO II

MÉTODO

O estudo empírico do presente trabalho enquadra-se num projeto mais amplo que procura compreender as diferentes variáveis que influenciam a vivência da dor crónica na diáde conjugal. Por este motivo, o estudo que agora apresentamos, tem como grande finalidade confirmar e explorar a relação entre alguns dos fenómenos envolvidos no estudo da vivência da dor crónica, numa perspetiva de generalização dos resultados obtidos (Yardley, 1997) – o que justificou a recorrência ao estudo quantitativo como método de análise pelas suas vantagens na persecução deste objetivo sem que, no entanto, as suas limitações ao nível da flexibilidade e subjetividade deixassem de ser tidas em conta.

O nosso foco incidiu na (in)congruência conjugal da avaliação da dor do IDC, na teoria da vinculação e nas representações cognitivas e emocionais da dor. Primeiro, porque a incongruência conjugal na avaliação da dor do IDC é frequente e comporta riscos na vivência da dor pelo *paciente* (Cano et al, 2004); depois, porque a forma como nos relacionamos connosco próprios e com os outros influencia a forma como vivenciamos a nossa dor e a dos outros, procurando ou proporcionando mais ou menos o suporte e ajuda (e.g. Mikail et al, 1999, cit in Mikail, 2003); e, por último, porque é a forma como representamos subjetivamente a nossa realidade que opera na relação que estabelecemos com a dor e com os outros podendo, em alguns casos, ser mais determinante nos resultados da dor do que os processos fisiológicos que estão na sua base (Meredith et al, 2005). O estudo das representações da dor é fulcral por contrariar abordagens analíticas que visam gerar fatores descritivos de como as pessoas lidam com as suas emoções ignorando os processos pelos quais estas selecionam a informação e fazem a gestão dos problemas, como definem a eficácia de procedimentos particulares e as dimensões que generalizam na aplicação de procedimentos antigos em novas situações problemáticas (Leventhal et al, 1997). Ainda, Gatchel e colaboradores (2002) consideram que a experiência de perda reside, largamente, no quadro de percepções do indivíduo – evento (físico/emocional) que o indivíduo percebe como sendo negativo e resulta em mudanças a longo termo nas suas cognições, relações e contexto social (Miller & Omarzu, 1998, cit in Gatchel et al, 2002).

I. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO

O estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre a (in)congruência na avaliação subjetiva da dor do *paciente* no casal, as dimensões de vinculação e as representações cognitivas e emocionais acerca da condição dolorosa do IDC através do estudo de *pacientes* e também dos seus *companheiros*. Para isso, definimos alguns objetivos de investigação e delineamos hipóteses através da revisão da literatura:

Objetivo 1. Caracterizar a amostra em termos da prevalência de (in)congruência de avaliação subjetiva da dor nos casais.

H₁ – A frequência de incongruência na avaliação da dor do *paciente* pelos casais é, muitas vezes, superior à frequência de congruência.

Cano e colaboradores (2004) mostram-nos que a incongruência na avaliação de dor entre os casais é frequente e que comporta riscos na vivência da dor pelo IDC.

H₂ – *Companheiros* subvalorizam ou avaliam de igual forma a dor percebida pelo *paciente*.

Estudos mostram que, ao contrário do que acontece na dor oncológica que tende a ser sobrevalorizada pelos *caregivers*, nas restantes condições dolorosas (músculo-esquelética) é habitual que haja ou igualdade na avaliação da dor (Cano et al, 2005b; Cano et al, 2004) ou subvalorização da dor dos pacientes pelos companheiros (Cano et al, 2004).

Objetivo 2. Caracterizar a amostra de casais e, especificamente, dos subgrupos *pacientes* e *companheiros*, no que diz respeito às dimensões de vinculação amorosa e às representações cognitivo-emocionais da dor/ameaça de dor percebida.

H₃ – Espera-se que *pacientes* e *companheiros* apresentem valores decrescentes nas dimensões confiança, dependência, ambivalência e evitamento e que *pacientes* apresentem menos confiança do que os *companheiros* mas mais dependência, ambivalência e evitamento.

Proporções entre dimensões de vinculação amorosa encontradas num estudo, na população portuguesa, com uma amostra semelhante em termos de idade e de presença de um subgrupo com dor crónica (fibromialgia) e um outro grupo não clínico (Oliveira, 2008) e, ao nível do segundo grupo, encontradas também num outro estudo, na população portuguesa, ao nível dos adolescentes (Rocha, 2008).

H_{3.1} *Pacientes* apresentam, sobretudo, um estilo de vinculação preocupado.

Tal como sugerem estudos anteriores em amostras com dor crónica (Davies et al, 2009, Oliveira, 2008).

H_{3.2} *Pacientes* apresentam estilos mais inseguros do que os *companheiros*.

Tal como sugerem estudos prévios que comparam amostras clínicas com amostras não clínicas (Oliveira, 2008).

H₄ – *Pacientes* percebem níveis mais elevados nas consequências, tempo, sintomas, preocupação e representações emocionais de dor do que de controlo pessoal/tratamento e compreensão da dor.

A literatura mostra-nos que a dor é uma situação desmoralizadora que confronta o indivíduo com o stress causado pela própria dor e com uma série de stressores que comprometem os vários aspetos da sua vida (Turk & Flor, 1999), ou seja, implica perdas primárias e secundárias (Gatchel et al, 2002). A análise dos estudos que avaliam as representações da doença mostra

que existe uma tendência comum na forma como os indivíduos que padecem de uma doença organizam as suas crenças acerca dessa mesma doença que vão no sentido de relações positivas entre identidade, tempo e consequências (Hagger & Orbell, 2003) e, dadas as expectativas negativas acerca das suas próprias capacidades, de relações negativas entre as primeiras e o controlo (Hagger & Orbell, 2003; Leonard et al, 2006a; Turk & Flor, 1999).

H₅ – A ameaça de dor percebida é menor nos *companheiros* do que nos *pacientes*.

A dor é uma situação desmoralizadora que confronta o indivíduo com o stress causado pela própria dor e com uma série de stressores que comprometem os vários aspetos da sua vida (Turk & Flor, 1999), ou seja, implica perdas primárias e secundárias (Gatchel et al, 2002) resultantes de mudanças ao nível biológico, psicológico e social (modelo biopsicossocial da dor) (Gatchel et al, 2007; Gatchel, 1999; Keefe et al, 2006; Quartilho, 2001a, Quartilho 2001b; Schwartz & Ehde, 2000), enquanto nos companheiros, a vivência da dor do paciente está limitada a apenas algumas destas áreas (psicológicas e sociais). Tratando-se da dor crónica músculo-esquelética, a avaliação por parte dos companheiros tende, ainda, a não maximizar a gravidade/ameaça representada nos pacientes (Cano et al, 2004).

Objetivo 3. Explorar as associações entre as três dimensões em estudo: (in)congruência na avaliação da dor, vinculação amorosa e representações emocionais da dor/ameaça de dor percebida.

Questão de Investigação₁ – Em que medida a (in)congruência do casal perante a avaliação subjetiva de dor do *paciente* está associada às dimensões de vinculação no *paciente*?

H₆ – Representações da dor menos ameaçadoras nos *companheiros* do que nos *pacientes* relacionam-se com o evitamento nos *pacientes*.

A literatura diz-nos que o IDC responde à divergência de representações de forma diferente quando os níveis dos companheiros são mais elevados percebendo pouco suporte e inibindo-se de falar da dor com os outros e quando os níveis dos companheiros são mais reduzidos despoletando uma reavaliação da dor nos pacientes como mais grave levando a um maior sofrimento emocional e dependência dos outros (Goubert et al, 2005; Thompson & Pitts, 1992 cit in Heijmans et al, 1999).

Questão de Investigação₂ – Em que medida as dimensões de vinculação dos *companheiros* se relacionam com as representações de dor nos *pacientes*?

H₇ – Elevada dependência, ambivalência e evitamento nos *pacientes* estão associadas a uma maior percepção de sintomas de dor, uma maior representação emocional e a uma menor percepção de controlo da dor.

Alguns autores mostram-nos que em estilos inseguros *preocupado* e *amedrontado* o elevado relato de sintomas parece estar positivamente associado à tendência para ter baixa autoestima e

um foco nos afetos negativos e, por isso, percebam existir um menor controlo sobre a sua dor (Ciechanowski et al, 2003; Ciechanowski et al, 2002).

Objetivo 4. Explorar as associações entre as representações cognitivas e emocionais nos *pacientes* e *companheiros*.

Questões de Investigação₃ – Em que medida as representações cognitivas e emocionais da dor nos *companheiros* predizem as representações cognitivas e emocionais da dor nos *pacientes*?

Sabemos que, não obstante a ênfase nos efeitos que a dor crónica tem nos familiares, esta é uma experiência intersubjetiva, sendo que a família e outros agentes envolvidos influenciam, por sua vez, a experiência de dor crónica pelo sujeito (Quartilho, 2001a) e que as representações dos companheiros podem influenciar as representações de doença dos próprios IDC (Heijmans et al, 1999).

Objetivo 5. Explorar a ressonância do contexto sociodemográfico e clínico da amostra.

Questão de Investigação₄ – Em que medida os aspetos sociodemográficos e clínicos influenciam a (in)congruência de avaliação de dor pelo casal, a vinculação amorosa e as representações cognitivas e emocionais da dor/ameaça de dor percebida?

Sabemos que os contextos pessoais, relacionais e sociais/institucionais em que a doença se desenvolve influenciam, por exemplo, as representações cognitivas e emocionais da dor (Leventhal et al, 2001).

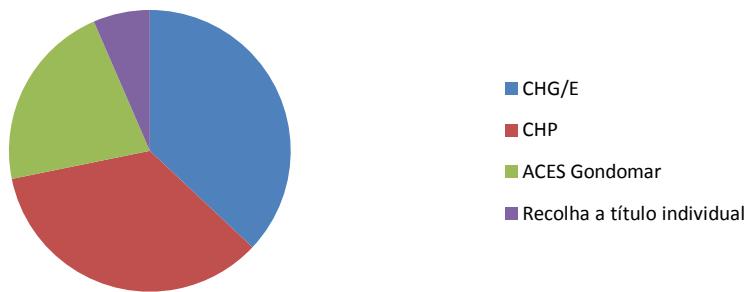
2. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra inicialmente constituída por 53 casais heterossexuais viu-se reduzida para os 46 depois da análise de *outliers*. Procedeu-se também a uma observação dos dados, que permitiu constatar que não existe um número significativo de respostas omissas. Nos casos em que existem, não ultrapassam os 5% do total das respostas, tendo-se optado por substituir as mesmas pelo valor médio dos participantes no respetivo fator.

A amostra distribui-se segundo três locais de recolha: 37% do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho [CHGE] (n=34), 34.8% do Centro Hospitalar do Porto [CHP] (n=32), 21.7% do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar [ACES Gondomar] (n=20) e 6.5% recolhidos a título individual (n=6).

Gráfico 1

Distribuição da amostra segundo a instituição de origem



Relativamente às características sociodemográficas, dada a homogeneidade da natureza da relação amorosa (heterossexualidade), a distribuição da amostra segundo o sexo é igualitária (46 indivíduos do sexo masculino e 46 do sexo feminino). Destes, 46 são *pacientes* e 46 são seus *companheiros* (casamento ou união de facto), sendo os primeiros, maioritariamente, do sexo feminino (♀ n = 37, 80.4% e ♂ n = 9, 19.6%). A idade, nesta amostra, varia entre os 34 e os 83 anos (M = 57.68, DP = 10.23) e a duração da relação amorosa varia entre os 3 e os 57 anos (M = 32.71, DP = 11.92).

Ao nível de escolaridade, 1.0% não frequentaram a escola (n=1), 44.6% têm o 4ºano de escolaridade (n=41), 9.8% têm o 6ºano de escolaridade (n=9), 19.6% têm o 9ºano de escolaridade (n=18), 14.1% têm o 12ºano de escolaridade (n=13), 8.7% têm o grau de Bacharelato/Licenciatura (n=8) e 2.2% têm o grau de Mestrado/Doutoramento (n=2).

Gráfico 2

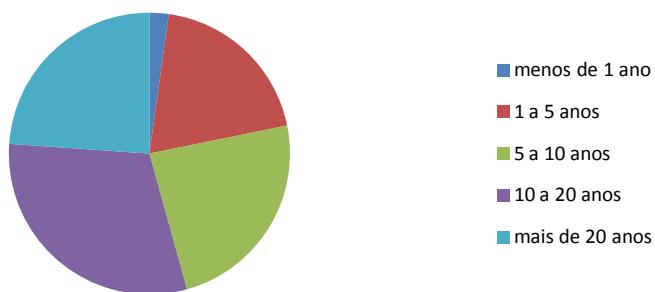
Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade



No que diz respeito às características clínicas, a duração da condição dolorosa nos *pacientes* apresenta uma maior condensação na categoria *10 a 20 anos* (30.4%, n=14), sendo similar nas categorias *5 a 10 anos* e *mais de 20 anos* (23.9%, n=11), decrescendo de frequência nas categorias *1 a 5 anos* (19.6%, n=9) e *menos de 1 ano* (2.2%, n=1).

Gráfico 3

Distribuição do subgrupo “pacientes” segundo a duração da sua condição dolorosa



A situação laboral é afetada pela dor em 23 dos 46 *pacientes* (baixa, desemprego ou reforma), 34 dos 46 *pacientes* têm conhecimento de um diagnóstico e 37 dos 46 *pacientes* faz outros tratamentos não farmacológicos, dos quais 20 já participaram ou participam em intervenção psicológica. Ainda, em alguns destes casais, a presença da situação dolorosa ocorre em ambos os elementos do casal (n= 29, 63.04%).

3. INSTRUMENTOS

O *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (QSDC, Oliveira, Quartilho & Costa, 2009) permitiu o acesso às características sociodemográficas e clínicas da amostra.

O *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* traduzido, adaptado e validado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto é um dos instrumentos mais usados no acesso às estratégias de *coping* de IDC. Neste estudo, foi administrada uma versão adaptada deste instrumento (MPI, Oliveira, Quartilho e Costa, 2009) da qual usamos, nas nossas análises, apenas a informação relativa à dimensão percepção de dor, sendo a resposta feita numa escala tipo *Likert* de 6 pontos desde *nada forte* até *extremamente forte*.

O *Questionário da Vinculação Amorosa* (QVA, Matos, Barbosa & Costa, 2001) foi inspirado nas contribuições teóricas e conceptuais de Bowlby e Ainsworth e na proposta de avaliação da vinculação de Bartholomew. Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida, composta por 25 itens que se dividem em quatro fatores: a *Confiança* (6 itens que avaliam as percepções dos indivíduos em relação à responsividade do companheiro na resposta às suas necessidades), a *Dependência* (6 itens que avaliam a necessidade de proximidade física e emocional, a ansiedade de separação e o medo da perda), o *Evitamento* (6 itens que avaliam o papel secundário do companheiro no colmatar das necessidades de vinculação e a centração na capacidade do próprio resolver os seus problemas) e a *Ambivalência* (7 itens que avaliam a irritabilidade perante situações imprevisíveis, a dúvida relativamente ao papel desempenhado enquanto figura amorosa e as emoções perante o companheiro) (Matos et al, 2001). A resposta é feita numa escala tipo *Likert* de 6 pontos desde *discordo totalmente* até *concordo totalmente*.

Para o estudo da validade do instrumento, mais especificamente da sua estrutura interna, não se realizaram procedimentos de análise fatorial exploratória dos componentes principais uma vez que a amostra não era suficientemente grande para garantir a qualidade da análise e, por outro lado, porque as constantes utilizações deste instrumento na população portuguesa nos dão alguma segurança relativamente às dimensões adotadas. Para a avaliação da consistência interna do instrumento, ou seja, o grau em que os itens que compõem as diferentes dimensões funcionam em conjunto e medem o mesmo constructo, recorremos à utilização do coeficiente *alpha* de Cronbach que apresentou valores elevados (acima de .7) nas quatro dimensões (Pallant, 2001): *Confiança* ($\alpha = .87$), *Dependência* ($\alpha = .72$), *Evitamento* ($\alpha = .73$) e *Ambivalência* ($\alpha = .76$). De facto, têm sido encontrados índices adequados de consistência interna em diversas amostras independentes (Oliveira, 2008; Rocha, 2008; Matos et al, 2001).

A análise dos dados privilegiou a abordagem dimensional da vinculação, opção que permite considerar com maior rigor as diferenças individuais, respeitando e permitindo um maior pormenor de análise (Bartholomew & Horowitz, 1991). Não obstante, a partir das dimensões foi aplicada a análise de *clusters* através do método combinatório (análise de clusters hierárquica – *Distância Euclidiana* e *Ward*, e não hierárquica – *K-means*) (Maroco, 2010) encontrando-se quatro grupos teoricamente enquadrados nos protótipos de vinculação descritos por Bartholomew e Horowitz (1991) e significativamente diferentes entre si [*Confiança* $F(3) = 33.24$, $p = .000$; *Evitamento* $F(3) = 84.34$, $p = .000$; *Dependência* $F(3) = 48.59$, $p = .000$; *Ambivalência* $F(3) = 56.87$, $p = .000$].

Posteriormente, foi feita uma análise de variância multivariada (MANOVA) para observar a variabilidade de cada dimensão em função dos clusters (cf. Quadro 1).

Quadro 1
Análise de clusters baseada no Questionário de Vinculação Amorosa (QVA)

Dimensões	Desinvestido n=14	Seguro n=14	Amedrontado n=26	Preocupado n=38
Confiança	-1.55	-.01	-.06	.62
Evitamento	1.71	-.34	.37	-.75
Dependência	-.95	-1.38	.38	.60
Ambivalência	1.63	-.33	.32	-.70
Total (%)	15.22%	15.22%	28.26%	41.30%

As diferenças entre grupos vão de encontro ao encontrado noutros estudos, na população portuguesa com uma amostra semelhante (Oliveira, 2008): o *cluster 1* representa o protótipo de vinculação desinvestido, no qual encontramos os valores mais elevados de evitamento e ambivalência, os mais baixos de confiança e valores baixos de dependência; o

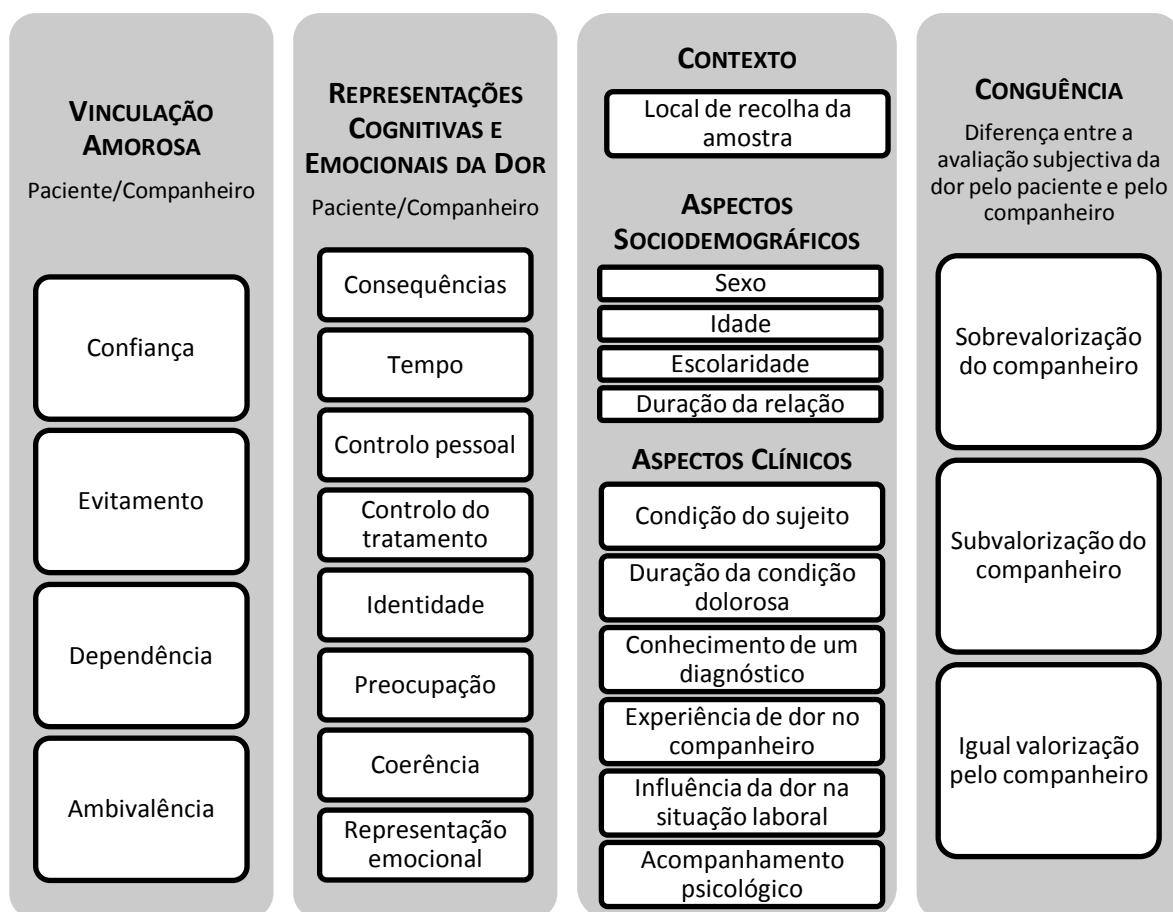
cluster 2 representa a vinculação segura na qual encontramos os valores mais baixos de dependência, valores baixos de evitamento e ambivalência e valores elevados de confiança (mais elevados só no protótipo preocupado); o *cluster 3* representa o protótipo de vinculação amedrontado no qual se verificam baixos valores de confiança e elevados de evitamento, dependência e ambivalência; e o *cluster 4* que representa o protótipo de vinculação preocupado no qual se encontram os valores mais elevados de confiança e dependência e os valores mais baixos de evitamento e ambivalência.

O *Illness Perception Questionnaire* permite avaliar os componentes de representação da doença de forma sistemática, tendo sido já aplicado a uma grande variedade de doenças e a sua versão revista utilizada em, pelo menos, dois estudos na população portuguesa (Figueiras & Alves, 2007; Figueiras, Machado & Alves, 2002). No presente estudo, usamos a versão breve do questionário (BIPQ, Oliveira, Quartilho & Costa, 2009) traduzido para 23 línguas, incluindo a portuguesa (Illness Perception Questionnaire website²) e validada por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006). A resposta é feita numa escala tipo *Likert* de 10 pontos que permite uma interpretação simples dos dados: quanto maior o valor escolhido, mais a dimensão é avaliada. Sendo esta uma versão muito reduzida do questionário original, apresenta apenas um item de cada fator original, pelo que não exploramos a possibilidade dos dados serem summarizados num menor número de fatores (Pallant, 2001), já que este tipo de análise poderia contaminar os constructos que nos propomos a estudar e, consequentemente, pôr em causa a qualidade do estudo. As dimensões avaliadas, por cada item, abordam as *consequências, tempo, controlo pessoal, controlo pelo tratamento, identidade, preocupação, coerência e representação emocional* (Broadbent et al, 2006). Percebendo, no entanto, que a aglomeração dos 8 itens num constructo geral poderia trazer algumas vantagens no sentido de realizarmos, simultaneamente, uma análise mais pormenorizada e uma análise mais global, criamos a dimensão *ameaça de dor percebida*, sugerida por Broadbent e colaboradores (2006) como uma possibilidade de análise. Assumindo esta posição, realizamos a análise da consistência interna para a nova dimensão ($\alpha = .62$) que se mostrou abaixo do limite padrão para uma consistência interna elevada. Não obstante, sendo o alpha de cronbach muito sensível ao número de itens que compõem a dimensão (e.g. dimensões com menos de 10 itens) e tendo a nossa dimensão 8 itens, sabemos que é frequente encontrar baixos valores de alpha de cronbach (e.g. .5), devendo, neste caso, analisar-se a correlação interitem que, para a dimensão *ameaça percebida de dor* obteve um valor médio de .2, o que vai de encontro ao intervalo padronizado (de .2 e .4) (Pallant, 2001).

² <http://www.uib.no/ipq/>

Figura 5

Esquema representativo dos constructos envolvidos no presente estudo



4. PROCEDIMENTOS

O protocolo construído era constituído por duas versões, uma para o *paciente* e outra para o respetivo *companheiro* diferindo nos questionários mas assemelhando-se nas dimensões avaliadas. Foi administrado em três locais distintos: Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar – uma vez aprovados, com parecer favorável, os respetivos consentimentos para recolha da amostra pelos respetivos serviços de ética (cf. Anexo 1). Foi, ainda, administrado a alguns casais próximos do investigador. O preenchimento dos questionários foi voluntário, anónimo e efetuado individualmente, tendo os indivíduos a oportunidade de colocar dúvidas (acerca do estudo mas também de compreensão/preenchimento das questões) e desistir a qualquer momento (cf. Anexos 2 e 3). Foi, ainda, alternada a ordem de apresentação em algumas das aplicações dos questionários, para assim se poder contrariar o efeito de ordem e de cansaço no preenchimento (cf. Anexo 4).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

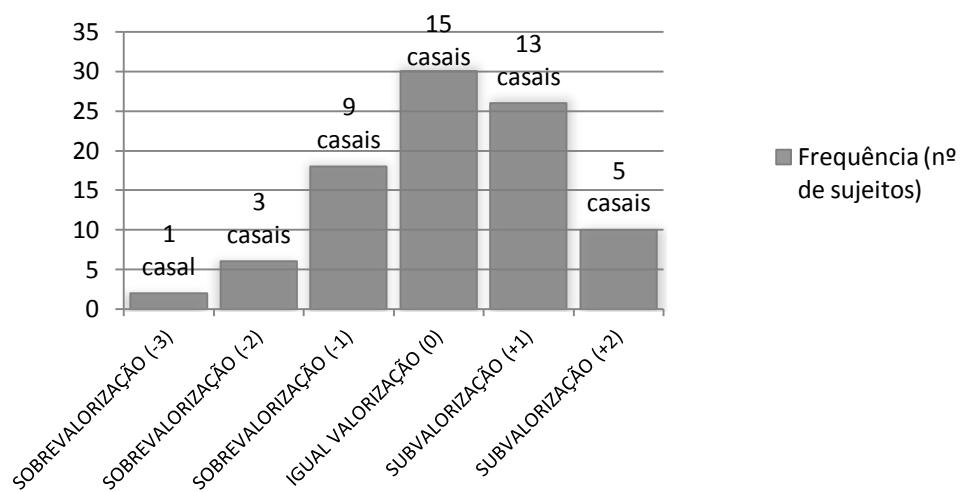
Após a administração do protocolo foram analisados os dados recolhidos com o auxílio do programa SPSS 19.0. Primeiro, exploraram-se os resultados descritivos da amostra, através do cálculo das médias e respetivos desvios padrão das variáveis (in)congruência de avaliação da dor no casal, vinculação amorosa e representações cognitivas e emocionais da dor/ameaça de dor percebida. Depois, realizaram-se análises diferenciais, através dos testes T de Student e ANOVAS investigando se estas variáveis eram influenciadas pelo local de recolha da amostra, das variáveis sociodemográficas³ e das condições clínicas⁴, no sentido de melhor compreendermos as características e resultados da nossa amostra. Por fim, realizaram-se análises correlacionais, através da Correlação de Pearson, no sentido de identificarmos quaisquer relações existentes entre a (in)congruência na avaliação da dor, a vinculação amorosa e as representações cognitivas e emocionais da dor/ameaça de dor percebida, complementando-as com análises de Regressão Múltipla no sentido de melhor compreendermos as associações encontradas.

I. ANÁLISES DESCRIPTIVAS

Os resultados descritivos demonstraram que a amostra se caracteriza pela prevalência de subvalorização por parte dos *companheiros* (n=18) quando comparada com a sobrevalorização (n=13) ou igualdade na valorização da dor (n=15) por parte dos mesmos (cf. Gráfico 4) – o que prediz a existência de incongruência na avaliação da dor em mais de metade dos casais que constituem a amostra (n=31).

Gráfico 4

Representação das diferenças entre a avaliação da dor nos pacientes e seus companheiros



³ Idade, escolaridade e duração da relação amorosa (a variável sociodemográfica “sexo” não foi contemplada uma vez que a amostra de pacientes é predominantemente feminina, o que é característico da população).

⁴ Condição do sujeito (*paciente/companheiro*), duração da condição dolorosa, conhecimento de um diagnóstico, presença de dor no companheiro, influência da dor na situação laboral e acompanhamento psicológico.

Relativamente à *vinculação amorosa* verificam-se, quer na totalidade da amostra quer para os dois subgrupos relativos à condição do sujeito (*paciente* e *companheiro*), altos níveis de *confiança* e de *dependência*, e níveis médios de *evitamento* e *ambivalência*. No subgrupo *pacientes* os níveis elevados de *confiança* são inferiores à média da amostra total, contudo, os níveis elevados na *dependência* e os níveis médios de *evitamento* e *ambivalência* são superiores à média encontrada para a amostra total. No subgrupo *companheiros* os níveis elevados na *confiança* são superiores à média da amostra total, contudo, os níveis elevados na *dependência* e os níveis médios de *evitamento* e *ambivalência* são inferiores à média encontrada para a amostra total (cf. Quadro 2). Verificaram-se, ainda, as distribuições dos estilos de vinculação nos *pacientes* e *companheiros*, obtidas através da análise de clusters (cf. Quadro 3) e foram analisados os estilos de vinculação nas díades (cf. Quadro 4).

Quadro 2

Caracterização da amostra total e respetivos subgrupos relativamente às dimensões de vinculação amorosa

	Casais n=92	Pacientes n=46	Companheiros n=46
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Confiança	5.04 (1.03)	4.91 (1.21)	5.17 (.81)
Evitamento	2.26 (1.07)	2.43 (1.10)	2.09 (1.03)
Dependência	4.55 (1.04)	4.56 (1.13)	4.54 (.94)
Ambivalência	2.48 (1.04)	2.64 (1.11)	2.31 (.94)

Quadro 3

Estilos de vinculação amorosa – Caracterização dos subgrupos Pacientes e Companheiros

Subgrupos	Desinvestido n=14	Seguro n=14	Amedrontado n=26	Preocupado n=38
PACIENTE	9	6	15	16
COMPANHEIRO	5	8	11	22

Quadro 4*Estilos de vinculação amorosa – Caracterização das diádes conjugais*

CASAL	PACIENTE	COMPANHEIRO
	Vinculação	Vinculação
1	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO
2	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
3	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
4	PREOCUPADO	AMEDONTRADO
5	DESINVESTIDO	SEGURO
6	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO
7	PREOCUPADO	DESINVESTIDO
8	PREOCUPADO	AMEDONTRADO
9	PREOCUPADO	PREOCUPADO
10	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO
11	DESINVESTIDO	PREOCUPADO
12	AMEDONTRADO	SEGURO
13	DESINVESTIDO	PREOCUPADO
14	SEGURO	PREOCUPADO
15	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO
16	PREOCUPADO	PREOCUPADO
17	PREOCUPADO	DESINVESTIDO
18	PREOCUPADO	SEGURO
19	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO
20	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
21	SEGURO	SEGURO
22	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
23	DESINVESTIDO	PREOCUPADO
24	PREOCUPADO	SEGURO
25	DESINVESTIDO	PREOCUPADO
26	PREOCUPADO	PREOCUPADO
27	PREOCUPADO	AMEDONTRADO
28	PREOCUPADO	SEGURO
29	PREOCUPADO	PREOCUPADO
30	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO
31	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO
32	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO
33	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO
34	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
35	SEGURO	PREOCUPADO
36	PREOCUPADO	SEGURO
37	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO
38	AMEDONTRADO	PREOCUPADO
39	PREOCUPADO	PREOCUPADO
40	DESINVESTIDO	PREOCUPADO
41	SEGURO	AMEDONTRADO
42	SEGURO	PREOCUPADO
43	SEGURO	PREOCUPADO
44	PREOCUPADO	PREOCUPADO
45	AMEDONTRADO	SEGURO
46	PREOCUPADO	PREOCUPADO

Em relação às *representações cognitivas e emocionais da dor/ameaça de dor percebida*, uma vez que quer no casal quer em ambos os subgrupos (*paciente* e *companheiro*) obtivemos pontuações acima da média para todos os itens consequências, duração, identidade, preocupação e representações emocionais, prevemos que a dor seja percebida como nefasta para os IDC e seus *companheiros*, não obstante, como os valores para os itens de controlo pessoal e pelo tratamento e de coerência também são elevados, percebemos que apesar da negatividade encontrada se percebe haver controlo e coerência na dor. Criando uma única dimensão, com os 8 itens, que avalia a ameaça percebida de dor, percebemos que é visível ao nível dos subgrupos uma maior percepção de ameaça pelos *pacientes* que apresentam valores mais elevados do que os *companheiros*, não obstante haver uma percepção de ameaça de dor acima da média para ambos os subgrupos (cf. Quadro 5).

Quadro 5

Caracterização da amostra total e respetivos subgrupos segundo as suas representações cognitivas e emocionais da dor

	Casais n=92	Pacientes n=46	Companheiros n=46
	<i>M</i> (DP)	<i>M</i> (DP)	<i>M</i> (DP)
Qual o grau em que a dor afeta a vida do paciente?	7.55 (2.50)	7.63 (2.53)	7.48 (2.50)
Quanto tempo pensa que vai durar a dor do paciente?	8.80 (1.91)	8.74 (1.88)	8.87 (1.96)
Qual o grau de controlo que sente que o paciente tem sobre a sua dor?	5.84 (2.85)	5.62 (2.94)	6.07 (2.77)
Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a dor do paciente?	6.82 (2.75)	6.46 (2.55)	7.17 (2.92)
Qual o grau em que o paciente tem sintomas de dor?	7.54 (2.01)	7.57 (2.02)	7.52 (2.03)
Qual o seu grau de preocupação com a dor do paciente?	8.35 (2.24)	7.69 (2.71)	9.00 (1.38)
Até que ponto comprehende a dor do paciente?	7.51 (2.93)	5.93 (3.24)	9.09 (1.33)
Até que ponto a dor do paciente afeta o sujeito?	7.29 (2.90)	7.83 (2.46)	6.76 (3.22)
Ameaça percebida de dor (totalidade dos itens)	6.18 (1.33)	6.46 (1.52)	5.911.05)

2. ANÁLISES DIFERENCIAIS

Para melhor compreender as características da amostra exploraram-se as análises diferenciais relativamente ao local de recolha da amostra, às condições sociodemográficas (idade, escolaridade e duração da relação amorosa) e às condições clínicas (condição do sujeito

– *paciente/companheiro*, duração da condição dolorosa, conhecimento de um diagnóstico, presença de dor no *companheiro*, influência da dor na situação laboral e acompanhamento psicológico).

A utilização dos testes paramétricos T de Student e ANOVAS implicam a testagem de alguns pressupostos que devem estar assegurados para que os resultados sejam válidos e de qualidade. Neste sentido, verificamos que os pressupostos nível intervalar da medida das variáveis, independência das observações, a amostragem aleatória estavam assegurados, contudo, para algumas das variáveis, os pressupostos normalidade das distribuições (analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov) e homogeneidade das variâncias entre grupos (para a qual usamos o teste de Levene) foram violados. Nos casos em que a normalidade estava posta em causa, sabemos que a maior parte das análises estatísticas são suficientemente robustas ou tolerantes perante as violações desta assumpção, sendo que em amostras suficientemente grandes ($n > 30$), como é o caso, a violação deste pressuposto não deve causar problemas de gravidade maior (Pallant, 2001). No que diz respeito aos casos em que a homogeneidade das variâncias entre grupos era violada, a análise de variância é razoavelmente robusta a violações deste pressuposto, enquanto nos testes t, em resposta a esta violação são-nos propostos dois valores para estas situações possam ser contornadas assegurando resultados válidos (*idem*, 2001)

Relativamente à variável *local de recolha da amostra* foram suprimidos, nas análises de variância (ANOVA), os três casais recolhidos a nível individual no sentido destes não contaminarem a validade e qualidade da análise, permitindo uma maior homogeneidade numérica entre os grupos. No mesmo sentido, a variável *duração da condição dolorosa* foi recodificada, tendo-se condensado os *pacientes* com menos de 1 ano de dor com aqueles cuja duração da condição dolorosa era de 1 a 5 anos – deste modo, as diferentes categorias ficaram numericamente mais homogéneas (de 0 a 5 anos, $n = 10$; de 5 a 10 anos, $n = 11$; de 10 a 20 anos, $n = 14$ e mais de 20 anos, $n = 11$) assegurando uma maior qualidade da análise das diferenças segundo esta variável.

No que diz respeito à **(in)congruência na avaliação da dor pelos casais**, foi importante analisar o efeito de algumas variáveis na compreensão da (in)congruência no casal relativamente à avaliação da dor do *paciente*. O local de recolha da amostra não parece influenciar a (in)congruência conjugal, já no que diz respeito à duração da relação amorosa foram encontradas diferenças significativas ($F(90) = .32$, $p < .01$, $\eta^2 = .000$), uma vez que quando a duração é mais longa ($M = .69$, $DP = .67$) os casais revelam-se mais congruentes do que quando é mais curta ($M = 1.29$, $DP = .78$). Não obstante, a idade e a escolaridade não fazem variar significativamente a (in)congruência conjugal.

Em relação às variáveis clínicas, a (in)congruência não difere significativamente consoante a duração da condição dolorosa, o conhecimento de um diagnóstico para a condição clínica, a influência da dor na situação laboral, nem consoante o acompanhamento psicológico. Contudo, difere consoante a presença de dor no *companheiro* ($F(90) = 1.12$, $p < .01$, $\eta^2 = .001$), sendo que quando a dor está presente em ambos os elementos do casal, estes são mais congruentes ($M = .69$, $DP = .65$) do que quando a dor não é condição clínica também no *companheiro* ($M = 1.24$, $DP = .82$).

No que diz respeito à *vinculação amorosa*, não encontramos diferenças significativas consoante o local de recolha da amostra. Relativamente à idade, escolaridade ou duração da relação amorosa também não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões de vinculação. Para além disso, não encontramos diferenças significativas no que diz respeito à condição do sujeito, duração da condição dolorosa, conhecimento de diagnóstico de dor, presença de dor no *companheiro* ou influência da dor na situação laboral. Contudo, encontramos diferenças relativamente ao acompanhamento psicológico ($F(44) = 13.35$, $p < .05$, $\eta^2 = .021$) que, confrontando as médias nos indicou que quando o *paciente* não é acompanhado em psicologia é mais dependente ($M = 4.92$, $DP = .83$) do que quando nos casos em que é acompanhado ($M = 4.10$, $DP = 1.32$), não havendo associação entre o acompanhamento psicológico do *paciente* com a vinculação amorosa do *companheiro*. No sentido de complementar as análises diferenciais, analisamos as frequências de algumas características sociodemográficas e clínicas em simultâneo com o estilo de vinculação de cada um dos subgrupos (cf. Quadro 6).

Quadro 6

Caracterização do estilo de vinculação das diádes conjugais e das características sociodemográficas e clínicas

CASAL	PACIENTE		COMPANHEIRO		
	Vinculação	Idade ≥65	Vinculação	Dor	Idade ≥65
1	DESINVESTIDO		AMEDONTRADO		SIM
2	AMEDONTRADO		PREOCUPADO	SIM	
3	AMEDONTRADO		PREOCUPADO		
4	PREOCUPADO	SIM	AMEDONTRADO	SIM	
5	DESINVESTIDO		SEGURO		
6	DESINVESTIDO		AMEDONTRADO	SIM	
7	PREOCUPADO		DESINVESTIDO	SIM	
8	PREOCUPADO	SIM	AMEDONTRADO		SIM
9	PREOCUPADO		PREOCUPADO		
10	AMEDONTRADO		DESINVESTIDO	SIM	
11	DESINVESTIDO		PREOCUPADO	SIM	
12	AMEDONTRADO		SEGURO		
13	DESINVESTIDO		PREOCUPADO	SIM	
14	SEGURO		PREOCUPADO	SIM	
15	AMEDONTRADO	SIM	AMEDONTRADO	SIM	SIM
16	PREOCUPADO	SIM	PREOCUPADO	SIM	SIM
17	PREOCUPADO	SIM	DESINVESTIDO	SIM	
18	PREOCUPADO		SEGURO	SIM	
19	DESINVESTIDO	SIM	AMEDONTRADO	SIM	SIM
20	AMEDONTRADO		PREOCUPADO		
21	SEGURO		SEGURO		
22	AMEDONTRADO		PREOCUPADO	SIM	
23	DESINVESTIDO		PREOCUPADO	SIM	
24	PREOCUPADO		SEGURO		
25	DESINVESTIDO		PREOCUPADO	SIM	
26	PREOCUPADO	SIM	PREOCUPADO	SIM	SIM
27	PREOCUPADO		AMEDONTRADO	SIM	
28	PREOCUPADO		SEGURO	SIM	
29	PREOCUPADO	SIM	PREOCUPADO	SIM	SIM
30	AMEDONTRADO	SIM	AMEDONTRADO		SIM
31	AMEDONTRADO		DESINVESTIDO		
32	AMEDONTRADO		AMEDONTRADO	SIM	
33	AMEDONTRADO		DESINVESTIDO	SIM	
34	AMEDONTRADO	SIM	PREOCUPADO	SIM	SIM
35	SEGURO		PREOCUPADO		
36	PREOCUPADO		SEGURO		
37	AMEDONTRADO		AMEDONTRADO		
38	AMEDONTRADO		PREOCUPADO	SIM	
39	PREOCUPADO		PREOCUPADO		
40	DESINVESTIDO		PREOCUPADO	SIM	
41	SEGURO		AMEDONTRADO		
42	SEGURO		PREOCUPADO	SIM	
43	SEGURO		PREOCUPADO	SIM	SIM
44	PREOCUPADO		PREOCUPADO	SIM	
45	AMEDONTRADO		SEGURO	SIM	
46	PREOCUPADO		PREOCUPADO		

No que diz respeito às *representações cognitivas e emocionais da dor/ameaça de dor percebida*, encontraram-se diferenças significativas relativamente aos locais de recolha da amostra no que diz respeito à preocupação com a dor do *paciente* ($F(2) = 3.55$, $p < .05$, $\eta^2 = .033$) e à representação emocional da dor ($F(2) = 4.13$, $p < .05$, $\eta^2 = .019$). As comparações encontradas pelo post-hoc realizado através do teste de Tukey HSD indicam que, relativamente à preocupação com a dor, os valores encontrados no CHP ($M = 9.06$, $DP = 1.72$) foram significativamente diferentes daqueles que foram encontrados no ACES Gondomar ($M = 7.44$, $DP = 2.82$), havendo, portanto, uma maior preocupação relatada pelos casais no CHP do que no ACES Gondomar. Relativamente às representações emocionais da dor, os valores encontrados mostraram uma diferença significativa entre os mesmos dois locais, sendo que, mais uma vez, os casais recolhidos no CHP ($M = 8.19$, $DP = 1.75$) percebem um maior impacto emocional da dor do que os que foram recolhidos no ACES Gondomar ($M = 5.90$, $DP = 3.87$). Não se encontraram, contudo, resultados significativos, quando agrupados os 8 itens de avaliação das representações cognitivas e emocionais da dor numa única dimensão (perceção da ameaça da dor).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, não encontramos diferenças consoante a escolaridade em nenhum dos itens nem na dimensão percepção de ameaça de dor. Não obstante, encontraram-se diferenças significativas em relação à idade no que diz respeito à percepção temporal ($F(90) = 16.85$, $p < .05$, $\eta^2 = .022$), uma vez que os sujeitos mais novos ($M = 9.26$, $DP = 1.20$) acreditam que a dor vai durar significativamente mais do que os mais velhos ($M = 8.35$, $DP = 2.35$). No que diz respeito à duração da relação amorosa, encontraram-se diferenças significativas relativamente às consequências da dor ($F(90) = 12.06$, $p < .05$, $\eta^2 = .023$), uma vez que pessoas que mantêm relações mais longas ($M = 7.20$, $DP = 2.81$) consideram que o grau em que a dor afeta a vida do *paciente* é menor do que nas relações com menor duração ($M = 8.26$, $DP = 1.57$).

Em relação às variáveis clínicas, verificam-se diferenças significativas segundo os segundo a condição do sujeito (paciente/companheiro), relativamente ao grau de preocupação ($F(90) = 15.54$, $p < .01$, $\eta^2 = .005$) e à compreensão da dor ($F(90) = 21.91$, $p < .01$, $\eta^2 = .000$) e, no geral, à ameaça percebida de dor ($F(90) = 2.59$, $p < .05$, $\eta^2 = .049$). Confrontando as médias, percebemos que os *companheiros* ($M = 9.00$, $DP = 1.38$) se preocupam significativamente mais com a dor do que os *pacientes* ($M = 7.69$, $DP = 2.71$) e compreendem melhor a dor ($M = 9.09$, $DP = 1.33$) do que os mesmos ($M = 5.93$, $DP = 3.24$) mas, no que toca à percepção de ameaça, os *pacientes* percebem uma maior ameaça de dor ($M = 6.46$, $DP = 1.52$) do que os *companheiros* ($M = 5.91$, $DP = 1.05$). A duração da condição dolorosa influencia significativamente as consequências da dor (grau em que a dor afeta a vida do *paciente*) ($F(3) =$

4.72, $p < .01$, $\eta^2 = .004$). As comparações encontradas pelo post-hoc realizado através do teste de Tukey HSD indicam que, as respostas de casais em que a duração da condição dolorosa do *paciente* foi de 10 a 20 anos ($M = 6.39$, $DP = 3.01$) são significativamente diferentes daqueles em que a condição dolorosa dura há mais de 20 anos ($M = 8.82$, $DP = 1.56$), sendo que os primeiros percebem significativamente menos impacto da dor na vida do *paciente* do que os segundos. Encontraram-se, ainda, diferenças significativas segundo a influência da dor na situação laboral influencia significativamente a percepção do grau de sintomas experienciados pelo *paciente* ($F(90) = 2.70$, $p < .05$, $\eta^2 = .029$), uma vez que aqueles que percebem que a situação laboral do *paciente* foi afetada negativamente pela dor ($M = 8.00$, $DP = 1.76$) percepcionam um maior grau de sintomas experienciados pelo *paciente* do que os que consideram que não ter havido impacto dor na situação laboral ($M = 7.09$, $DP = 2.16$). Esta mesma variável influencia, ainda, as representações emocionais da dor ($F(90) = 6.88$, $p < .05$, $\eta^2 = .034$) sendo que aqueles que consideram haver impacto nefasto da dor na situação laboral do *paciente* ($M = 7.93$, $DP = 2.23$) percebem um maior impacto emocional da dor do *paciente* em si próprios do que aqueles não encontram esta ligação ($M = 6.65$, $DP = 3.35$). Por fim, foram encontradas diferenças significativas segundo o acompanhamento psicológico no que respeita à coerência da dor ($F(44) = .102$, $p < .05$, $\eta^2 = .045$), sendo que os *pacientes* que não frequentam acompanhamento psicológico ($M = 6.76$, $DP = 3.08$) compreendem melhor a dor do que aqueles que frequentam ($M = 4.85$, $DP = 3.18$). Não se verificam, portanto, diferenças significativas segundo o conhecimento de um diagnóstico que corresponda aos sintomas dolorosos e à presença de dor no *companheiro*.

3. ANÁLISES CORRELACIONAIS

Seguidamente realizaram-se análises correlacionais, com base na correlação de *Pearson*, através das quais conseguimos estabelecer associações entre as variáveis do estudo. Para isso, foi fundamental verificar previamente o cumprimento dos pressupostos: nível intervalar da medida das variáveis, a independência das observações, os pares relacionados, a normalidade, linearidade e homocedasticidade (Pallant, 2001). Verificando que os restantes pressupostos encontravam validação, nos casos em que a normalidade foi violada mantivemos a análise correlacional (suportada, ainda, pela dimensão da nossa amostra que é significativamente elevada para permitir uma violação deste pressuposto).

Em relação à correlação entre a *(in)congruência do casal e as representações cognitivo-emocionais*, encontramos uma associação negativa entre a (in)congruência e a percepção temporal do *paciente* relativamente à sua dor e uma associação positiva entre a primeira e a percepção do *companheiro* acerca das consequências da dor na vida do *paciente* (cf.

Quadro 7). Para além destas correlações, não se encontraram associações entre a (in)congruência na avaliação da dor e as restantes representações cognitivas e emocionais ou ameaça de dor percebida. Não foram, ainda, encontradas associações entre a *(in)congruência e as respostas de vinculação amorosa dos subgrupos*, nem, mais especificamente, entre a subvalorização ou sobrevalorização da dor pelos *companheiros* e as dimensões de vinculação amorosa quer dos próprios *companheiros* quer dos *pacientes*. Não obstante, realizamos a análise das diádes na associação entre estilos de vinculação e (in)congruência (cf. Quadro 8).

Quadro 7

Correlações entre a (in)congruência dos casais na avaliação da dor do “paciente” e as representações cognitivo-emocionais da dor

Representações Cognitivas e Emocionais da dor	(In)Congruência na Avaliação da Dor		
	Amostra Total n=92	Pacientes n=46	Companheiros n=46
Qual o grau em que a dor afeta a vida do <i>paciente</i> ?	.176	.048	.306*
Quanto tempo pensa que vai durar a dor do <i>paciente</i> ?	-.105	-.298*	.079
Qual o grau de controlo que sente que o <i>paciente</i> tem sobre a sua dor?	-.074	.100	-.258
Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a dor do <i>paciente</i> ?	.032	.072	-.001
Qual o grau em que o <i>paciente</i> tem sintomas de dor?	.060	-.103	.223
Qual o seu grau de preocupação com a dor do <i>paciente</i> ?	-.004	-.081	.147
Até que ponto comprehende a dor do <i>paciente</i> ?	.144	.267	-.012
Até que ponto a dor do <i>paciente</i> afeta o sujeito?	.044	.119	-.011
Ameaça percebida de dor (totalidade dos itens)	.019	-.154	.272

Nota * Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Quadro 8

Caracterização das diádes conjugais em termos de estilos de vinculação e (in)congruência conjugal

CASAL	PACIENTE	COMPANHEIRO		
	Vinculação	Vinculação	(in)Congruência conjugal	
1	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
2	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	Congruência	
3	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
4	PREOCUPADO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
5	DESINVESTIDO	SEGURO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
6	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO	Congruência	
7	PREOCUPADO	DESINVESTIDO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
8	PREOCUPADO	AMEDONTRADO	Congruência	
9	PREOCUPADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
10	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
11	DESINVESTIDO	PREOCUPADO	Congruência	
12	AMEDONTRADO	SEGURO	Congruência	
13	DESINVESTIDO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
14	SEGURO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
15	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
16	PREOCUPADO	PREOCUPADO	Congruência	
17	PREOCUPADO	DESINVESTIDO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
18	PREOCUPADO	SEGURO	Congruência	
19	DESINVESTIDO	AMEDONTRADO	Congruência	
20	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
21	SEGURO	SEGURO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
22	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	Congruência	
23	DESINVESTIDO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
24	PREOCUPADO	SEGURO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
25	DESINVESTIDO	PREOCUPADO	Congruência	
26	PREOCUPADO	PREOCUPADO	Congruência	
27	PREOCUPADO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
28	PREOCUPADO	SEGURO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
29	PREOCUPADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
30	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
31	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
32	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO	Congruência	
33	AMEDONTRADO	DESINVESTIDO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
34	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	Congruência	
35	SEGURO	PREOCUPADO	Congruência	
36	PREOCUPADO	SEGURO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
37	AMEDONTRADO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
38	AMEDONTRADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
39	PREOCUPADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
40	DESINVESTIDO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
41	SEGURO	AMEDONTRADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
42	SEGURO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização
43	SEGURO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
44	PREOCUPADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Sobrevalorização
45	AMEDONTRADO	SEGURO	Congruência	
46	PREOCUPADO	PREOCUPADO	<i>Incongruência</i>	Subvalorização

No que diz respeito à correlação entre a *vinculação amorosa e as representações cognitivo-emocionais da dor/ameaça de dor percebida nos pacientes*, verifica-se uma associação negativa entre a identidade (perceção do grau dos sintomas) e a confiança e, também, entre a primeira e a dependência. Encontram-se, ainda, correlações negativas entre a percepção de controlo pelo tratamento e o evitamento. A um nível mais geral, encontramos associação entre a ameaça percebida de dor e a confiança (cf. Quadro 9), não se tendo demonstrado válidas as restantes possibilidades de associação entre as dimensões destes dois grandes constructos (e.g. ao nível das associações possíveis entre representações/ameaça de dor percebida e vinculação nos *companheiros*).

Quadro 9

Correlações entre as dimensões de vinculação amorosa dos pacientes e as suas representações cognitivo-emocionais da dor

Representações Cognitivas e Emocionais da dor	Vinculação Amorosa			
	Confiança	Evitamento	Dependência	Ambivalência
Qual o grau em que a dor afeta a vida do <i>paciente</i> ?	-.236	.175	-.179	.222
Quanto tempo pensa que vai durar a dor do <i>paciente</i> ?	.000	-.045	.055	-.060
Qual o grau de controlo que sente que o <i>paciente</i> tem sobre a sua dor?	.163	-.115	.147	-.077
Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a dor do <i>paciente</i> ?	.269	-.328*	.096	-.222
Qual o grau em que o <i>paciente</i> tem sintomas de dor?	-.291*	.184	-.351*	.116
Qual o seu grau de preocupação com a dor do <i>paciente</i> ?	-.071	.124	-.136	.040
Até que ponto comprehende a dor do <i>paciente</i> ?	.132	-.170	.219	-.053
Até que ponto a dor do <i>paciente</i> afeta o sujeito?	-.217	.177	-.159	.206
Ameaça percebida de dor (totalidade dos itens)	-.310*	.285	-.265	.211

Nota: * Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Relativamente à correlação entre as *dimensões de vinculação amorosa dos “pacientes” e as representações cognitivas e emocionais de dor/ameaça de dor percebida pelos “companheiros”* tentamos perceber se a forma como o *paciente* mostra que vive a dor e as relações se relaciona com as percepções do *companheiro*, percebendo que nesta amostra não existem associações significativas entre estas variáveis. No entanto, quando correlacionamos as *dimensões de vinculação amorosa dos “companheiros”* e as *representações cognitivas e*

emocionais de dor/ameaça de dor percebida pelos “pacientes” encontramos uma associação positiva entre a confiança nos *companheiros* e a percepção de duração da condição dolorosa pelos *pacientes* e entre o evitamento nos *companheiros* e a percepção dos *pacientes* acerca do grau em que a dor afeta a sua vida. Verificou-se, ainda, uma associação negativa entre o evitamento nos *companheiros* e a percepção de duração da condição dolorosa pelos *pacientes*, entre a dependência dos *companheiros* e a compreensão dos *pacientes* acerca da sua dor e entre a ambivalência dos *companheiros* e a percepção de duração da dor pelos *pacientes* (cf. Quadro 10).

Quadro 10

Correlações entre as dimensões de vinculação amorosa nos “companheiros” e as representações cognitivas e emocionais de dor dos “pacientes”

Representações Cognitivas e Emocionais da dor	Vinculação Amorosa			
	Confiança	Evitamento	Dependência	Ambivalência
Qual o grau em que a dor afeta a vida do <i>paciente</i> ?	-.015	.350*	.061	.185
Quanto tempo pensa que vai durar a dor do <i>paciente</i> ?	.351*	-.373*	.090	-.372*
Qual o grau de controlo que sente que o <i>paciente</i> tem sobre a sua dor?	-.145	-.030	-.225	.148
Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a dor do <i>paciente</i> ?	-.231	.098	.027	.024
Qual o grau em que o <i>paciente</i> tem sintomas de dor?	.086	.212	.006	.012
Qual o seu grau de preocupação com a dor do <i>paciente</i> ?	.066	.019	.056	.003
Até que ponto comprehende a dor do <i>paciente</i> ?	-.278	.235	-.330*	.287
Até que ponto a dor do <i>paciente</i> afeta o sujeito?	.161	-.023	-.065	-.083
Ameaça percebida de dor (totalidade dos itens)	.286	-.020	.148	-.153

Nota: * Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

No que diz respeito à correlação entre as *representações cognitivas e emocionais de dor/ameaça de dor percebida pelos “pacientes” e pelos “companheiros”* verificou-se que a percepção dos *companheiros* acerca do impacto da dor na vida do *paciente* se associa positivamente com as percepções deste impacto pelos próprios *pacientes*, com as percepções dos *pacientes* acerca do grau em que têm sintomas de dor, com o grau de preocupação dos *pacientes* com a sua dor e com as representações emocionais de dor nos *pacientes*. Observamos que o grau de sintomas percebido pelos *companheiros* se associa positivamente com a percepção

do *paciente* acerca do impacto na sua vida, com o grau em que tem sintomas de dor e com as representações emocionais que a dor tem em si. Por outro lado, o grau de sintomas percebido pelos *companheiros* associa-se negativamente com a percepção de controlo pelo tratamento apontada pelos *pacientes*. Ainda, o grau de preocupação do *companheiro* relativamente à dor do *paciente* revela associar-se positivamente com o grau de preocupação do *paciente* acerca da sua própria dor. Por fim, existem associações negativas entre o controlo pelo tratamento que *companheiros* percebem existir e a percepção do *paciente* face ao grau de sintomas que a dor lhe provoca (cf. Quadro 11).

Quadro 11

Correlações entre as representações cognitivas e emocionais de dor dos “pacientes” e dos “companheiros”

Representações Cognitivas e Emocionais da dor do <i>companheiro</i>								
Representações Cognitivas e Emocionais da dor do <i>paciente</i>	1C	2C	3C	4C	5C	6C	7C	8C
1P	.471**	-.014	-.155	-.228	.349*	.146	-.030	.234
2P	-.077	.069	-.022	-.153	-.022	-.137	.134	-.242
3P	-.029	.045	.101	.017	-.102	-.019	.137	-.007
4P	-.115	-.068	.087	.076	-.305*	-.120	-.130	.204
5P	.346*	.126	.001	-.345*	.507**	.191	.114	.042
6P	.417**	-.268	-.057	-.200	.096	.296*	.154	.220
7P	-.079	-.101	-.150	.138	-.159	-.009	.079	-.124
8P	.389**	-.019	-.021	-.061	.299*	.170	.107	.205

Nota: * Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

No geral, percebemos que a ameaça de dor percebida pelos *pacientes* correlaciona positivamente com a ameaça de dor percebida pelos *companheiros* (cf. Quadro 12).

Quadro 12

Correlações entre a ameaça que a dor representa para os “pacientes” e para os “companheiros”

Ameaça que a dor representa para os <i>companheiros</i>	
Ameaça que a dor representa para os <i>pacientes</i>	
	.355*

Nota: * Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Ainda, relativamente à correlação entre as *dimensões de vinculação amorosa dos “pacientes” e as dos “companheiros”* não se encontraram associações entre as dimensões dos dois subgrupos.

4. ANÁLISES DE REGRESSÃO MÚLTIPLA

Por fim, realizamos algumas análises de regressão múltipla para explorar mais profundamente a relação entre variáveis encontrada através das análises correlacionais. De acordo com Pallant (2001), começamos por perceber se os nossos pressuposto estavam assegurados, utilizando a análise apenas quando o tamanho da amostra era suficiente para testar o modelo proposto, quando o pressuposto da não multicolinearidade e singularidade estava assegurado, quando não haviam *outliers* significativos e tendo em conta a normalidade, linearidade, homocedasticidade e independência de *residuals*. Para cada um dos modelos levantados, em resultado das correlações anteriormente realizadas, questionamos se seria possível estimar a variável dependente (VD) em função das variáveis independentes (VI) e se todas as variáveis teriam interesse para o modelo.

Tentamos, em primeiro lugar, perceber até que ponto as percepções do *companheiro* acerca do grau de controlo proporcionado pelo tratamento, do grau de sintomas percebido no *paciente* e do grau em que a vida do *paciente* é afetada pela dor predizem o grau de sintomas de dor nos *pacientes* percebido pelos mesmos. O nosso modelo, que inclui estas três variáveis independentes relativamente às representações dos *companheiros*, explica 31.4% da variância do grau em que a dor afeta a vida do *paciente* percebido pelos próprios *pacientes* (VD) e é altamente significativo ($F(3) = 7.85$, $p < .01$, $\eta^2 = .000$). Destas três variáveis independentes, a primeira explica a contribuição única mais elevada ($\beta = .483$, $p < .01$, $\eta^2 = .003$), a segunda também apresenta uma contribuição estatisticamente significativa ($\beta = -.319$, $p < .05$, $\eta^2 = .014$) ao contrário da terceira que não faz uma contribuição única significativa para a variância da VD ($\beta = .014$).

Em segundo lugar, exploramos até que ponto a preocupação dos *companheiros* para com a dor dos *pacientes* e as percepções do *companheiro* acerca das consequências da dor para o *paciente* predizem o grau de preocupação com a dor nos *pacientes*. O nosso modelo, que inclui as duas variáveis independentes precedentes relativas às representações cognitivas e emocionais dos *companheiros*, explica 15.1% da variância do grau de preocupação com a dor pelos *pacientes* (VD), sendo um modelo significativo na predição desta variável ($F(2) = 5.00$, $p < .05$, $\eta^2 = .011$). Destas duas variáveis independentes, as percepções dos *companheiros* acerca das consequências da dor para o *paciente* explicam a contribuição única mais elevada e estatisticamente significativa ($\beta = .356$, $p < .05$, $\eta^2 = .025$), enquanto o grau de preocupação dos

companheiros com a dor dos *pacientes* contribui menos e de forma não significativa para a variância da VD ($\beta = .135$, n.s.).

Analisamos, em terceiro lugar, até que ponto as percepções dos *companheiros* acerca das consequências da dor na vida dos *pacientes* e as percepções dos mesmos acerca do grau de sintomas de dor de que padecem os *pacientes* predizem as consequências da dor na vida do *paciente*, percecionadas pelos próprios. O nosso modelo, que inclui estas duas variáveis independentes relativas às representações cognitivas e emocionais dos *companheiros*, explica 19.2% da variância das consequências percebidas pelos *pacientes* acerca da dor na sua vida (VD), sendo um modelo altamente significativo na predição desta variável ($F(2) = 6.36$, $p < .01$, $\eta^2 = .004$). Destas duas variáveis independentes, as consequências da dor nas vidas dos *pacientes* percebidas pelos *companheiros* explicam a contribuição mais elevada e estatisticamente significativa ($\beta = .408$, $p < .05$, $\eta^2 = .019$), enquanto o grau de sintomas de dor percebido pelos *companheiros* contribui menos e de forma não significativa para a variância da VD ($\beta = .104$, n.s.).

Em quarto lugar, exploramos até que ponto a confiança, evitamento e ambivalência dos *companheiros* predizem a percepção temporal de dor por parte dos *pacientes*. O nosso modelo, que inclui estas três variáveis independentes explica 12.1% da variância da duração de dor percebida pelos *pacientes* (VD), sendo um modelo estatisticamente significativo na predição desta variável ($F(3) = 3.06$, $p < .05$, $\eta^2 = .038$). Destas três variáveis independentes, o evitamento do *companheiro* explica a contribuição mais elevada ($\beta = -.177$), seguindo-se a confiança ($\beta = .159$) e só depois a ambivalência ($\beta = -.155$), contudo, nenhuma das três é estatisticamente significativa.

Por fim, tentamos perceber até que ponto a percepção dos *companheiros* relativamente à ameaça de dor e a confiança dos *pacientes* predizem a ameaça de dor sentida pelos *pacientes*. O nosso modelo, que inclui estas duas variáveis independentes explica 17.7% da variância da percepção de ameaça que os *pacientes* apresentam perante a dor (VD), sendo um modelo altamente significativo na predição desta variável ($F(2) = 22.23$, $p < .01$, $\eta^2 = .006$). Destas duas variáveis independentes, a ameaça de dor percebida pelos *companheiros* explica a contribuição mais elevada e estatisticamente significativa ($\beta = .498$, $p < .05$, $\eta^2 = .015$) enquanto a confiança do *paciente* apesar de contribuir de forma menos marcante é igualmente significativa ($\beta = -.372$, $p < .05$, $\eta^2 = .034$).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do estudo, olhamos para os resultados de uma forma contextualizada, tentando integrá-los teoricamente e refletir uma série de questões por eles levantada.

Em primeiro lugar, tentamos perceber como é que a nossa amostra se caracteriza em termos da (in)congruência do casal na avaliação subjetiva da dor dos *pacientes* (Objetivo 1). A incongruência esperada na avaliação da dor do *paciente* pelos casais (Cano et al, 2004) foi confirmada (H_1), uma vez que, do total de 46 casais estudados, 33 foram incongruentes na avaliação da dor. Não obstante, apesar de grande parte dos *companheiros* subvalorizar a dor do IDC ($n=18$) (Cano et al, 2004), muitos casais avaliam da mesma forma a dor sentida pelo *paciente* ($n=15$) (Cano et al, 2005b; Cano et al, 2004) (H_2), enquanto apenas 13 *companheiros* sobrevalorizam a dor avaliada pelo *paciente*. A subvalorização da dor pelo *companheiro* é mais esperada do que a igualdade na revisão da literatura, contudo, a existência de 15 casais congruentes na avaliação da dor é um aspeto interessante e que podemos refletir através das diferenças significativas encontradas entre casais no que diz respeito à duração da relação conjugal e à presença de dor no *companheiro*. Isto porque, como metade da amostra é constituída por relações conjugais com maior duração e revelando estes uma maior congruência do que aqueles cujas relações são mais curtas, adivinha-se que em relações conjugais com maior duração haja uma maior convivência com a dor por parte dos *companheiros*, maior adaptação e aceitação dos *pacientes* relativamente à presença da dor e uma maior adaptação/habituação do mesmo às respostas do *companheiro*. E, porque, como em 29 dos 46 casais os *companheiros* já experimentaram situações de dor e se mostram mais congruentes do que aqueles em que o *companheiro* não experimenta ou experimentou a condição dolorosa, adivinha-se que estes apresentem uma maior ativação empática e, consequentemente, tenham uma maior facilidade em perceber a experiência pessoal do IDC (Goubert et al, 2005). Deste modo, uma boa parte da amostra possui características que contribuem para uma maior congruência.

Em segundo lugar, respondendo ao nosso objetivo de descrever a amostra de IDC e seus *companheiros* segundo as dimensões de vinculação amorosa (Objetivo 2), podemos dizer que quer o subgrupo *pacientes* quer o subgrupo *companheiros* apresentam valores mais elevados de confiança e dependência do que de evitamento e ambivalência. De acordo com os valores encontrados, confirmou-se o padrão encontrado noutros estudos (Oliveira, 2008; Rocha, 2008) de que *pacientes* e seus *companheiros* apresentam uma concentração decrescente segundo as dimensões confiança, dependência, ambivalência e evitamento. Além disso, apesar de não se terem encontrado diferenças significativas nas dimensões de vinculação entre *pacientes* e *companheiros* (compreensível já que, muitas vezes, não são os valores das dimensões de

vinculação que revelam as diferenças entre os grupos mas a sua configuração/relação), as frequências mostram-nos que os *pacientes* apresentam menos confiança relativamente aos *companheiros* mas uma maior dependência, ambivalência e evitamento, tal como era esperado (H_3) por comparação com resultados obtidos noutros estudos (Oliveira, 2008).

Extrapolando a análise dimensional da vinculação amorosa e recorrendo à análise de *clusters* realizada através das dimensões do QVA, verifica-se que os *pacientes* (grupo clínico) apresentam prevalência de estilos inseguros, tal como era esperado através de estudos realizados com uma amostra semelhante, na população portuguesa (Oliveira, 2008) e confirma-se a prevalência de um estilo preocupado em *pacientes* que padecem de dor ($H_{3.1}$) semelhante a resultados encontrados noutros estudos (Davies, Macfarlane, McBeth, Morriss & Dickens, 2009; Oliveira, 2008). Esta prevalência pode ser justificada pelo facto de a vinculação insegura ser um predisponente da condição de doença, já que indivíduos mais inseguros parecem estar mais propícios a desenvolver dor crónica por se caracterizarem, por exemplo, por um baixo limiar da dor, menos controlo, maior medo do sofrimento relacionado com a dor, hipervigilância e catastrofização mesmo em indivíduos sem dor (Maunder & Hunter, 2001; Meredith, Strong & Fenney, 2006a, Mikail, Henderson & Tasca, 1994, cit in Mikail, 2003). Contudo, tal como os *pacientes*, também os *companheiros* (grupo não clínico) apresentam uma grande prevalência de estilos inseguros, nomeadamente o estilo preocupado (mais frequente nos *companheiros* do que nos próprios *pacientes*) o que contraria a nossa hipótese ($H_{3.2}$) baseada em estudos prévios, na população portuguesa (e.g. Oliveira, 2008). De facto, não obstante haver mais *pacientes* desinvestidos e amedrontados do que *companheiros* e mais *companheiros* seguros do que *pacientes*, os elevados níveis de insegurança no subgrupo dos *companheiros*, nomeadamente do estilo preocupado não é frequente, na literatura, mas interessante, podendo ajudar-nos a refletir a vivência da dor crónica do IDC pelo *companheiro*. Ainda, a distribuição de *pacientes* e *companheiros* pelos quatro estilos de vinculação é bastante semelhante entre si e nada habitual tendo em conta outros estudos que comparam amostras clínicas com amostras saudáveis (Oliveira, 2008).

Por um lado, isto poderá querer dizer que ser *companheiro* de um IDC e conviver com a dor crónica de outrem pode ter um maior impacto na sua vinculação do que seria de esperar. Mais, verificamos que em 12 dos 46 casais o estilo de vinculação da diáde é o mesmo, o que contraria o panorama nos restantes casais que revelam a tendência dos sujeitos procurarem no outro formas de confirmarem os seus modelos internos e não formas similares de vinculação (Collins & Read, 1990). Destes 12 casais semelhantes em termos de estilo de vinculação, os 11 que apresentam estilos inseguros poderão estar a confirmar a ideia de que alguns acontecimentos têm um impacto tão marcante na vida dos indivíduos que se verifica, ao longo

do tempo, uma associação entre os acontecimentos de vida stressantes e mudanças na vinculação resultando numa ativação longa e não resolvida deste sistema que aumentará a insegurança base e poderá gerar estilos de vinculação inseguros (Matos, 2002; Simpson & Rholes, 1994) quer nos IDC quer nos seus *companheiros*.

Por outro lado, a existência de associação em 26 dos 46 *companheiros* entre a experiência de dor pelos próprios e a presença de um estilo de vinculação inseguro poderá justificar a prevalência de *companheiros* inseguros pelo facto de parte neste grupo dito não clínico apresentar, no entanto, características clínicas dolorosas que, por sua vez, podem justificar (por serem consequência ou causa) a insegurança dos *companheiros*.

Por último, em 10 dos 46 *companheiros* associa-se um estilo de vinculação inseguro (amedrontado ou preocupado) e uma idade mais avançada (≥ 65 anos) o que, consequentemente poderá sugerir uma maior necessidade de responsividade e ajuda pelos outros e explicar, também, alguma da insegurança encontrada nos *companheiros*.

Respondendo ao nosso objetivo de descrever a amostra de IDC e seus *companheiros* segundo as representações cognitivas e emocionais de dor (Objetivo 2), podemos dizer que a nossa amostra apresenta níveis acima da média da escala em todas as dimensões avaliadas nas representações cognitivas e emocionais da dor. Contudo, confirma-se que os *pacientes* apresentam maiores consequências da dor, tempo que esta vai durar, sintomas que esta acarreta, preocupação com esta condição e um maior efeito emocional da dor em si mesmos e, por outro lado, percebem ter um menor controlo pessoal sobre a dor mas também um menor controlo que o tratamento pode proporcionar e uma menor compreensão da sua dor (H_4), o que de resto é antecipado por um elevado número de estudos (Gatchel et al, 2002; Hagger & Orbell, 2003; Leonard et al, 2006a; Turk & Flor, 1999).

Ainda, esta organização das representações do indivíduo acerca da dor é exatamente a organização das oito representações que é levada a cabo na criação da dimensão *ameaça de dor percebida* proposta por Broadbent e colaboradores (2006). Deste modo, tendo esta relação sido confirmada na nossa amostra, podemos concluir que os *pacientes* percebem a sua dor como uma ameaça. Mais especificamente, confirma-se que os *pacientes* percebem a dor como estatisticamente mais ameaçadora do que os *companheiros* (H_5), tal como sugeria a interpretação da literatura (Cano et al, 2004; Gatchel et al, 2007; Gatchel et al, 2002; Gatchel, 1999; Keefe et al, 2006; Quartilho, 2001a, Quartilho 2001b; Schwartz & Ehde, 2000; Turk & Flor, 1999). Não obstante, ambos (*pacientes* e *companheiros*) sugerem que a dor representa para si uma experiência emocional complexa e difícil (Schwartz & Ehde, 2000; Silver, 2004; Mikail, 2003; Quartilho, 2001a; Watson & McDaniel, 2005;) visível não só na presença de valores na dimensão *ameaça de dor* que excedem o valor médio da escala mas também através

da observação e diálogo estabelecidos entre o investigador e os casais aquando do preenchimento dos questionários. O porquê da diferença na percepção da ameaça entre *pacientes* e *companheiros* parece, no entanto, justificar-se pelo facto dos *companheiros* serem significativamente mais compreensivos relativamente à dor e, apesar de não significativas estatisticamente, estes apresentarem frequências mais elevadas também no controlo pessoal e controlo pelo tratamento (percepções negativamente associadas à ameaça percebida de dor).

Em terceiro lugar, respondemos ao nosso objetivo de explorar as correlações entre as variáveis em estudo (Objetivo 3). Relativamente às associações que se encontram entre a (in)congruência conjugal e as outras dimensões em estudo, a associação entre a (in)congruência conjugal na avaliação da dor e as representações cognitivas e emocionais da dor nos pacientes mostra-nos que uma maior incongruência no casal está associada a uma menor percepção temporal da dor pelo *paciente*, enquanto a associação entre a (in)congruência conjugal na avaliação da dor e as representações cognitivas e emocionais da dor nos companheiros nos mostra que quanto maior é a incongruência maior é o grau em que o *companheiro* percebe que a dor afeta a vida do *paciente*.

A questão de investigação colocada acerca da associação entre a (in)congruência do casal na avaliação da dor e as dimensões de vinculação nos pacientes (QI₁) não encontrou suporte empírico ao nível das correlações ao contrário, contudo, do que poderíamos ser levados a pensar.

Não obstante, a análise das diádes, relativamente aos estilos de vinculação obtidos através da análise de *clusters* poderão dar-nos algumas respostas. Por um lado, sob o ponto de vista da vinculação nos *companheiros*, relativamente àqueles que são identificados como evitando a intimidade, adivinhava-se uma tendência a não investir na compreensão e apoio do outro (Matos et al, 2001) o que, consequentemente, poderia resultar na incongruência por desvalorização da dor pelo *companheiro*. De facto, quando analisamos as diádes individualmente, verificamos que nos 15 casais em que predomina a congruência, nenhum dos *companheiros* apresenta um estilo de vinculação desinvestido (cujos valores de elevados de evitamento são os mais característicos), enquanto os 5 *companheiros* que, nesta amostra, apresentam um estilo de vinculação desinvestido pertencem a casais incongruentes na avaliação da dor do IDC, 4 dos quais por subvalorização da dor pelo *companheiro*. Ainda, nos *companheiros* identificados como procurando ansiosamente a aceitação e valorização pelo outro (Matos et al, 2001) adivinhava-se a tendência a investir, excessivamente, na compreensão do outro o que poderia resultar na incongruência do casal por sobrevalorização da dor pelo *companheiro*. De facto, dos 22 *companheiros* que, na amostra, apresentam um estilo de vinculação preocupado (cujos valores de elevados de dependência são os mais característicos)

14 pertencem a casais incongruentes na avaliação da dor do IDC, 7 dos quais por sobrevalorização do *companheiro*.

Por outro lado, sob o ponto de vista da vinculação dos *pacientes*, a incongruência conjugal poderia despoletar, com o passar do tempo, um maior evitamento por parte dos pacientes por se sentirem pouco valorizados e apoiados (Goubert et al, 2005). De facto, em 5 dos casais incongruentes relativamente à avaliação da dor, os *pacientes* apresentam um estilo de vinculação desinvestido. Contudo, isto poderá ser interpretado de forma inversa, sendo que como *pacientes* desinvestidos tendem a evitar e inibir relatos sintomáticos perante os outros, exatamente por preverem uma resposta pouco responsável e apoiante (Matos et al, 2001) isto poderia justificar a incongruência nestes mesmos casais. Ainda, a incongruência conjugal poderia despoletar, com o passar do tempo, uma maior dependência por parte dos *pacientes* por reavaliação da dor como mais grave e de si próprios como mais carentes de apoio (Goubert et al, 2005). A análise das diádes mostra-nos que em 12 dos casais incongruentes relativamente à avaliação da dor, os *pacientes* apresentam um estilo de vinculação preocupado. Contudo, isto poderá ser interpretado de forma inversa, sendo que como *pacientes* preocupados tendem a depender e procurar mais os cuidados dos outros, exatamente por carecer da aceitação e validação interpessoal (Matos et al, 2001) isto poderia justificar a incongruência, igualmente, nestes mesmos casais.

Relativamente à associação entre as representações cognitivas e emocionais da dor e as dimensões de vinculação, as representações menos ameaçadoras verificadas nos *companheiros* (em comparação com as dos *pacientes*), não mostram estar associadas a maiores níveis de evitamento no *paciente*, ao contrário do que era esperado por vários estudos (Goubert et al, 2005; Thompson & Pitts, 1992 cit in Heijmans et al, 1999) (H₆). Isto poderá estar a acontecer, mais uma vez, porque apesar da ameaça de dor percebida ser significativamente diferente entre os dois subgrupos, ambos pontuam a ameaça de dor acima do valor médio da escala o que poderá estar a contribuir para que *pacientes* se sintam apoiados e compreendidos pelos seus *companheiros* e, desta forma, não sintam necessidade de inibir o discurso relativo à dor e, consequentemente, não ativem respostas evitantes perante os seus *companheiros*. Poderá, ainda, estar a reforçar o facto de a vinculação ser algo construído mais precocemente do que estas representações de dor e de, pesar da flexibilidade que poderá apresentar ao longo da vida (Matos, 2002) será algo mais estável e basilar.

Além de, no geral, a ameaça de dor percebida, as representações cognitivas e emocionais dos *companheiros* acerca da dor não se associam com as dimensões de vinculação dos *pacientes*, o que sugere que a forma como os *pacientes* organizam os seus modelos em relação a si próprios e aos outros não causam ruído nas representações que os *companheiros*

têm da dor, nem as representações dos *companheiros* parecem fazer oscilar a forma como os *pacientes* se vêm ou vêm os outros.

Quando, pelo contrário, observamos as associações entre as representações de dor dos *pacientes* e as dimensões de vinculação dos *companheiros* (QI₂) verificamos que quanto maior é o evitamento nos *companheiros*, maior o grau em que o *paciente* perceciona que a sua vida é afetada pela dor e quando os *companheiros* apresentam maior dependência o *paciente* comprehende menos a sua dor. Para além disso, os *companheiros* que apresentam uma elevada confiança e reduzidas ambivalência e evitamento (características de um estilo de vinculação preocupado) se associam a uma maior percepção temporal de dor pelos *pacientes*. Ainda, análises de regressão múltipla mostraram que o modelo confiança, evitamento e ambivalência nos *companheiros* é significativo na predição de 12.1% da variância da duração de dor percebida pelos *pacientes* mas que, isoladamente nenhuma delas contribuiria para explicar esta percepção de grande duração da dor – isto confere ainda mais pertinência à sugestão de que a conjugação destas três dimensões constitua algo mais forte (estilo preocupado).

Estas associações, nomeadamente as que sugerem que um estilo preocupado esteja relacionado com a percepção de uma maior duração da condição dolorosa e, ainda, a associação entre valores mais elevados de dependência (complementares aos restantes no estilo de vinculação preocupado) e uma menor compreensão da dor pelo *paciente*, pode encontrar fundamento no sentido em que, a forma como o *companheiro* quer que os outros o vejam e a sua ansiedade face à validação dos outros perante as suas ações poderá fazer com que este valorize e invista na dor do *paciente* (excessivamente) o que poderia levar à reavaliação da gravidade/ameaça da dor (que já refletimos anteriormente) e, deste modo, a uma percepção temporal e compreensão da dor mais negativas pelos *pacientes*.

No que diz respeito à associação entre as dimensões de vinculação dos *pacientes* e às suas próprias representações da dor, ao contrário do que era esperado, uma maior dependência associa-se a uma menor percepção do grau de sintomas. Apesar de não se encontrarem as relações esperadas (dependência e controlo/representações emocionais, ambivalência e identidade/controlo/representações emocionais ou evitamento e identidade/representações emocionais), um maior evitamento está relacionado com uma menor percepção de controlo pelo tratamento (H₇). Esta ausência de associações poderá estar a acontecer porque os diferentes estilos de vinculação assumem configurações distintas ao nível das dimensões, de modo que (na primeira associação encontrada) elevados níveis de dependência podem ser encontrados quer num estilo de vinculação preocupado quer num estilo de vinculação seguro, sendo que o que os diferencia é o significado dessa dependência e a sua funcionalidade. Deste modo, como na amostra se verifica para além da associação entre uma maior dependência e uma menor

perceção sintomática também a associação entre uma maior confiança e um menor relato de sintomas, no seu conjunto isto poderá representar o padrão característico de um estilo de vinculação seguro que apoia a existência de uma elevada confiança e dependência (funcional e que, nesta amostra, poderá estar inflamada pela cronicidade e necessidade de apoio que dor crónica implica) corresponderão a menores relatos sintomáticos (Ciechanowski et al, 2003; Ciechanowski et al, 2002).

Verificou-se, ainda, que os níveis de confiança dos *pacientes* e a percepção de ameaça pelos *companheiros* cria um modelo significativo e que explica 17.7% da ameaça percebida pelos *pacientes* – o que significa que uma baixa confiança nos *pacientes* e uma elevada percepção de ameaça pelos *companheiros* prediz uma grande ameaça percebida pelos *pacientes*. O que faz sentido se pensarmos que valores de confiança mais reduzidos poderão sugerir uma orientação de vinculação mais insegura o que será um fator de vulnerabilidade, influenciando negativamente a vivência da dor e levando à avaliação da dor como uma ameaça (Ciechanowski et al, 2003; Ciechanowski et al, 2002).

Em quarto lugar, respondendo ao objetivo de perceber as associações entre as representações cognitivas e emocionais da dor nos *companheiros* e nos *pacientes* (Objetivo 4), observamos várias associações, nomeadamente, no que diz respeito à medida em que as representações da dor pelos *companheiros* predizem as representações dos *pacientes* (QI₃).

Como vimos anteriormente, valores elevados na percepção da dor como uma ameaça pelos *companheiros* estão relacionados com elevados valores na ameaça de dor percebida pelos *pacientes*. Encontraram-se, também, associações entre o controlo proporcionado pelo tratamento, o grau de sintomas de dor e as consequências da dor percebidos pelos *companheiros* e o grau de sintomas de dor percebido pelos *pacientes* – estas representações dos *companheiros*, analisadas através de regressões múltiplas, mostraram predizer significativamente 31.4% do grau de sintomas percebido pelos *pacientes*. Ou seja, valores elevados de grau de sintomas percebidos pelos *pacientes* são preditos primeiro pela percepção dos *companheiros* de que o tratamento controla pouco a dor (maior contributo) e depois pela percepção dos *companheiros* de que a dor afeta muito a vida e provoca muitos sintomas nos *pacientes*.

Mais associações entre representações de dor foram observadas, a preocupação com a dor e as consequências percebidas pelos *companheiros* associam-se ao grau de preocupação dos *pacientes* com a sua dor – estas representações dos *companheiros* mostraram predizer significativamente o grau de preocupação dos *pacientes* com a sua dor (15.1%). Isto significa que elevados níveis de preocupação dos *pacientes* relativamente à sua dor são preditos pelas percepções de consequências (maior contributo) e preocupação elevadas nos *companheiros*.

Por fim, verificaram-se associações entre as percepções dos *companheiros* acerca das consequências da dor e dos sintomas de dor dos *pacientes* e a percepção dos *pacientes* acerca das consequências da sua dor – estas representações dos *companheiros* mostraram, mais uma vez, predizer significativamente as consequências de dor percebidas pelos *pacientes* (19.2%). O que quer dizer que a percepção dos *pacientes* de elevadas consequências da dor na sua vida são preditas por elevadas consequências (maior contributo) e elevados sintomas percebidos pelos *companheiros*.

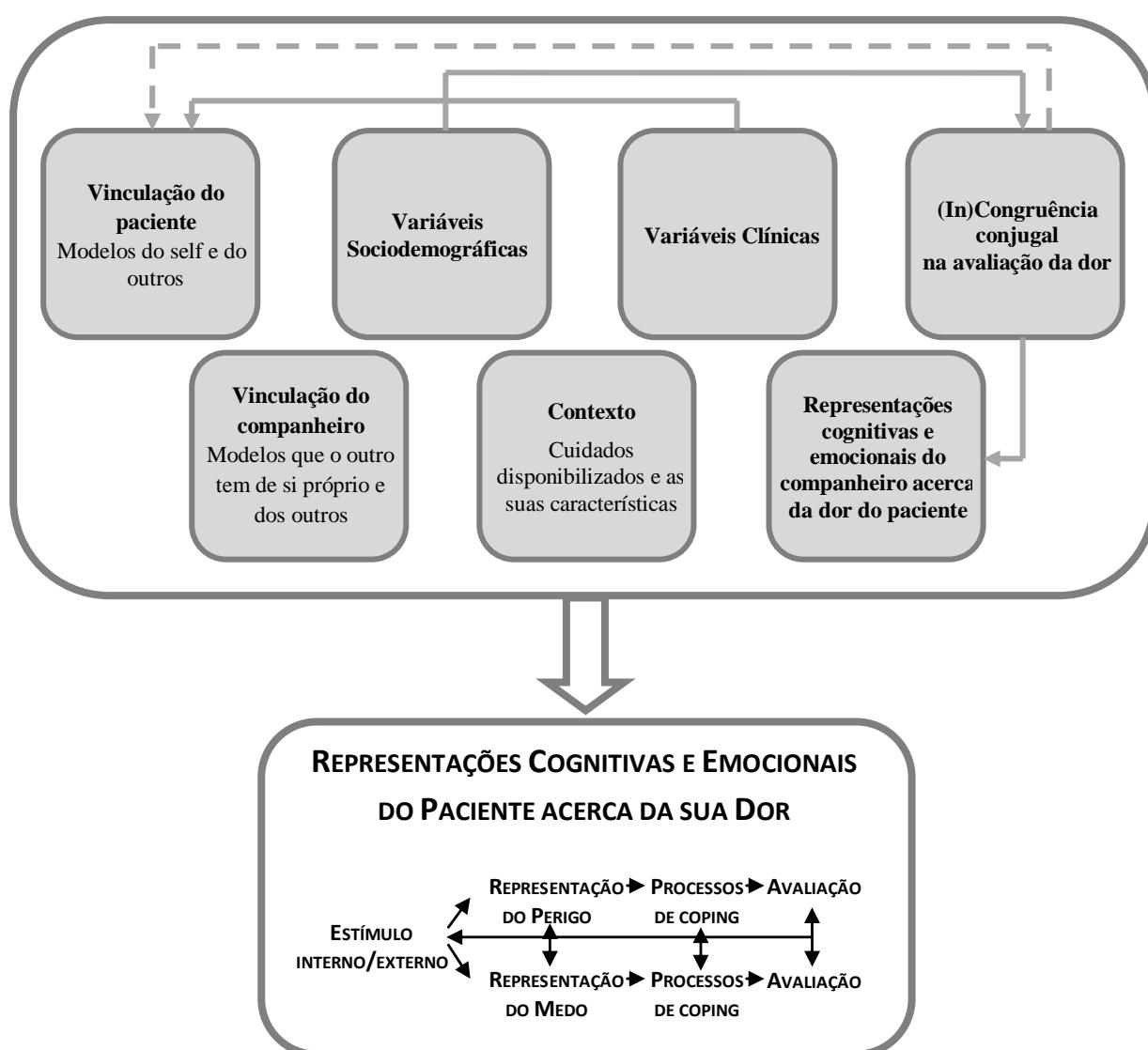
Reunindo todas estas informações, percebemos que a vinculação e as representações de dor dos *companheiros* influenciam as representações de dor dos *pacientes*, tal como esperado por Heijmans e colaboradores (1999). Contudo, nem a vinculação nem as representações de dor dos *pacientes* influenciam as representações dos *companheiros*. Isto poderá acontecer devido à enorme fragilidade e vulnerabilidade a que o *paciente* está expostos e, por isso mesmo, percebe-se que a influência dos outros poderá ter um efeito ampliado na sua vivência. Note-se que “individuals even rely on a relative stranger when attempting to evaluate the seriousness of an ambiguous health threat” (Croyle & Hunt, 1991 cit in p.452, Heijmans et al 1999). Do mesmo modo, não havendo esta fragilidade marcada do *companheiro* ele não estará tão vulnerável a ser afetado pelas representações e modelos dos outros.

Um último objetivo visava a exploração da influência dos aspetos socioculturais e clínicos nas variáveis (in)congruência conjugal na avaliação da dor, dimensões de vinculação amorosa e representações cognitivas e emocionais da dor (Objetivo 5).

Alguns aspetos sociodemográficos e clínicos imprimiram alguma variabilidade na expressão dos nossos constructos (Q14). O local de recolha da amostra explicou parte da preocupação dos casais com a dor dos *pacientes* e das representações emocionais consequentes à dor – maiores num dos hospitais do que no centro de saúde –, o que poderá demonstrar o efeito iatrogénico (doença provocada ou prolongada como efeito secundário da atuação médica) para o qual Quartilho (2004) e outros autores (Page & Wesseley, 2003) nos têm vindo a sensibilizar. A duração da relação amorosa explicou alguma da congruência conjugal – uma vez que em relações mais longas os casais são mais congruentes – e da percepção de consequências de dor na vida do *paciente* – em relações mais longas existe a percepção de menores consequências da dor na vida do *paciente*. A presença de dor no *companheiro* explicou, também, alguma da congruência conjugal – quando existe ou existiu dor nos *companheiros* os casais são mais congruentes. O acompanhamento psicológico explicou parte da (in)dependência dos *pacientes* – se acompanhados por psicologia são menos dependentes – e alguma compreensão da dor pelos *pacientes* – se acompanhados por psicologia compreendem menos a sua dor –, o que poderá significar uma desconstrução de um processo de atribuição causal

arbitrária e disfuncional na vida do *paciente*. A duração da condição dolorosa explicou parte das consequências percebidas de dor – quando tem 10 a 20 anos de duração os casais percebem um menor impacto da dor na vida do paciente do que quando tem mais de 20 anos de duração – consequente, possivelmente, da maior habituação à dor e à incapacidade provinda de comorbidades (durações de dor mais elevadas são mais frequente em idades mais avançadas). Por último, a influência da dor na situação laboral que mostrou influenciar o grau de sintomas (consequências) que os casais acreditavam ser experienciados pelos IDC – maior percepção de sintomas quando a situação laboral foi afetada pela dor – e o impacto emocional que a dor representa nos sujeitos – maior naqueles que vêm a situação laboral do *paciente* ser afetada pela dor.

Resumindo, os resultados e a sua interpretação parecem apontar para a reflexão das representações da dor segundo o seguinte modelo:



CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

Concluindo este trabalho, comparam-se agora os resultados obtidos neste estudo e a realidade presenciada pelo investigador nos momentos de recolha de dados com os casais.

De facto, concluímos que os casais tendem a ser incongruentes relativamente à avaliação da dor do IDC, ainda que se verifiquem maiores frequências de subvalorização e igual valorização da dor pelos *companheiros*. No contacto com os casais observamos, frequentemente, um grande descontentamento e frustração dos *pacientes* face não só à incongruência conjugal na avaliação da dor que estes percebiam existir mas também à disparidade de representações de dor. Concordante com esta frustração, em alguns dos *companheiros* verificamos a presença de alguma deseabilidade social perante o investigador e perante a investigação (favorecida pelo facto de usarmos instrumentos de autorrelato), mas também verificamos que além de uma disparidade na valorização ocorria uma disparidade na interpretação dos conceitos subjacentes às questões – o que significa ficar muito afetado pela dor em termos de escala? O que significa perceber que o *paciente* é muito afetado pela dor? Se o *paciente* apresenta 6 sintomas de dor isso quer dizer que apresenta muitos, o habitual, poucos...?

De facto, o nosso estudo não foca realidade mas as representações, significações e vivências de cada casal e de cada elemento das diádes. Chapman e colaboradores (1999) chamam atenção para esta perspetiva construtivista, que assume que o cérebro não lida diretamente com a realidade mas com uma representação interna da realidade, individual e subjetiva, que vai sendo construída ao longo do tempo através da informação sensorial, redes de associação e memória. Neste sentido, percebemos que alguma congruência obtida nos nossos resultados não parece estar acessível aos próprios casais e principalmente aos *pacientes* que, em muitos casos, não reconhecem esta similaridade conjugal na representação da dor.

O estudo conclui, ainda, que a vinculação amorosa, nesta amostra de casais, se caracteriza por valores mais elevados de confiança, seguindo-se a dependência, ambivalência e evitamento, sendo que os *pacientes* apresentam menos confiança mas mais dependência, ambivalência e evitamento. Mas quer *pacientes* quer *companheiros* encontraram prevalência de estilos de vinculação insegura, nomeadamente, do estilo de vinculação preocupado, pelo que propomos a análise destes valores no sentido do impacto da dor crónica na vida de ambos os elementos da diáde, da empatia gerada pela experiência de dor também pelos *companheiros* e da idade da amostra que prevê uma maior dependência de terceiros nos dois subgrupos. Tal como acontece na vinculação, as representações cognitivas e emocionais da dor confirmam as organizações pré-estabelecidas mostrando que os *pacientes* percebem a sua dor como uma ameaça e, apesar de os *companheiros* também revelarem perceber a dor como uma experiência complexa, comparativamente com os *pacientes*, percebem a dor como menos ameaçadora. Não

obstante, prevemos que isto aconteça devido a uma maior compreensão da dor e não por uma desvalorização da sua gravidade, o que, juntando todas estas peças poderá significar que as avaliações da dor e restantes representações parecem mostrar uma tendência à congruência conjugal que, no entanto, não sendo percebida pelos *pacientes*, não parece estar a promover uma melhor compreensão e harmonia deste face à sua vivência da dor como algo válido, reconhecido e pertinente.

De um modo geral, concluímos que a (in)congruência conjugal se parece associar às dimensões de vinculação no *paciente*, as representações cognitivas e emocionais da dor dos *pacientes* às dimensões de vinculação dos *companheiros*, as dimensões de vinculação do *paciente* às suas representações de dor e, por sua vez, as representações dos *companheiros* acerca da dor parecem associar-se e predizer algumas representações dos *pacientes* acerca da sua dor. Por fim, verificamos que as variáveis clínicas e sociodemográficas também mostram ter influência nas dimensões estudadas.

I. QUESTÕES LEVANTADAS PELAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS E LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Em primeiro lugar, a amostra é voluntária o que levanta questões acerca da seleção de casais que, provavelmente, estarão mais sensibilizados para a condição dolorosa e para a sua importância na conjugalidade. Para além disso, como foram utilizadas medidas de autorrelato poderá haver alguma influência da desejabilidade social, nomeadamente, pela presença do investigador que, muitas vezes, proporcionou auxílio na resposta aos questionários (pela dificuldade dos sujeitos em interpretar as questões ou escalas). Não obstante as limitações que esta presença pode ter causado, a ausência do investigador e do auxílio na compreensão dos questionários poderia, e adivinha-se que teria, consequências mais negativas para o estudo.

Em segundo lugar, percebemos que este poderá não ser o melhor estudo para perceber, especificamente, as características da vivência da dor crónica em casais em que o paciente é do sexo masculino, contudo, as características da amostra no que respeita ao sexo assemelham-se às da própria população com dor crónica.

Em terceiro lugar, estamos impossibilitados, apesar da vasta literatura que o aponta, de estabelecer relações de causalidade entre, por exemplo, uma orientação de vinculação insegura e o desenvolvimento da dor crónica. Isto chama a atenção para as vantagens dos estudos longitudinais que permitem avaliar a evolução das representações de dor e da vinculação ou, pelo menos, a importância de avaliações retrospectivas, nomeadamente, as representações da dor antes do aparecimento dos sintomas de dor e a avaliação da vinculação aos pais. Para além disso, a observação não sistematizada e padronizada da interação entre o casal e o discurso paralelo ao preenchimento dos questionários mostrou o quanto relevante é o uso conjunto de

metodologias quantitativas e qualitativas para melhor compreender as relações e dinâmicas implícitas na vivência da dor. Não poucas vezes os casais abordavam espontaneamente questões não avaliadas (e.g. a história de vida, por vezes, remetendo-se mesmo à infância, história de acompanhamento médico, habitualmente longo e desgastante, relação sexual, questões farmacológicas, consequências socioeconómicas) o que reforça a pertinência que estas têm para a vivência individual e conjugal. Não obstante, a metodologia usada enquadrava-se no objetivo do presente estudo, sendo o método de análise combinado um objetivo já planeado e incluído no projeto global em que este estudo se insere.

Em quarto lugar, sabemos que a dor crónica é vivida não só pelo paciente mas pelo seu companheiro, mas não se limita a uma vivência a dois, alarga-se à vivência dos restantes familiares (dada a idade da nossa amostra, os filhos poderão ter aqui um papel muito importante), o restante contexto social e os profissionais de saúde que os acompanham, pelo que será pertinente que qualquer um destes agentes seja alvo de estudo.

Por fim, os três constructos utilizados foram avaliados através de versões breves de questionários de maiores dimensões, pelo que estas podem não ser tão robustas quanto as versões originais e limitar algum do pormenor e complexidade da avaliação. Além disso, como estudos prévios acerca da vinculação e das representações da dor usam várias medidas de avaliação destes constructos é difícil, em algumas situações, realizar comparações entre estudos, uma vez que estas implicam a interpretação do investigador que pode, por vezes, ser abusiva.

I. REFLEXÕES ACERCA DAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Apesar das limitações metodológicas e inerentes à própria natureza do estudo (natureza curricular que limita a dimensão das variáveis e do próprio estudo), os resultados e a própria revisão da literatura apresentam-nos o estudo das representações cognitivas e emocionais da dor e o estudo da vinculação nos casais como particularmente fulcrais e válidos na compreensão da vivência da dor e do papel de outros significativos inevitavelmente envolvidos nesta vivência. Fulcral é também o seu estudo através de uma lente bidirecional, quer na compreensão destes casais mutuamente envolvidos e afetados, quer na compreensão da influência das variáveis estudadas na vivência da dor pelos casais.

Esta visão e a contemplação, no nosso estudo, de IDC mas também dos seus companheiros justifica-se uma vez que, relativamente ao contexto conjugal, “*como terapeutas (e como investigadores), frequentemente vemos o filme apenas depois do intervalo, e este filme tem dois realizadores com um guião diferente para a mesma história. A complexidade deste*

filme não permite senão um estudo parcelar dos seus elementos, dissonâncias, cor, intensidade de emoções, investimento, cumplicidade..." (p. 11, Costa, 2005).

A teoria da vinculação é um modelo conceptual da maior pertinência uma vez que encontra as questões cognitivas, comportamentais e emocionais fulcrais na intervenção ao nível da dor. A reavaliação cognitiva da dor promove a alteração da percepção da dor como uma ameaça ou um desafio e a teoria da vinculação permite perceber que os eventos são percebidos como ameaçadores ou desafiantes em função do seu estilo de vinculação – filtrando um evento através dos modelos internos dinâmicos que automaticamente interpretam a intensidade da ameaça e percebem o *self* como mais ou menos capaz de lidar com ela – o que tem consequências nas respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais e pressupõe uma adaptação mais ou menos problemática (Meredith, Strong & Feeney, 2005). Uma vez que a forma como o feedback é interpretado pelos indivíduos confirma os modelos internos do *self* e dos outros, é esperado que os modelos internos dinâmicos direcionem a atenção dos sujeitos, organizem e filtrem novas informações e determinem a acessibilidade a experiências passadas (Bartholomew e Horowitz, 1991). Deste modo, a intervenção é uma oportunidade para assistir os IDC e seus companheiros na identificação deste filtro e para desenhar programas de intervenção que vão ao encontro das necessidades de vinculação de cada um (Meredith et al, 2005), reforçando e promovendo experiências emocionais inconsistentes com os modelos existentes, desafiando-os, criando a possibilidade da emergência de dúvida e questionamento (peças fundamentais na promoção do desenvolvimento) e, consequentemente, fomentando novas construções e significados.

Relativamente às representações da dor, apesar de poder ser muito difícil identificar a ressonância cognitiva e emocional da dor nas consultas médicas de rotina, as representações são muito influentes nas respostas à doença e também na adesão terapêutica. Percebendo que quando a dor é persistente não é emocionalmente exigente apenas para os *pacientes* mas também para os seus companheiros, uma regulação emocional mais eficaz, quer ao nível dos *pacientes* quer dos companheiros⁵, pode aumentar e potenciar as suas capacidades de diferenciar a dor física da emoção, sem desvalorizar a importância da segunda, levando a uma comunicação mais clara e eficaz e potenciadora de um maior e melhor suporte (Keefe et al, 2006). De facto, como refletímos na discussão de resultados, a divergência de representações pode ser interpretada pelos *pacientes* como falta de compreensão e empatia por parte dos seus companheiros, e este sentimento de não ser incompreendido e o desânimo por ele causado pode contribuir para uma menor satisfação conjugal, o que é sugerido por estudos como o de

⁵ As teorias atuais da dor crónica revelam uma necessidade de compreensão e tratamento que vai no sentido da inclusão da família na intervenção com vista à promoção de adaptação e harmonização à experiência de dor crónica (Kerns, 1999).

Heijmans e colaboradores (1999) que indica que esta incongruência pode levar a maiores dificuldade em aceitar e lidar com a doença. Mas, muitas vezes, a congruência existe mas não é percebida pelos IDC – possivelmente resultado da comunicação pouco clara e ineficaz referida.

Sendo o IDC alguém a quem se associa pelo menos uma perda primária (a perda da sua saúde e de um funcionamento físico “normal”), e várias perdas secundárias consequentes da primeira e influenciadas pelo contexto do mesmo, uma intervenção interdisciplinar e precoce poderá prevenir uma espiral de perdas, representações emocionais e respostas de *coping* negativas (Gatchel et al, 2002).

Em investigações futuras seria interessante que, munidos de informação relevante na intervenção clínica da dor crónica, elaborássemos programas de intervenção multidisciplinar avaliando a pertinência destes mesmos programas de intervenção – o que nos levaria, muito provavelmente, à dificuldade de alcançar alguns objetivos fundamentais e, consequentemente, a novas questões de investigação.

CAPÍTULO V

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*, 331-341.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Bartholomew, K., & Shaver, P. (1998). Measures of attachment: Do they converge? In. J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guildford Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger*. London: The Hogarth Press and the Institute.

Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631 – 637.

Cano, A., Johansen, A., Leonard, M., & Hanawalt, J. (2005a). What Are the Marital Problems of Patients with Chronic Pain? *Current Pain and Headache Reports, 9*, 96-100.

Cano, A., Johansen, A., & Franz, A. (2005b). Multilevel analysis of couple congruence on pain, interference, and disability. *Pain, 118*, 369-379.

Cano, A., Johansen, A., & Geisser, M. (2004). Spousal congruence on disability, pain and spouse responses to pain. *Pain, 109*, 258-265.

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010, outubro). A Dor Crónica em Portugal. *Pain Proposal*. Recuperado em 14 outubro, 2011, de Pfizer, http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

Chapman, C., Nakamura, Y., & Flores, L. (1999). Chronic Pain and Consciousness: a constructivist perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 35-55). New York: The Guilford Press.

Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain, 104*, 627-637.

Ciechanowski, P., Walker, E., Katon, W., & Russo, J. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosomatic Medicine, 64*, 660-667.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663.

Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Edições Asa.

Davies, K., Macfarlane, G., McBeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain, 143*, 200-205.

Essen, D., Marder, E., & Heinemann, S. (2007, May). Gender and Pain. *Brain Briefings*. Recuperado em 30 maio, 2010, de Society for Neuroscience, http://www.sfn.org/index.aspx?pagename=brainBriefings_Gender_and_Pain

Feeney, J. (2008). Adult Romantic Attachment: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications (2nd edition)* (pp. 456-481). New York: Guilford Press.

Figueiras, M., & Alves, N. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health, 22*(2), 143–158.

Figueiras, M., Machado, V., & Alves, N. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica, 1*, 77-90.

Heijmans, M., Ridder, D., & Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and health, 14*, 451-466.

INE, I.P. (2010). Anuário Estatístico de Portugal 2009. Lisboa-Portugal.

Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin, 133*, 581-624.

Gatchel, R., Adams, L., Polatin, P., & Kishino, N. (2002). Secondary Loss and Pain-Associated Disability: theoretical overview and treatment implications. *Journal of Occupational Rehabilitation, 12*(2), 99-110.

Gatchel, R. (1999). Perspectives on Pain: a historical overview. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 3-17). New York: The Guilford Press.

Goubert, L., Craig, K., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M., Williams, A., Cano, A., & Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118, 285-288.

Haggar, M., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184.

Hart R., Wade J., & Martelli M. (2003). Cognitive impairment in patients with chronic pain: the significance of stress. *Current Pain and Headache Reports*, 7(2), 116–226.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524

Keefe, F., Porter, L., & Labban, J. (2006). Emotion regulation processes in disease-related pain: a couples-based perspective. In D. K. Snyder, J. Simpson & J. N. Hughes (Eds), (2006), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 207-229). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Kerns, R. (1999). Family therapy for Adults with Chronic Pain. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 445-456). New York: The Guilford Press.

Kunce, L., & Shaver, P. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. *Advances in Personal Relationships*, 5, 205-237.

Lau, R., & Hartman, K. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health psychology*, 2(2), 167-185.

Leonard, M., Cano, A., & Johansen, A. (2006a). Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence. *Journal of Pain*, 7, 377-390.

Leonard, M., & Cano, A. (2006b). Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress. *Pain*, 126, 139-146.

Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revesin, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness Representations: Theoretical Foundations. In J. Weinman & K. Petrie (Eds.), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 19-45). London: Harwood Publishe.

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com a utilização do SPSS* (3^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H., & Leventhal, E. (2003). Common Sense Models of Illness: Implications for Symptom Perception and Health-related Behaviors. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 199-225). Malden, MA: Blackwel.

Maunder, R., & Hunter, J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.

Matos, P. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes*. Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Matos, P., Barbosa, S., & Costa, M. (2001). Avaliação da vinculação amorosa em adolescentes e jovens adultos: construção de um instrumento e estudos de validação. *Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11, 93-109.

Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 407-429.

Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2006a). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123, 146-154.

Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2006b). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120, (44-52).

Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2005). Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manage*, 10, 191-200.

Mikail, S. (2003). Attachment and the Experience of Chronic Pain: a couples perspective. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment process in couple and family therapy* (pp. 366-385). New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

Moreno, M., García, M., & Pareja, M. (1999). Cognitive Factors in Chronic Pain. *Psychology (Spain)*, 3, 75-87.

Oliveira, P. (2008). *Variáveis Psicossociais e Fibromialgia*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Page, L., & Wessely, S. (2003). MEDically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 223-227.

Pai, S. (2001). *Beliefs and Experiences Among Family Members of Individuals With Chronic Pain: Implications for Treatment*. United States: UMI Microform.

Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Buckingham: Open University Press.

Paller, C., Campbell, C., Edwards, R., & Dobs, A. (2009). Sex-Based Differences in Pain Perception and Treatment. *Pain Med.*, 10(2), 289-299.

Porter, L., Davis, D., & Keefe, F. (2007). Attachment and Pain: Recent findings and future directions. *Pain*, 128, 195-198.

Quartilho, M. (2004). Fibromialgia: consenso e controvérsia. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 29, 111-129.

Quartilho, M. (2001a). *Cultura medicina e psiquiatria: do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto.

Quartilho, M. (2001b). Dor Crónica, Aspectos psicológicos Sociais e Culturais. *Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Acta Reumatologia Portuguesa*, 26, 255-262.

Rocha, M. (2008). *O desenvolvimento das relações de vinculação na adolescência: associações entre contextos relacionais com pais, pares e par amoroso*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Schwartz, L. & Ehde, D. (2000). Couples and chronic pain. In K. B. Schmaling & T. G. Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: theory, research & practice* (pp. 191-216). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Silver J. (2004). *Chronic Pain and the Family: A New Guide*. Cambridge: Harvard University Press.

Simpson, J., & Rholes, W. (1994). Stress and Secure Base Relationships in Adulthood. *Advances in Personal Relationships*, 5, 181-204.

Trinke, S., & Bartholomew, K. (1997). Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 603-625.

Turk, D., & Flor, H. (1999). Chronic Pain: a biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 18-34). New York: The Guilford Press.

Turk, D., & Gatchel, R. (1999). Psychosocial Factors in Pain. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain* (pp. 481-493). New York: The Guilford Press.

Watson, W., & McDaniel, S. (2005). Managing emotional reactivity in couples facing illness: Smoothing out the emotional roller coaster. In M. Harway (Ed.), *Handbook of couples therapy* (pp. 253-271). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Weinman, J., & Petrie, J. (1997). Illness Perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), pp. 113-116.

Yardley, L. (1997). Introducing discursive methods. In. L. Yardley (Ed.), *Material Discourses of Health and Illness* (pp. 25-49). London: Routledge.

ANEXOS

ANEXO I

APROVAÇÃO DA RECOLHA DA AMOSTRA PELO CONCELHO DE ÉTICA

1.1 *CENTRO HOSPITALAR DO PORTO*

1.2 *CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO*

1.3 *AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE GONDOMAR*

centro hospitalar
do Porto

Hospital de Santo António Maternidade Júlio Dinis Hospital Maria Pia

Largo Professor Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIAÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação Data: 10/12/2010 Órgão: Reunião Plenária

Título: "Vivência da dor crónica na diáde conjugal"	Ref.º: 134/09(097-DEFI/109-CES)
Protocolo/Versão:	Investigador: Dr. Paula Joana Oliveira

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para o **Projecto de Investigação** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Enf.ª Paula Duarte, Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 10/12/2010

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo

1.2 CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO



CENTRO HOSPITALAR
DE
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE



Ministério da Saúde
Administração Regional
de Saúde do Norte

Exmo. Senhor
Dr.ª Maria Teresa Campos Ferreira
Estagiária
Serviço de Psicologia
CHVNG/E, EPE

V/ Referência	Data:	N/ Ref	Data:
	7/04/2010	349/2010	04/05/2010

Assunto: Resposta a pedido de autorização para realização de Questionários

Em resposta ao pedido de V^a EX^a para realização de **Questionários**, informamos que, conforme deliberação de 29/04/2010 do Conselho de Administração deste Centro Hospitalar, o projecto está **autorizado**.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Nova de Gaia, 4 de Maio de 2010

CHVNG/E, EPE
Dr. Júlio Sampaio
Coordenador Executivo
Nº Mecanográfico: 0706
Dep. de Formação, Ensino e Investigação



Mod. SC - 2 5535002

Rua Conceição Fernandes - 4434-502 Vila Nova de Gaia - Telef. 227 865 100 - Fax 227 830 209

As CS
par. e form

Trabalho de Investigação

102/2010

28/4/2010

“A vivência da dor crónica na diáde conjugal”

Dr. Nival César Sá
Director Clínico

SERVIÇO: Unidade Tratamento Dor

TUTOR DO ESTUDO: Maria Teresa Campos Ferreira

PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 15 / 04 / 2010

Nada a op. Impõe os seguintes encaminhamentos:
chaves.

Informar responsáveis de serviços

Documentos analisados: *Instrumento de colheita de dados*

teamas de estudo para contabilizar
2010.04.15

CHVNG/E, EPE
Dr. Júlio Sampaio
Coordenador Executivo
Nº Mecanográfico: 0706
Dep. de Formação, Ensino e Investigação

CHVNG/E, EPE

Nº 344/2010
Data 41.5.2010
Tipo de documento: Anal

Reunião de C.A. 29 / 4 / 2010
Deliberação:

O Presidente da CES

(Presidente do C.A.)

(Vogal do C.A.)

(Dir. de Clínica)

(Vogal do C.A.)

(Ent. Primeiro Director)

(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 15/04/2010

Reunião do C.A.
Doc N.º 387



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

1/2

PARECER Nº 28/2010

(sobre o estudo “Vivência da Dor Crónica na Díade Conjugal”)

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 28.10CES, com base no pedido formulado pelo Conselho Clínico do ACES de Gondomar, recebido por correio electrónico em 18/5/2010, sobre o estudo “Vivência da Dor Crónica na Díade Conjugal”, apresentado pela Dr.ª Inês Alves Oliveira, aluna do mestrado integrado em Psicologia e pela Prof.ª Doutora Paula Joana Pinto Custódio da Silva Oliveira, ambas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

- 1 – Projeto de investigação.
- 2 – Modelos de Consentimento Informado (várias versões, sendo a última datada 02-07-2010)
- 3 – Ofícios enviados pelas CES com pedidos de esclarecimento.
- 4 – Mensagens de correio electrónico trocadas entre esta CES e a requerente Inês Oliveira, de que resultaram emendas metodológicas.
- 5 – Carta de compromisso dos profissionais de saúde para referenciação de participantes.

A.3. Trata-se de um “estudo quantitativo” em que se prevê aplicar uma bateria de questionários “a 150 casais em que um dos elementos padece de dor crónica não-oncológica” inscritos no ACES de Gondomar. Sendo os instrumentos para recolha de dados os seguintes: Questionário sociodemográfico e clínico (QSD; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Inventário multidimensional de dor (MPI; FMUP, 2008), Questionário de crenças sobre a dor crónica – versão BREVE (BIPQ; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Versão portuguesa da Pain Catastrophizing Scale (PCS; FMUP, 2008), Escalas de ansiedade, depressão e stress (DASS21; Lovibond & Lovibond, 1995; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Questionário de dor de McGill (MPQ; Melzack, 1975), Questionário da vinculação amorosa (QVA; Matos & Costa, 2001) para pessoas com dor crónica. Quanto aos cônjuges, os instrumentos serão os seguintes: Questionário sociodemográfico e clínico (QSD; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Inventário multidimensional de dor - versão companheiro(a) (MPI-C; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Questionário de crenças sobre a dor crónica - versão companheiro(a) (BIPQ-C; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Versão portuguesa da Pain Catastrophizing Scale – versão companheiro(a) (PCS-C; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Escalas de ansiedade, depressão e stress (DASS21; Lovibond & Lovibond, 1995; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Versão portuguesa do Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980; Oliveira, Quartilho & Costa, 2009), Questionário da vinculação amorosa (QVA; Matos & Costa, 2001).

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. O projeto de investigação a desenvolver em contexto académico, implica a referenciação de um conjunto numeroso de cidadãos frequentadores das unidades de saúde do ACES de Gondomar, pelo que se impôs a utilização de uma declaração escrita feita pelos médicos de família confirmado que a referenciação às investigadoras só será feita mediante autorização, ainda que verbal, dos potenciais participantes. Caberá às investigadoras promover as diligências necessárias para obter essas declarações e guardá-las com a restante documentação.

B.2. O modelo de Consentimento Informado, depois de reformulado, consubstancia as garantias bas-



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

2/2

tantes face às questões de confidencialidade e privacidade, no pressuposto que será apresentado pelas próprias investigadoras aos potenciais participantes.

B.3. Os incómodos e deslocações dos participantes provocados pelo preenchimento dos questionários, bem como a informação sobre inexistência de contrapartidas, estão claramente apresentados aos participantes.

B.4. Foi excluída do projeto a eventual gravação de entrevistas, tendo sido afirmado pelas requerentes que a haver gravações de entrevistas sobre esta matéria, tal apenas poderá vir a acontecer com outros participantes, noutras locais e com outros investigadores.

C – CONCLUSÕES

Face ao exposto, a CES delibera:

C.1. Dar parecer favorável à autorização deste estudo.

C.2. Solicitar às investigadoras o compromisso de entrega a esta CES (de preferência em suporte digital) de um exemplar do resultado final da investigação.

O relator, *Dr. Rosalvo Almeida*

Aprovado em reunião do dia 16 de julho de 2010, por unanimidade.

A handwritten signature in blue ink.

Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

ANEXO 2

CONSENTIMENTO INFORMADO

1.1 VERSÃO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

1.2 VERSÃO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO

1.3 VERSÃO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE GONDOMAR

1.4 VERSÃO RECOLHA INDIVIDUAL

Caro(a) Sr.(a).

O presente estudo de investigação tem como objectivo principal analisar o **impacto da dor crónica no casal** e está a ser desenvolvido em parceria entre membros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar do Porto/ Hospital Geral de Santo António.

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento em relação aos processos psicológicos associados à dor crónica, não havendo para si qualquer risco associado à participação neste estudo.

Ser-lhe-á pedido que responda a oito questionários diferentes em relação aos quais lhe pedimos a máxima sinceridade. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa. Numa fase posterior do estudo, alguns dos participantes serão contactados pela Investigadora Principal, de modo a verificar a sua disponibilidade em realizar uma entrevista. A referida entrevista será realizada num local, data e hora a definir consoante a disponibilidade dos participantes.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

É muito importante que responda, de forma completa, a todos os questionários que lhe são apresentados.

Em nome da Equipa de Investigação do presente projecto, agradeço desde já a sua colaboração.

Pela Equipa de Investigação

*Dra. Teresa Campos Ferreira, Dra. Inês Oliveira,
Prof. Doutora Paula Oliveira, Prof. Doutora Maria Emília Costa, Prof. Dr. José Romão, Prof. Doutor Manuel
Quartilho

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Vivência da Dor Crónica no Casal

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a compreender o impacto psicológico da dor crónica para ambos os elementos do casal.

Sei que neste estudo está prevista, numa primeira fase, a realização de questionários e, numa segunda fase, uma entrevista tendo-me sido explicado em que consistem. Foi-me ainda explicado que apenas alguns dos casais serão posteriormente seleccionados para a realização da entrevista. Caso venha a ser seleccionado(a) para a realização da referida entrevista, foi-me dado conhecimento que a mesma será gravada.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo serão tratados de forma confidencial.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, com a garantia que será mantido o anonimato.

Nome do(a) participante no estudo

Assinatura _____ Data ____/____/____

Nome do(a) investigador(a)

Assinatura _____ Data ____/____/____

Caro(a) Sr.(a).

O presente estudo de investigação tem como objectivo principal analisar o **impacto da dor crónica no casal** e está a ser desenvolvido em parceria entre membros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento em relação aos processos psicológicos associados à dor crónica, não havendo para si qualquer risco associado à participação neste estudo.

Ser-lhe-á pedido que responda a oito questionários diferentes em relação aos quais lhe pedimos a máxima sinceridade. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa. Numa fase posterior do estudo, alguns dos participantes serão contactados pela Investigadora Principal, de modo a verificar a sua disponibilidade em realizar uma entrevista. A referida entrevista será realizada num local, data e hora a definir consoante a disponibilidade dos participantes.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

É muito importante que responda, de forma completa, a todos os questionários que lhe são apresentados.

Em nome da Equipa de Investigação do presente projecto, agradeço desde já a sua colaboração.

Pela Equipa de Investigação

*Dra. Teresa Campos Ferreira, Dra. Inês Oliveira,
Prof. Doutora Paula Oliveira, Prof. Doutora Maria Emília Costa, Prof. Dr. José Romão, Prof. Doutor Manuel
Quartilho

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Vivência da Dor Crónica no Casal

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a compreender o impacto psicológico da dor crónica para ambos os elementos do casal.

Sei que neste estudo está prevista, numa primeira fase, a realização de questionários e, numa segunda fase, uma entrevista tendo-me sido explicado em que consistem. Foi-me ainda explicado que apenas alguns dos casais serão posteriormente seleccionados para a realização da entrevista. Caso venha a ser seleccionado(a) para a realização da referida entrevista, foi-me dado conhecimento que a mesma será gravada.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo serão tratados de forma confidencial.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, com a garantia que será mantido o anonimato.

Nome do(a) participante no estudo

Assinatura _____ Data ____/____/____

Nome do(a) investigador(a)

Assinatura _____ Data ____/____/____

Caro(a) Sr.(a).

O presente estudo de investigação tem como objectivo principal analisar o **impacto da dor crónica no casal** e está a ser desenvolvido em parceria entre membros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Gondomar.

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento em relação aos processos psicológicos associados à dor crónica, não havendo para si qualquer risco associado à participação neste estudo.

Ser-lhe-á pedido que responda a oito questionários diferentes em relação aos quais lhe pedimos a máxima sinceridade. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa.

A participação no presente estudo não implica quaisquer contrapartidas financeiras para os participantes.

Sempre que possível, a aplicação dos questionários será realizada num dia em que o participante se desloque ao ACES Gondomar, por motivo de consulta ou outro.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

É muito importante que responda, de forma completa, a todos os questionários que lhe são apresentados.

Em nome da Equipa de Investigação* do presente projecto, agradeço desde já a sua colaboração.

Pela Equipa de Investigação

Dra. Teresa Campos Ferreira, Dra. Inês Oliveira,
Prof. Doutora Paula Oliveira, Prof. Doutora Maria Emília Costa, Prof. Dr. José Romão, Prof. Doutor Manuel
Quartilho

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Vivência da Dor Crónica no Casal

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a compreender o impacto psicológico da dor crónica para ambos os elementos do casal.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo serão tratados de forma confidencial.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, com a garantia que será mantido o anonimato.

Presenciei, ainda, que o próprio investigador assume, também por escrito, os compromissos acima indicados.

Nome do(a) participante no estudo

Assinatura _____ Data ____/____/____

Nome do(a) investigador(a)

Assinatura _____ Data ____/____/____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO⁶

Vivência da Dor Crónica no Casal

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado(a) de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a compreender o impacto psicológico da dor crónica para ambos os elementos do casal.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo serão tratados de forma confidencial.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, com a garantia que será mantido o anonimato.

Presenciei, ainda, que o próprio investigador assume, também por escrito, os compromissos acima indicados.

Nome do(a) participante no estudo

Assinatura _____ Data ____/____/____

Nome do(a) investigador(a)

Assinatura _____ Data ____/____/____

⁶ Duplicado do documento de consentimento informado.

Caro(a) Sr.(a).

O presente estudo de investigação tem como objectivo principal analisar o **impacto da dor crónica no casal** e está a ser desenvolvido em parceria entre membros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A sua participação é da máxima importância, na medida em que será um precioso contributo para aumentar o conhecimento em relação aos processos psicológicos associados à dor crónica, não havendo para si qualquer risco associado à participação neste estudo.

Ser-lhe-á pedido que responda a oito questionários diferentes em relação aos quais lhe pedimos a máxima sinceridade. Lembre-se que não existem respostas certas nem erradas, pois o que importa conhecer é apenas aquilo que sente ou pensa.

A participação no presente estudo não implica quaisquer contrapartidas financeiras para os participantes.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma anónima e confidencial.

É muito importante que responda, de forma completa, a todos os questionários que lhe são apresentados.

Em nome da Equipa de Investigação* do presente projecto, agradeço desde já a sua colaboração.

Pela Equipa de Investigação

Dra. Teresa Campos Ferreira, Dra. Inês Oliveira,
**Prof. Doutora Paula Oliveira, Prof. Doutora Maria Emília Costa, Prof. Dr. José Romão, Prof. Doutor
Manuel Quartilho**

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO – MÉDICOS

(PARTICULARIDADE DE RECOLHA NO ACES GONDOMAR, A PEDIDO DA ARS NORTE)



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

O Coordenador da Unidade de Saúde

.....
.....

CARTA DE COMPROMISSO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PARA REFERENCIAÇÃO DE PARTICIPANTES

Eu, Dr./a. _____
declaro ter obtido dos, potenciais, participantes para o estudo “Vivência da Dor Crónica na Diade Conjugal” autorização verbal para referenciação dos mesmos aos investigadores do estudo.

Confirmo que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, o projecto para o qual o referenciava e os respectivos procedimentos. (nota explicativa sobre o projecto em Anexo)

Em qualquer caso, é garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar à pessoa.

Assinatura (Profissional de saúde) **X**.....

Data: ___/___/___

ANEXO 4

PROTOCOLO ADMINISTRADO

3.1 VERSÃO PACIENTE

3.2 VERSÃO COMPANHEIRO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC)

(Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

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

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**Sexo:** Feminino Masculino**Idade:** _____ anos**Qual é o seu estado civil?**

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

Tem filhos?

- Não
- Sim Quantos? _____

Qual é o seu nível de escolaridade?

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

Qual é a sua situação laboral?

- Empregado(a), a tempo inteiro
- Empregado(a), a tempo parcial
- Empregado(a), actualmente de baixa médica Há quanto tempo? _____
- Desempregado(a) Há quanto tempo? _____
- Estudante
- Doméstico(a)
- Reformado(a) Qual o motivo? _____
- Outra situação não referida Qual? _____

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

Qual a sua profissão actual ou última profissão? _____

No caso de estar actualmente de baixa ou desempregado ou reformado:

Considera que a sua dor esteve na origem dessa situação?

 Sim Não Que outra razão? _____**CONDICÃO CLÍNICA****1. Há quanto tempo tem problemas de dor?**

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

2. Qual a localização da sua dor?

- Cabeça/Pescoço
- Costas
- Braços/Ombros
- Mão/Pulsos
- Pernas/Joelhos
- Pés
- Corpo todo

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

- Sim
- Não

3.1. Se respondeu SIM à pergunta anterior:

- 3.1.1. Indique qual(ais) _____
- 3.1.2. Qual o problema que interfere mais com a sua qualidade de vida? _____

a) Há quanto tempo tem o diagnóstico? _____

b) Há quanto tempo tem sintomas? _____

4. Toma medicação regularmente?

- Sim Que medicação faz? _____
- Não

5. Faz tratamentos não farmacológicos regularmente (exs: acompanhamento psicológico, fisioterapia)?

- Sim Que tratamentos faz? _____
- Não

Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR, RESPONDA ÀS 2 PERGUNTAS QUE SE SEGUEM:

1. Algumas das perguntas deste questionário referem-se à sua “pessoa significativa”. Uma “pessoa significativa” é *uma pessoa de quem se sente muito próximo*. Refere-se a qualquer pessoa com quem se relaciona regularmente ou não. É muito importante que identifique alguém como o sua “pessoa significativa”. Por favor indique em baixo quem considera ser a sua “pessoa significativa” (assinale um):

Cônjuge

Parceiro/Companheiro

Colega de Casa

Amigo

Vizinho

Pai ou Mãe/Filho/Outro familiar

Outro

(por favor, especifique): _____

2. Vive actualmente com a “pessoa significativa”?

SIM

NÃO

Ao responder às questões das páginas seguintes sobre a sua “pessoa significativa”, responda sempre referindo-se especificamente à pessoa que indicou acima.

A.

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a sua dor e a forma como ela afecta a sua vida. Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinal com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular se aplica a si.

1. Classifique a intensidade da sua dor neste momento.

0	1	2	3	4	5	6
Sem dor						Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a sua dor interfere com as suas actividades do dia-a-dia?

0	1	2	3	4	5	6
Não interfere						Interfere extremamente

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

3. Desde o momento em que começou a ter dor, até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para trabalhar?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

Assinale aqui caso se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor

4. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer que obtém ao participar em actividades sociais e recreativas?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

5. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” o apoia ou ajuda em relação à sua dor?

0	1	2	3	4	5	6
Não apoia						Apoia extremamente

6. Classifique a sua disposição geral durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6
Muito má disposição						Muito boa disposição

7. Em média, quanto forte foi a sua dor durante a última semana?

0	1	2	3	4	5	6
Nada forte						Extremamente forte

8. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade de participar em actividades sociais e recreativas?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

9. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação que obtém de actividades relacionadas com a família?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

10. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está preocupada consigo em relação à sua dor?

0	1	2	3	4	5	6
Nada preocupado						Extremamente preocupado

11. Durante a última semana, até que ponto é que sentiu que controlava a sua vida?

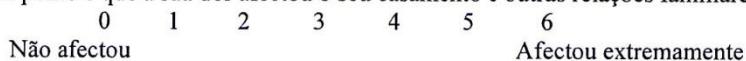
0	1	2	3	4	5	6
Nenhum controlo						Extremamente em controlo

12. Até que ponto é que a sua dor lhe causa sofrimento?

0	1	2	3	4	5	6
Nenhum sofrimento						Sofrimento extremo

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

13. Até que ponto é que a sua dor afectou o seu casamento e outras relações familiares?

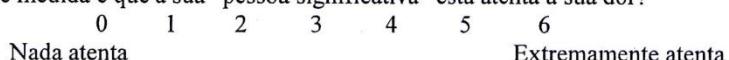


14. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer proporcionado pelo seu trabalho?

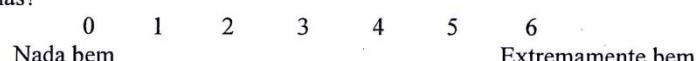


Assinale aqui, se não estiver actualmente a trabalhar.

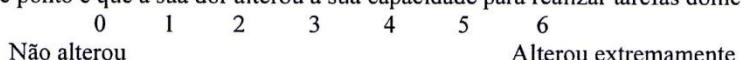
15. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está atenta à sua dor?



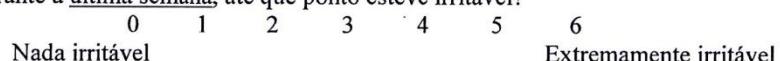
16. Durante a última semana, até que ponto é que sente que tem sido capaz de lidar com os seus problemas?



17. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para realizar tarefas domésticas?



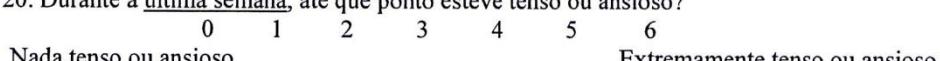
18. Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?



19. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua relação de amizade com pessoas que não sejam da família?



20. Durante a última semana, até que ponto esteve tenso ou ansioso?



QVA

(Paula Mena Matos, Joana Cabral e Maria Emilia Costa, 2008, versão breve)

Este questionário procura descrever diferentes maneiras das pessoas se relacionarem com o(a) companheiro(a). Leia atentamente cada uma das frases e **assinal com uma (X)** a resposta que melhor exprime o modo **como se sente na relação com o(a) seu (sua) companheiro(a)**. Se **actualmente não** tem um(a) companheiro(a), mas já teve no passado, responda ao questionário, reportando-se à **relação mais duradoura**. Se **nunca** teve um(a) companheiro(a), responda ao questionário, **imaginando como gostaria que fosse** uma relação amorosa.

Duração da relação:

- Neste momento, eu tenho companheiro(a) _____
- Já tive uma relação amorosa, mas neste momento não tenho ninguém _____
- Nunca tive nenhum companheiro(a) _____

Para cada frase deverá responder de acordo com as seis alternativas que se seguem:

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

1. O(A) meu(minha) companheiro(a) respeita os meus sentimentos. **1 2 3 4 5 6**
2. Gostava de ser a pessoa mais importante para ela(e), mas não estou certo(a) de que assim seja. **1 2 3 4 5 6**
3. A(O) minha(meu) companheira(o) comprehende-me. **1 2 3 4 5 6**
4. Só consigo enfrentar situações novas, se ele(a) estiver comigo. **1 2 3 4 5 6**
5. Às vezes sinto admiração por ele(a); outras vezes não. **1 2 3 4 5 6**
6. Não sei o que me vai acontecer se a nossa relação terminar. **1 2 3 4 5 6**
7. Na minha vida, a minha relação amorosa é secundária. **1 2 3 4 5 6**
8. Sei que posso contar com a(o) minha(meu) companheira(o) sempre que precisar dela(e). **1 2 3 4 5 6**
9. Sei que, se a minha relação terminar, isso não me vai afectar muito. **1 2 3 4 5 6**
10. Ele(a) dá-me coragem para enfrentar situações novas. **1 2 3 4 5 6**
11. Eu e o(a) meu(minha) companheiro(a) é como se fôssemos um só. **1 2 3 4 5 6**

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

12. Prefiro que ele(a) me deixe em paz e não ande sempre atrás de mim. **1 2 3 4 5 6**

13. Não gosto de lhe pedir apoio porque sei que nunca me compreenderia. **1 2 3 4 5 6**

14. Ela(e) tem uma importância decisiva na minha maneira de ser. **1 2 3 4 5 6**

15. Tenho sempre a sensação de que a nossa relação vai terminar. **1 2 3 4 5 6**

16. Sempre achei que, apesar de gostar do(a) meu(minha) companheiro(a), não vou sentir muito a falta dele(a) se a relação terminar. **1 2 3 4 5 6**

17. Às vezes acho que ela(e) é fundamental na minha vida; outras vezes não. **1 2 3 4 5 6**

18. Confio nele(a) para me apoiar em momentos difíceis da minha vida. **1 2 3 4 5 6**

19. Tenho dúvidas se sou realmente importante para ele(a). **1 2 3 4 5 6**

20. Não preciso dos cuidados do(a) meu(minha) companheiro(a). **1 2 3 4 5 6**

21. Ele(a) desilude-me muitas vezes. **1 2 3 4 5 6**

22. Quando vou a algum sítio desconhecido, sinto-me melhor se ele(a) estiver comigo. **1 2 3 4 5 6**

23. Quando tenho um problema, prefiro ficar sozinho(a) a procurar a(o) minha(meu) companheira(o). **1 2 3 4 5 6**

24. Tenho medo de ficar sozinho(a), se perder a(o) minha(meu) companheira(o). **1 2 3 4 5 6**

25. As relações terminam sempre; mais vale eu não me envolver. **1 2 3 4 5 6**

QVA

B-IPQ

(Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; versão portuguesa: Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua forma de pensar:

1. Qual o grau em que a dor afecta a sua vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afecta nada										Afecta gravemente

2. Quanto tempo pensa que vai durar a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito pouco tempo										Para sempre

3. Qual o grau de controlo que sente sobre a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum controlo										Muitíssimo controlo

4. Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não vai ajudar nada										Vai ajudar muitíssimo

5. Qual o grau em que tem sintomas de dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum sintoma										Muitos sintomas graves

6. Qual o grau de preocupação com a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada preocupado(a)										Extremamente preocupado(a)

7. Até que ponto sente que comprehende a sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não comprehendo										Comprehendo muito bem

8. Até que ponto a sua dor o(a) afecta emocionalmente? (ex. fá-lo(a) sentir-se zangado(a), assustado(a))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afecta emocionalmente										Afecta-me muitíssimo emocionalmente

9. Por favor, refira por ordem de decrescente (1, 2, 3), as três razões mais importantes que acredita terem causado a sua dor.

- _____
- _____
- _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC)

(Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

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

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**1. Sexo:** Feminino Masculino**2. Idade:** _____ anos**3. Qual é o seu estado civil?**

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

4. Tem filhos?

- Não
- Sim Quantos? _____

5. Qual é o seu nível de escolaridade?

- Nunca frequentou a escola
- 4^a classe
- 6^º ano
- 9^º ano
- 12^º ano
- Bacharelato/Licenciatura
- Outro nível não referido Qual? _____

6. Qual é a sua situação laboral?

- Empregado(a), a tempo inteiro
- Empregado(a), a tempo parcial
- Empregado(a), actualmente de baixa médica Há quanto tempo? _____
- Desempregado(a) Há quanto tempo? _____
- Estudante
- Doméstico(a)
- Reformado(a) Qual o motivo? _____
- Outra situação não referida Qual? _____

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

Qual a sua profissão actual ou última profissão? _____

6.2. No caso de estar actualmente de baixa ou desempregado ou reformado:

Qual a razão que esteve na origem dessa situação? _____

CONDICÃO CLÍNICA**1. Tem, ou já teve, problemas de dor que tenham interferido de forma acentuada com o seu bem-estar?**

- Sim
- Não

1.1. Se respondeu SIM, pense na situação de dor que *mais interferiu com o seu bem-estar* e responda:**a) Qual a localização da dor?**

- Cabeça/Pescoço Costas Braços/Ombros Mão/Pulsos Pernas/Joelhos Pés Corpo todo
- Outra. Qual? _____

b) Qual a causa da dor?

- Acidente Lesão (ex: por queda) Gravidez/parto (se ♀) Causa não esclarecida
- Outra causa. Qual? _____

c) Qual o período máximo de tempo que a dor permaneceu? _____**d) Recorreu a ajuda especializada para tratar a dor?**

- Sim
- Não

e) O problema ainda permanece actualmente?

- Sim
- Não

Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale - Versão Companheiro(a)

A.

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) e a forma como ela afecta a vida deste(a). Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinale com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular de aplica ao(à) seu(sua) companheiro(a).

1. Classifique a intensidade da dor do seu(sua) companheiro(a) neste momento.

0	1	2	3	4	5	6
Sem dor						Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a dor do seu(sua) companheiro(a) interfere nas actividades do dia-a-dia dele(a)?

0	1	2	3	4	5	6
Não interfere						Interfere extremamente

3. Desde o momento em que o(a) seu(sua) companheiro(a) começou a ter dor, até que ponto é que a dor alterou a capacidade de trabalhar do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

Assinale aqui caso o(a) seu(sua) companheiro(a) se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor.

4. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a satisfação ou prazer que ele(ela) obtém ao participar em actividades sociais e recreativas?

0	1	2	3	4	5	6
Não alterou						Alterou extremamente

5. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro(a) se sente ajudado(a)/apoiado(a) por si em relação à dor?

0	1	2	3	4	5	6
Não sente apoio						Sente um apoio extremo

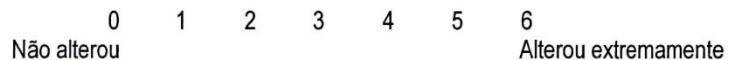
6. Classifique a disposição geral do(a) seu(sua) companheiro(a) durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6
Muito má disposição						Muito boa disposição

7. Em média, quão forte foi a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) durante a última semana?

0	1	2	3	4	5	6
Nada forte						Extremamente forte

8. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a capacidade deste(a) de participar em actividades sociais e recreativas?



9. Até que ponto é que a dor do(a) seu(usa) companheiro(a) alterou a satisfação que este(a) obtém com actividades relacionadas com a família?



10. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro sente a sua preocupação com a dor dele(a)?



11. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(ua) companheiro(a) sentiu que controlava a vida dele(a)?



12. Até que ponto a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) causa sofrimento a este(a)?



13. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) afectou o casamento e outras relações familiares?



14. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a satisfação ou prazer dele(a) proporcionado pelo trabalho?



Assinale aqui, caso o(a) seu(sua) companheiro(a) não estiver actualmente a trabalhar.

15. Em que medida o(a) seu(sua) companheiro(a) sente a sua atenção com a dor dele(a)?



16. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) tem sido capaz de lidar com os problemas dele(a)?



17. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a capacidade dele(a) realizar tarefas domésticas?



18. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) esteve irritável?



19. Até que ponto é que a dor do(a) seu(sua) companheiro(a) alterou a relação de amizade deste(a) com pessoas que não sejam de família?



20. Durante a última semana, até que ponto é que o(a) seu(sua) companheiro(a) esteve tenso(a) ou ansioso(a)?



QVA

(Paula Mena Matos, Joana Cabral e Maria Emilia Costa, 2008, versão breve)

Este questionário procura descrever diferentes maneiras das pessoas se relacionarem com o(a) companheiro(a). Leia atentamente cada uma das frases e **assinala com uma (X)** a resposta que melhor exprime o modo **como se sente na relação com o(a) seu (sua) companheiro(a)**. Se **actualmente não** tem um(a) companheiro(a), mas já teve no passado, responda ao questionário, reportando-se à **relação mais duradoura**. Se **nunca** teve um(a) companheiro(a), responda ao questionário, **imaginando como gostaria que fosse** uma relação amorosa.

Duração da relação:

- Neste momento, eu tenho companheiro(a)
- Já tive uma relação amorosa, mas neste momento não tenho ninguém
- Nunca tive nenhum companheiro(a)

Para cada frase deverá responder de acordo com as seis alternativas que se seguem:

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
--------------------------	---------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------	--------------------------

1. O(A) meu(minha) companheiro(a) respeita os meus sentimentos. 1 2 3 4 5 6
2. Gostava de ser a pessoa mais importante para ela(e), mas não estou certo(a) de que assim seja. 1 2 3 4 5 6
3. A(O) minha(meu) companheira(o) comprehende-me. 1 2 3 4 5 6
4. Só consigo enfrentar situações novas, se ele(a) estiver comigo. 1 2 3 4 5 6
5. Às vezes sinto admiração por ele(a); outras vezes não. 1 2 3 4 5 6
6. Não sei o que me vai acontecer se a nossa relação terminar. 1 2 3 4 5 6
7. Na minha vida, a minha relação amorosa é secundária. 1 2 3 4 5 6
8. Sei que posso contar com a(o) minha(meu) companheira(o) sempre que precisar dela(e). 1 2 3 4 5 6
9. Sei que, se a minha relação terminar, isso não me vai afectar muito. 1 2 3 4 5 6
10. Ele(a) dá-me coragem para enfrentar situações novas. 1 2 3 4 5 6
11. Eu e o(a) meu(minha) companheiro(a) é como se fôssemos um só. 1 2 3 4 5 6

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

12. Prefiro que ele(a) me deixe em paz e não ande sempre atrás de mim. **1 2 3 4 5 6**

13. Não gosto de lhe pedir apoio porque sei que nunca me compreenderia. **1 2 3 4 5 6**

14. Ela(e) tem uma importância decisiva na minha maneira de ser. **1 2 3 4 5 6**

15. Tenho sempre a sensação de que a nossa relação vai terminar. **1 2 3 4 5 6**

16. Sempre achei que, apesar de gostar do(a) meu(minha) companheiro(a), não vou sentir muito a falta dele(a) se a relação terminar. **1 2 3 4 5 6**

17. Às vezes acho que ela(e) é fundamental na minha vida; outras vezes não. **1 2 3 4 5 6**

18. Confio nele(a) para me apoiar em momentos difíceis da minha vida. **1 2 3 4 5 6**

19. Tenho dúvidas se sou realmente importante para ele(a). **1 2 3 4 5 6**

20. Não preciso dos cuidados do(a) meu(minha) companheiro(a). **1 2 3 4 5 6**

21. Ele(a) desilude-me muitas vezes. **1 2 3 4 5 6**

22. Quando vou a algum sítio desconhecido, sinto-me melhor se ele(a) estiver comigo. **1 2 3 4 5 6**

23. Quando tenho um problema, prefiro ficar sozinho(a) a procurar a(o) minha(meu) companheira(o). **1 2 3 4 5 6**

24. Tenho medo de ficar sozinho(a), se perder a(o) minha(meu) companheira(o). **1 2 3 4 5 6**

25. As relações terminam sempre; mas vale eu não me envolver. **1 2 3 4 5 6**

QVA

B-IPQ

(Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; versão portuguesa: Oliveira, Quartilho & Costa, 2009)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua forma de pensar:

1. Qual o grau em que a dor afecta a vida do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afecta nada					Afecta gravemente					

2. Quanto tempo pensa que vai durar a dor do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito pouco tempo					Para sempre					

3. Qual o grau de controlo que o(a) seu(sua) companheiro(a) tem sobre a dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum controlo					Muitíssimo controlo					

4. Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a dor do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não vai ajudar nada					Vai ajudar muitíssimo					

5. Qual o grau em que o(a) seu(sua) companheiro(a) tem sintomas de dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum sintoma					Muitos sintomas graves					

6. Qual o seu grau de preocupação com a dor do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada preocupado(a)					Extremamente preocupado(a)					

7. Até que ponto comprehende a dor do(a) seu(sua) companheiro(a)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não comprehendo					Comprehendo muito bem					

8. Até que ponto fica afectado emocionalmente com a dor do(a) seu(sua) companheiro(a)? (ex. fá-lo(a) sentir-se zangado(a), assustado(a))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afecta emocionalmente					Afecta-me muitíssimo emocionalmente					

9. Por favor, refira por ordem de decrescente (1, 2, 3), as três razões mais importantes que acredita terem causado a dor do(a) seu(sua) companheiro(a).

- _____
- _____
- _____