

Validade e fiabilidade da versão portuguesa do Pain Coping Inventory

Oliveira P¹, Costa ME²

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:126-133

RESUMO

Objetivo: Analisar a validade e fiabilidade da versão portuguesa do *Pain Coping Inventory* (PCI), com vista à sua adaptação cultural para uso na população portuguesa de pacientes com dor crónica não oncológica.

Material e Métodos: O instrumento foi traduzido, retrotraduzido e alvo de uma reflexão falada. 180 indivíduos com diagnóstico clínico associado à presença de dor crónica, designadamente fibromialgia e artrite reumatóide, preencheram o questionário. Os dados recolhidos foram sujeitos a procedimentos de análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e análise de consistência interna das subescalas.

Resultados: Com base nos procedimentos metodológicos usados foi possível sustentar uma estrutura fatorial composta por cinco fatores que avaliam distintas estratégias de *coping* com a dor crónica, designadamente, distanciamento, preocupação, distração, transformação da dor e redução do nível de atividade.

Conclusões: A versão portuguesa do PCI apresentou evidências de validade e fiabilidade que suportam a relevância do seu uso na investigação e em contexto clínico.

Palavras-chave: Análise Fatorial; Avaliação da Dor; Doença Crónica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the validity and reliability of the Portuguese version of the Pain Coping Inventory (PCI) in order to perform a cultural adaptation to permit its use in Portuguese population of non-oncological chronic pain patients.

Methods: The PCI was translated to Portuguese and then again to English; moreover a spoken reflection was made. 180 participants with clinical diagnosis associated to chronic pain (namely, fibromyalgia and rheumatoid arthritis) were asked to fill in the self-report measure. Procedures of exploratory factorial analysis, confirmatory factorial analysis, and internal consistency were performed.

Results: Based on the methodological procedures, results have shown evidence of a factorial structure comprised by five factors which assess distinct chronic pain coping strategies namely, withdrawal, worrying, distraction, pain transformation, and reducing demands.

Conclusions: The Portuguese version of PCI has shown evidence of validity and reliability which supports the relevance of its use in both research and clinical context.

Keywords: Factor analysis; Pain assessment; Chronic disease.

INTRODUÇÃO

Uma das definições clássicas de *coping* remete-nos para Lazarus e Folkman¹, sendo este concetualizado como os esforços comportamentais e cognitivos, em mudança permanente, que visam gerir exigências internas e/ou externas específicas, consideradas pelo indivíduo como excedendo os seus recursos pessoais. Uma das aplicações do conceito de *coping* diz respeito ao estudo da dor crónica, na medida em que a avaliação cognitiva e estratégias comportamentais poderão amortecer os resultados do stressor que a dor crónica constitui². Várias

1. Investigadora Auxiliar no Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal.

2. Professora Catedrática na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Nota: A recolha de dados do presente estudo foi realizada no âmbito da tese de doutoramento «Variáveis Psicossociais e Fibromialgia», apresentada pela primeira autora à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, e cujo projecto contou com o financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia através da Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/18455/2004.

condições médicas surgem associadas com dor crónica não oncológica (dor que persiste há pelo menos 6 meses), tais como doenças reumáticas e do foro músculo-esquelético³. Neste contexto o *coping* com a dor crónica é definido como os pensamentos e comportamentos adotados pelo indivíduo para lidar ou fazer diminuir a dor, assim como os seus efeitos, em termos diários⁴. Mais especificamente, a investigação tem evidenciado que as reacções cognitivas e comportamentais à dor se associam com níveis de dor, capacidade funcional e funcionamento psicológico em pacientes com dor crónica⁵.

A literatura aponta uma ampla variedade de estratégias de *coping* com a dor crónica, muitas das quais não estão definidas adequadamente. Assim, em resposta ao elevado número de estratégias de *coping* identificadas, foram desenvolvidos sistemas de classificação caracterizados por um número reduzido de dimensões que traduzam a essência do processo de *coping* com a dor crónica⁴. Entre os diferentes sistemas de classificação destacam-se, nomeadamente, o *coping* focado no problema/emoções¹, *coping* ativo/passivo⁶ e o *coping* cognitivo/comportamental⁷, os quais possuem uma base teórica e empírica, bem como instrumentos de medida específicos⁸⁻⁹. Um dos instrumentos de avaliação de *coping* com a dor crónica foi desenvolvido em 2003 por Kraaimaat e Evers - O *Pain Coping Inventory* (PCI). O PCI é um questionário de auto-relato composto por 33 itens, sendo a escala de resposta de 4 pontos em que resultados superiores indicam uma maior frequência da utilização das estratégias de *coping* com a dor crónica. O instrumento apresenta seis subescalas de natureza cognitiva e comportamental: transformação da dor, distração, redução do nível de atividade, afastamento, preocupação e repouso. Os autores desenvolveram uma análise fatorial de 2ª ordem, a qual apontou uma solução bifatorial (*coping* passivo e *coping* ativo) consistente com a proposta por Brown e Niccassio⁶. Assim, o *coping* ativo reflete os esforços cognitivos e comportamentais para os doentes se distraírem e funcionarem além da dor, sendo que o *coping* passivo reflete a tendência comportamental para restringir o funcionamento e as cognições negativas associadas à dor⁹. Neste sentido a validação do instrumento para a língua portuguesa permite contribuir para a disponibilização de medidas de auto-relato adicionais de avaliação do *coping* com a dor crónica. Estudos empíricos demonstraram que as subescalas do PCI mostraram ser sensíveis na identificação de diferenças entre grupos de doentes com dor crónica. A validade con-

corrente foi avaliada junto de pacientes com artrite reumatóide (AR) e pacientes com fibromialgia (FM) e a validade preditiva avaliada junto de pacientes com AR ao fim de 1 e 3 anos. Em ambas as análises foi encontrado suporte para a validade das subescalas, em particular no que se refere ao poder preditivo da incapacidade funcional a longo termo⁵. A versão portuguesa do PCI já foi utilizada em estudos prévios desenvolvidos com amostras portuguesas^{3,10}. No entanto, nestes estudos não foram realizadas análises fatoriais do instrumento. Mais especificamente, Oliveira et al.³ utilizaram a dimensão genérica de *coping* passivo do PCI, a qual inclui as subescalas de afastamento, preocupação e repouso. Os autores verificaram, numa amostra de 86 pacientes [25 com FM, 31 com AR e 30 com osteoartrose (OA)] uma frequência de utilização significativamente superior de estratégias de *coping* passivo na FM, comparativamente com a OA e AR. Além disso, foi identificada a existência de uma associação inversa entre *coping* passivo e estado de saúde física, em pacientes com AR e OA, a qual pode indicar que em períodos de agravamento sintomático, as estratégias de *coping* passivo se revelem adaptativas, ao evitar o contacto com estímulos nocetivos nestes pacientes. Já o grupo com FM parece não beneficiar desse aspecto, dada a ausência de associação entre *coping* passivo e estado de saúde física. Por outro lado, o uso de estratégias de *coping* passivo num contexto emocional negativo poderá revelar-se desadaptativo e este aspeto tende a ser identificado na AR e FM, mas não na OA. Num outro estudo, em que também foi utilizado a versão portuguesa do PCI, incluindo as dimensões de *coping* ativo e *coping* passivo, numa amostra de pacientes com FM (n = 68) e AR (n = 52), o *coping* passivo, bem como a perturbação emocional e afetividade negativa explicaram 23% da variância do estado de saúde física de pacientes com FM e 24% nos pacientes com AR. Além disso, o *coping* passivo foi o preditor mais forte do estado de saúde de pacientes com FM. Por outro lado, a dimensão de *coping* ativo não se mostrou preditora das dimensões acima referidas¹⁰. Como já referido, nos estudos acima citados não foram efetuadas análises fatoriais exploratórias nem confirmatórias do PCI, tendo-se baseado os autores nos bons níveis de consistência interna apresentados pelas subescalas para fundamentar a sua utilização nos estudos desenvolvidos. Aliás, o outro tipo de análises nem teria sido possível dado o reduzido número de elementos incluídos nas amostras utilizadas.

Assim sendo, o presente trabalho procura dar um

contributo para a validação da versão portuguesa do PCI (designada Questionário de Formas de Lidar com a Dor) sendo o seu objetivo central o desenvolvimento de procedimentos estatísticos indicadores de validade (análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória) e fiabilidade (consistência interna), tendo em vista a sua adaptação cultural para uso na população portuguesa de pacientes com dor crónica não oncológica.

MATERIAL E MÉTODOS

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 180 participantes, do sexo feminino, entre os 22 e os 69 anos ($M = 48.34$; $DP = 9.62$), com diagnóstico relacionado com a presença de dor crónica não oncológica (confirmado junto do médico assistente), designadamente FM ($n = 128$) e AR ($n = 52$). 85% das participantes eram casadas, sendo que o nível de escolaridade mais frequente foi o ensino primário, ou seja, 4 anos de escolaridade (33.9% da amostra). A percentagem de participantes que se encontrava em situação profissional ativa situou-se nos 35.6%. Tendo em conta o diagnóstico de FM e AR, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estes subgrupos no que se refere às variáveis sociodemográficas.

A existência de perturbações cognitivas ou psiquiátricas constituiu um critério de exclusão amostral, pois as mesmas poderiam interferir com a compreensão do instrumento aplicado. A amostra foi recolhida em Associações de apoio a pacientes com fibromialgia (Myos) e doentes reumáticos (ANDAR e LPCDR), bem como em Unidades Hospitalares dos Distritos do Porto e Coimbra (Portugal). Em relação a estas últimas houve autorização formal escrita por parte das Comissões de Ética e Conselhos de Administração para a realização do estudo. Os participantes assinaram uma declaração de consentimento informado após serem informados sobre o estudo e ter-lhes sido assegurada a manutenção do anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados.

PROCEDIMENTOS

Após a obtenção de autorização junto dos autores originais para a utilização do Pain Coping Inventory (PCI) numa amostra portuguesa, efetuou-se a tradução do PCI para a língua portuguesa e, posteriormente, procedeu-se à sua retroversão, com vista a verificar se houve ou não alteração do sentido inicial. Estes procedi-

mentos foram realizados com recurso a um licenciado em Psicologia e outro em Ensino de Português-Inglês. Investigadores na área da Psicologia também deram o seu parecer em relação à coerência teórica da tradução, sugerindo pequenas alterações formais. Num segundo momento, a primeira versão do instrumento foi apresentada a um grupo de participantes com as mesmas características da amostra que ia ser posteriormente envolvida. Estes indivíduos cooperaram então com uma das investigadoras na reflexão falada do instrumento, processo do qual resultaram pequenas alterações na formulação verbal de alguns itens e alterações do formato gráfico.

Com vista a fundamentar o processo de validação inicial da versão portuguesa do PCI realizaram-se procedimentos reconhecidos como indicadores de validade e fiabilidade de instrumentos de auto-relato, designadamente: análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e análise de uma das formas de fiabilidade, a consistência interna. Para tal recorreu-se ao uso dos softwares EQS 6.1 e PASW (SPSS) 17.0.

A opção pela realização inicial de uma análise fatorial exploratória em componentes principais deve-se ao facto de existirem poucos estudos que avaliem a estabilidade fatorial da estrutura inicialmente proposta^{3,5,10}. No âmbito deste procedimento foram considerados critérios com vista a fundamentar a estrutura fatorial que se adequa à amostra estudada, designadamente o teste de esfericidade de Bartlett, o teste de Kaiser-Meyer-Olkin, critério de Kaiser e Teste Scree proposto por Cattell. Seguidamente, efectuou-se a rotação dos fatores mediante procedimentos de rotação ortogonal (varimax)¹¹.

No que se refere às análises fatoriais confirmatórias, estas produzem uma série de índices de ajustamento do modelo estimado, com base nos quais o investigador, sustentando a sua posição teórica e empiricamente, decide se a estrutura testada deve ser aceite ou rejeitada. Em relação à escolha dos índices de ajustamento a relatar sugere-se o relato de, pelo menos, três índices, sendo que os mais consensuais e/ou relatados são o CFI, RMSEA, RMR e SRMR¹². Além disso, refira-se também o teste de Qui-quadrado de Satorra-Bentler ($SBS-\chi^2$)¹³ o qual tem em consideração a não normalidade dos dados observados. O relato do ratio entre o valor do qui-quadrado e os graus de liberdade também deve ser reportado; quando este valor se aproxima de zero, melhor o ajustamento do modelo, sendo que um ratio inferior a 3 é geralmente considerado aceitável¹⁴. Uma vez que o valor do qui-quadrado é

muito sensível ao tamanho da amostra, foram utilizados os outros valores de ajustamento para a aferição do modelo, menos influenciáveis pelo tamanho da amostra. Mais especificamente, o *Comparative Fit Index* (CFI), o qual varia entre 0 e 1, sendo que o seu valor deve ser igual ou superior a .95 para que se aceite o modelo¹⁵. Já em relação ao *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) valores iguais ou inferiores a 0.08 representam um ajustamento aceitável e inferiores a 0.05 um bom ajustamento do modelo estimado^{12,15,16}. Em relação ao *Standardized Root Mean Square Residuals* (SRMR) quanto mais baixo for o seu valor, melhor, sendo que um valor de 0 representa um ajustamento perfeito. No entanto, valores inferiores a 0.08 já refletem um ajustamento aceitável e inferiores a 0.05 um bom ajustamento^{12,15}. Outro aspeto a ter em conta, que pode justificar a inclusão de reespecificações no modelo, refere-se à consideração dos índices de saturação dos indicadores nos respetivos fatores, os quais devem ter pelo menos uma magnitude de .30-.35 para justificar a sua permanência nos referidos fatores. No caso de se proceder a uma reespecificação do modelo, há que avaliar os índices de ajustamento do mesmo, com vista a verificar se houve uma melhoria nos seus valores¹². Por fim, refira-se que a criação de emparelhamentos de itens que compõe as subescalas do instrumento permite estimar um modelo com menos parâmetros, de modo que se aumenta o ratio de número de sujeitos por parâmetro, o que possibilita a obtenção de um valor de estimação mais estável¹⁷.

Relativamente à consistência interna, segundo Almeida e Freire¹⁸, esta traduz o grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos aos itens que compõe o instrumento. A consistência interna pode ser quantificada pelo uso de diferentes medidas, sendo uma das mais usadas o alpha de Cronbach, cujo valor varia entre 0 e 1. Os valores superiores a .90 são indicadores de uma consistência interna muito boa; valores entre .80 e .90 apontam uma consistência interna boa; valores entre .70 e .80 indicam-na como razoável; entre .60 e .70 refletem uma fraca consistência interna; e, inferiores a .60 a consistência interna é inadmissível¹⁹.

RESULTADOS

ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA EM COMPONENTES PRINCIPAIS

Inicialmente verificou-se que o ratio de sujeitos (N = 180)

por número de itens do PCI (n = 33) é de 5,45/1, enquadrando-se nos critérios sugeridos por vários autores com vista a obter fatores fiáveis e interpretáveis¹¹. Através do valor do teste de esfericidade de Bartlett (2318.73, p < .001) e do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (0.762) pôde ser verificada a boa adequação da matriz de dados a procedimentos de análise fatorial. Em seguida, baseamo-nos em duas técnicas com vista a decidir o número de fatores a ser extraído. Por um lado, de acordo com o critério de Kaiser, apenas os fatores com um eigenvalue superior a 1 são retidos. Esta solução apontava a retenção de nove fatores, apesar dos eigenvalues mais fortes se situarem nos primeiros cinco fatores. Por outro lado, a análise do Teste Scree proposto por Cattell permitiu identificar o ponto do gráfico no qual a curvatura da linha muda de direção e se torna horizontal, apontando para a adequação da uma retenção em cinco fatores, a qual foi então assumida. Seguidamente, efetuou-se a rotação dos cinco fatores mediante procedimentos de rotação ortogonal (varimax), após a qual se procedeu à eliminação de alguns dos itens da escala, com base nos seguintes critérios: (a) uma saturação inferior a .40 num fator e (b) a saturação simultânea em dois fatores, caso a distância entre ambos os valores seja inferior a .10. Também se estabeleceu como critério que a estrutura explicasse pelo menos 40% da variância total (Tabela I).

Assim foram eliminados os seguintes itens: «Tomo um banho ou um duche»(9); «Tomo cuidado com aquilo que como e bebo»(14); «Recorro a outros estímulos físicos (exs.: aperto os punhos, toco em mim próprio(a), pressionno ou massajo o local da dor)»(23); «Penso em momentos em que não tenho dor»(28); «Penso nas dificuldades que as outras pessoas passam»(30). Após nova rotação varimax, optou-se por uma estrutura fatorial, composta por 28 itens, distribuídos por cinco fatores, os quais explicam 55.22% da variância (Tabela II).

De acordo com uma leitura concetual dos itens que compõe os cinco fatores, os factores foram designados do seguinte modo: Distanciamento (Fator 1 - 10 itens), Preocupação (Fator 2 - 7 itens), Distração (Fator 3 - 4 itens), Transformação da dor (Fator 4 - 3 itens), Redução do nível de atividade (Fator 5 - 4 itens).

ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

Os cinco fatores que emergiram da análise fatorial exploratória foram então submetidos a procedimentos de análise fatorial confirmatória. Inicialmente, efetuou-

TABELA I. MATRIZ DE DADOS APÓS ROTAÇÃO ORTOGONAL VARIMAX DOS ITENS DO PCI

	Componentes				
	1	2	3	4	5
11. Retiro-me para um ambiente sossegado	,848				
12. Tomo cuidado para não ser incomodado(a) com barulhos que me aborreçam	,825				
10. Tomo precauções para não ser incomodado(a)	,785				
7. Sento-me ou deito-me a descansar	,700				
13. Tomo cuidado para não ser incomodado(a) pela luz (exs:coloco óculos de sol, corro os cortinados...)	,610				
8. Assumo uma posição corporal agradável	,589				
33. Quando estou fora de casa procuro regressar o mais depressa possível	,563	,357			
1. Desisto das minhas atividades	,548	,328			
32. Afasto-me de tudo à minha volta	,543	,418			
6. Tomo cuidado para não me esforçar fisicamente	,476				
25. Começo a ficar preocupado(a)		,774			
26. Pergunto-me a mim mesmo(a) qual será a causa da dor		,745			
24. Penso nas coisas que ficam por fazer por causa da dor		,678			
27. Penso que a dor irá piorar		,670			
29. Penso que vou enlouquecer por causa da dor	,390	,597			
17. Concentro-me na dor durante todo o tempo	,327	,514			
31. Penso que os outros não compreendem o que é sentir uma dor como aquela que eu sinto		,462			
23. Recorro a outros estímulos físicos (exs: aperto os punhos, toco em mim próprio(a), pressiono ou massajo o local da dor)					
20. Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me com uma atividade física (exs: caminha, andar de bicicleta, nadar...)			,752		
22. Faço alguma coisa agradável			,707		
21. Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me a ver televisão, ouvir música, etc.			,648		
19. Penso em coisas e acontecimentos agradáveis			,628		
30. Penso nas dificuldades que as outras pessoas passam		,423	,515		
9. Tomo um banho ou um duche			,379		
28. Penso em momentos em que não tenho dor			,363		
16. Finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo				,837	
15. Finjo que a dor não está presente				,803	
18. Imagino que a dor é menos violenta do que realmente é				,717	
14. Tomo cuidado com aquilo que como e bebo				,357	
3. Continuo as minhas atividades num ritmo mais lento					,853
2. Continuo as minhas atividades com menos esforço					,747
4. Continuo as minhas atividades com menos exactidão					,720
5. Limito-me a realizar atividades simples					,556

Método de extração: Análise de componentes principais; Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser; A Rotação convergiu em 6 iterações.

Nota: Os espaços que surgem em branco referem-se a valores de saturação inferiores a 0.30.

TABELA II. TOTAL DE VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS CINCO FACTORES EMERGENTES NA ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA DO PCI

Componente	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	4,818	17,206	17,206
2	3,596	12,843	30,049
3	2,481	8,860	38,908
4	2,315	8,269	47,178
5	2,253	8,045	55,222

Método de extração: Análise de componentes principais.

-se a realização de emparcelamentos nos fatores com maior número de itens (distanciamento e preocupação). Já nos fatores que possuíam apenas três e quatro itens (distracção; transformação da dor; redução do nível de actividade) não foram feitos emparcelamentos, tendo entrado directamente os itens como indicadores. Assim sendo, procedeu-se à realização do ajustamento global dos fatores de 1ª ordem. Os resultados apontam a existência de bons índices de ajustamento [SBS- χ^2 (109) = 156.51, $p = .000$, $\chi^2/gf = 1.43$; CFI = .95; RMSEA = 0.05; RMR = 0.06; SRMR = 0.08], bem como a adequação dos índices de saturação (situados entre .36 e .97), indicadores do bom ajustamento global dos fatores de 1ª ordem. Acrescente-se que devido à reduzida magnitude das correlações entre os fatores de 1ª ordem que compõe o modelo (o valor médio das magnitude das correlações entre os factores situou-se nos 0.17), conclui-se que estes são independentes, não se justificando o teste de uma estrutura de 2ª ordem.

FIABILIDADE

O estudo da fiabilidade da escala foi feita através da avaliação da consistência interna das subescalas mediante o cálculo dos valores de alphas de Cronbach. De acordo com o critério proposto por Pestana e Gageiro¹⁹, verificou-se a existência de bons índices de consistência interna nos fatores distanciamento e preocupação; já nas restantes estratégias de *coping* foram encontradas consistências internas razoáveis, especificamente na distracção ($\alpha = .75$), transformação da dor ($\alpha = .76$) e redução do nível de actividade ($\alpha = .72$) (Tabela III). No entanto, tendo em conta o reduzido número de itens que compõe os três fatores atrás mencionados, os valores de consistência interna tornam-se ainda mais aceitáveis¹¹.

TABELA III. VALORES DE CONSISTÊNCIA INTERNA (ALPHAS DE CRONBACH) DOS FACTORES QUE CONSTITUEM A VERSÃO PORTUGUESA DO PCI

	Alpha de Cronbach
Distanciamento	.87
Preocupação	.81
Distracção	.75
Transformação da dor	.76
Redução do nível de actividade	.72

DISCUSSÃO

Considerando a importância do estudo do *coping* com a dor crónica não oncológica em populações clínicas que padecem de tal condição^{3,5,10}, o desenvolvimento e validação de instrumentos de auto-relato de língua portuguesa que avaliem o referido construto impõe-se como necessário e desejável para permitir a utilização entre investigadores e profissionais de saúde. O objetivo central do presente trabalho consistiu no desenvolvimento de procedimentos que permitiram dar um contributo para a validação da versão portuguesa do Pain Coping Inventory (PCI), designada Questionário de Formas de Lidar com a Dor, numa amostra de pacientes com dor crónica não oncológica.

Com base na análise fatorial exploratória em componentes principais, foi possível sustentar uma estrutura fatorial composta por cinco fatores designadamente, distanciamento, preocupação, distracção, transformação da dor e redução do nível de actividade. Destaque-se que os fatores emergentes não coincidem totalmente com a estrutura fatorial proposta pelos autores da versão original⁵. Mais especificamente, quatro dos fatores por nós encontrados aproximam-se conceptualmente dos propostos pelos autores originais (preocupação, distracção, transformação da dor e redução do nível de actividade), mas em relação ao fator que designamos «distanciamento» este engloba itens que, segundo os autores originais, constituem as dimensões do afastamento e do repouso. Conceptualmente, a subescala «transformação da dor» avalia a modificação imagética das sensações de dor; a «distracção» refere-se a estratégias utilizadas com o intuito de desviar o foco atencional da experiência da dor; a «redução no nível de actividade», por sua vez, inclui itens que avaliam a continuação da realização das atividades habituais, mas num ritmo, exatidão e esforços

inferiores; a «preocupação» avalia a tendência para apresentar pensamentos desadaptativos relativamente à interpretação da dor e permanecer vigilante face a potenciais estímulos dolorosos, de modo a evitá-los. Por fim, a subescala do «distanciamento», proposta por nós no presente estudo, caracteriza-se pela utilização de estratégias em que há um evitamento e anulação de estímulos associados à vivência da dor. Tal como referido, esta subescala congrega em si itens que os autores originais consideram como fazendo parte de duas dimensões distintas: o «repouso» (avalia a diminuição de atividades com vista ao descanso) e o «afastamento» (avalia comportamentos de evitamento face a determinada estimulação como ruído ou luz intensa). A diferença da estrutura fatorial encontrada no presente trabalho comparativamente à proposta pelos autores originais não é, por si só, negativa. Pelo contrário, através de procedimentos de adaptação cultural, determinados itens que se revelam pertinentes num determinado contexto cultural, poderão não o ser num outro. Mais especificamente, em relação aos itens que foram eliminados na presente versão portuguesa do questionário, refira-se que no caso do item 9 («Tomo um banho ou um duche») este fazia parte na versão original da dimensão «distração»; porém poderá ter havido uma interpretação deste item sobretudo como uma atividade ligada aos hábitos de higiene pessoal, não tendo tanto sido percebida como uma forma de lidar com a dor. Aliás, na reflexão falada que foi realizada inicialmente com um grupo limitado de participantes houve precisamente esta referência por parte de uma das participantes. Porém optou-se por manter o item, respeitando a versão original, mas os procedimentos de análise fatorial vieram então confirmar estatisticamente este significado previamente atribuído. Em relação ao item 14 («Tomo cuidado com aquilo que como e bebo»), a sua não saturação na dimensão de «afastamento», de acordo com os critérios estatísticos seguidos, pode estar associada com o facto de comer e beber não ser percecionado pelos sujeitos como atividades ligadas à presença/agravamento de dor, daí precauções neste domínio também não serem interpretadas como formas primordiais de lidar com a mesma. No que se refere aos itens 23 e 28 (23- «Recorro a outros estímulos físicos (ex: aperto os punhos, toco em mim próprio(a), pressionou ou massajo o local da dor»); 28 – «Penso em momentos em que não tenho dor»), ambos foram eliminados da presente versão, ao passo que na versão original estavam incluídos na dimensão «preocupação». De facto, uma análise in-

terpretativa do conteúdo do item 23 torna claro que este se distancia dos restantes itens que compõe a referida dimensão, uma vez que remete claramente para uma estratégia comportamental, contrariamente aos restantes que remetem para estratégias cognitivas. Por outro lado, no que se refere ao item 28 («Penso em momentos em que não tenho dor»), este parece não ter um significado especialmente relevante, o que pode ser compreendido pelo facto de uma amostra que padece de dor crónica poder experienciar a dor como uma parte integrante da sua vivência individual²⁰. Por fim em relação ao item 30 («Penso nas dificuldades que as outras pessoas passam») verifica-se que este, ao contrário dos restantes itens que compõe a dimensão «transformação da dor», não remete diretamente para a experiência dolorosa, individual e subjetiva do paciente (ex: item 15 – «finjo que a dor não está presente»; 16 – «finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo»). Por esse motivo o referido item terá apresentado uma dupla saturação nos fatores de preocupação e distração, verificando-se assim uma atribuição de significado ambígua que sustenta a sua eliminação na versão portuguesa do PCI.

Todas as referidas modificações em relação à estrutura original podem ser justificadas pelo facto de nos estudos de adaptação inicial⁵ terem sido encontrados, nalguns casos, índices de consistência interna relativamente baixos, o que não se verificou no presente estudo. Assim sendo, os cinco fatores por nós encontrados resultam de um refinamento do instrumento no sentido de captar a experiência de *coping* com a dor crónica em amostras de pacientes com dor crónica não oncológica em Portugal. Aliás, os procedimentos subsequentes de análise fatorial confirmatória vieram comprovar a pertinência da estrutura proposta pela análise fatorial exploratória, uma vez que foram encontrados índices de ajustamento do modelo bastante satisfatórios.

Também em relação à análise fatorial confirmatória, refira-se que devido à reduzida magnitude das correlações entre os fatores de 1ª ordem que compõe o modelo, conclui-se que estes são independentes, não se justificando o teste de uma estrutura de 2ª ordem, o que não vai ao encontro dos autores originais⁵, os quais sustentam a existência de seis estratégias de *coping*, de natureza cognitiva e comportamental, que se agrupariam em dois fatores de 2ª ordem: *coping* passivo e *coping* ativo. Assim, o presente estudo sustenta que a versão portuguesa do PCI representa melhor um instrumento para avaliação de estratégias específicas

de *coping* e não em termos de fatores mais amplos. Este aspeto tem relevância em termos de investigação e, consequentemente, ao nível da intervenção clínica. De facto, nos estudos de investigação nem sempre é possível identificar estratégias específicas de *coping* como adaptativas ou desadaptativas pois, por vezes, os estudos usam técnicas de análise fatorial através das quais múltiplas estratégias de *coping* são combinadas entre si formando um reduzido número de fatores⁴. Assim, torna-se mais difícil identificar quais as estratégias específicas a serem trabalhadas em contexto clínico. Neste sentido, o facto da versão portuguesa do PCI apenas contemplar estratégias específicas de *coping* pode constituir uma potencialidade em termos de investigação futura e, sobretudo, em termos de intervenção clínica.

Por fim refira-se que os valores de consistência interna das subescalas obtidos no presente estudo enquadram-se num intervalo razoável (0.72-0.87) e são, de um modo geral, superiores aos obtidos nos estudos iniciais de validação da versão original do PCI. Segundo Kraaimaat e Evers⁵, as subescalas do instrumento apresentaram consistências internas, com alphas de Cronbach situados entre .69 e .79 numa amostra de doentes com AR; .64 e .78 numa amostra de doentes com cefaleias crónicas; e, .62 e .77 numa amostra de pacientes com dor crónica⁵.

Concluindo, refira-se que os procedimentos estatísticos adotados no presente estudo (análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e avaliação da consistência interna) fornecem suporte empírico à validade e fiabilidade da versão portuguesa do PCI para utilização em pacientes com dor crónica, seja em termos de estudos de intervenção, seja em contexto de utilização clínica, dado que o instrumento é de fácil e rápido preenchimento, podendo constituir uma mais-valia para os profissionais de saúde que intervêm com este tipo de populações.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com o financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/18455/2004).

CORRESPONDÊNCIA PARA

Paula Oliveira
Centro de Psicologia da Universidade do Porto,
Rua Alfredo Allen, 4200-135, Porto, Portugal
Telefone: +351226079700.
Email: pjoliveira@fpc.up.pt

REFERÊNCIAS

1. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
2. Hallberg L, Carlsson S. Coping with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000; 14:29-36.
3. Oliveira P, Monteiro P, Coutinho M, Salvador MJ, Costa ME, Malcata A. Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa* 2009; 34:511-519.
4. Katz J, Ritvo P, Irvine M, Jackson M. Coping with chronic pain. In: Zeidner M, Endler N, eds. *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons; 1996: 86-111.
5. Kraaimaat F, Evers A. Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine* 2003;10:343-363.
6. Brown G, Nicassio P. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987;31:53-64.
7. Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33-44.
8. Jensen M, Turner J, Romano J, Strom S. The chronic pain coping inventory: Development and preliminary validation. *Pain* 1995;60:203-216.
9. Lester N, Keefe F. Coping with chronic pain. In: Baum A, Newman S, Weinman J, West R, McManus C, eds. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* Cambridge: University Press; 1997: 87-90.
10. Oliveira P, Costa ME. Psychosocial predictors of health status in fibromyalgia: A comparative study with rheumatoid arthritis. *Journal of Pain Management* 2009;2:135-144.
11. Pallant J. *SPSS: Survival manual*. Buckingham: Open University Press; 2001.
12. Byrne B. *Structural equation modelling with EQS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
13. Satorra A, Bentler PM. Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In: Von Eye A, Clogg CC, editors. *Latent variables analysis: applications for developmental research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994: 399-419.
14. Kline RB. *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: Guilford; 1998.
15. Hu L, Bentler PM. Cutoff criterion for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999;6:1-55.
16. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen A, Long JS, ed. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage; 1993: 445-455.
17. Little TD, Cunningham WA, Shahar G, Widaman KF. To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling* 2002;9:151-173.
18. Almeida L, Freire T. *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições; 2003.
19. Pestana MH, Gageiro J. *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
20. Oliveira P. *Fibromialgia: Do discurso científico às narrativas de vida dos pacientes*. Porto: LivPsic; 2012.