

CONTRIBUTO ADICIONAL PARA O ESTUDO DAS VERSÕES PORTUGUESAS DE DOIS QUESTIONÁRIOS BREVES DE COPING COM A DOR

Maria Alexandra Ferreira-Valente¹

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto,
Portugal; Fundação para a Ciência e Tecnologia, Portugal; Unidade de Investigação em
Psicologia e Saúde, Lisboa, Portugal

José Luís Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto,
Portugal; Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Lisboa, Portugal

Mark P. Jensen

Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington School of Medicine,
Seattle, United States of América

Resumo

As estratégias de coping com a dor desempenham um papel importante no ajustamento e na qualidade de vida em pessoas com dor crónica. São necessários questionários de coping com a dor, fiáveis e válidos, com vista à sua utilização no contexto clínico e da investigação. As formas reduzidas desses questionários são particularmente úteis. Estudos anteriores suportam a validade das versões reduzidas de dois questionários de coping com a dor em amostras portuguesas. O objectivo deste estudo é avaliar a validade de constructo das versões portuguesas das formas reduzidas do *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) e do *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI). Uma amostra de 324 participantes com dor crónica músculo-esquelética respondeu às versões portuguesas reduzidas do CSQ e CPCI, à Escala Numérica da Intensidade da Dor, à Escala de Interferência da Dor do *Brief Pain Inventory*, ao *Hospital Anxiety and Depression Scale* e a um questionário breve de qualidade de vida e estado geral de saúde (SF-12). Foram encontradas correlações significativas entre medidas de depressão, ansiedade e dor (intensidade e interferência) e as estratégias de coping de distração, reinterpretação das sensações de dor, catastrofização, rezar/esperança, evitamento, descansar, pedir ajuda, relaxamento, exercício e procura de suporte ($0.13 \leq r \leq 0.49$). Foram ainda encontradas correlações significativas entre essas estratégias de coping e as dimensões de saúde física e saúde mental do SF-12 ($-0.12 \leq r \leq -0.51$). Os resultados suportam a validade de constructo dos questionários estudados, e replicam as semelhanças e diferenças anteriormente encontradas entre amostras de Portugal e dos EUA.

¹ M. Alexandra Ferreira-Valente recebeu Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/ 40956/2007) da Fundação para a Ciência e Tecnologia. Nenhum dos autores tem qualquer conflito de interesses com respeito ao presente estudo. Correspondência sobre este artigo deve ser enviada a M. Alexandra Ferreira-Valente, mafvalente@gmail.com.

Consistente com os modelos biopsicossociais da dor crónica, a investigação tem evidenciado a existência de associações significativas entre as estratégias de coping com a dor e o ajustamento e qualidade de vida em pessoas com dor crónica (Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano, & Turner, 2003; Tan, Nguyen, Cardin, & Jensen, 2006). Os resultados da investigação nem sempre são consistentes com relação a quais as estratégias de coping associadas com melhor e pior ajustamento e qualidade de vida, o que talvez reflecta diferenças entre as amostras, ou o facto de o carácter (des)adaptativo das estratégias de coping depender de um vasto número de factores, tais como o contexto, a motivação, os objectivos e a cultura (Hastie, Riley, & Fillingim, 2004; Mechanic, 1978; Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008).

É possível que as estratégias de coping não sejam igualmente “adaptativas” (isto é, associadas a melhor funcionamento) ou “desadaptativas” (associadas a disfunção) em todas as culturas, ou na mesma cultura para todas as pessoas com dor crónica, ou até em momentos diferentes para a mesma pessoa. Não obstante, as estratégias de coping de evitamento, descansar, pedir ajuda, rezar/esperança e catastrofização estão frequentemente associadas a maior intensidade e interferência da dor, níveis de depressão e ansiedade mais elevados, e pior estado de saúde física e mental em amostras de pessoas de língua inglesa dos Estados Unidos da América (EUA), ao passo que persistir na tarefa é habitualmente classificada como “adaptativa” (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2006; Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby, & Monga, 2001). O *Chronic Pain Coping Inventory* (Jensen, Turner, Romano, & Strom, 1995) e o *Coping Strategies Questionnaire* (Rosenstiel and Keefe, 1983), são dois dos questionários de avaliação de coping com a dor mais comumente utilizados. Jensen et al. (2003) desenvolveram formas reduzidas destes questionários, de um ou dois itens por sub-escala. Estas versões demonstraram serem válidas através de correlações significativas (1) com as sub-escalas das versões originais correspondentes e (2) com variáveis relacionadas com a dor (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2006). São dois instrumentos particularmente úteis no contexto clínico, onde são desejáveis medidas breves, com menor sobrecarga de avaliação, válidas e fiáveis.

Um estudo anterior dá suporte preliminar à validade concorrente destes questionários breves de coping com a dor em amostras de pessoas portuguesas com dor crónica, e sugere que existem semelhanças, bem como algumas diferenças entre amostras de Portugal e dos EUA, na forma como as pessoas lidam com a dor e na correlação entre as estratégias de coping e os resultados de saúde (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2009; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, & Almeida, in press).

O principal objectivo deste estudo foi realizar uma avaliação subsequente da validade concorrente das versões portuguesas de dois itens do *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ) e do *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI). Se os resultados da investigação precedente forem replicados, antecipamos que (1) as estratégias de coping adaptativas e desadaptativas mostrarão correlações fracas com a intensidade de dor, excepto a estratégia de catastrofização, a qual se espera esteja moderada e positivamente correlacionada com a intensidade da dor; (2) as estratégias de coping adaptativas ignorar sensações de dor, auto-afirmções de coping, aumentar actividades comportamentais e persistir na tarefa estarão negativamente correlacionadas com medidas de disfunção (interferência dor e funcionamento psicológico); e (3) a catastrofização, rezar/esperança, evitamento, descansar, pedir ajuda e procura de suporte, estarão positivamente correlacionadas com medidas de disfunção.

MÉTODOS

Participantes

A amostra de conveniência incluiu 324 participantes com dor crónica músculo-esquelética, de sete instituições de saúde do Norte e Centro de Portugal. Os critérios de inclusão compreenderam: (1) ter dor por pelo menos 3 meses devido a uma patologia músculo-esquelética; (2) ter pelo menos 18 anos de idade; (3) estar disposto a participar num estudo de investigação; e (4) não ter qualquer incapacidade física ou mental que impossibilite a participação. Os participantes com diagnóstico de fibromialgia ou perturbação psiquiátrica severa foram excluídos da amostra. A Tabela 1 apresenta os principais dados demográficos da amostra. Os participantes tinham idades compreendidas entre 23 e 90 anos de idade ($M = 59.18$, $SD = 16.11$), 60.2% eram casados(as) ou viviam em união de facto, 26.3% eram solteiros(as) ou divorciados(as)/separados(as) e 8.8% dos participantes eram viúvos(as).

Tabela 1. Características demográficas da amostra

	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sexo (feminino)	65.7	-	-
Idade (em anos)	-	60.97	15.40
Escolaridade			
Ensino Primário ou menos	47.5		
Ensino Secundário (In)completo	41.6		
Ensino Universitário ou superior	10.9		

Material

Os participantes responderam a um questionário sócio-demográfico e de história clínica (e.g. idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação laboral, duração da dor, localização da dor e causa da dor), e a dois questionários reduzidos de coping com a dor (versão de dois itens do Coping Strategies Questionnaire, CSQ; e versão de dois itens do Chronic Pain Coping Inventory, CPCI; Jensen et al., 2003). A investigação dá suporte preliminar à validade concorrente destes dois questionários em pessoas portuguesas com dor crónica (Ferreira-Valente et al., 2009; in press). Os participantes responderam ainda a medidas de critério de intensidade de dor (Escala Numérica de Intensidade da dor, para a dor em média nas 24 horas antecedentes; NRS), interferência da dor (versão portuguesa da Escala de Interferência do *Brief Pain Inventory*, P-BPI; Azevedo et al., 2007; Cleeland & Ryan, 1994; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2010), estado de saúde física (*Physical Component Summary*, PCS, da versão portuguesa do *SF-12*; Pais-Ribeiro, 2005), e funcionamento psicológico (*Mental Component Summary*, MCS, da versão portuguesa do *SF-12*; Pais-Ribeiro, 2005; e a versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Pais-Ribeiro et al., 2007). A investigação suporta a validade e fiabilidade de todas as medidas de critério em amostras portuguesas (Azevedo et al., 2007; Ferreira-Valente et al., 2010; Pais-Ribeiro, 2005; Pais-Ribeiro et al., 2007).

Procedimentos

Todos os participantes responderam ao questionário sócio-demográfico e de história clínica, à NRS, à P-BPI, ao SF-12, ao CPCI e ao CSQ. Contudo, a fim de minimizar a sobrecarga de avaliação, um sub-grupo aleatório de participantes (n=167) respondeu a todos os instrumentos anteriores e adicionalmente à HADS.

Análise Estatística

As médias e desvios padrões das variáveis do estudo foram calculados com finalidade descritiva. A validade concorrente dos dois questionários em estudo foi avaliada através dos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as estratégias de coping com a dor e todas as variáveis de critério. A análise estatística foi realizada com o software PASW Statistics (v.18, SPSS Inc. Chicago, IL).

RESULTADOS

As estatísticas descritivas das variáveis e os coeficientes de correlação são apresentados nas Tabelas 2 a 4. Como pode ser visto, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a depressão, ansiedade, intensidade de dor e interferência da dor, e as sub-escalas de coping de distração, reinterpretação das sensações de dor, catastrofização, rezar/esperança, evitamento, descansar, pedir ajuda, relaxamento, exercício e procura de suporte ($0.14 \leq r \leq 0.49$). Os resultados evidenciam, ainda, correlações negativas estatisticamente significativas entre quase todas as estratégias de coping e os dois componentes do SF-12, que traduzem medidas de funcionamento físico e psicológico ($-0.11 \leq r \leq 0.51$).

Tabela 2. Médias e Desvios Padrões das Variáveis do Estudo, sub-escalas do CSQ e do CPCI para a amostra portuguesa e uma amostra dos EUA (Tan et al., 2006)

	Nossa Amostra	Amostra Portuguesa de Ferreira-Valente et al. (2009; in press)	Amostra dos EUA
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
VAS	-	6.37 (2.59)	-
NRS	4.72 (2.19)	-	-
BPI – Interferência da Dor	4.21 (2.53)	4.62 (2.35)	-
HADS – Depressão	6.35 (3.72)	8.86 (4.00)	-
HADS – Ansiedade	7.82 (3.97)	10.09 (3.67)	-
SF-12 – Componente Físico	37.52 (23.19)	-	-
SF-12 – Componente Mental	55.36 (21.76)	-	-
<i>CSQ Sub-escalas</i>			
Distração	2.95 (1.87)	2.39 (1.87)	2.93 (1.45)
Reinterpretar Sensações de Dor	2.33 (1.62)	2.04 (1.62)	1.88 (1.16)
Catastrofização	2.43 (1.78)	2.70 (1.83)	3.93 (1.45)
Ignorar Sensações de Dor	2.53 (1.62)	2.04 (1.74)	2.55 (1.34)
Rezar/Esperança	2.96 (1.79)	2.92 (1.73)	3.62 (1.47)
Auto-afirmações de Coping	3.43 (1.56)	3.20 (1.53)	2.95 (1.37)
Aumentar Actividades Comportamentais	3.40 (1.62)	3.41 (1.66)	2.92 (1.19)
<i>CPCI Sub-escalas</i>			
Evitamento/Defender-se	2.77 (2.11)	3.08 (2.36)	4.73 (2.20)
Descansar	3.04 (2.05)	3.31 (2.19)	5.26 (1.99)
Pedir Ajuda	2.69 (2.39)	3.14 (2.49)	2.96 (2.48)
Relaxamento	3.79 (2.04)	3.52 (2.22)	3.16 (2.44)
Persistir na Tarefa	3.90 (2.29)	3.78 (2.25)	2.60 (2.36)
Exercício/Alongamentos	3.92 (2.15)	3.35 (2.25)	2.52 (2.44)
Procura de Suporte	2.63 (2.45)	2.76 (2.56)	2.30 (2.25)
Auto-afirmações de Coping	4.35 (2.05)	4.10 (2.27)	3.96 (2.56)

Tabela 3. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Sub-escalas do CSQ e
Medidas de Dor e Funcionamento Psicológico

CSQ Sub-escalas	Nossa Amostra					Amostra Portuguesa de Ferreira-Valente et al. (2009; in press)		
	NRS	P-BPI	HADS-D	PCS	MCS	VAS	P-BPI	HADS-D
Distracção	0.14*	0.25**	0.05	-0.28**	-0.13*	0.06	0.02	-0.30
Reinterpretar Sensações de Dor	0.14*	0.23**	0.02	-0.11*	-0.16**	0.11	0.08	0.09
Catastrofização	0.20**	0.40**	0.49**	-0.42**	-0.42**	0.19*	0.57**	0.47**
Ignorar Sensações de Dor	0.04	0.15*	0.01	-0.03	-0.07	-0.13	-0.25*	-0.23
Rezar/Esperança	0.15**	0.34**	0.27**	-0.39**	-0.31**	0.14	0.26*	-0.41*
Auto-afirmações de Coping	0.10	0.19**	-0.13	-0.12*	0.02	-0.12	-0.03	-0.45**
Aumentar Actividades Comportamentais	0.03	0.07	-0.05	-0.09	-0.06	-0.03	0.11	-0.46**

Nota: CSQ = Coping Strategies Questionnaire; NRS = Escala Numérica da intensidade da dor; P-BPI = Versão portuguesa da Escala de Interferência do *Brief Pain Inventory*; HADS-D = *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Depressão; PCS = SF-12 Componente Físico; MCS = SF-12 Componente Mental; VAS = Escala Visual Analógica da intensidade da dor; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabela 4. Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Sub-escalas do CPCI e
Medidas de Dor e Funcionamento Psicológico

CPCI Sub-escalas	Nossa Amostra					Amostra Portuguesa de Ferreira-Valente et al. (2009)		
	NRS	P-BPI	HADS-D	PCS	MCS	VAS	P-BPI	HADS-D
Evitamento/Defender-se	0.13*	0.34**	0.34**	-0.37**	-0.31**	0.05	0.28*	0.11
Descansar	0.16**	0.29**	0.30**	-0.38**	-0.31**	-0.02	0.31**	0.15
Pedir Ajuda	0.12*	0.36**	0.39**	-0.51**	-0.37**	-0.01	0.29*	0.18
Relaxamento	0.14*	0.29**	0.28**	-0.35**	-0.22**	0.01	0.17	-0.22
Persistir na Tarefa	-0.04	-0.07	-0.10	0.12*	0.13*	-0.06	-0.12	-0.16
Exercício/Alongamentos	0.07	0.21**	0.19*	-0.25**	-0.18**	0.00	-0.00	-0.24
Procura de Suporte	0.07	0.21**	0.26**	-0.36**	-0.25**	0.09	0.31**	0.03
Auto-afirmações de Coping	0.08	0.18**	0.07	-0.23**	-0.21**	-0.06	0.02	-0.20

Nota: CPCI = *Chronic Pain Coping Inventory*; NRS = Escala Numérica da intensidade da dor; P-BPI = Versão portuguesa da Escala de Interferência do *Brief Pain Inventory*; HADS-D = *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Depressão; PCS = SF-12 Componente Físico; MCS = SF-12 Componente Mental; VAS = Escala Visual Analógica da intensidade da dor; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

DISCUSSÃO

Globalmente, os resultados são consistentes com aqueles anteriormente encontrados em amostras de pessoas dos EUA (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2001; Tan

et al., 2006) e suportam as hipóteses do estudo, bem assim como a validade concorrente dos questionários em estudo. Tal como em amostras de pessoas dos EUA (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2001; Tan et al., 2006), e em acordo com as nossas predições, todas as estratégias de coping com a dor estavam correlacionadas de forma fraca com a intensidade da dor, à excepção da catastrofização para a qual se encontrou uma correlação moderada com a intensidade da dor. Adicionalmente, as estratégias de coping usualmente classificadas como desadaptativas (nomeadamente a catastrofização, rezar/esperança, evitamento/defender-se, descansar, pedir ajuda e procura de suporte) estavam associadas com pior funcionamento físico e psicológico. Contudo, e em desacordo com as hipóteses do estudo, não foi encontrado um padrão claro de estratégias de coping adaptativas com associações significativas com melhor funcionamento, excepto para a estratégia de coping persistir na tarefa. Com efeito, todas as estratégias de coping, positivamente com pior funcionamento, ou não significativamente correlacionadas com as variáveis de critério.

Foram encontradas duas diferenças no padrão de associações entre as estratégias de coping e as variáveis de critério da nossa amostra e aquele encontrado em amostras dos EUA: (1) as correlações não significativas da estratégia de coping persistir na tarefa com a dor (intensidade e interferência), e com a depressão (em amostras dos EUA esta estratégia de coping está correlacionada com melhor funcionamento (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2006)); e (2) as correlações positivas entre procura de suporte e a interferência da dor e os níveis de depressão (em amostras dos EUA, quando emergem associações significativas, a procura de suporte tende a estar negativamente correlacionada com a depressão (Jensen et al., 2003; Tan et al., 2006)). Estes resultados são consistentes com os anteriormente encontrados em pessoas portuguesas com dor crónica (Ferreira-Valente et al., 2009), o que proporciona suporte preliminar à possibilidade de que tais diferenças reflectam nuances culturais na forma como as pessoas com dor crónica lidam com a dor, e no carácter (des)adaptativo de estratégias de coping específicas (Ferreira-Valente et al., 2009; in press).

O presente estudo tem um conjunto de limitações, que incluem (1) a heterogeneidade da amostra com respeito à etiologia da dor; (2) o facto de nem todos os participantes terem respondido a todas as medidas; (3) o desenho de investigação transversal que não permite avaliar a fiabilidade teste-reteste dos dois questionários estudados; e (4) a não inclusão de outras medidas alternativas de coping com a dor para avaliar a validade convergente dos questionários em estudo. A investigação futura

deveria prever a administração de todas as medidas de todas as variáveis do estudo a todos os participantes, e o uso de um desenho de investigação longitudinal para possibilitar o teste-reteste. Igualmente, a investigação futura deveria incluir medidas alternativas de coping com a dor previamente validadas para a população portuguesa para permitir a ulterior avaliação da validade dos dois questionários estudados.

Apesar das limitações do estudo, os resultados dão suporte adicional à validade concorrente dos dois questionários de coping traduzidos, e replicam as semelhanças e diferenças anteriormente encontradas entre pessoas portuguesas com dor crónica e amostras dos EUA, o que dá suporte adicional à hipótese de existência de diferenças culturais na forma como as pessoas lidam com a dor e no que se refere ao seu carácter (des)adaptativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azevedo, L.F., Pereira, A.C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., et al. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-37.

Cleeland C. & Ryan, K. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *The Annals, Academy of Medicine*, Singapore, 23(2), 129-138.

Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro J.L., & Jensen, M. (2009). Coping with chronic musculoskeletal pain: preliminary validation of the Portuguese version of two two item measures. *Psychology and Health*, 24(Supplement 1), 171.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2010). Pain-related interference in daily life: Validation of a Portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. In: Cruz, F. & Petrus, J. (Orgs.) Saúde, Cultura e Sociedade. Actas do 5.º Congresso Internacional (pp. 164-181). Viseu: AGIR.

Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro J.L., Jensen, M., & Almeida, R. (in press). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the USA: A cross-cultural study. *Pain Medicine*.

Jensen, M.P., Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Romano, J.M., & Turner, J.A. (2003). One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104(3), 453-469.

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Strom, S.E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-216.

Hastie, B.A., Riley, J.L., & Fillingim, R.B. (2004). Ethnic differences in pain coping: factor structure of the coping strategies questionnaire and coping strategies questionnaire-revised. *The Journal of Pain*, 5(6), 304-416.

Mechanic, D. (1978). *Students under stress: a study in the social psychology of adoption*. Madison: University of Wisconsin Press.

Pais-Ribeiro, J.L. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de um instrumento para avaliar o estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.

- Pais-Ribeiro, J.L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validations study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I., & Monga, T.N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- Tan, G., Nguyen, Q., Cardin, S.A., & Jensen, M.P. (2006). Validating the use of two-item measures of pain beliefs and coping strategies for a veteran population. *The Journal of Pain*, 7(4), 252-260.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139, 1-4.