

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Influência do suporte social de um/a parceiro/a romântico no ajustamento à Dor Crónica: O Papel Mediador da Catastrofização da dor

Tatiana Filipa Paulo Ribeiro

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação.

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2021

A Influência do suporte social de um/a parceiro/a romântico no ajustamento à Dor Crónica: O Papel Mediador da Catastrofização da dor

Tatiana Filipa Paulo Ribeiro

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Bernardes, Professora Associada com Agregação.

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2021

Agradecimentos

Quero agradecer à Professora Doutora Sónia Bernardes pela disponibilidade, excelente orientação, paciência, apoio, organização e palavras motivadoras durante este percurso.

O conhecimento e experiência transmitidos foram essenciais durante a realização da dissertação e todo o *feedback* que me foi dado.

Aos meus pais e à minha avó, pela educação, amor e por sempre me transmitirem que sou capaz e me apoiarem sempre em qualquer escolha.

A todos os que contribuíram para este processo de aprendizagem desde a licenciatura até ao mestrado, uma jornada muito importante para mim a nível pessoal como também para o meu futuro profissional.

Resumo

A dor crónica é um problema de saúde que afeta negativamente a sociedade e os indivíduos. Cerca de 19% dos adultos europeus têm dor crónica. Evidências sugerem que as respostas dos/as companheiros/as românticos/as têm influência nos processos de ajustamento à dor crónica, podendo promover ou prejudicar o ajustamento do indivíduo à mesma. Se a maioria dos estudos se foca no papel de respostas de suporte social não adaptativas (ex., solicitude), são menos os estudos que analisam os efeitos de respostas de suporte adaptativas a contextos de dor (ex. promotoras de autonomia funcional). Para colmatar este hiato, este estudo procurou investigar: (1) a relação entre as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar e promotoras de autonomia funcional e resultados de ajustamento à dor crónica; e (2) o papel mediador da catastrofização face à dor crónica. No presente estudo correlacional participaram 117 indivíduos envolvidos numa relação amorosa com dor crónica (92,3% sexo feminino; $M_{idade} = 42,44$). Estes preencheram seis instrumentos, nomeadamente (1) ESIAD_DOR; (2) SRI; (3) PCS; (4) EADS-21; (5) BPI e (6) RAS. As respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional do/a parceiro/a estão associadas a maior satisfação conjugal e menor grau de interferência da dor na vida da pessoa. As respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar encontram-se positivamente correlacionadas com a satisfação conjugal. Contudo, tais efeitos não são significativamente mediados pela catastrofização da dor. Esta investigação contribui para a compreensão da relação entre as respostas positivas do parceiro/a e o ajustamento à dor crónica.

Palavras-chave: dor crónica; suporte social; autonomia funcional; respostas facilitadoras do parceiro; catastrofização

Códigos de classificação APA:

2900 Processos Sociais e Questões Sociais

3365 Promoção de saúde e do bem-estar

Abstract

Chronic pain is a health problem that negatively affects society and individuals. About 19% of European adults have chronic pain. Evidence suggests that the responses of romantic partners have an influence on the adjustment processes to chronic pain, and may promote or hinder the individual's adjustment to chronic pain. While most studies focus on the role of non-adaptive social support responses (e.g., solicitude), fewer studies examine the effects of adaptive support responses to pain contexts (e.g., promoting functional autonomy). To bridge this gap, this study sought to investigate: (1) the relationship between responses facilitating well-being behaviors and promoting functional autonomy and adjustment outcomes to chronic pain; and (2) the mediating role of catastrophizing in the face of chronic pain. In the present correlational study, 117 individuals involved in a love relationship with chronic pain participated (92.3% female; M age = 42.44). They completed six instruments, namely (1) ESIAD_DOR; (2) SRI; (3) PCS; (4) EADS-21; (5) BPI and (6) RAS. Social support responses promoting functional autonomy of the partner are associated with greater marital satisfaction and less interference of pain in the person's life. Responses facilitating well-being behaviors are positively correlated with marital satisfaction. However, such effects are not significantly mediated by pain catastrophizing. This research contributes to the understanding of the relationship between positive partner responses and adjustment to chronic pain.

Keywords: Chronic pain; social support; functional autonomy; facilitative partner responses; catastrophizing

APA classification codes:

2900 Social Processes & Social Issues

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Índice

Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	15
1.1. Dor - Definição e conceptualização	15
1.1.1. Dor crónica: prevalência e consequências	17
1.2. Suporte social – Definição e Conceptualização e impacto na saúde	19
1.2.1. Suporte social e dor crónica	21
1.3. Respostas do parceiro romântico face à dor	23
1.4. Catastrofização, respostas de suporte social e Dor Crónica.....	26
Capítulo II - Método.....	29
2.1. Participantes.....	29
2.2. Instrumentos.....	30
2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na dor (ESIAD_DOR).....	30
2.2.2. Inventário de Resposta do Cónjuge	31
2.2.3. Escala de Desânimo Associada à Dor.....	31
2.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	32
2.2.5. Inventário Resumido da Dor (BPI).....	33
2.2.6. Escala de Avaliação de Relacionamento	34
2.3. Procedimento	34
2.4. Análise de Dados	34
Capítulo III - Resultados.....	37
3.1. Análises descritivas das variáveis do modelo.....	37
3.1.1. Correlações entre as variáveis do modelo.....	38
3.2. Modelos de mediação: PPA como preditora de <i>outcomes</i> de ajustamento à dor. 40	
3.3. Modelos de mediação: Respostas Facilitadoras como preditoras de <i>outcomes</i> de ajustamento à dor	42
Capítulo IV- Discussão.....	45

4.1. Limitações e Contribuições do Estudo	47
Referências	49
Anexos.....	59
Anexo A - Questionário.....	59
Anexo B - Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na dor (ESIAD_DOR)	64
Anexo C – Inventário de Resposta do Cônjuge.....	66
Anexo D – Escala de Desânimo Associada à Dor.....	67
Anexo E - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	68
Anexo F - Inventário Resumido da Dor (BPI)	70
Anexo G – Escala de Avaliação de Relacionamento	73

Índice de figuras

Figura 1.4. Modelo de Mediação.....	28
-------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 Análises descritivas das variáveis do modelo.....	38
Tabela 3.1.1 Correlações de Pearson (one-tailed) entre as variáveis do modelo	39
Tabela 3.2 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora PPA e a variável mediadora ruminação e magnificação	40
Tabela 3.2.1 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora PPA e a variável mediadora desânimo	41
Tabela 3.3 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora respostas facilitadoras e a variável mediadora ruminação e magnificação	43
Tabela 3.3.1 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora respostas facilitadoras e a variável mediadora desânimo	44

Glossário de siglas

IASP- *International Association for the Study of Pain*

PPA- Perceção de Promoção de Autonomia

PPD- Perceção de Promoção de Dependência

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

PCS- *Pain Catastrophizing Scale*

EADS_21- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

SRI- *Spouse Response Inventory*

BPI- *Brief Pain Inventory*

RAS- *Relationship Assessment Scale*

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

Introdução

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor crónica como dor que persiste para além de um período convencional de regeneração tecidual de 3 meses (Treede et al., 2015). Trata-se de um problema de saúde pública a nível mundial que atinge 19% dos adultos europeus (Reide et al., 2011). A dor crónica tem um grande impacto quer na sociedade quer no indivíduo e seu contexto familiar (Fayaz et al., 2016), comprometendo a condição física e emocional do paciente, a sua condição económica bem como a sua atividade diária quer em termos de trabalho como de lazer (Crofford, 2015; Turk et al., 2016).

O processo de adaptação à dor crónica pode ser fortemente influenciado pelo contexto social no qual ocorre. Estudos realizados no contexto de dor crónica afirmam que o suporte social informal de outras pessoas significativas, tais como família e amigos (Campbell et al., 2011), é fundamental para a adaptação à dor crónica (Jensen et al., 2011) e pode funcionar como um fator protetor ou de risco na saúde dos indivíduos (Uchino et al., 2012).

Poucos estudos estudaram o papel das respostas adaptativas dos/as parceiros/as românticos/as. Os estudos existentes relatam que as respostas facilitadoras dos/as parceiros/as a comportamentos de bem-estar estão associadas a dor menos severa e incapacitante (e.g. Rosen et al., 2012). As respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar definem-se como reações do parceiro romântico que encorajam o indivíduo com dor crónica para lidar com a dor de forma adaptativa (Schwartz et al., 2005). Estas respostas diminuem o evitamento de atividades e avaliações cognitivas negativas, como por exemplo a catastrofização (Rosen et al., 2012). Ainda, as respostas de suporte social promotor de autonomia funcional, i.e., a capacidade de realizar atividades do quotidiano sem assistência (Pinsonnault et al., 2003), podem ter um papel protetor em contextos de dor (Matos, 2016). Embora os poucos estudos desenvolvidos sobre tais respostas de suporte sugiram a importância destas para a promoção da adaptação à dor crónica, a evidência sobre a associação das mesmas a *outcomes* de ajustamento à dor crónica é ainda escassa e, por vezes, inconsistente.

A presente dissertação pretende, de uma forma geral, investigar o papel que tais respostas de suporte social de outros significativos podem ter na adaptação à dor crónica, bem como clarificar o papel mediador de um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento – a catastrofização da dor (Sullivan et al., 2001).

O enquadramento teórico que se segue começará com uma breve revisão de modelos teóricos relacionados com a dor e com o suporte social, bem como o estudo do impacto do suporte social na saúde e na dor. E posteriormente será revisto o conhecimento existente sobre o papel das respostas do parceiro/a romântico na adaptação à dor crónica e sobre o impacto da catastrofização na dor crónica. Por último, serão apresentados os objetivos específicos de investigação desta dissertação.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Dor - Definição e conceptualização

A dor é um fenómeno complexo, subjetivo, individual e multidimensional. A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994), define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (p.226). Mais recentemente, houve uma redefinição do conceito dor, tornando-o mais atual com uma perspetiva equilibrada e mais abrangente, que enfatiza a subjetividade da experiência da dor e dá ênfase não só às características sensoriais e emocionais, como também às suas dimensões cognitivas e sociais (Williams & Craig, 2016). Segundo esta definição atual, a dor é “uma experiência angustiante associada a danos reais ou potenciais aos tecidos com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais” (Williams & Craig, 2016, p. 2).

Os entendimentos sobre os mecanismos subjacentes à experiência de dor têm evoluído muito nos últimos séculos. Inicialmente, no século XVII, René Descartes propôs uma teoria mecanicista do corpo, propondo uma visão dualista do ser humano, em que defendia a separação do corpo e da mente (Melzack & Wall, 1996). A dor era entendida como uma experiência primária que testa a existência do corpo. Sendo uma sensação corporal os nervos sensoriais comunicavam entre si, desde a parte lesionada até ao cérebro, transmitindo assim a sensação de dor (Duncan, 2000). No século XX, houve uma evolução do entendimento sobre o fenómeno da dor, surgindo a *Gate Control Theory of Pain*, que passou a incluir os fatores psicológicos (afetivos e cognitivos) como parte integrante da experiência de dor (Melzack & Wall, 1965). Esta teoria vem defender que a perceção da dor não é simplesmente um processo sensorial, é transcendente ao físico (Melzack & Wall, 1965). Segundo os autores da *Gate Control Theory of Pain*, um estímulo exterior é reconhecido pelos nervos sensitivos atravessando a medula espinal até ao córtex cerebral, no qual a informação é processada mediante sensações, sentimentos e pensamentos, estabelecendo a intensidade e o tipo de dor que irá ser experienciado pelo indivíduo (Melzack & Wall, 1965). Apenas algumas mensagens são transmitidas ao cérebro, as restantes são bloqueadas, os autores utilizam o conceito de “portões de acesso” para explicar este fenómeno que leva à experiência da dor e os seus comportamentos relacionados (Melzack & Wall, 1965).

Atualmente, para compreender o fenómeno da dor recorre-se mais à utilização do Modelo Biopsicossocial, um modelo mais heurístico que engloba a interação entre processos fisiológicos, fatores pessoais e ambientais, contribuindo assim para o pensamento

contemporâneo da dor (Duncan, 2000). Existe uma interdependência das relações entre os fatores biológicos, psicológicos e o contexto sociocultural que tem de ser estudada para compreender integralmente a percepção e a resposta do indivíduo face à dor e à doença (Gatchel et al., 2007). Os fatores psicossociais influenciam a probabilidade de desenvolver uma condição de dor crónica e a gravidade das consequências da dor e agem como fatores de risco ou fatores de proteção (Meints & Edwards, 2018). Os fatores psicossociais envolvem emoção, cognição e conhecimento, sendo a emoção a resposta mais rápida à nocicepção, as cognições atribuem significado à experiência emocional, podendo ocorrer um ciclo entre nocicepção, dor, angústia e incapacidade (Gatchel et al., 2007).

Apesar de atualmente existir algum consenso sobre a natureza biopsicossocial da dor, esta é um fenómeno que se reveste de grande diversidade, podendo ser identificados diversos tipos de dor. No que diz respeito à fisiopatologia da dor, podemos distinguir: a dor nociceptiva, definida como uma dor que surge de um dano real ou ameaçado do tecido não neural, devido à ativação de nociceptores (Trouvin & Perrot, 2019); a dor neuropática, definida como uma dor que surge como consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial, é uma descrição clínica que exige uma lesão demonstrável ou uma doença que satisfaça os critérios diagnósticos neurológicos (Trouvin & Perrot, 2019); a dor nociplástica, decorrente da nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de dano tecidular real, causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial, originando a dor (Trouvin & Perrot, 2019); a dor mista classificada como uma dor que consiste numa sobreposição complexa de sintomas nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos na mesma área corporal (Trouvin & Perrot, 2019).

Podemos ainda diferenciar: a dor aguda e a dor crónica. A dor aguda surge quando existe uma dor nociceptiva, isto é, como consequência de uma sinalização mecânica, irritação térmica e química nociva do sistema nervoso periférico (Schug, 2011). Neste caso, existe uma sensibilização central na medula espinal e no cérebro, funcionando como alerta para danos iminentes ou reais nos tecidos (Schug, 2011). Já a dor crónica, segundo a IASP, define-se como a dor que perdura para além do tempo considerado normal de cura, podendo durar menos de um mês, ou mais frequentemente, mais de seis meses (Bonica, 1953 citado por Merskey & Bogduk, 1994). É considerada como uma dor persistente por um determinado período que não é amenizável (Merskey & Bogduk, 1994). Esta experiência está frequentemente associada ao sofrimento emocional como por exemplo ansiedade, raiva e frustração e/ou incapacidade

funcional, interferência nas atividades do quotidiano e participação em papéis sociais (Nicholas et al., 2019). A dor é um desafio quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, especialmente quando se fala de dor crónica (Melzack, 1987). Torna-se assim pertinente compreender o fenómeno da dor crónica que irá ser estudada na presente dissertação devido ao seu forte impacto na saúde pública.

1.1.1. Dor crónica: prevalência e consequências

Estima-se que 19% da população europeia adulta apresenta dor crónica, apresentando dor há pelo menos 6 meses, sendo as causas de dor mais comuns as osteoartrites e artrite reumatóide (Breivik et al., 2006). Em Portugal, segundo um estudo epidemiológico com uma amostra representativa da população portuguesa, composta por 5.094 participantes selecionados de forma aleatória de nacionalidade portuguesa, a prevalência de dor crónica é de 37%, sendo mais observada entre mulheres e grupos populacionais mais vulneráveis tais como idosos, aposentados, desempregados e com menor escolaridade (Azevedo et al., 2012). O aumento constante da prevalência de doenças crónicas deve-se, em parte, ao envelhecimento progressivo da população e ao aumento da esperança média de vida (Fernández-Peña et al., 2020).

A dor crónica não afeta apenas o indivíduo, mas também a família e o ambiente social (Dueñas et al., 2016). Trata-se de um problema na comunidade que provoca limitações em aspetos físicos, psíquicos, sociais e económicos, e conseqüentemente tem um elevado impacto na saúde psíquica e orgânica, aumentando a procura dos serviços de saúde devido à necessidade de acompanhamento médico, o que conduz a prejuízos ao nível pessoal e socioeconómico (Dueñas, 2016).

No que toca ao nível individual, as limitações são diversas, afetando nomeadamente, a capacidade para fazer exercícios, andar, cuidar da casa, manter um estilo de vida independente (e.g., afetando a capacidade de conduzir um carro), verificando-se assim um elevado impacto na participação em atividades quotidianas (Breivik et al., 2006). A dor crónica também está associada a um maior risco de ansiedade, depressão e uma redução da qualidade de vida (Dueñas, 2016). Em relação ao nível social, verifica-se uma redução de manutenção de relações familiares (Breivik et al., 2006), tornando-se cada vez menor a realização de atividades de lazer e o número de relações sociais (Dueñas et al., 2016). Os pacientes com dor crónica apresentam restrições na realização de eventos sociais e familiares, e muitas vezes veem-se impedidos de

participar nos mesmos, tornando-se cada vez menor o contacto com a família (Dueñas et al., 2016). As estratégias utilizadas pelos membros da família e os pacientes com dor crónica para lidar com a dor podem gerar obstáculos à comunicação (Swift et al., 2019). A dor crónica pode alterar os papéis familiares tradicionais, causar perda de rendimentos e aumento de despesas familiares e criar angústia para outros membros da família (Kemler & Furnée, 2002). Quando uma pessoa sofre de doença crónica, terá de existir uma adaptação por parte da família e/ou cônjuge, no qual se veem obrigados a controlar os fatores de *stress* que decorrem da adaptação ao problema da dor crónica, sendo forçados a investir mais tempo em tarefas domésticas e manutenção doméstica, resultando em menos tempo para necessidades pessoais e atividades de lazer (Kemler & Furnée, 2002). Ao nível laboral, cerca de 60% dos indivíduos com dor crónica afirmam que são menos capazes ou apresentam incapacidade de trabalhar fora de casa e alguns até afirmam que perderam o emprego devido à dor crónica, interferindo totalmente na sua vida profissional (Breivik et al., 2006). Verifica-se o aumento da taxa de absentismo e do presenteísmo, e conseqüentemente a diminuição da produtividade (Dueñas et al., 2016).

Em relação ao impacto económico, a dor crónica apresenta elevados custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde (Dueñas et al., 2016), pois os pacientes com dor crónica recorrem mais aos serviços de saúde, tendo como consequência uma maior frequência de marcação de consultas médicas (Dueñas et al., 2016). Estão também associados custos médicos diretos gastos em fisioterapia, serviços de internamento e farmácia (Henschke et al., 2015). Em Portugal, o custo total por ano é de 4.611, 68 milhões de euros, o que corresponde a 2,71% do PIB nacional (Azevedo et al., 2016). Como as dores podem provocar certas limitações, muitos indivíduos encontram-se impossibilitados de realizar tarefas simples do quotidiano, tal como tarefas domésticas, recorrendo assim a pessoas para as realizarem, o que acarreta mais um custo (Henschke et al., 2015). Muitos indivíduos sentem-se impossibilitados de trabalhar, e recorrem à reforma mais cedo (Henschke et al., 2015).

Tendo em conta que as pessoas estão inseridas num contexto socioambiental, as características desse contexto irão influenciar a intensificação, o efeito e a manutenção da dor e incapacidade associada (Turk et al., 2016). Uma das características do contexto social relevante para a adaptação à dor crónica são as respostas de suporte prestadas pelos outros significativos. A secção seguinte fará uma breve revisão de literatura sobre o conceito de suporte social e sua relação com a saúde, em geral, e dor, em particular.

1.2. Suporte social – Definição e Conceptualização e impacto na saúde

O suporte social é um constructo complexo e multidimensional, utilizado frequentemente para descrever os processos através dos quais as relações influenciam a saúde e o bem-estar (Cohen et al. 2000). O suporte social demonstra ter um papel importante e protetor no contexto de saúde, quer a nível físico quer mental (Thoits, 2011). Desta forma, o suporte social é definido como um constructo referente à perceção dos indivíduos de recursos disponíveis e/ou recebidos de outros numa situação de necessidade (Cohen et al., 2000).

O nível e tipo de suporte social informal pode ser um fator importante para o bem-estar psicológico (Campbell et al., 2011), pois promove uma boa saúde, cria uma proteção de adoecer e permite uma melhor recuperação da doença (Campbell et al., 2011). Assim, as relações sociais são consideradas relevantes para a saúde e o bem-estar (Lackey & Cohen, 2000). O suporte social divide-se em 2 tipos: informal e formal. O suporte social informal refere-se ao suporte prestado por grupos primários, que tendencialmente são grupos mais pequenos, íntimos e duradouros, e que englobam familiares e amigos (Thoits, 2011). Já o suporte social formal refere-se ao suporte prestado por grupos secundários, que tendem a ser maiores, e se regem por regras, posições hierárquicas e regulamentos, podendo ser temporários (e.g. trabalho) (Thoits, 2011).

O suporte social divide-se em 3 dimensões: (1) estrutural, (2) funcional e (3) percetual (Chak, 1996 citado em Chronister et al., 2006). A dimensão estrutural consiste na conexão do indivíduo com a sua rede social, onde se incluem dimensões como o tamanho, frequência de contactos, composição, densidade, e homogeneidade, medidas através de índices de presença social, como por exemplo a participação na comunidade, o estado civil e amigos próximos e familiares (Chronister et al., 2006). A dimensão funcional do suporte social consiste no tipo e qualidade do mesmo e divide-se em 3 tipos: (a) emocional, que consiste na expressão de afeto e preocupação, ouvir, bem como partilhar uma tarefa, (b) instrumental, composto pela ajuda tangível, quer a nível financeiro como físico expresso pela assistência prestada e (c) informativo, que engloba o conselho, a orientação e o *feedback* (Chronister et al., 2006). Já a dimensão percetiva foca-se na satisfação como também no respeito e cuidado sentido, bem como o envolvimento (Chronister et al., 2006).

O suporte social funciona como um constructo protetor da saúde através de: (1) influências diretas, (2) influências indiretas, através de mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais

e (3) efeitos amortecedores do impacto negativo do *stress* na saúde (Cohen et al., 2000). Evidências sugerem que as diferentes dimensões do suporte social possuem efeitos na saúde por vias distintas. As percepções de suporte social disponível parecem ter, sobretudo, impacto na redução dos efeitos dos eventos stressantes na saúde dos indivíduos, já que os indivíduos percebem tais eventos como menos ameaçadores e como tendo eles próprios mais recursos para lidar com os mesmos (Lackey & Cohen, 2000). A percepção de suporte social recebido promove a saúde e o bem-estar através da promoção de estratégias de enfrentamento (Lackey & Cohen, 2000). Segundo Schwarzer & Knoll (2007), o suporte social recebido pode influenciar na experiência de lidar com um *stressor*, promovendo as habilidades dos indivíduos com dor crónica para lidar com as adversidades. No suporte social é também relevante estudar a qualidade e a satisfação, medida através da discrepância entre o suporte real e o desejado, e que está associada a maior qualidade de vida e resultados de saúde (Franks et al., 2004). A satisfação com o suporte social informal recebido varia de acordo com as características pessoais (e.g. idade, dor, tempo decorrido desde o início de dor crónica) bem como características da sua rede (Fernández-Peña et al., 2020).

Relativamente à perspetiva estrutural, o isolamento social, definido enquanto escassez de contactos e interações sociais com a família, amigos ou comunidade (Valtorta & Hanratty, 2012), é um fator de risco para todas as causas de mortalidade (Reblin & Uchino, 2008). Verifica-se que a elevada quantidade de relações sociais está relacionada com um risco menor de mortalidade, constatando-se o contrário em indivíduos com baixa quantidade de relações sociais (Reblin & Uchino, 2008). Por oposição, a integração social, que reflete uma maior rede social e mais densa (Schwarzer & Knoll, 2007), desempenha um efeito protetor na morbidade e mortalidade (Reblin & Uchino, 2008). Tais efeitos explicam-se via diversos mecanismos. A integração social pode funcionar como um incentivo para o envolvimento em comportamentos de saúde, enquanto o isolamento social pode funcionar como um obstáculo à adesão de comportamentos de saúde (Reblin & Uchino, 2008). Segundo Berkman et al. (2000), os indivíduos comparam-se aos seus grupos de referência, assim as atitudes, crenças e comportamentos são modelados tendo em conta os membros do grupo, influenciando os próprios comportamentos para um sentimento de pertença maior, tais como fumar, beber álcool, exercício físico, entre outros. Desta forma, o sentimento de pertença provoca um efeito positivo no indivíduo, na medida em que se sente aceite e conseqüentemente aumenta o bem-estar a nível físico como psicológico (Rook & Underwood, 2000; Uchino, 2004). A integração social também pode exercer efeitos na saúde via controlo social e proporcionar um efeito positivo na

adoção de comportamentos de promoção de saúde por meio de monitorização, encorajamento, persuasão, lembrar ou pressionar o indivíduo (Reblin & Uchino, 2008), influenciando os estados cognitivos e emocionais, tais como a autoestima, a competência social, a depressão, o afeto e a autoeficácia, bem como a emoção, o humor e bem-estar percebido (Berkman et al., 2000). Contudo, quando ocorre o desencorajamento de comportamentos de riscos à saúde, o indivíduo pode considerar intrusivo, provocando uma resistência à mudança de comportamento (Thoits, 2011).

O suporte social funciona como orientador comportamental, propósito e significado, há uma definição de papéis sociais tais como pai-filho, que eles próprios autodefinem os comportamentos que devem ter, sabendo como se comportar nos papéis convencionais (Thoits, 2011). A autoestima deriva dos laços sociais e é considerado um importante mecanismo psicossocial, na medida em que podemos autoavaliarmo-nos de forma positiva e a autoestima está associada a menos ansiedade, depressão e mais satisfação com a vida e felicidade. Os laços sociais dão assim um sentimento de controlo que suscitam confiança na capacidade de lidar com novos desafios e/ou *stressores*, estando assim associados a menor ansiedade e depressão (Mirowsky & Ross 2003; Taylor & Stanton 2007; Turner & Lloyd 1999; Turner & Roszell 1994). A secção que se segue faz um resumo das evidências sobre os efeitos do suporte social nas experiências de dor crónica.

1.2.1. Suporte social e dor crónica

O estudo dos efeitos das interações sociais nos processos de ajustamento à dor crónica tem sido abordado de diferentes perspetivas teóricas. Uma das primeiras tentativas para compreender a influência dos contextos interpessoais na dor crónica, está assente no modelo operante da dor, sendo este um modelo comportamental (Frodyce, 1976). Este modelo explica como as respostas dos parceiros sociais, como por exemplo a segurança que lhes transmitem, ou as suas preocupações podem servir como reforço positivo de comportamentos de dor. Segundo o modelo operante, os cônjuges podem ignorar os comportamentos de dor de forma a reforçar os comportamentos saudáveis, com o objetivo de extinguir os comportamentos de dor. Nesta perspetiva, os comportamentos de dor podem ser recorrentes pelo constante apoio por parte de outros significativos, o que irá resultar numa incapacidade e dor persistente a longo prazo. De acordo com estudos empíricos as respostas solícitas, i.e. dar assistência ou assumir as tarefas do indivíduo com dor crónica (Newton-John, 2002), são prejudiciais face aos

resultados de dor, estando assim associadas a maior incapacidade e intensidade no indivíduo com dor crónica, aumento dos comportamentos de dor e redução da atividade (Boothy et al., 2004; Newton-John, 2002; Pence et al., 2008; Raichle et al., 2011; Romano et al., 2009).

Seguidamente o modelo de *coping* comunal (Sullivan, 2012) em contexto de dor afirma que os indivíduos, considerados os catastrofizadores da dor têm tendência a envolverem-se mais em comportamentos de dor, de forma a atrair suporte social, ou seja, pode funcionar como um desencadeador de uma expressão exagerada da dor como também manter a expressão exagerada da dor (Sullivan, 2001). Assim os indivíduos comunicam a sua tristeza face à dor através da catastrofização, em que a catastrofização da dor é um processo cognitivo negativo em que existe um aumento e sensação de incapacidade face à dor (Sullivan et al., 1995 citado em Cano et al., 2012).

O modelo de intimidade (Cano & Williams, 2010) que refere que a comunicação da dor pode ajudar para aumentar a intimidade entre casais, bem como na diminuição da dor. Surgindo assim a perspetiva de relacionamento que afirma que os efeitos do suporte social na saúde ocorrem com o apoio, companheirismo, intimidade e provocam pouco confronto social.

Por último, segundo a perspetiva de *stress* e enfrentamento, o suporte social pode funcionar como amortecedor face aos efeitos prejudiciais de *stress* nos resultados de saúde (Bernardes et al., 2017). É utilizado como uma estratégia de enfrentamento, em que o indivíduo solicita ou procura o suporte social para lidar com o evento *stressante* (Bernardes et al., 2017). Desta forma, a perspetiva de *stress* e enfrentamento propõe que o suporte social promovem o bem-estar e saúde e contribuem para a saúde dos indivíduos com dor crónica através da promoção do enfrentamento e da proteção dos efeitos adversos do stress através de respostas de apoio de outros significativos, como dar um conselho e segurança no suporte disponível (Lackey & Cohen, 2000). Assim, segundo o *buffering effect*, o suporte social pode diminuir a experiência da dor e reduzir a influência do *stress*, pode envolver a reavaliação da capacidade percebida de lidar com o *stress* e modular positivamente as tentativas de enfrentamento do indivíduo, ou seja, o suporte social tem um efeito protetor na experiência de dor e influência sobre o *stress* (Che et al., 2018). O suporte social modera o efeito de *stress* na saúde e no ajuste (Chronister et al., 2006). Face ao sofrimento físico dos indivíduos com dor, que causa *stress* e aumenta o comprometimento funcional e depressão (Che et al., 2018). Pode surgir então uma incapacidade funcional manifestada na dificuldade de realização de atividades do quotidiano, como por exemplo tarefas domésticas, associado a uma fonte de *stress* (Che et al., 2018).

Estes modelos permitem-nos compreender as diversas perspetivas teóricas em relação ao papel de outros significativos na dor. A presente dissertação irá focar-se no papel das respostas do cônjuge desempenha no ajustamento à dor crónica, visto que os parceiros românticos têm grande influência no reforço de comportamentos de dor, através das reações face à dor (e.g. atenção) (Leonard et al., 2006). Na secção seguinte irá ser abordada a sua importância em contexto de dor crónica.

1.3.Respostas do parceiro romântico face à dor

Os cônjuges desempenham um papel importante na adaptação do indivíduo com dor crónica (Keefe et al. 2004; Li & Loke, 2014). Segundo Newton-John & Williams (2006), as respostas do cônjuge que se encontravam mais estudadas eram as respostas: (1) solícitas, (2) negativas e (3) distrativas. Contudo, existe uma diversidade de respostas por parte do cônjuge que vão além destes três tipos, nomeadamente as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar e as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional que irão ser abordadas e focadas na presente dissertação.

A solicitude define-se como um conjunto de respostas aos comportamentos de dor das pessoas com dor crónica fornecidas pelas pessoas do seu ambiente social, através da oferta de assistência ou do assumir as suas tarefas (Newton-John, 2002). Estudos realizados com mulheres com dor crónica, diagnosticadas com vestibulodínia provocada, verificam um impacto prejudicial das respostas solícitas do cônjuge, estando estas associadas a maior intensidade de dor (Rosen et al., 2010; Rosen et al., 2012). De acordo com a perspetiva cognitivo-comportamental, as respostas solícitas podem promover a interpretação de que o envolvimento sexual pode causar dano físico, reduzindo assim o mesmo envolvimento (Rosen et al., 2012). Assim, as respostas solícitas podem desencadear ou reforçar fatores psicológicos, como a catastrofização e fatores comportamentais como o evitamento de certas atividades (Rosen et al., 2012). Deste modo, a solicitude tem sido associada a resultados negativos no contexto de dor crónica, nomeadamente um maior grau de dor e diminuição do desempenho físico (Fillinim et al., 2003; McCracken, 2005).

Relativamente às respostas negativas, estas consistem nas reações invalidantes do/a parceiro/a ao comportamento de dor, e.g. hostilidade, irritação, ignorar e/ou demonstrar frustração (Martire et al., 2019), e podem representar uma fonte de *stress*, levando a um risco

para a experiência de dor e satisfação conjugal (Leonard et al., 2012). Segundo Burns et al. (2018), a crítica e hostilidade do cônjuge afetam negativamente o bem-estar e o comportamento, e conseqüentemente a adaptação à dor crônica. Assim, as respostas negativas podem estar associadas a uma diminuição da satisfação conjugal (Cano et al., 2004; Waxman et al., 2008) e maior intensidade de dor (Burns et al., 2018). Na literatura, tem existido um foco predominante nos aspetos negativos da influência dos outros na adaptação à dor, nomeadamente as respostas solícitas e as respostas negativas. Mais recentemente, tem existido um maior foco nos aspetos positivos.

Relativamente às respostas distratoras (e.g. fala comigo para tirar a minha mente da dor; envolve-me em atividades) visam distrair a atenção do indivíduo com dor crônica e ajudá-los a envolverem-se em atividades (McCracken, 2005), na literatura foram associadas negativamente à catastrofização e associadas positivamente à expressão de comportamentos de dor (Mohammadi et al., 2020). Assim, as respostas distratoras devem estar associadas a níveis mais baixos de comportamentos de dor (Romano et al., 2000). Desta forma, as respostas distratoras por parte de outros significativos podem desviar a atenção do indivíduo com dor crônica para outros estímulos, resultando em menos pensamentos catastrofizantes (Van Damme et al., 2004; Van Ryckeghem et al., 2012).

Assim, existe alguma evidência que encorajar comportamentos saudáveis está associado a *outcomes* positivos. As respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar consistem nas reações do cônjuge que encorajam o indivíduo com dor crônica a lidar com a dor de forma adaptativa ao reforçarem a adoção de comportamentos de envolvimento com atividades significativas (Schwartz et al., 2005). As respostas facilitadoras podem reduzir a dor, a catastrofização e melhorar a adaptação à dor crônica (Rosen et al., 2012; Rosen et al., 2013; Schwartz et al., 2005). De acordo com os estudos realizados em mulheres com PVD referidos acima, as respostas facilitadoras encontram-se associadas à diminuição da intensidade de dor, evitamento de atividades e uma maior satisfação sexual (Rosen et al., 2010; Rosen et al., 2012; Rosen et al., 2013), como também noutras populações com dor crônica foram negativamente associadas à incapacidade física (Raichle et al., 2011; Pence et al., 2008; Schwartz et al., 2005). Existem também evidências que encorajar comportamentos de bem-estar (e.g. envolver-se em atividades ou encorajar a encontrar um *hobby*) está associado a uma menor incapacidade do indivíduo com dor crônica (Schwartz et al., 2005).

Desta forma, as respostas do cônjuge apresentam assim resultados diferentes e são consideradas benéficas na medida em que promovem autonomia funcional. Segundo Perrig-Chiello (2006), a autonomia funcional define-se como a capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda (e.g. comer, vestir-se e higiene pessoal) e atividades instrumentais da vida diária (e.g. andar, andar de carro, fazer compras e realizar atividades domésticas), estando positivamente associadas à saúde e ao bem-estar psicológico. A dependência funcional define-se como a necessidade de assistência na realização de atividades da vida diária, comprometendo a sua autonomia (Matos & Bernardes, 2013). Assim, o suporte social em relação à dor está associado a diferentes resultados de ajustamento face à dor, dependendo se promove a autonomia ou a dependência funcional. Desta forma, o suporte social pode ser adaptativo ou desadaptativo (Matos & Bernardes, 2016).

Surgem assim os conceitos de percepção de promoção de autonomia funcional (PPA) e a percepção de promoção de dependência funcional (PPD). A percepção de promoção de autonomia corresponde à percepção de ações de suporte social, através de apoio instrumental, i.e. ajuda tangível, como também através de apoio emocional, através do reforço da autoestima e autoconfiança para continuar perante a dor (Matos & Bernardes, 2013). O conceito de percepção de promoção de dependência corresponde à percepção de suporte social, através da substituição da pessoa com dor crónica na realização das suas atividades e/ou demasiada compreensão e empatia demonstrada, o que leva a uma baixa autoeficácia para continuar independentemente da dor (Matos & Bernardes, 2013).

Desta forma, a percepção de promoção de autonomia funcional é considerada um fator protetor na medida em que promove o envolvimento do indivíduo com dor crónica nas suas atividades diárias; contrariamente, a percepção de promoção de dependência funcional, é considerada um fator de risco, pois não promove o envolvimento do indivíduo com dor crónica na realização de atividades do quotidiano, o que leva a uma maior incapacidade face à dor (Matos et al., 2016). O envolvimento nas atividades diárias encontra-se positivamente associado à recuperação, em contrapartida o não envolvimento inibe a recuperação e aumenta as doenças relacionadas à dor (Matos et al., 2016).

As investigações realizadas neste contexto, focam-se sobretudo em idosos com dor crónica no contexto formal (ex. Centros de dia, lares), evidenciando que níveis mais altos de percepção de promoção de autonomia estão associados a menor incapacidade face à dor,

enquanto níveis mais altos de percepção de promoção de dependência estão associados a uma maior incapacidade face à dor (Matos & Bernardes, 2013; Matos et al., 2015; Matos et al., 2016). Estas duas percepções de suporte social, estão associadas ao funcionamento físico, assim, quanto maior é a percepção de promoção de autonomia maior é o funcionamento físico, enquanto se percecionarem a promoção de dependência o inverso se verifica (Matos et al., 2015). Os efeitos destas duas percepções de suporte social (PPA/PPD), foram investigados na relação entre intensidade da dor e incapacidade face à dor na população idosa, verificando-se que a percepção de promoção de autonomia amortece os efeitos negativos da intensidade da dor na incapacidade face à dor. De acordo com as autoras, as respostas de suporte social promotoras de autonomia devem ser fornecidas aos indivíduos com dor crónica de forma contínua para a percepção do suporte ser relevante. Assim, a percepção de promoção de autonomia desempenha um papel adaptativo no contexto de dor, desempenhando a função de amortecedor dos efeitos prejudiciais da intensidade da dor na incapacidade face à dor, em contrapartida a percepção de promoção de dependência está associada negativamente à incapacidade face à dor (Matos et al., 2017).

Contudo, existem poucas evidências empíricas em relação ao papel das respostas positivas de suporte social face à dor, nomeadamente o suporte promotor de autonomia funcional no contexto informal e as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar que podem ter efeitos benéficos na adaptação à dor crónica. Assim, o primeiro objetivo desta dissertação foi o de investigar a associação entre estes dois tipos de respostas de suporte de um parceiro romântico e *outcomes* de adaptação à dor crónica (e.g. intensidade da dor, o grau de interferência que a dor tem na vida da pessoa e *outcomes* como o grau de depressão, ansiedade e *stress*). O segundo objetivo foi o de investigar em que medida os efeitos destas respostas de suporte na adaptação à dor se explicam em parte pelos seus efeitos na redução da catastrofização da dor. No contexto de dor crónica, o papel da catastrofização pode ter uma forte influência na adaptação do indivíduo à dor. Deste modo, na próxima secção será abordado o papel mediador da catastrofização no contexto de dor crónica e adaptação à dor.

1.4. Catastrofização, respostas de suporte social e Dor Crónica

A catastrofização define-se como uma tendência em focar-se excessivamente na dor e avaliar de forma negativa a capacidade de lidar com a dor (Keefe et al., 2004). Expressa-se através de um padrão de respostas cognitivas e emocionais negativas exageradas em relação à

dor, que incluem ruminação (i.e., pensamentos intrusivos relacionados com a dor), ampliação (i.e., sobrevalorização da ameaça da dor) e desamparo (i.e., desvalorização da capacidade para lidar com a dor) (Sullivan et al., 1995). Desta forma, a catastrofização é considerada inadequada, visto que provoca interpretações erróneas no indivíduo com dor crónica levando-o a imaginar os piores resultados possíveis, o que leva ao medo de determinadas atividades e, conseqüentemente, o evitamento, provocando um ciclo e níveis elevados de dor e angústia (Wertli et al., 2014).

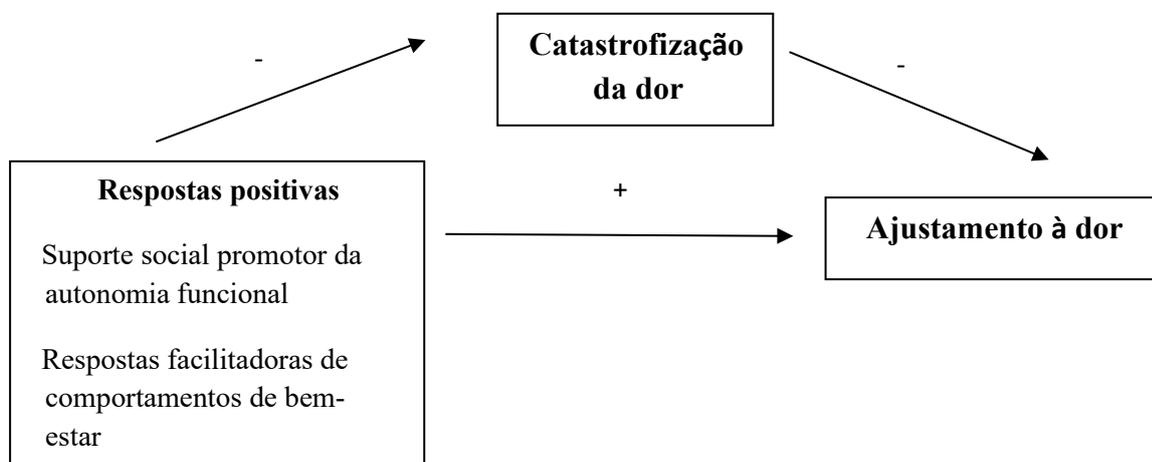
Na literatura, verifica-se uma relação entre a catastrofização e a experiência de dor (Sullivan et al., 2001). Segundo os autores, níveis altos de catastrofização estão associados a um aumento da intensidade da dor, uma maior interferência da dor nas atividades do quotidiano e um aumento do uso de medicação para a dor. Desta forma, a catastrofização é considerada um fator prejudicial associado à dor e à disfunção, verificando-se níveis mais elevados de depressão, nervosismo, estado geral de saúde negativo, humor negativo, limitações nas atividades diárias, um nível menor de energia e de bem-estar e um aumento da ideação suicida em indivíduos com dor crónica (Edwards et al., 2006; Keefe et al., 2004; Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 1995).

A catastrofização é assim considerada um processo cognitivo, contudo Sullivan et al. (2001) propôs que a catastrofização pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento social ou comunal, utilizada com o objetivo de obter mais atenção e empatia de outras pessoas do seu ambiente social. Segundo o *Communal Coping Model of Catastrophizing*, os níveis altos de catastrofização encontram-se associados a mais respostas solícitas, i.e. mais expressões de preocupação, apoio e assistência (Sullivan et al., 2001). De igual forma, a solicitude pode encorajar um maior evitamento e reforço das avaliações negativas da dor, como a catastrofização e a ansiedade (Rosen et al., 2015). Contudo, a catastrofização pode estar associada à diminuição da solicitude do cônjuge e aumento das respostas negativas ao longo do tempo por encararem as expressões de dor como manipuladoras, controladoras ou desadaptativas (Boothby et al., 2004). Neste sentido, a catastrofização tem um impacto desadaptativo no ambiente social. De acordo com Rosen et al. (2013), a catastrofização mediava parcialmente a relação entre as respostas solícitas do cônjuge e a intensidade da dor nas mulheres com vestibulodinia provocada.

Contrariamente, as respostas facilitadoras podem reduzir os níveis de catastrofização (Rosen et al., 2012). Segundo os autores, as respostas facilitadoras podem incentivar o indivíduo a encarar a dor de forma mais adaptativa, eliminando o reforço de comportamentos de dor ou evitamento de atividades indesejadas (Rosen et al., 2012; Rosen et al., 2014). Assim, as respostas facilitadoras parecem promover uma estratégia de *coping* mais adaptativa face à dor e à catastrofização. Contudo existem lacunas na literatura no que toca à relação entre as respostas positivas de suporte social informal e a catastrofização. Torna-se, portanto, essencial investigar o papel mediador da catastrofização na relação entre as respostas positivas - respostas facilitadoras e respostas promotoras de autonomia funcional e o ajustamento à dor crónica.

Assim, a Figura 1.4 mostra o modelo que será testado nesta dissertação, em que serão testadas as seguintes hipóteses: (H1) Mais respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional do/a parceiro/a, melhores os *outcomes* de ajustamento à dor crónica; (H2) Mais respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar, melhores os *outcomes* de ajustamento à dor crónica; (H3) Mais respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional, menor a catastrofização da dor; (H4) Mais respostas facilitadoras de bem-estar, menor a catastrofização da dor; (H5) A catastrofização está negativamente correlacionada com o ajustamento à dor crónica; (H6) A catastrofização medeia as relações entre as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional e as respostas facilitadoras de bem-estar e a adaptação à dor.

Figura 1.4. Modelo de Mediação



Capítulo II - Método

2.1. Participantes

A amostra do estudo foi composta por 117 indivíduos que, de acordo com os critérios de inclusão deveriam ter mais de 18 anos, sofrer de dor crónica e possuir um parceiro(a) amoroso(a). Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos ($M=42,44$; $DP=13,06$), 108 eram do sexo feminino (92,3%) e 9 do sexo masculino (7,7%). No que toca ao estado civil, verificou-se que 62 eram casados (53%), 29 estavam em união de facto (24,8%), 17 estavam solteiros (14,5%), 7 estavam divorciados/separados (6%) e 2 estavam viúvos (1,7%). A totalidade dos participantes da amostra estava envolvida numa relação amorosa, sendo a média da duração das relações de 14,51 anos ($Min=4$ meses; $Máx=45$ anos; $DP=11,40$). Na presente amostra, 95 participantes (81,2%) afirmaram viver com o/a parceiro/a, verificando-se que o/ parceiro/a de 106 participantes (90,6%) era do sexo masculino.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 57 (48,7%) participantes tinham formação superior, 45 (38,5%) tinham o 12º ano, 10 possuíam o 9º ano (8,5%), 2 tinham o 6º ano (1,7%), 2 possuíam cursos técnicos (1,7%) e 1 tinha o 4º ano (0,9%). Relativamente à situação laboral, 58 dos participantes eram empregados/as a tempo inteiro (49,6%), 11 eram estudantes (9,4%), 11 eram reformados/as (9,4%), 8 estavam desempregados/as (6,8%), 6 encontravam-se de baixa médica, 4 eram empregados/as a tempo parcial (3,4%), 3 eram trabalhadores/as domésticos/as (2,6%), enquanto os restantes 16 respondentes (13,7%) encontravam-se noutra situação laboral não referida.

No que diz respeito à saúde, todos os participantes sofriam de dor crónica, em média há 11,45 anos ($DP=8,50$), sendo que a duração mínima de dor era de 3 meses e a máxima 43 anos. Na presente amostra, 103 participantes (88%) afirmaram que possuíam diagnóstico médico de problemas de saúde, sendo os mais referidos a fibromialgia (24,8%) e a artrite reumatóide (11,1%). Relativamente à localização da dor, 55 dos indivíduos (47%) possuíam dor generalizada, 48 tinham dor nas costas (41%), 43 apresentavam dor nas pernas/joelhos (36,8%), 39 na cabeça/pescoço (33,3%), 36 nos braços/ombros (30,8%), 33 nas mãos/pulsos (28,2%), 25 nos pés (21,4%) e os restantes 14 indivíduos noutra localização não referida (12%).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na dor (ESIAD_DOR)

Para medir o suporte informal promotor de autonomia funcional foi utilizada a ESIAD_DOR, uma escala desenvolvida e validada para a população portuguesa (Domingues & Bernardes, 2014). Para a presente dissertação apenas foram utilizadas duas subescalas referentes à Perceção de Promoção de Autonomia (PPA): (1) PPA instrumental, i.e., ações de suporte tangíveis promotoras de autonomia funcional [n=3 itens; “*Quando estou com dores o/a meu/minha parceiro/a (...) dá-me boleia ou ajuda-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente*”; “*(...)auxilia-me no contacto com entidades (ex., banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente*”; “*(...)ajuda-me a tratar de aspetos práticos (ex., transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais*”), e (2) PPA emocional/estima, i.e., ações de suporte emocional/de estima promotoras de autonomia funcional (n =3 itens; “*(...)motiva-me para fazer atividade física*”; “*(...)incentiva-me a visitar outros familiares ou amigos*”; “*(...) incentiva-me a participar em atividades de lazer e diversão*”). É de notar que a instrução foi adaptada ao parceiro romântico, uma vez que o instrumento originalmente desenvolvido focava-se no suporte informal recebido dos familiares em geral. Os participantes avaliaram a frequência com que recebiam do seu parceiro/a as diferentes ações de suporte quanto estavam com dor através de escalas de resposta de *Likert* com valores entre 1 (nada frequente) e 5 (extremamente frequente).

Para averiguar as propriedades psicométricas da medida na presente amostra foi realizada uma análise fatorial em eixos principais (KMO = 0,789; Bartlett's χ^2 (15) = 371,653; $p < 0,001$), tendo por base o critério de Kaiser, onde foi apenas extraído 1 fator que explica 61,72% da variância total – Perceção de Promoção de Autonomia (n= 6 itens) – com uma excelente fidelidade interna ($\alpha = 0,87$). O indicador de PPA foi calculado através da média dos respetivos itens, em que valores mais elevados dizem respeito a níveis mais elevados de suporte promotor de autonomia funcional por parte do parceiro/a romântico (PPA).

2.2.2. Inventário de Resposta do Cônjuge

Foi utilizada a versão traduzida e adaptada da subescala de respostas facilitadoras de *well-behaviors* do *Spouse Response Inventory* (Schwartz et al., 2005). Esta subescala pede à pessoa com dor para avaliar qual a frequência, nas últimas 2 semanas, com que o/a seu/sua parceiro/a adotou um conjunto de sete respostas facilitadoras quando pensou que o/a parceiro/a com dor crônica estava a ser ativo (e.g. “*Pareceu contente por eu estar mais ativo/a; Abraçou-me ou beijou-me; Disse-me que me amava*”). Os itens são respondidos através de uma escala de resposta de *Likert*, com valores compreendidos entre 0 (nunca) e 4 (sempre).

Quanto às qualidades psicométricas desta subescala na presente amostra, numa primeira análise fatorial em eixos principais verificou-se a necessidade de exclusão de um item “*Disse aos outros que eu estava bem*”, por apresentar um índice de comunalidade extremamente baixo (0,070). Seguidamente, foi realizada uma segunda análise fatorial final em eixos principais (KMO = 0,879; Bartlett’s χ^2 (15) = 450,913; $p < 0,001$), tendo por base o critério de Kaiser, extraiu apenas 1 fator que explicou 69,61% da variância total – Respostas Facilitadoras de Comportamentos de Bem-estar- com uma excelente fidelidade interna ($\alpha = 0,91$). O indicador de respostas facilitadoras foi calculado através das médias dos itens, em que valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de respostas facilitadoras a comportamentos de bem-estar por parte do parceiro/a romântico.

2.2.3. Escala de Desânimo Associada à Dor

Para medir a catastrofização foi utilizada a Escala de Desânimo associado à Dor (Azevedo et al., 2007), versão portuguesa da *Pain Catastrophizing Scale* (Sullivan, 1995). Este instrumento avalia três dimensões de pensamentos e sentimentos da pessoa quando está a sentir dores – magnificação (3 itens; e.g. “*estou sempre a pensar noutras situações dolorosas*”), ruminação (4 itens; e.g. “*quero ansiosamente que a dor desapareça*”) e desânimo (6 itens; e.g. “*sinto que não consigo continuar*”) e é composta por 13 itens, divididos em 3 subescalas: ruminação (4 itens), magnificação (3 itens) e desânimo (6 itens). O indivíduo deve indicar em que medida possui tais pensamentos e sentimentos quanto tem dores através de uma escala de resposta de *Likert*, com valores compreendidos entre 0 (nunca) e 4 (sempre). O estudo original da Escala de Desânimo associado à Dor apresenta propriedades psicométricas excelentes.

Para determinar as qualidades psicométricas da PCS na presente amostra, realizou-se inicialmente uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua verificando-se a

necessidade de excluir 2 itens “*Quero ansiosamente que a dor desapareça*” relativo à subescala da ruminação e o item “*Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor*” relativo à subescala de desânimo, devido aos itens terem valores inferiores a 0,500 nas comunalidades (ambos 0.39), e posteriormente realizou-se uma segunda análise fatorial (KMO = 0,909; Bartlett’s χ^2 (55) = 908,287; $p < 0,001$), tendo por base o critério de Kaiser, extraiu 2 fatores que explicam 69,83% da variância total: Fator 1-Ruminação e Magnificação (7 itens) e o Fator 2 – Desânimo (4 itens), ambos com excelente fidelidade interna ($\alpha = 0,91$). Ambos os indicadores de catastrofização foram calculados através das médias dos itens, em que níveis mais elevados indicam maiores níveis de Ruminação/Magnificação e Desânimo.

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

Para medir a ansiedade, depressão e stress foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Ansiedade (EADS) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995). O instrumento é composto por três subescalas que avaliam sintomas de: Depressão (7 itens; e.g. “*Senti que não tinha nada a esperar do futuro; Senti que não tinha muito valor como pessoa; Senti que a vida não tinha sentido*”), Ansiedade (7 itens; e.g., “*Senti dificuldades em respirar; Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico; Senti-me desanimado/a e melancólico/a*”) e Stress (7 itens; e.g. “*Tive dificuldades em me acalmar; Tive tendência em reagir em demasia em determinadas situações; Dei por mim a ficar agitado/a*”). Para cada afirmação, os indivíduos devem indicar o grau em que cada sintoma se aplicou a si na última semana, através de uma escala de resposta *Likert* com valores compreendidos entre 0 (Não se aplicou nada a mim) e 3 (Aplicou-se a mim a maior parte das vezes). As características psicométricas da EADS-21 foram boas e próximas às da versão original e portuguesa.

No que toca às características psicométricas da EADS-21 na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial com rotação oblíqua (KMO = 0,916; Bartlett’s χ^2 (91) = 1039,154, $p < 0.001$), tendo por base o critério de Kaiser foram obtidos dois fatores: (1) Stress e Ansiedade, e (2) Depressão, que explicam 64,15% da variância total da amostra. Os dois fatores que apresentaram boas fidelidades internas: Stress e Ansiedade ($n = 10$ itens $\alpha = 0,91$) e Depressão ($n = 4$ itens; $\alpha = 0,90$). De referir que foi necessário excluir os itens “*Senti a minha boca seca*” e “*Senti tremores (por ex. nas mãos)*” devido aos baixos valores nas comunalidades ($< .500$) e os itens “*Não consegui sentir nenhum sentimento positivo*”, “*Tive dificuldade em*

tomar iniciativa para fazer coisas”, “*Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso*” e “*Senti-me quase a entrar em pânico*” devido aos *cross loadings* muito elevados, i.e. a diferença entre os pesos fatoriais e os índices de saturação entre os dois fatores eram inferiores a .200. Os indicadores de Stress e Ansiedade e de Depressão, foram calculados através das médias dos respetivos itens, em que valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de stress/ansiedade e depressão, respetivamente.

2.2.5. Inventário Resumido da Dor (BPI)

Para medir a severidade e interferência da dor no quotidiano das pessoas, foi utilizada a versão portuguesa do *Brief Pain Inventory* (Azevedo et al., 2007); versão original de Cleeland (1989). A escala é composta por 15 itens no total, contudo na presente dissertação foram utilizados os itens apenas referentes à severidade e interferência da dor. A escala de severidade da dor é composta por 4 itens que medem a dor no seu mínimo, máximo, em média na última semana e no momento atual, numa escala de resposta que varia entre 0 (sem dor) e 10 (a pior dor que se pode imaginar). A escala da interferência da dor é composta por 7 itens que medem a interferência de dor na atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho (trabalho doméstico e formal), relações com outras pessoas, sono, prazer de viver, variando numa escala de resposta com valores compreendidos entre 0 (Não interferiu) e 10 (Interferiu completamente). A versão portuguesa do BPI apresenta boas qualidades psicométricas (Azevedo et al., 2007).

No que toca às características psicométricas da BPI na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação varimax ($KMO = 0,895$; Bartlett's $\chi^2 (55) = 749,463$, $p < 0.001$), tendo por base o critério de Kaiser foram obtidos dois fatores que explicam 67,51% da variância: (1) severidade da dor e (2) interferência da dor, ambos com excelente fidelidade interna ($\alpha = 0,86$ e $\alpha = 0,87$, respetivamente). De referir que foi excluído o item “Atividade geral” por apresentar *cross loadings* inferiores a .200. Os indicadores de severidade de dor e interferência da dor foram obtidos através das médias dos itens, em que valores mais altos correspondem a uma dor mais severa e incapacitante, respetivamente.

2.2.6. Escala de Avaliação de Relacionamento

Para medir a satisfação conjugal foi utilizada a *Relationship Assessment Scale (RAS)* versão Portuguesa de Santos (et al., 2000), revista por Lind (2008). Esta escala de autorrelato é composta por 7 itens (e.g. “*Estou satisfeito/a com a nossa vida a dois; Amo o meu/minha companheiro/a; Tenho muitos problemas na minha relação*”). O participante deve responder a cada um dos itens através de uma escala de resposta *Likert* com valores compreendidos entre 1 (Discordo) e 5 (Concordo totalmente). A versão portuguesa da escala apresenta boas qualidades psicométricas (Lind, 2008).

No que toca às características psicométricas da RAS na presente amostra, foi realizada uma análise fatorial com rotação varimax ($KMO = 0,871$; Bartlett's $\chi^2(21) = 431,376$, $p < 0.001$), tendo por base o critério de Kaiser foi obtido um fator que explica 59,09% da variância total da amostra. O fator obtido - Satisfação Conjugal - apresenta muito boa fidelidade interna ($\alpha = 0,86$). O indicador da satisfação conjugal foi calculado através da média dos itens, em que os valores mais altos correspondem a níveis de satisfação conjugal superiores.

2.3. Procedimento

O presente estudo seguiu o Código de Conduta de Ética em Investigação do Iscte e os Princípios Éticos do Psicólogo e Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011), tendo-se contemplado o consentimento informado, a privacidade e a confidencialidade dos dados. A recolha de dados foi realizada anteriormente (Martins, 2020), através do método de amostragem não probabilística bola de neve. A divulgação do questionário *online* elaborado no *Qualtrics*, foi realizada através das redes sociais (*Facebook* e *Instagram*), associações no âmbito da dor crónica (e.g. Myos- Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica; Fibro-Associação Barcelense de Fibromialgia e Doenças Crónicas; Força 3P- Associação de Pessoas com Dor; Andar Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, e APJOF- Associação Portuguesa de Fibromialgia) e em grupos de suporte à dor crónica.

2.4. Análise de Dados

Em relação ao tratamento de dados, estes foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27. Foram realizadas as características descritivas das variáveis em estudo na presente dissertação, como as

intercorrelações entre as variáveis. Foram ainda analisadas possíveis relações significativas nos 20 modelos de mediação em estudo por via *software* PROCESS (Hayes, 2012).

Assim, para testar a hipótese da mediação foram testados 5 modelos em que a PPA foi a variável preditora e a ruminação e magnificação a variável mediadora, e as respectivas variáveis resultado: (1) *stress* e ansiedade; (2) depressão; (3) severidade da dor; (4) intensidade da dor e (5) satisfação conjugal. Com a mesma variável preditora foram ainda analisados 5 modelos de mediação, porém com a variável mediadora desânimo.

Os restantes modelos assumiram como variável preditora as respostas facilitadoras, em que 5 modelos assumiram a ruminação e magnificação como variável mediadora e as mesmas variáveis resultado, e os outros 5 modelos mantiveram a mesma variável preditora e as variáveis resultado, porém a variável mediadora foi o desânimo.

Capítulo III - Resultados

3.1. Análises descritivas das variáveis do modelo

Conforme a Tabela 3.1 verifica-se que, em média, os participantes da presente amostra apresentam níveis relativamente baixos de depressão, níveis moderados de catastrofização (ruminação/magnificação e desânimo), *stress* e ansiedade, severidade e grau de interferência da dor, e níveis moderados a elevados de PPA, respostas facilitadoras e satisfação conjugal.

Quanto à assimetria verifica-se uma distribuição assimétrica positiva do *stress/ansiedade*, depressão e ruminação/magnificação. Em relação ao desânimo, PPA, respostas facilitadoras, satisfação conjugal, interferência e severidade da dor verificam-se distribuições assimétricas negativa. Relativamente aos valores de curtose, verifica-se que, no geral, existem distribuições achatadas, estando assim presentes distribuições platicúrticas, com exceção das distribuições das variáveis PPA e satisfação conjugal, que apresentam distribuições leptocúrticas.

Tabela 3.1 Análises descritivas das variáveis do modelo

		N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria/ Erro padrão	Curtose/ Erro padrão
Variáveis preditoras	PPA	117	1,00	5,00	3,74	4,00	0,98	-3,09	0,41
	Respostas facilitadoras	117	1,83	5,00	3,99	4,17	0,88	-3,41	-0,98
Variáveis mediadoras	Ruminação e magnificação	117	1,14	5,00	3,17	3,00	1,05	0,68	-2,09
	Desânimo	117	1,00	5,00	3,17	3,25	1,12	-0,5	-2,20
Variáveis resultado	Severidade da dor	117	1,00	9,00	5,46	5,50	1,78	-0,59	-0,93
	Interferência da dor	117	0,50	10,00	5,12	5,33	2,35	-0,77	-1,91
	Stress e ansiedade	117	1,00	3,90	2,46	2,50	0,77	0,32	-,179
	Depressão	117	1,00	4,00	1,99	1,75	0,93	3,22	-1,43
	Satisfação conjugal	117	1,00	5,00	4,15	4,43	0,84	-5,32	2,61

3.1.1. Correlações entre as variáveis do modelo

Analisando as relações entre as variáveis do modelo presentes na Tabela 3.1.1. e utilizando os critérios de Cohen para avaliação do tamanho dos efeitos (1988), verifica-se que o suporte social promotor de autonomia funcional (PPA) e as respostas facilitadoras apresentam correlações fortes e positivas com a satisfação conjugal e correlações fracas e negativas com a depressão. PPA apresenta ainda uma associação fraca e negativa com o grau de interferência da dor.

A ruminação/magnificação apresenta uma correlação forte e positiva com o desânimo, correlações moderadas e positivas com a depressão, stress/ansiedade e correlações fracas e

positivas com a interferência e severidade da dor. Verifica-se que o desânimo apresenta correlações moderadas e positivas com a severidade da dor e depressão, stress/ansiedade e a interferência da dor. Verificando-se também uma correlação fraca e negativa entre a satisfação e a interferência da dor. Foram ainda analisadas as correlações entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade) e clínicas (tempo de dor) e as variáveis *outcomes*, não se verificando relações significativas entre elas.

Tabela 3.1.1

Correlações de Pearson (one-tailed) entre as variáveis do modelo

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Variáveis preditoras	1. PPA	—								
	2. Respostas facilitadoras	0,72**	—							
Variáveis mediadoras	3. Ruminação/magnificação	0,10	0,15	—						
	4. Desânimo	0,10	0,08	0,71**	—					
Variáveis resultado	5. Stress e ansiedade	-0,07	-0,14	0,42**	0,37**	—				
	6. Depressão	-0,18*	-0,19*	0,43**	,45**	,71**	—			
	7. Severidade da dor	-,06	-,05	,25**	,43**	,03	,09	—		
	8. Interferência da dor	-,16*	-,12	,21*	,39**	,25**	,27**	,56*	—	
	9. Satisfação conjugal	,57**	,67**	-,03	-,09	-,19*	-,25**	-,12	-,19*	—

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

3.2. Modelos de mediação: PPA como preditora de *outcomes* de ajustamento à dor

Nas tabelas seguintes é possível analisar os resultados dos modelos de mediação simples que apresentam PPA como variável preditora e a ruminação/magnificação como processo mediador. Como presente na Tabela 3.2, verifica-se que quanto maior o grau de ruminação/magnificação maior o *stress* e ansiedade, depressão e severidade e interferência da dor. No que diz respeito aos efeitos totais, a PPA apresenta um efeito total negativo significativo na interferência da dor e um efeito total positivo significativo com a satisfação conjugal. A PPA apresenta um efeito direto significativo negativo sobre a depressão, interferência da dor e um efeito direto significativo positivo com a satisfação conjugal. As análises dos intervalos de confiança dos efeitos indiretos permitem constatar que as relações entre a PPA e as variáveis resultado não foram mediadas pela ruminação e magnificação (cf. tabela 3.2).

Tabela 2.2 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora PPA e a variável mediadora ruminação e magnificação

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Predictoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito total (c)
						ab	95% IC	
Stress e ansiedade	PPA	Ruminação e magnificação	0,107	,314***	-,089	,033	-,035; ,108	-,055
Depressão	PPA	Ruminação e magnificação	0,107	,400***	-,213**	,043	-,043; ,133	-,170
Severidade da dor	PPA	Ruminação e magnificação	0,107	,440**	-,159	,047	-,048; ,167	-,112
Interferência da dor	PPA	Ruminação e magnificação	0,107	,506**	-,437**	,054	-,049; ,227	-,383*
Satisfação conjugal	PPA	Ruminação e magnificação	0,107	-,070	,500***	-,007	-,046; ,009	,493** *

*** $p \leq 0,001$ ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

A Tabela 3.2.1 apresenta os modelos de mediação simples que incluem PPA como variável preditora e o desânimo como processo mediador. Na tabela 4 verifica-se que quanto maior o desânimo maior o stress e ansiedade, depressão, severidade e interferência da dor. A PPA apresenta um efeito total positivo significativo sobre a satisfação conjugal. Verifica-se um efeito direto negativo significativo entre a variável preditora PPA e as variáveis resultado depressão e interferência da dor e um efeito direto positivo significativo sobre a satisfação conjugal. Não se verificam efeitos indiretos significativos nos 5 modelos, permitindo concluir que o desânimo não medeia os efeitos de PPA sobre as variáveis resultado (cf. tabela 3.2.1).

Tabela 3.2.1 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora PPA e a variável mediadora desânimo

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Predictoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito total (c)
						ab	95% IC	
Stress e ansiedade	PPA	Desânimo	,109	,255***	-,083	,028	-,027; ,083	-,055
Depressão	PPA	Desânimo	,109	,387***	-,212**	,042	-,042; ,127	-,170
Severidade da dor	PPA	Desânimo	,109	,689***	-,188	,075	-,074; ,244	-,112
Interferência da dor	PPA	Desânimo	,109	,856***	-,477*	,093	-,085; ,319	-,383
Satisfação conjugal	PPA	Desânimo	,109	-,107	,505***	- ,011	-,050; ,011	,493** *

*** $p \leq 0,001$ ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

3.3. Modelos de mediação: Respostas Facilitadoras como preditoras de *outcomes* de ajustamento à dor

A Tabela 3.3 apresenta os modelos de mediação simples que incluem respostas facilitadoras como variável preditora e a ruminação e desânimo como processo mediador. Como presente na tabela 6, verifica-se que quanto maior a ruminação e magnificação maior é o stress e ansiedade, depressão, *stress*, interferência e severidade da dor. No que toca aos efeitos totais, verifica-se um efeito total negativo significativo entre as respostas facilitadoras e a depressão e um efeito total positivo significativo entre as respostas facilitadoras e a satisfação conjugal. Verificando-se ainda efeitos diretos negativos significativos entre as respostas facilitadoras e a depressão, *stress* e ansiedade e um efeito direto significado sobre a satisfação conjugal. As análises dos intervalos de confiança dos efeitos indiretos permitem constatar que as relações entre as respostas facilitadoras e as variáveis resultado não foram mediadas pela ruminação e magnificação (cf. tabela 3.3).

Tabela 3.3 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora respostas facilitadoras e a variável mediadora ruminação e magnificação

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Predictoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito total (c)
						ab	95% IC	
Stress e ansiedade	Respostas facilitadoras	Ruminação e magnificação	0,178	,329***	-,184*	,058	-,008; ,133	-,125
Depressão	Respostas facilitadoras	Ruminação e magnificação	0,178	,415***	-,278**	,074	-,013; ,170	-,204*
Severidade da dor	Respostas facilitadoras	Ruminação e magnificação	,178	,447**	-,171	,079	-,014; ,208	-,092
Interferência da dor	Respostas facilitadoras	Ruminação e magnificação	0,178	,515*	-,399	,091	-,013; ,266	-,307
Satisfação conjugal	Respostas facilitadoras	Ruminação e magnificação	0,178	-,105	,651***	-,018	-,061; ,005	,632** *

*** p,001 ** p≤,01 * p≤,05

No que toca aos efeitos das respostas facilitadoras sobre as variáveis resultado e a variável mediadora desânimo presentes na tabela 3.3.1 verifica-se que quanto maior o desânimo maior o *stress* e ansiedade, depressão, severidade e interferência da dor. Verifica-se um efeito total negativo significativo na relação entre as respostas facilitadoras sobre a depressão e um efeito positivo significativo sobre a satisfação conjugal. Verificando-se efeitos diretos negativos significativos entre as respostas facilitadoras nas variáveis resultado *stress* e ansiedade, depressão e um efeito direto positivo significativo sobre a satisfação conjugal. Não se verificam efeitos indiretos significativos em nenhum dos modelos analisados, permitindo constatar que o desânimo não medeia os efeitos de respostas facilitadoras sobre as variáveis resultado.

Tabela 3.3.1 Resultados dos modelos de mediação com a variável preditora respostas facilitadoras e a variável mediadora desânimo

Variáveis Resultado (R)	Variáveis Preditoras (P)	Variável Mediadora (M)	Efeito de P em M (a)	Efeito de M em R (b)	Efeito Direto (c')	Efeito indireto		Efeito total (c)
						ab	95% IC	
Stress e ansiedade	Respostas facilitadoras	Desânimo	,105	,258***	-,152*	,027	-,029; ,083	-,125
Depressão	Respostas facilitadoras	Desânimo	,105	,385***	-,245**	,040	-,045; ,124	-,204*
Severidade da dor	Respostas facilitadoras	Desânimo	,105	,684***	-,164	,072	-,073; ,237	-,092
Interferência da dor	Respostas facilitadoras	Desânimo	,105	,842***	-,396	,089	-,088; ,314	-,307
Satisfação conjugal	Respostas facilitadoras	Desânimo	,105	-,107*	,644***	-,011	-,043; ,011	,632** *

*** $p \leq 0,001$ ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Capítulo IV- Discussão

O presente estudo teve como finalidade contribuir para o estado de arte acerca do suporte social informal por parte de um parceiro romântico no ajustamento à dor crónica. O primeiro objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre dois tipos de respostas suporte social por parte dos companheiros/as românticos e o ajustamento à dor crónica, mais especificamente, as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar e as respostas promotoras de autonomia funcional. Assim para investigar a associação entre tais respostas de suporte e *outcomes* de ajustamento à dor, foram formuladas duas hipóteses: (H1) esperava-se que as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional perante comportamentos de dor estivessem positivamente correlacionadas com *outcomes* de ajustamento à dor crónica e, (H2) esperava-se que as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar estivessem positivamente correlacionadas com tais *outcomes* de ajustamento.

O segundo objetivo foi testar o papel mediador da catastrofização na relação entre as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional e as respostas facilitadoras e o ajustamento à dor, tendo sido formuladas 4 hipóteses: (H3) as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional encontram-se negativamente correlacionadas com a catastrofização; (H4) as repostas facilitadoras de bem-estar encontram-se negativamente correlacionadas com a catastrofização; (H5) a catastrofização está negativamente correlacionada à adaptação à dor crónica e (H6) A catastrofização medeia as relações entre as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional e as respostas facilitadoras de bem-estar e a adaptação à dor.

Em primeiro lugar, os resultados empíricos confirmam a H1, mostrando que as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional face a comportamentos de dor estão associadas a melhores resultados de ajustamento à dor crónica, mais especificamente, a maior satisfação conjugal e menor grau de interferência da dor na vida da pessoa. Estes resultados replicam parcialmente os resultados de estudos já realizados com idosos em contextos de suporte formal, onde a perceção de promoção de autonomia funcional se encontrava associada a uma menor incapacidade associada à dor, e consequentemente, um melhor ajustamento à dor crónica (Matos & Bernardes, 2013; Matos et al., 2015). Assim, os indivíduos que apresentam dor crónica que percecionam mais respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional face a comportamentos de dor relatam níveis mais elevados de satisfação conjugal, mostrando-se um preditor significativo no ajustamento à dor crónica, esta associação entre PPA

e a satisfação conjugal é inovadora na literatura. Contudo, as respostas promotoras de autonomia funcional não conseguiram prever diretamente o *stress* e ansiedade e a severidade da dor. À semelhança do estudo anterior de Matos & Bernardes (2013), a percepção de promoção de autonomia funcional não teve um efeito direto consistente nos *outcomes* de ajustamento à dor crónica, verificando-se que em determinadas amostras mostrou um efeito amortecedor do efeito negativo da intensidade da dor na incapacidade (Matos, 2016). Assim sendo, o suporte empírico do papel das percepções de suporte para a promoção de autonomia do processo de adaptação à dor não permite tirar ainda conclusões consistentes.

Em segundo lugar, verificou-se que as respostas facilitadoras de comportamentos de bem-estar se encontram positivamente correlacionadas com a satisfação conjugal, corroborando assim parcialmente a H2. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Rosen et al. (2014), que sugere que as respostas facilitadoras se encontram associadas à satisfação sexual na medida em que as mulheres com PVD que percebem mais respostas facilitadoras apresentaram uma maior satisfação no relacionamento e uma diminuição da depressão (Rosen et al., 2014). Contudo as respostas facilitadoras não conseguiram prever a severidade e interferência da dor, o que vai ao encontro de um estudo realizado em mulheres com PVD que verificou também uma falta de correlação significativa entre a intensidade da dor (Rosen et al., 2010).

Em terceiro lugar, pretendia-se estudar a relação entre as respostas promotoras de autonomia funcional e a catastrofização não se verificando relações significativas entre as mesmas, não confirmando assim a H3. A relação entre as respostas facilitadoras e a catastrofização também não se mostrou significativa, não se confirmando assim a H4. A ausência de associação entre tais respostas de suporte e a catastrofização da dor poderá ser explicada pela natureza de tais respostas. Efetivamente, evidências sugerem que a catastrofização da dor parece mais associada a respostas solícitas e negativas, suportando o modelo comunal de enfrentamento da catastrofização de Sullivan et al. (2004).

No que diz respeito às relações entre a catastrofização e as variáveis resultado relacionadas com o ajustamento à dor crónica, verificou-se tal como esperado, que quanto maior a catastrofização piores os resultados de ajustamento à dor crónica, nomeadamente mais depressão, *stress* e ansiedade, interferência e severidade da dor. Assim, a H5 foi totalmente corroborada, verificando-se assim uma associação negativa entre a catastrofização e o ajustamento à dor crónica. De acordo com a literatura, a catastrofização encontra-se positivamente associada a aspetos negativos tais como a depressão, ansiedade, medo e a

angústia dos indivíduos com dor crónica, porém verificam-se associações negativas com fatores positivos (Edwards et al., 2011; Hirsh et al., 2010; Mounce et al., 2010).

Por fim, pretendia-se perceber se a catastrofização mediava as relações entre as respostas de suporte social promotoras de autonomia funcional e as respostas facilitadoras de bem-estar e o ajustamento à dor. Segundo os dados recolhidos não se verificou uma mediação entre estas relações, assim a H6 não foi confirmada. Segundo o modelo comunal de Sullivan (2001) a catastrofização é utilizada como um meio para obter empatia do contexto envolvente, bem como para obtenção de ajuda e suporte. O facto de esta hipótese não ser confirmada pode dever-se à natureza das respostas do presente estudo, visto que a catastrofização se associa mais a respostas solícitas e negativas (Giardino et al., 2003; Cano, 2004; Boothby, 2004).

Em suma, verificou-se que as respostas facilitadoras por parte de um parceiro romântico e as respostas de promoção de autonomia funcional estão associadas ao ajustamento à dor crónica, contudo a catastrofização não atua significativamente como mediadora nesta relação. Assim os indivíduos que possuem mais respostas positivas sentem um maior ajustamento à dor crónica porque promovem pensamentos positivos, sentindo-se mais apoiados.

4.1. Limitações e Contribuições do Estudo

Nesta secção é relevante identificar certas limitações no presente estudo. Desta forma, como se trata de um estudo correlacional não pode ser explicada a causalidade entre as variáveis e terá de ser apontada a questão de a amostra ser maioritariamente constituída pelo sexo feminino, existindo uma percentagem reduzida do sexo masculino, não permitindo efetuar uma exploração das questões de género associadas a tais interações. Assim num próximo estudo poderia ser estudada a diferença entre homens e mulheres face às respostas positivas do suporte informal, bem como serem realizados estudos experimentais ou prospetivos para verificar a causalidade entre as variáveis.

No que toca às contribuições do presente estudo, a dissertação contribui para o estudo das respostas potencialmente adaptativas de suporte social em contextos de dor crónica, tópico que tem sido preterido em função do estudo das respostas mais desadaptativas (ex., solicitude). Ainda, o estudo contribui para clarificar o papel mediador da catastrofização, um aspeto psicológico muito associado à dor crónica e às respostas do cônjuge e a adaptação à dor crónica.

Em relação às contribuições numa perspetiva prática, pode-se concluir que o papel dos companheiros românticos é importante e, como tal deveríamos considerá-los para possíveis intervenções clínicas, bem incluí-los em programas para melhorar a comunicação no relacionamento, visto que as respostas positivas por parte dos mesmos são consideradas relevantes para a promoção de resultados adaptativos face à dor crónica.

Neste sentido, o objetivo da presente dissertação passa por enriquecer a literatura existente dentro deste tema, no que respeita às respostas adaptativas dos parceiros/as românticos/as na dor crónica e a sua importância. Em suma, esta investigação é relevante na medida em que destaca a importância das respostas positivas dos parceiros/as românticos/as e a sua influência no contexto de dor crónica.

Referências

- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, *13*(8), 773–783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, *17*(1), 87–98. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>
- Azevedo, L.F., Pereira, A.C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R. et al., (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, *15*, 6-37
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, *51*(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Bernardes, S. F., Forgeron, P., Fournier, K. & Reszel, J. (2017). Beyond solicitousness: a comprehensive review on informal pain-related social support. *Pain*, *158* (11), 2066-2076
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Overduin, L. Y., & Charles Ward, L. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain*, *109*(3), 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.030>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287–287. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Burns, J. W., Post, K. M., Smith, D. A., Porter, L. S., Buvanendran, A., Frasca, A. M., & Keefe, F. J. (2018). Spouse criticism and hostility during marital interaction: effects on pain intensity and behaviors among individuals with chronic low back pain. *Pain*, *159*(1), 25–32. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001037>
- Campbell, P., Wynne-Jones, G., & Dunn, K. M. (2011). Review: The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: A systematic review. *European Journal of Pain*, *15*(5), 444.e1–444.e14. doi:10.1016/j.ejpain.2010.09.011
- Cano A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, *110*(3), 656–664. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.05.004>
- Cano, A., & Leong, L. (2012). Significant Others in the Chronicity of Pain and Disability. *From Acute to Chronic Back Pain*, 339–354. doi:10.1093/med/9780199558902.003.0096

- Cano, A., & de C. Williams, A. C. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain, 149*(1), 9–11. doi:10.1016/j.pain.2009.10.010
- Che, X., Cash, R., Ng, S. K., Fitzgerald, P., & Fitzgibbon, B. M. (2018). A Systematic Review of the Processes Underlying the Main and the Buffering Effect of Social Support on the Experience of Pain. *The Clinical Journal of Pain, 34*(11), 1061–1076. doi:10.1097/ajp.0000000000000624
- Chronister, J. A., Johnson, E. K., & Berven, N. L. (2006). Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 28*(2), 75–84. doi:10.1080/09638280500163695
- Cohen, Sheldon & Underwood, Lynn & Gottlieb, Benjamin. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*.
- Crofford L. J. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 126*, 167–183.
- Domingues, M., & Bernardes, S. (2014). Construção e validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR). Estudos Preliminares. *Psicologia Social Da Saúde*. 155 - 176
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research, 9*, 457–467. doi:10.2147/jpr.s105892
- Duncan, G. (2000). Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say? *The Journal of Medicine and Philosophy, 25*(4), 485–513. doi:10.1076/0360-5310(200008)25:4;1-a;ft485
- Edwards, R. R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature reviews. Rheumatology, 7*(4), 216–224. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
- Edwards, R. R., Smith, M. T., Kudel, I., & Haythornthwaite, J. (2006). Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain, 126*(1-3), 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.07.004>
- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open, 6*(6), e010364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>
- Fernández-Peña, R., Molina, J. L., & Valero, O. (2020). Satisfaction with Social Support Received from Social Relationships in Cases of Chronic Pain: The Influence of Personal Network Characteristics in Terms of Structure, Composition and Functional Content. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2706. doi:10.3390/ijerph17082706

- Filligim, R. B., Doleys, D. M., Edwards, R. R., & Lowery, D. (2003). Spousal responses are differentially associated with clinical variables in women and men with chronic pain. *The Clinical journal of pain, 19*(4), 217–224. <https://doi.org/10.1097/00002508-200307000-00004>
- Fordyce, W. E., & Company, M. C. V. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. *Pain, 3*(3), 291–292. doi:10.1016/0304-3959(77)90029-x
- Franks, H. M., Cronan, T. A., & Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology, 32*(4), 425–438. doi:10.1002/jcop.20011
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Giardino, N. D., Jensen, M. P., Turner, J. A., Ehde, D. M., & Cardenas, D. D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain, 106*(1-2), 19–25. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00226-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00226-4)
- Hayes, A.F. (2012). PROCESS: A Versatile Computational Tool for Observed Variable Mediation, Moderation, and Conditional Process Modeling 1.
- Henschke, N., Kamper, S. J., & Maher, C. G. (2015). *The Epidemiology and Economic Consequences of Pain. Mayo Clinic Proceedings, 90*(1), 139–147. doi:10.1016/j.mayocp.2014.09.010
- Hirsh, A. T., Kupper, A. E., Carter, G. T., & Jensen, M. P. (2010). Psychosocial Factors and Adjustment to Pain in Individuals with Postpolio Syndrome. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 89*(3), 213–224. doi:10.1097/phm.0b013e3181c9f9a1
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. (2011). Psychosocial Factors and Adjustment to Chronic Pain in Persons With Physical Disabilities: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*(1), 146–160. doi:10.1016/j.apmr.2010.09.021
- Keefe, F. J., Blumenthal, J., Baucom, D., Affleck, G., Waugh, R., Caldwell, D. S., Beaupre, P., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Egert, J., & Lefebvre, J. (2004). Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: a randomized controlled study. *Pain, 110*(3), 539–549. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.03.022>
- Kemler, M. & Furnée, C. (2002). The Impact of Chronic Pain on Life in the Household. *Journal of pain and symptom management. 23.* 433-41. 10.1016/S0885-3924(02)00386-X.

- Lakey, Brian & Cohen, Sheldon. (2000). *Social Support Theory and Measurement*. 10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002.
- Leonard, M. T., Chatkoff, D. K., & Gallaway, M. (2012). Association Between Pain Catastrophizing, Spouse Responses to Pain, and Blood Pressure in Chronic Pain Patients: A Pathway to Potential Comorbidity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 590–598. doi:10.1007/s12529-012-9262-1
- Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A systematic review of spousal couple-based intervention studies for couples coping with cancer: direction for the development of interventions. *Psycho-Oncology*, 23(7), 731–739. doi:10.1002/pon.3535
- Lindt., W. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e Recursos* (Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). <http://hdl.handle.net/10451/977>
- Martins, C. (2020). *Suporte Social Informal para a Autonomia e Dependência Funcional na Dor Crónica: o Papel Mediador da Autoeficácia*. Iscte - Instituto Universitário de Lisboa.
- Martire, L. M., Zhaoyang, R., Marini, C. M., Nah, S., & Darnall, B. D. (2019). Daily and bidirectional linkages between pain catastrophizing and spouse responses. *Pain*, 160(12), 2841–2847. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001673>
- Matos, M. (2016). *Healthy ageing despite chronic pain: the role of formal social support for functional autonomy and dependence* (Doctoral dissertation, Iscte). <http://hdl.handle.net/10071/12500>
- Matos, M., & Bernardes, S. F. (2013). The Portuguese Formal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory (FSSADI_PAIN): A preliminary validation study. *British Journal of Health Psychology*, 18, 593–609.
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(4), 704–715. doi:10.1007/s10865-016-9726-x
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic pain experiences. *Health Psychology*, 36(12), 1195–1206. doi:10.1037/hea0000512
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Carvalho, H. (2015). Revised Formal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain Inventory. *PsycTESTS*. doi:10.1037/t44252-000

- McCracken L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain, 113*(1-2), 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.10.004>
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 87*(Pt B), 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Melzack, R. (1987). Health psychology: a psychobiological perspective. *Pain, 28*(1), 139. doi:10.1016/0304-3959(87)91067-0
- Melzack, R. (1996). *Gate control theory. Pain Forum, 5*(2), 128–138. doi:10.1016/s1082-3174(96)80050-x
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). *Pain Mechanisms: A New Theory. Science, 150*(3699), 971–978. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain* (2nd ed.) Seattle: IASP Press.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress*. 2nd ed. New York (N.Y.): Aldine de Gruyter.
- Mohammadi, S., Alinajimi, F., Esmaeilian, N., Dehghani, M., & Khatibi, A. (2020). Pain Catastrophizing Thoughts Explain the Link Between Perceived Caregiver Responses and Pain Behaviors of Patients With Chronic Musculoskeletal Pain. *Frontiers in Psychology, 11*. doi:10.3389/fpsyg.2020.01386
- Mounce, C., Keogh, E., & Eccleston, C. (2010). A principal components analysis of negative affect-related constructs relevant to pain: evidence for a three component structure. *Journal of Pain, 11*(8), 710-717. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.10.014>
- Newton-John, T. R. (2002). Solicitousness and chronic pain: a critical review. *Pain Reviews, 9*(1), 7–27. doi:10.1191/0968130202pr186ra
- Newton-John, T. R., & de C Williams, A. C. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain, 123*(1), 53–63. doi:10.1016/j.pain.2006.02.009
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças, 5*(2), 229-239.
- Pence, L. B., Thorn, B. E., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2008). Examination of perceived spouse responses to patient well and pain behavior in patients with headache. *The Clinical Journal of Pain, 24*(8), 654–661. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31817708ea>
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4), 470–482. doi:10.1080/13548500600726633

- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Kalfat, H., Colvez, A., & Delli-Colli, N. (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(3), 223–233. doi:10.1016/s0167-4943(03)00049-9
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. doi:10.1586/ern.09.34
- Raichle, K. A., Romano, J. M., & Jensen, M. O. (2011). Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behaviour, functioning and depressions. *Pain*, 152, 82–88.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201–205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truyers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462. doi:10.1185/03007995.2010.545813
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Schmaling, K. B., Hops, H., & Buchwald, D. S. (2009). Illness behaviors in patients with unexplained chronic fatigue are associated with significant other responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(6), 558–569. doi:10.1007/s10865-009-9234-3
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415–440. doi:10.1016/s0005-7894(00)80023-4
- Rook, K. S., & Underwood, L. G. (2000). *Social Support Measurement and Interventions. Social Support Measurement and Intervention*, 311–334. doi:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0010
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M. L. (2012). Harmful or Helpful: Perceived Solicitous and Facilitative Partner Responses Are Differentially Associated with Pain and Sexual Satisfaction in Women with Provoked Vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2351–2360. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Lambert, B., & Steben, M. (2013). Provoked vestibulodynia: Mediators of the associations between partner responses, pain, and sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 129–141. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9905-y>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and Partner-Perceived Partner Responses Predict Pain and Sexual Satisfaction in Provoked Vestibulodynia (PVD) Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3715–3724. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x

- Rosen, N.O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M.-L. (2014). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: A dyadic daily experience study. *Health Psychology, 33*, 823-831. doi: 10.1037/a0034550
- Rosen, N. O., Muise, A., Bergeron, S., Delisle, I., & Baxter, M. L. (2015). Daily Associations Between Partner Responses and Sexual and Relationship Satisfaction in Couples Coping with Provoked Vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(4), 1028–1039. doi:10.1111/jsm.12840
- Schug, S. A. (2011). 2011 – the Global Year against Acute Pain. *Anaesthesia and Intensive Care, 39*(1), 11–14. <https://doi.org/10.1177/0310057X1103900102>
- Schwartz, L., Jensen, M., & Romano, J. (2005). The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The Spouse Response Inventory. *The Journal of Pain, 6*(4), 243–252. doi:10.1016/j.jpain.2004.12.010
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*(4), 243–252. doi:10.1080/00207590701396641
- Sullivan, M. J. L. (2012). The communal coping model of pain catastrophizing: Clinical and research implications. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 53*(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/a0026726>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524–532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L., & Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal Of Pain, 17*(1), 52-64.
- Sullivan, M.J.L., Adams, H., & Sullivan, M.E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain, 107*, 220-226.
- Swift, C., Hocking, C., Dickinson, A., & Jones, M. (2019). Facilitating open family communication when a parent has chronic pain: A scoping review. *Scandinavian journal of occupational therapy, 26*(2), 103–120. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1486885>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 377–401. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520

- Thoits P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W.S., Wang, S. J. (2015). *A classification of chronic pain for ICD-11*. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Trouvin, A., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 17(9 Suppl), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The Stress Process and the Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 374. doi:10.2307/2676332
- Turner, R. J., & Roszell, P. (1994). Psychosocial Resources and the Stress Process. *Stress and Mental Health*, 179–210. doi:10.1007/978-1-4899-1106-3_7
- Uchino, B. N. (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. doi:10.12987/yale/9780300102185.001.0001
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949–957. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.023
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518–522. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120128>
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain*, 107(1), 70–76. doi:10.1016/j.pain.2003.09.023
- Van Ryckeghem, D. M. L., Crombez, G., Van Hulle, L., & Van Damme, S. (2012). Attentional bias towards pain-related information diminishes the efficacy of distraction. *Pain*, 153(12), 2345–2351. doi:10.1016/j.pain.2012.07.032
- Waxman, S. E., Tripp, D. A., & Flamenbaum, R. (2008). The Mediating Role of Depression and Negative Partner Responses in Chronic Low Back Pain and Relationship Satisfaction. *The Journal of Pain*, 9(5), 434–442. doi:10.1016/j.jpain.2007.12.007

- Wertli, M. M., Eugster, R., Held, U., Steurer, J., Kofmehl, R., & Weiser, S. (2014). Catastrophizing-a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *The spine journal: official journal of the North American Spine Society*, *14*(11), 2639–2657. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.03.003>
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, *157*(11), 2420–2423. doi:10.1097/j.pain.0000000000000613

Anexos

Anexo A - Questionário

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

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

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

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

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

Tenho mais de 18 anos

Tenho dor crónica (i.e., dor constante ou intermitente que perdura há mais de 3 meses)

Tenho um parceiro(a) amoroso(a)

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

Assinatura: _____

Dados sociodemográficos

Sexo:

Mulher Homem Outro

Idade: ____ anos

Nacionalidade: _____

Qual é o seu estado civil?

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Viúvo(a)

Divorciado(a) ou separado(a)

Qual é o seu nível de escolaridade?

4ª classe

6º ano

9º ano

12º ano

Bacharelato/Licenciatura

Outro nível não referido Qual? _____

Qual é a sua situação laboral?

Empregado(a) a tempo inteiro

Empregado(a) a tempo parcial

Empregado(a) atualmente de baixa médica

Desempregado(a)

Estudante

Doméstico(a)

Reformado(a)

Outra situação não referida Qual? _____

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

Qual a sua profissão atual ou última profissão? _____

Condição clínica

1. Há quanto tempo tem problemas de dor? _____
2. Qual a localização da sua(s) dor(es)?

Cabeça/Pescoço Costas Braços/Ombros

Mãos/Pulsos Pernas/Joelhos Pés

Corpo todo

Outra Qual? _____

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

Sim

Não

3.1 Se respondeu SIM à pergunta anterior:

3.1.1. Indique qual(ais) _____

Sobre a sua relação romântica

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

Mulher Homem Outro

2. Qual a duração da sua relação? _____

3. Vivem juntos?

Sim Não

Anexo B - Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na dor (ESIAD_DOR)

<i>Quando estou com dores, o/a meu/minha parceiro/a:...</i>	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Dá-me boleia ou ajuda-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
2. Motiva-me para fazer atividade física.	1	2	3	4	5
3. Encarrega-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
4. Incentiva-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5
5. Auxilia-me no contacto com entidades (ex., banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
6. Incentiva-me a visitar outros familiares ou amigos.	1	2	3	4	5
7. Faz por mim as minhas refeições, para que não precise de cozinhar.	1	2	3	4	5
8. Aconselha-me a parar tudo o que estou a fazer.	1	2	3	4	5
9. Ajuda-me a tratar de aspetos práticos (ex., transporte) para	1	2	3	4	5

que consiga participar em atividades/saídas sociais.					
10. Incentiva-me a participar em atividades de lazer e diversão.	1	2	3	4	5
11. Faz as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	1	2	3	4	5
12. Desaconselha-me a realizar exercício físico.	1	2	3	4	5

Anexo C – Inventário de Resposta do Cônjuge

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
0	1	2	3	4

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

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

Anexo D – Escala de Desânimo Associada à Dor

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

Quando estou com dores...

1. Estou constantemente preocupado/a em saber se a dor terá fim.	0	1	2	3	4
2. Sinto que não consigo continuar.	0	1	2	3	4
3. É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.	0	1	2	3	4
4. É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.	0	1	2	3	4
5. Sinto que já não aguento mais.	0	1	2	3	4
6. Fico com medo que a dor piore.	0	1	2	3	4
7. Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.	0	1	2	3	4
8. Quero ansiosamente que a dor desapareça.	0	1	2	3	4
9. Não consigo deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
10. Estou sempre a pensar no quanto dói.	0	1	2	3	4

Anexo E - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

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

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado/a.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3

19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo F - Inventário Resumido da Dor (BPI)

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior do que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior do que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior do que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior do que consegue imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

- b. Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

- c. Capacidade para a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

- e. Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

f. Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu
completamente

Interferiu

g. Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

Anexo G – Escala de Avaliação de Relacionamento

Avalie em que medida as afirmações que se seguem **descrevem a sua relação amorosa**.

Responda de acordo com a seguinte escala:

Discordo

Concordo totalmente

1

2

3

4

5

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