



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Construção e Validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor

Mariana Sofia Santos Domingues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Sónia Bernardes, Professora Auxiliar
Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2012

AGRADECIMENTOS

O caminho que percorri ao longo deste ano nem sempre foi linear; muitas vezes foi tumultuoso e repleto de inseguranças. No entanto, nunca fiquei sozinha, havendo sempre alguém do meu lado que, de um modo ou de outro, me amparou ou orientou na escolha do caminho biforcado. Nas palavras de William Shakespeare, "a gratidão é o único tesouro dos humildes", pelo que, num gesto de humildade, procuro agora agradecer a todos aqueles que garantiram a minha chegada até aqui.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Sónia Bernardes, pelo apoio incansável, fornecido em qualquer circunstância, pela paciência, pela organização, pela excelente orientação. Mais, por me demonstrar que a prontidão, a competência e a persistência são os atributos de excelência que sustentam e fortalecem as relações profissionais. Expresso ainda o meu agradecimento às Professoras Doutoradas Luísa Lima e Sibila Marques que, pelas suas críticas construtivas e pertinentes, permitiram melhorar a qualidade do trabalho apresentado, através do desenvolvimento do meu espírito crítico e capacidade de reflexão.

O segundo gesto de gratidão quero dirigi-lo àqueles que me são fundamentais. À minha mãe, por ser todos os dias um exemplo constante, que apesar de os percalços possui sempre tempo para me dizer "tu és capaz". Ao meu pai, a quem as atrocidades não derrubaram, erguendo-se acima das dificuldades e persistindo na luta por um dia melhor, e que sempre me salientou a importância da modéstia e humildade. À minha irmã, pelo seu exemplo de inteligência e dedicação, por ser um pilar desta família, e por me fazer acreditar que o esforço tem sempre recompensa. Ao Pedro, por ser um ouvinte dedicado, um amigo, um suporte em todas as circunstâncias; por me fazer rir quando quis chorar e por me lembrar todos os dias que a vida é um bem maior, que se estende para além do trabalho.

Quero ainda reconhecer a importância fulcral que deteve a Joana, companheira de todas as horas, desde o primeiro até ao último dia. Por acrescentar um toque de humor, sabedoria e muita imaginação ao meu percurso académico, e porque mais do que uma colega, é há muito, uma grande amiga. À Rita e à Marta deixo também a minha gratificação, por constituírem duas referências de esforço e empenho que adquiri neste mestrado. À Soraia, Sara, Francisca, Sónia e Diana, por serem quem são, pelo espaço especial que ocupam na minha vida, e pelas suas opiniões que serão sempre determinantes nas minhas escolhas.

Por último, mas não de menor importância, quero expressar o meu agradecimento a todos os participantes que tornaram possível esta pesquisa, que dedicaram um pouco do seu dia para que algo de novo fosse acrescentado à investigação realizada no nosso país.

RESUMO

Embora o facto de um indivíduo com dor crónica perceber o envolvimento familiar como promotor da sua autonomia seja referido na literatura como benéfico para a funcionalidade física do mesmo, não existem instrumentos que avaliem a promoção de autonomia/dependência enquanto funções do suporte social informal percebido, em contexto de dor. O objetivo deste trabalho é a construção e validação da Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR), que visa a avaliação das percepções de suporte familiar com vista à promoção de autonomia e dependência na dor. Neste estudo participaram 275 adultos (64,7% mulheres), com idades entre 18 e 89 anos ($M = 39,49$; $DP = 16,169$). Para além da ESIAD_DOR, foram aplicados outros instrumentos (Inventário Resumido da Dor (Azevedo et al., 2007), *The Vanderbilt Pain Management Inventory* (Brown & Nicassio, 1987), Escala de Suporte Social da *Medical Outcomes Study* (Fachado et al., 2007)) e algumas questões sobre a experiência de dor dos participantes. Constituída por duas subescalas, a) percepções de frequência de suporte social recebido e b) percepções de frequência ideal de suporte social, a ESIAD_DOR revelou, para cada uma, uma estrutura fatorial de quatro dimensões teóricas (percepções de suporte instrumental promotor de autonomia; percepções de suporte instrumental promotor de dependência; percepções suporte emocional/estima promotor de autonomia; percepções suporte emocional/estima promotor de dependência), com valores de fidelidade interna e sensibilidade adequados, evidenciando também qualidade nas suas validades de conteúdo, critério e de construto convergente/divergente. A ESIAD_DOR pode ser considerada um instrumento com boas propriedades psicométricas, que permite a avaliação das percepções de suporte familiar e satisfação com o mesmo, assumindo a promoção de autonomia/dependência como funções fundamentais na convivência com a dor.

Palavras-chave: Suporte Social Percebido, Dor, Autonomia

Código de Classificação (*American Psychological Association*):

2226 Medição em Psicologia da Saúde

2950 Casamento e Família

ABSTRACT

In the literature, it is established that when an individual with chronic pain perceives family involvement as autonomy promoter, it is beneficial to his/her physical functionality. However, there is no available instruments that identify the autonomy/dependence promotion as a function of perceived informal social support, in a pain context. The main goal of this work is the construction and validation of a measure of perceived Informal Social Support for Autonomy and Dependence in Pain (ISSADI_PAIN), which aims at assessing perceptions of family support for the promotion of autonomy and dependence in pain. This study involved 275 adults (64.7% women), aged between 18 and 89 years ($M = 39.49$, $SD = 16.169$). Apart from ISSADI_PAIN, other instruments were applied as the *Inventário Resumido da Dor* (Azevedo et al., 2007), The Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown & Nicassio, 1987), the *Escala de Suporte Social* of Medical Outcomes Study (Fachado et al., 2007), and still some questions about the participants' experience of pain. Consisting of two subscales, a) frequency perceptions of social support received and b) ideal frequency perceptions of social support, the ISSADI_PAIN revealed, for each, a factorial structure characterized by four theoretical dimensions (perceptions of instrumental support autonomy promoter; perceptions of instrumental support dependency promoter; perceptions of emotional/esteem support autonomy promoter; perceptions of emotional/esteem support dependency promoter) with suitable values of confidence and reliability, and showed quality in its content, criterion and convergent/divergent construct validities. The ISSADI_PAIN can be considered an instrument with good psychometric properties, which allows the assessment of family support perceptions and satisfaction with it, assuming autonomy and dependency promotion as perceptions' fundamental functions in living with pain.

Key-words: Perceived Social Support, Pain, Autonomy

2226 Health Psychology Testing

2950 Marriage & Family

ÍNDICE GERAL

1. Introdução.....	1
1.1. Suporte Social, Bem-estar e Adaptação à Dor	3
1.2. Suporte Social Percebido e Comportamentos de Dor – a Relevância dos Contextos Famíliares	5
1.3. Percepções de Suporte Social e Promoção de Autonomia e Dependência na Dor.....	7
1.3.2. Autonomia e dependência - efeitos da sua promoção em contexto de dor.....	8
1.3.3. Autonomia e dependência - a expressão da adoção de estratégias de coping.....	9
1.3.4. A ESFAD_DOR (Matos e Bernardes, em revisão) e a evolução da avaliação das percepções de promoção de autonomia e dependência na dor.	11
1.4.1.1. Subescalas da ESIAD_DOR e avaliação da satisfação com o suporte social recebido.	14
1.4.2. Plano de Validação da ESIAD_DOR.....	16
2. Método	20
2.1. Amostra	20
2.2. Instrumentos	22
2.2.1. Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Dependência na Dor (ESIAD_DOR).....	22
2.2.1.1. Percepções de frequência de suporte social recebido.....	22
2.2.1.2. Percepções de frequência ideal de suporte social e satisfação com o suporte social percebido.....	23
2.2.2. Experiência de dor atual.....	24
2.2.3. Inventário Resumido da Dor (BPI)	25
2.2.4. The Vanderbilt Pain Management Inventory (VMPI)	26
2.2.5. Escala de Suporte Social do <i>Medical Outcomes Study</i> (ESS-MOS)	28
2.3. Procedimento	30
3. Resultados	32
3.1. Características descritivas dos itens da ESIAD_DOR	32
3.1.1. Descrição dos itens relativos à percepção de frequência de suporte social recebido	32
3.1.2. Descrição dos itens relativos à percepção de frequência ideal de suporte social.	35
3.2. Estrutura Fatorial da ESIAD_DOR	38
3.2.1. Estrutura fatorial da subescala de percepção de frequência de suporte social recebido.....	38

3.2.1.1. Características descritivas, sensibilidade e fidelidade interna dos fatores relativos à percepção de frequência de suporte social recebido.....	39
3.2.2. Estrutura fatorial da subescala de percepção de frequência ideal de suporte.	41
3.2.2.1. Características descritivas, sensibilidade e fidelidade interna dos fatores relativos à percepção de frequência ideal de suporte social.....	42
3.2.3. Satisfação com as percepções de suporte social recebido.....	44
3.3. Validação da ESIAD_DOR	45
3.3.1. Validade de conteúdo.....	45
3.3.2. Validade relativa a um critério.....	45
3.3.2.1. As percepções de frequência de suporte social recebido e as experiências de dor atuais.....	46
3.3.2.2. A satisfação com as percepções de suporte social recebido e as experiências de dor atuais.	47
3.3.2.3. As percepções de frequência de suporte social recebido e a qualidade da experiência de dor - o papel moderador do tipo de experiência de dor.	48
3.3.2.4. A satisfação com o suporte social percebido e a qualidade da experiência de dor.....	49
3.3.2.5. As percepções de frequência de suporte social recebido e as estratégias de coping adotadas para lidar com a dor - o papel moderador da experiência de dor atual.	50
3.3.2.6. A Satisfação com suporte social percebido e as estratégias de coping adotadas para lidar com a dor - o papel moderador da experiência de dor atual	53
3.3.3. Validade de construto divergente.....	53
4. Discussão.....	55
4.1. Estrutura Fatorial da ESIAD_DOR	55
4.1. Validade da ESIAD_DOR.....	57
4.2. Limitações e Constrangimentos.....	64
4.3. Implicações e Direções Futuras de Investigação.....	66
5. Referências Bibliográficas	68
Anexo A	73
Anexo B.....	75
Anexo C.....	84
Anexo D	85
Anexo E.....	86

Anexo F.....	87
--------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.....	21
Tabela 2.....	26
Tabela 3.....	28
Tabela 4.....	29
Tabela 5.....	33
Tabela 6.....	36
Tabela 7.....	40
Tabela 8.....	41
Tabela 9.....	43
Tabela 10.....	44
Tabela 11.....	49
Tabela 12.....	52
Tabela 13.....	52
Tabela 14.....	54

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

BPI - Brief Pain Inventory (Cleeland, 1989)

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade

DGS - Direção Geral de Saúde

EFIC - *European Federation of IASP Chapters*

ESFAD_DOR - Escala de Suporte Formal para Autonomia e Dependência na Dor

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

ESS-MOS - Escala de Suporte Social do *Medical Outcomes Study* (Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007)

FIPA - Emoc - Percepções de Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia

FIPA - Inst - Percepções de Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Autonomia

FIPD - Emoc - Percepções de Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência

FIPD - Inst - Percepções de Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Dependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONSA - Observatório Nacional de Saúde

PPA - Percepções de Promoção de Autonomia

PPA - Emoc - Percepções de Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia

PPA - Inst - Percepções de Suporte Instrumental Promotor de Autonomia

PPD - Percepções de Promoção de Dependência

PPD - Emoc - Percepções de Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência

PPD - Inst - Percepções de Suporte Instrumental Promotor de Dependência

SOS - *Significant Others Scale* (Power, Champion & Aris, 1988)

SPA - Satisfação com o Suporte Promotor de Autonomia

SPA - Emoc - Satisfação com o Suporte Emocional/estima Promotor de Autonomia

SPA - Inst - Satisfação com o Suporte Instrumental Promotor de Autonomia

SPD - Satisfação com o Suporte Promotor de Dependência

SPD - Emoc - Satisfação com o Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência

SPD - Inst - Satisfação com o Suporte Instrumental Promotor de Dependência

SSI - *The social support inventory* (Timmerman, Emanuels-Zuurveen and Emmelkamp, 2000)

SS-B - *Social Support Behaviors Scale* (Vaux, Riedel & Stewart, 1987)

VMPI - Vanderbilt Pain Management Inventory (Brown & Nicassio)

1. Introdução

Atualmente, as doenças crónicas, caracterizadas pela Organização Mundial de Saúde ([OMS], n.d.) como “doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta”, constituem o maior líder mundial de causas de morte, representando 63% das mortes ocorridas. A elevada prevalência das doenças crónicas tem suscitado o interesse de investigadores que, recentemente, têm procurado enfatizar a compreensão dos efeitos das mesmas na situação social do paciente, nas perceções e respostas à doença, na família, entre outros (Cukor, Cohen, Peterson & Kimmel, 2007). Dentro da categoria das doenças crónicas é possível encontrar um vasto role de patologias. Este trabalho centrar-se-á especificamente sobre a Dor Crónica, doença que detém uma relevância preponderante tanto a nível Europeu, em geral, como em Portugal, em particular.

Para melhor compreender o conceito de dor crónica, importa esclarecer em que consiste a dor, e o que distingue dor aguda de dor crónica. A dor traduz-se, de acordo com Merskey & Bogduk (1994), numa sensação de carácter subjetivo, que incide numa ou em diversas partes do corpo, derivada de uma lesão tecidual potencial ou efetiva, e que produz uma experiência desagradável tanto a nível sensorial como emocional. Em Portugal, a dor constitui o fator primordial de procura de cuidados de saúde e, na grande maioria, um dos principais sintomas que permite definir um diagnóstico médico adequado (Direção Geral de Saúde [DGS], 2008).

A dor pode assumir diferentes formas e definições, entre as quais dor aguda e dor crónica. Segundo os autores Merskey & Bogduk (1994), a dor aguda decorre de uma patologia ou lesão, diminuindo à medida que a cura é efetuada, sendo considerada como benéfica na medida em que funciona como um alerta para a existência dessa mesma lesão. Segundo a DGS (2008), em 2002 o Observatório Nacional de Saúde (ONSA) realizou um estudo no âmbito da dor aguda, do qual se concluiu que, aproximadamente, 74% dos indivíduos entrevistados havia sofrido algum tipo de dor na semana que antecederia a entrevista, sendo que a percentagem destes era superior ao nível do sexo feminino (81.7%), na amostra com idades entre os 55 e os 64 anos (81.7%), nos indivíduos com menor grau de escolaridade (85.3%) e naqueles que exerciam a atividade de domésticos(as) (85.8%). O conceito de dor crónica, por sua vez, encontra-se associado a uma dor de carácter perseverante ou recorrente, persistindo após a regeneração tecidual, por um período igual ou superior a 3 meses (Merskey & Bogduk, 1994). Na Primeira Declaração da *European Federation of IASP Chapters* ([EFIC], 2001, p.2), apresentada ao Parlamento Europeu, a dor é definida como “um grave problema de saúde na Europa. Apesar da dor aguda ser considerada,

razoavelmente, um sintoma de doença ou lesão, a dor crónica e recorrente é um problema de saúde específico, uma verdadeira doença” .

Com o objetivo de averiguar a prevalência, severidade, tratamento e impacto da dor crónica, um estudo levado a cabo em 15 países da Europa (Portugal não incluído) e Israel, com 46394 entrevistados através de via telefónica, permitiu verificar que 1 em cada 5 cidadãos (19%) afirma sofrer ou ter sofrido de dor crónica e que esta interfere gravemente ao nível da sua qualidade de vida social e laboral (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). A mesma pesquisa permitiu ainda averiguar que o sexo feminino é o mais afetado pela doença e que o grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos é, potencialmente, o mais sujeito à experiência de dor crónica. Recentemente, os Laboratórios *Pfizer* (Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva, 2010) revelaram que cerca de 36% dos Portugueses reporta sofrer de dor crónica, sendo que 16% relata uma dor com grau de severidade moderada a grave (intensidade igual ou superior a 5 numa escala de 10 pontos), e que em cerca de 50% da população, a dor crónica exerce um impacto moderado a grave nas suas atividades domésticas ou laborais. Em termos de impacto económico é estimado que a Segurança Social sustente, anualmente, mais de 290 milhões de Euros devido ao facto dos cidadãos com dor crónica terem, em média, duas semanas de baixa por ano. Assim, a dor crónica tem vindo a revelar-se um foco de preocupação para diferentes áreas disciplinares, uma vez que surge como uma das maiores fontes de interferência ao nível do funcionamento das atividades de vida diárias (Sullivan, Turner & Romano, 1991; Lee, Chan & Berven, 2007). O receio de sentir dor e a falta de conhecimento para lidar com a mesma conduz ao cuidado, ao evitamento de movimentos e à inatividade, potenciando o cansaço e dor durante a execução das atividades (Spinklink, Hutten, & Hermens, 2002), criando um ciclo vicioso de acontecimentos, onde os níveis de atividade diminuem e as queixas psicológicas aumentam.

Estes constrangimentos constituem obstáculos para uma vida ativa, funcional e independente dos indivíduos, que deixam de realizar um estilo de vida autónomo para passarem a depender de outros para concretizar as suas responsabilidades, perdendo parte do controlo da sua vida. Deste modo, em jeito de resposta à privação de autonomia, o suporte social ganha força e expressão, revelando as fontes de apoio que permitem ao indivíduo, em situação de dor, transpor as dificuldades impostas, fontes essas que podem ser de carácter formal (profissionais e organizações sociais) ou informal (família e amigos) (Ribeiro, 1999). De facto, perceber o modo como os comportamentos de dor ocorrem requer compreender tanto a pessoa *per se*, como o funcionamento social do comportamento (Eccleston, 2011).

Segundo Kerns, Rosenberg & Otis (2002), o contexto social em que os comportamentos de dor ocorrem, exerce uma forte influência sobre o desenvolvimento da dor crónica, sendo que o sistema familiar, enquanto fonte de suporte informal, encontra-se descrito na literatura como um dos envolvimentos primordiais em termos de exercício dessa influência (Besler & Rehfisch, 1990; Turk, Kerns & Rosenberg, 1992; Feldman, Downey & Schaffer-Neitz, 1999). No entanto, apesar da importância conferida à relação família-dor, esta tem recebido atenção diminuta em termos de avaliação e tratamento (Knight, Green & Hinson, 1997). Assim, este trabalho surge com o objetivo de colmatar parte das lacunas existentes, através da construção e validação de um instrumento - a Escala de Suporte Informal para a Autonomia e Independência na Dor (ESIAD_DOR), capaz de avaliar as percepções de suporte social informal, mais concretamente de suporte familiar, de indivíduos em situação de dor, incrementando as possibilidades de compreensão e adequação das intervenções às necessidades desta população.

Desta forma, em seguida procurar-se-á proceder à revisão de pressupostos e teorias relacionadas com o suporte social, bem como à análise da sua influência sobre a promoção de saúde e adaptação à dor. Posteriormente, será analisada a importância dos contextos familiares no processo de evolução da dor. Por último, será apresentado o racional teórico inerente à construção da ESIAD_DOR e descrito o planeamento da sua validação.

1.1. Suporte Social, Bem-estar e Adaptação à Dor

O suporte social consiste num aspeto psicossocial, definido como a informação de que um indivíduo é amado, estimado e valorizado, enquanto parte de uma rede social, com mecanismos de comunicação e responsabilidades (Cobb, 1976). Este construto pode ser analisado através de dois elementos básicos que o constituem: 1) usualmente referido como *suporte social estrutural*, consiste no tipo, densidade, dimensão e frequência de contacto com a rede social no qual se insere o indivíduo, estando deste modo relacionado com a integração social (Lett et al., 2007); 2) *suporte social funcional*, definido pelo apoio facultado pela estrutura social, podendo distinguir-se em diferentes tipologias: instrumental, que se traduz pelas fontes e recursos que auxiliam o indivíduo a enfrentar momentos problemáticos; informativo, que implica o fornecimento de um conselho ou de informação; de estima, em que o sujeito constrói um sentimento de confiança em si próprio; emocional, definido por sentimentos de proteção e segurança (Malecki & Demaray, 2003). Para além disso, é possível distinguir entre suporte funcional recebido, que indica o suporte que um sujeito recebe de facto, e suporte funcional percebido, que pode traduzir tanto a satisfação do indivíduo com o

suporte, como a percepção de disponibilidade do suporte em caso de necessidade (Lett et al., 2007).

As funções do suporte social possuem a capacidade de mitigar os efeitos dos agentes de stress. Perante eventos perturbadores, o suporte de estima compensa a ação da ameaça sobre a autoestima do sujeito; o suporte informativo fornece sensação de controlo da situação, ao facultar estratégias de *coping* adequadas; os suportes emocional e instrumental serão eficazes ao proporcionar recursos e ferramentas para lidar com fatores de stress específicos (Cohen & Wills, 1985).

Assim, acredita-se que o suporte fornecido pode deter a capacidade de diminuir o sofrimento e os sintomas de depressão, promover a adesão ao auto-cuidado e ainda potenciar a adaptação à doença em indivíduos com doenças crónicas (Gallant, Spitze & Grove, 2010; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003; Kerns et al., 2002).

De acordo com Cohen & Wills (1985), a existência de relação entre suporte e bem-estar pode ser explicada através de dois processos distintos. Um dos modelos propõe que os recursos sociais exercem efeitos positivos diretos ao nível da saúde. Um segundo modelo sugere que o suporte se correlaciona com o bem-estar apenas em indivíduos sob situações de *stress*, sendo que o suporte social assume uma função amortecedora, impedindo ou limitando a ação patogénica dos agentes de stress. Segundo os mesmos autores, o efeito de amortecimento é visível quando o suporte social é avaliado em termos de relações interpessoais, que surgem em resposta às necessidades causadas pelos agentes de stress, referindo-se ao suporte social percebido; os efeitos diretos na saúde são passíveis de serem encontrados aquando da análise da integração do indivíduo nas redes sociais. Deste modo, torna-se necessário sublinhar que ao medir a estrutura da integração social é apenas avaliada a existência quantitativa de relações e conexões sociais, não fornecendo informação qualitativa sobre essas mesmas relações. Neste trabalho, a perspetiva em relevo será o suporte social percebido, por permitir a análise da satisfação com as relações sociais disponíveis e pela sua importância em termos de resultados em contextos de saúde (Krohne & Slangen, 2005; Lakey & Cassady, 1990).

No entanto, apesar dos benefícios evidentes que o suporte social percebido produz ao nível da saúde, podem existir determinados contextos em que o mesmo não promove um envolvimento adaptativo, dos quais são exemplo as circunstâncias em que a dependência é incentivada, reforçando respostas inapropriadas do paciente à doença, particularmente, em contexto de dor (Turk et al., 1992).

Deste modo, torna-se fundamental perceber de que modo o suporte social percebido exerce influência sobre os comportamentos de dor, analisando as vias positivas e negativas dessa ação.

1.2. Suporte Social Percebido e Comportamentos de Dor – a Relevância dos Contextos Familiares

A influência do suporte social percebido nos comportamentos suscitados pela dor está longe de ser consensual, existindo na literatura diversos resultados contraditórios.

Segundo algumas investigações efetuadas, a dor encontra-se frequentemente associada ao aumento dos índices de humor depressivo, dos níveis de ansiedade e de raiva (Feldman et al., 1999), sendo que, inserido neste contexto, o suporte social percebido funciona como redutor quer do humor negativo, quer das experiências de dor (Feldman et al., 1999; Kerns et al., 2002; Turk et al., 1992; Warwick, Joseph, Cordle & Ashworth, 2004). De facto, o suporte social percebido parece impelir resultados positivos no que diz respeito ao amortecimento de fatores de stress derivados da experiência de dor, no âmbito e envolvimento da dor crónica. Índices superiores de perceções de suporte, em indivíduos que sofrem de dor crónica, foram referidos como preditores de menores níveis de disfuncionalidade e decréscimo nas perceções de dor (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003).

No entanto, parte da literatura ao nível dos comportamentos de dor sugere que, ao receber atenção pelas suas manifestações de dor, a maioria dos pacientes poderá sentir-se realmente satisfeito com as redes sociais que o rodeiam e nas quais está inserido, mas que essa atenção tende a reforçar e solidificar um conjunto de comportamentos inadequados (e.g. evitamento das tarefas domésticas), sem que haja, propriamente, tomada de consciência desses mesmos efeitos (Gil, Keefe, Crisson & Van Daltsen, 1987). Segundo o modelo de condicionamento-operante para a dor crónica, de Fordyce, as manifestações de dor de um indivíduo podem ser mantidas e potenciadas devido ao reforço social (Itkowitz, Kerns & Otis, 2003), sendo que a família surge como uma das principais fontes desse reforço (Besler & Rehfish, 1990).

De acordo com Turk et al. (1992), os membros da família de um paciente com dor contribuem, geralmente, para a experiência de dor do mesmo, através de níveis de atenção exagerados, fornecidos em resposta a comportamentos de dor, e ainda por reforçarem o evitamento de responsabilidades e de atividades não desejadas. Inclusivamente, acredita-se que os sintomas de dor que se desenvolvem no centro familiar acabam por assumir um papel de estabilizador no funcionamento familiar (Saarijärvi, Lahti & Lahti, 1989), em que toda a

família cria estratégias e formas de ação e posicionamento face à dor, pelo que a repentina ausência de manifestações de dor poderia causar um transtorno no equilíbrio funcional da família. Assim, a dor ao constituir um elemento de homeostase (Turk et al., 1992), delineando níveis estáveis de comunicação, suscitará na família tendências de manutenção e potenciação da mesma.

Segundo Cutrona (1986), algumas investigações evidenciam que os indivíduos com maiores percepções de suporte familiar tendem a falar mais sobre problemas e dificuldades com os membros da sua família, exibindo uma tendência para relatar durante mais tempo os seus problemas pessoais. O autor acima citado afirma que os pacientes com dor, ao perceberem que as relações familiares constituem fontes de suporte empático e compreensivo, tendem a reforçar os seus comportamentos de queixa.

Assim, o modo como o sujeito em situação de dor percebe o suporte familiar recebido parece condicionar a sua postura perante a mesma, o que pode influenciar os seus comportamentos e a interferência que a dor assume no seu quotidiano (Matos, 2010). Assume-se então, que a capacidade para continuar a funcionar apesar da dor, ou pelo contrário a adoção de comportamentos dependentes, possa derivar das percepções de suporte social recebido, que assumem funções de promoção de autonomia e dependência, respetivamente. No entanto, ao nível da literatura existente, são escassos os instrumentos que possibilitem a exploração desta relação. De facto, o único estudo desenvolvido com o intuito de avaliar a extensão desta relação, foi levado a cabo por Matos (2010) que procurou construir e validar um instrumento que permitisse avaliar a influência do suporte social percebido na promoção de autonomia/dependência em idosos, em contextos de dor. Este instrumento, originalmente designado por Escala de Suporte Formal para a Autonomia na Dor (ESFAD) e posteriormente por ESFAD_DOR (Escala de Suporte Formal para a Autonomia e Dependência na Dor; Matos e Bernardes, em revisão), foi desenhado com o intuito de avaliar as percepções de suporte formal, i.e., fornecidas por profissionais ou instituições sociais, e constitui, atualmente, o único instrumento de referência para a medida de percepções de suporte com vista à compreensão dos comportamentos de autonomia/dependência.

Ainda assim, apesar de constituir um excelente contributo para a literatura, o instrumento referido não permite avaliar as percepções de suporte promotor de autonomia e dependência derivadas do apoio familiar que, tal como já foi referido, se revela determinante no processo de gestão da dor. Deste modo, o objetivo do presente trabalho é adaptar e validar a escala construída por Matos & Bernardes (em revisão), para o contexto do suporte informal,

direcionando-a para as percepções de suporte familiar, de modo a aprofundar e melhor compreender as relações entre o funcionamento familiar e a dor crónica.

Assumindo a promoção de autonomia/dependência como elemento funcional do suporte social percebido, o fundamento deste trabalho situa-se na perspectiva de que as percepções de suporte, fornecido pelos membros da família, exercem influência na adaptação à experiência de dor. A próxima secção deste trabalho procurar analisar, de um modo mais detalhado, a relação entre suporte social percebido e comportamentos de autonomia e dependência na dor.

1.3.Percepções de Suporte Social e Promoção de Autonomia e Dependência na Dor

Para dar início à análise da relação entre suporte social percebido e autonomia/dependência em contextos de dor, importa em primeiro lugar definir o conceito de autonomia funcional e esclarecer as necessidades que giram em torno da autonomia e dos relacionamentos sociais. Posteriormente, será elucidada a importância da promoção de autonomia na dor, e apresentadas as consequências do estímulo da dependência. Ainda, serão esclarecidas as necessidades que giram em torno do processo de gestão da dor e como a adoção de estratégias de *coping* pode assumir um papel crucial no decurso dessa gestão. Finalmente, proceder-se-á a uma pequena revisão da ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, em revisão), instrumento que serviu de base à construção da ESIAD_DOR.

1.3.1. Autonomia funcional, relações sociais e bem-estar.

O conceito de autonomia funcional tem evoluído acentuadamente nas últimas décadas, progredindo de uma noção associada à deficiência física do indivíduo para um conceito relativo à contextualização do indivíduo no seu envolvimento (Pedro & Pais-Ribeiro, 2012; OMS, 2001). A Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF), publicada pela OMS (2001) concede especial ênfase à funcionalidade, de uma perspectiva holística, assim como aos fatores positivos da personalidade do indivíduo, enquanto aspetos fundamentais da adaptação do mesmo ao meio que o envolve. A definição de funcionalidade exalta os aspetos intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, em termos de favorecimento da reabilitação, da inserção e da autonomia individual, apesar das limitações que a envolvem (OMS, 2001). De acordo com Pedro e Pais-Ribeiro (2012), esta operacionalização do conceito atribui importância quer a fatores socioeconómicos, como a características pessoais e sociais do indivíduo, e ainda a fatores ambientais, na medida em que constituem um auxílio à funcionalidade do indivíduo, por facilitarem a promoção da saúde em indivíduos com

determinadas incapacidades, entendendo-se por incapacidade as deficiências, as limitações das atividades e os constrangimentos na participação (OMS, 2001). Deste modo, torna-se saliente que a autonomia de um indivíduo não deve ser analisada exclusivamente em torno do próprio, mas sim a partir de um conjunto diversificado de fatores passíveis de influenciarem.

De acordo com Dantas & Vale (2004), a definição de autonomia encerra três aspetos fundamentais, que a caracterizam: 1) a autonomia de ação, referente à independência física; 2) a autonomia de vontade, indicativa da capacidade de autodeterminação e 3) a autonomia de pensamentos, que conferem ao indivíduo a possibilidade de julgar diferentes situações. O foco deste trabalho incidirá, essencialmente, sobre a autonomia de ação, na medida em que procura avaliar a influência das perceções de promoção de autonomia e dependência na capacidade do indivíduo para continuar a funcionar, em contexto de dor.

Os autores Ryan & Solky (1996), afirmam que a necessidade de autonomia diz respeito à tendência do ser humano para querer que as suas ações partam de si mesmo. Quando a autonomia é percebida como a capacidade de o indivíduo gerar os seus próprios comportamentos, os relacionamentos, cuja necessidade constitui a urgência do ser humano em se relacionar e ser estimado por outros, e a autonomia acabam por se influenciar e facilitar mutuamente. Ainda de acordo com estes autores, para que os contactos sociais permitam alcançar o bem-estar psicológico, é necessário estar perante um suporte para a autonomia, centrado na promoção do indivíduo e das suas características, num envolvimento de interações interpessoais. De facto, num estudo qualitativo efetuado com pessoas com diferentes tipos de incapacidades e doenças crónicas (Wadensten & Ahlstrom, 2009), a maioria dos participantes salientou a importância de lhes ser dada a oportunidade de recorrer às suas próprias capacidades e que, em termos de autonomia, sentir que detinham o controlo das suas vidas era fundamental, assim como a possibilidade de viver em suas casas e realizar as suas tarefas diárias. Ainda, muitos referiram a necessidade de manter o papel ativo na sua família e a importância de não se tornarem um obstáculo para os membros da mesma.

1.3.2. Autonomia e dependência - efeitos da sua promoção em contexto de dor.

Aplicando o conceito de necessidade de autonomia ao contexto da dor crónica, assume-se que a disponibilização de suporte promotor de autonomia, despoletaria no paciente uma maior capacidade de gestão da dor, assim como a manutenção da sua integridade, dignidade, influência e participação em atividades (Wadensten & Ahlstrom, 2009). De acordo com Kendig, Browning & Young (2000), a manutenção dos níveis de atividades são fundamentais na mediação dos impactos da doença no bem-estar, indicando que as

consequências de uma determinada condição patológica podem ser minimizadas se o indivíduo mantiver os seus níveis de atividade.

Inversamente, a promoção de dependência encontra-se frequentemente associada à perda de controlo, à depressão, à perda de integridade e a sentimentos de desamparo, desvalorização e incompetência, assim como de tristeza, aborrecimento e preocupação (Wadensten & Ahlstrom, 2009; Widäng, Fridlund & Mårtensson, 2008; Kendig, Browning & Young, 2000), usualmente em consequência da substituição do indivíduo na concretização das suas funções e AVDs (Paúl, 2005). Para além disso, um elevado grau de dependência pode ainda estar associado a severas dificuldades cognitivas, competências de comunicação empobrecidas e problemas comportamentais (Steeman, Abraham & Godderis, 1997). Ao estimular a redução de atividade do sujeito com dor, o suporte promotor de dependência pode ainda exercer alguns efeitos secundários ao nível de diversas funções corporais (e.g. perda de força muscular), constituindo incentivos às limitações funcionais que tendem a implicar perda de motivação para que o indivíduo se mantenha fisicamente ativo (Åberg, Lindmark, Lithell, 2003).

1.3.3. Autonomia e dependência - a expressão da adoção de estratégias de coping.

A presença de dor crónica tende a alterar o funcionamento físico e o estado emocional do indivíduo ao levantar constrangimentos na sua capacidade para trabalhar e ao interferir com a sua qualidade de vida, despoletando na pessoa com dor a procura incessante de normalização da sua vida, procurando assim diminuir o impacto da doença e preservar a sua identidade (Silva, Sampaio, Mancini, Luz & Alcântara, 2011). Os autores Keefe et al. (1987) referem que os pacientes que sofrem de dor crónica tendem a desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais, de modo a que sejam capazes de lidar e tolerar a dor. A dor crónica e as suas repercussões na dimensão funcional do indivíduo tendem a ser assumidas como fatores de stress, pelo que podem suscitar a necessidade de criação de estratégias de *coping* pelo paciente (Romano, Jensen & Turner, 2003). Inserido neste contexto, o *coping* é definido como os meios que o paciente utiliza para gerir a sua dor ou as suas emoções face à dor (Brown & Nicassio, 1987). As estratégias de *coping* adotadas podem assumir um carácter ativo (adaptativo) ou um carácter passivo (não adaptativo). As estratégias de *coping* ativas (e.g. distrair da dor; realizar exercício físico) traduzem a aquisição de uma postura de controlo das suas atividades, persistindo na funcionalidade mesmo em situação de dor (Brown & Nicassio, 1987). Contrariamente, as estratégias passivas, das quais são exemplo o evitamento das atividades, tendem a induzir no indivíduo comportamentos de dependência, uma vez que

estes tendem a deixar que as suas tarefas sejam executadas por terceiros. Frequentemente associadas a estas últimas estratégias, surgem as expressões de catastrofização, i.e., de concentração exagerada e negativa na dor, que constituem estratégias concebidas com o intuito de provocar empatia, simpatia ou apoio social de outros significantes, mas que tendem a estar associadas a sintomas depressivos e ao aumento da interferência da dor na vida do indivíduo (Cano, 2004).

Nesta sequência de ideias, a autonomia e a dependência na dor podem surgir como expressão de adoção de estratégias de *coping*, que podem assumir uma dimensão mais ativa ou passiva, respetivamente. A bibliografia direcionada para a área do *coping* e dor crónica revela que estratégias ativas de *coping* produzem resultados positivos ao nível do funcionamento psicológico e físico, enquanto as estratégias passivas permitem deduzir consequências negativas no âmbito da adaptação à dor (Bush & Pargament, 1997; Jensen & Karoly, 1991).

Os autores Bush & Pargament (1997) referem que a adoção de estratégias ativas de *coping* se encontra positivamente relacionada com o ajuste à experiência de dor, salientando que essa relação é mais forte perante a existência de suporte familiar percebido como positivo pelo sujeito com dor (a relação variava em 16% na presença de um suporte familiar positivo). O facto de os pacientes que relatam um apoio familiar mais significativo apresentarem melhores resultados em termos de estados de humor e de ajustamento à dor, deixa transparecer a importância do suporte familiar, salientando o papel de relevo do mesmo no processo de *coping* do indivíduo com a dor. Deste modo, surge uma das vias explicativas para as divergências de resultados na literatura ao nível do efeito das perceções de suporte nas experiências de dor (Matos e Bernardes, em revisão). Assumindo a promoção de autonomia e dependência como funções do suporte social percebido, o suporte familiar percebido como incentivo à adoção de estratégias de *coping* ativas estimulará a autonomia do indivíduo, motivando-o e encorajando-o a transpor as suas dificuldades e a realizar as suas funções apesar da dor; por outro lado, o suporte percebido como incitante da adoção de estratégias de *coping* passivo, conduzirá à redução e preenchimento das responsabilidades do indivíduo, estimulando a inatividade e consequente dependência do mesmo.

No entanto, à semelhança de Matos (2010), importa questionar se o papel e funções das perceções de suporte na gestão das situações dor segue os mesmos padrões perante distintos tipos de dor, i.e., se o efeito das perceções de promoção de autonomia (PPA) e das perceções de promoção de dependência (PPD) nos comportamentos de dor é igual em indivíduos com dor aguda e com dor crónica. Tal como afirma a autora acima citada, espera-

se a existência de diferenças para indivíduos com diferentes experiências de dor, derivadas das diferenças em termos de duração e comportamentos que caracterizam os dois tipos de dor. Pelas características da dor aguda é benéfico para o paciente a adoção de uma postura de descanso e de inatividade; pelo contrário, a manutenção dos níveis de funcionalidade na dor crônica é fundamental para que não haja reforço e incremento nos níveis de dor experienciados (Turk et al., 1992).

1.3.4. A ESFAD_DOR (Matos e Bernardes, em revisão) e a evolução da avaliação das percepções de promoção de autonomia e dependência na dor.

Apesar do esclarecimento das questões acima referidas parecer impor-se como fundamental para a compreensão da funcionalidade e demais comportamentos em contexto de dor, é ainda evidente a existência de uma lacuna no âmbito de instrumentos que possibilitem a avaliação da relação entre PPA e PPD na dor e a manutenção das atividades físicas e sociais, principalmente no que diz respeito ao suporte informal proveniente do envolvimento familiar. Nesta linha de investigação, tal como já foi referido, a ESFAD_DOR (Matos e Bernardes, em revisão) constitui a única referência que procura operacionalizar a relação entre as PPA e PPD, enquanto função do suporte percebido, e os níveis de funcionalidade em contextos de dor, num âmbito de suporte formal dirigido a pessoas idosas.

O instrumento referido foi concebido com o objetivo de estudar a dor na terceira idade, focar a promoção de autonomia na experiência de dor e iniciar um processo de reflexão sobre a importância do suporte formal na população idosa. Para isso, a autora conceptualizou a *perceção de promoção de autonomia* e a *perceção de promoção de dependência* como as dimensões principais da estrutura do instrumento. A primeira dimensão é caracterizada por ações de apoio instrumental e manifestações de apoio emocional/estima que substituem o idoso na concretização das suas funções e que reforçam os seus sentimentos de ineficácia e insegurança face a si próprio. Pelo contrário, a segunda dimensão comporta ações de suporte instrumental que potenciam a independência do idoso na realização das suas responsabilidades, e ações de suporte emocional/estima que estimulam a sua autoeficácia e autoestima, para que realize as suas tarefas do quotidiano, apesar da dor. De modo a compreender que fatores podem exercer influência na relação entre as percepções de suporte e o funcionamento na dor, esta relação foi avaliada de acordo com três critérios distintos: a) tipo de dor que a pessoa possui atualmente, podendo ser do tipo aguda, crônica ou sem dor atual; b) qualidade da experiência de dor atual, caracterizada pela severidade e interferência da dor, c) tipo de instituição de suporte ao indivíduo (Lar, Centro de Dia e Universidade Sénior).

De um modo geral, os resultados obtidos por Matos & Bernardes (em revisão) permitiram constatar que os indivíduos idosos, no que diz respeito ao suporte formal, percebem mais a função de promoção de autonomia do que a promoção de dependência, sendo que os pacientes com dor crónica são aqueles que mais percebem a promoção de autonomia. Um outro dado interessante prende-se com o facto de, em termos de grau de severidade e interferência da dor, estes permitem prever a promoção de dependência, mas só nos pacientes com dor crónica e não nos pacientes com dor aguda, o que vem reforçar a questão já anteriormente colocada, face às distinções que devem ser efetuadas em termos de percepções na dor crónica e na dor aguda.

Apesar de constituir um instrumento de sensibilidade e fidelidade interna adequadas, e com validades de critério, de construto e discriminante de qualidade, a ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, em revisão) dá apenas resposta às necessidades existentes na literatura, ao nível do suporte formal, não permitindo avaliar as percepções do suporte social informal, cuja importância foi descrita até aqui neste trabalho. Pela emergência de compreender e constituir medidas que avaliem a estimulação da autonomia através do suporte fornecido pelo núcleo familiar, pretende-se com este trabalho adaptar a ESFAD_DOR ao contexto informal, construindo e validando a ESIAD_DOR, cujo objetivo primordial é aceder à centralidade do suporte familiar na promoção de autonomia na dor.

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

1.4.1. Construção da ESIAD_DOR.

Tal como já foi anteriormente referido neste trabalho, a ESIAD_DOR foi construída com o intuito de adaptar a ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, em revisão) ao contexto informal, em particular, ao suporte providenciado pelos elementos da família, em contexto de dor. Especificamente, trata-se de uma escala de autorresposta, concebida para avaliar as percepções dos sujeitos face ao suporte promotor de autonomia e dependência proveniente de ações ou manifestações protagonizados por membros da sua família.

O processo de construção da ESIAD_DOR teve início na definição da medida em estudo, determinando-se como objeto de avaliação as percepções de suporte familiar de indivíduos adultos e idosos, em situação de dor. À semelhança de Matos & Bernardes (em revisão), definiram-se como dimensões estruturais principais da ESIAD_DOR a promoção de autonomia e a promoção de dependência, enquanto funções do suporte social percebido, sendo esperado, tal como aconteceu na ESFAD_DOR, a obtenção de estrutura bifatorial,

cujos fatores representassem as dimensões teóricas de percepções de promoção de autonomia e dependência. Cada uma das duas dimensões em questão contempla ações de suporte instrumental, emocional e de estima, que promovem a autonomia ou a dependência de indivíduos adultos, na vivência da dor. Estas tipologias de suporte são aquelas que mais frequentemente se encontram selecionadas na literatura (Calheiros, Bernardes, Paulino & Pereira, 2005; Calheiros & Paulino, 2007; Knoll, Burkert, Rosemeier, Roigas, Gralla, 2005; Matos, 2010), e ainda aquelas que os indivíduos mais reconhecem como provenientes da prestação de apoio protagonizada pelos membros da família e amigos, *i.e.*, as pessoas significantes que integram o grupo informal mais próximo do sujeito (Malecki & Demaray, 2003).

Assim, estipularam-se as ações de suporte do tipo instrumental como sendo aquelas referentes à prestação de serviços pelos familiares, implícita em ações de ajuda material ou comportamental (Rasclé et al., 1997). No que diz respeito às ações de suporte do tipo emocional/estima, estas foram operacionalizadas como manifestações de incentivo protagonizadas pelos membros da família que invocam sentimentos de empatia, carinho, cuidado, preocupação e proteção no indivíduo (Rasclé et al., 1997) e que reforçam as capacidades e competências dos indivíduos, quando confrontados com uma situação de dor. Tal como sucede para a ESFAD_DOR, no presente instrumento foram agrupados os suportes emocional e de estima, uma vez que a compreensão e empatia sugerem efeitos comuns na pessoa com dor, em termos de potenciação da sua autoconfiança e autoestima.

Desta forma, a dimensão de promoção de autonomia é caracterizada por ações de suporte instrumental em que o apoio material ou comportamental é fornecido com o intuito de apoiar o indivíduo na realização das suas tarefas, ajudando-o a manter os níveis de atividade, funcionando de modo autónomo. Ainda, a promoção de autonomia é composta por manifestações de suporte emocional e de estima que estimulam e fortificam a percepção que o indivíduo possui das suas próprias competências para lidar com a dor, *i.e.*, que fortalecem a sua noção de autoeficácia, que promovem a perseverança na realização das tarefas e a independência do sujeito, e que perpetuam ou aumentam as relações sociais do indivíduo. De um modo geral, as ações e manifestações abrangidas na dimensão de promoção de autonomia têm como propósito fundamental manter ou promover a capacidade do indivíduo com dor para funcionar apesar da mesma.

Por outro lado, a dimensão de promoção de dependência é representada por uma assistência instrumental, em que os familiares realizam as tarefas pelo indivíduo, potenciando a sua dependência e inibindo a capacidade e força que resta ao indivíduo para funcionar

apesar da dor. Em termos de suporte emocional e de estima, a promoção de dependência contempla expressões que reforçam a dependência do indivíduo, a sua segregação social e a ausência constante de atividade, pela manifestação frequente de compreensão exacerbada e reforço da incapacidade do indivíduo para funcionar. Em termos globais, a dimensão de promoção de dependência tende a sublinhar a incapacidade do indivíduo e a fortalecer a sua inatividade em situação de dor.

1.4.1.1. Subescalas da ESIAD_DOR e avaliação da satisfação com o suporte social recebido.

A fonte (informal) do suporte percebido em estudo não constitui a única diferença relativamente ao trabalho desenvolvido anteriormente por Matos & Bernardes (em revisão). Na verdade, foram efetuadas algumas alterações consideradas pertinentes para a melhor compreensão e avaliação dos construtos operacionalizados.

Assim, a ESIAD_DOR foi desenhada para comportar duas subescalas distintas, capazes de avaliar diferentes características do suporte social informal percebido: 1) a primeira, respeitante à medição das perceções de suporte social recebido, cuja importância foi já previamente clarificada; 2) a segunda, referente à avaliação das perceções de frequência ideal de suporte social recebido, *i.e.*, que traduz qual a frequência com que as pessoas com dor gostariam de receber o tipo de suporte em avaliação, permitindo analisar se existe conformidade entre as perceções de suporte recebido e a frequência ideal para a receção desse mesmo suporte. A título de exemplo da pertinência desta nova subescala, num estudo realizado com mulheres com dor pélvica crónica, foi possível verificar que, em termos de suporte ideal, as mesmas sentiam a necessidade de apoio e compreensão, desde que este não assumisse um carácter exacerbado, condicionando a sua autonomia (Warwick et al., 2004).

Para além disso, a análise da investigação de Matos (2010) permitiu também perceber a necessidade de construção de uma medida que permitisse avaliar a possível satisfação com o suporte percebido, sendo que ao nível da literatura a satisfação parece assumir um papel fundamental na saúde dos indivíduos em geral, e particularmente em indivíduos que vivem em contexto de dor.

De um modo geral, a satisfação com o suporte social é reconhecida como detentora de uma natureza multidimensional, e traduz ou um resultado, ou uma medida de processo (Slade & Keating, 2010). De acordo com Ribeiro (1999), a satisfação reflete uma componente do suporte social, referente à utilidade deste e à ajuda que o indivíduo percebe receber das suas fontes de suporte. Ainda, o mesmo autor refere que a satisfação com o suporte social é "uma

medida de percepção de suporte, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida" (p. 551). De facto, em termos de benefícios para a saúde dos indivíduos, a satisfação com o suporte social é referida como um fator fundamental da redução do mal-estar (Sarason et al., 1985), pelo que é possível assumir que a satisfação com o suporte social exerce uma influência determinante na manutenção do bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo (Floro, 2007).

No que diz respeito ao papel da satisfação com o suporte social em termos de influência nos comportamentos de dor, um vasto leque de estudos foi levado a cabo com o intuito de compreender a influência que a mesma detém em termos de percepções de suporte providenciado por um elemento da família (principalmente o cônjuge) e diferentes consequências da dor (e.g. severidade, sintomas depressivos) (Flor, Kerns & Turk, 1987; Turk et al, 1992; Weiss & Kerns, 1995; Cano, Weiberg, Gallagher, 2000). Algumas das investigações referidas permitiram constatar que perante sentimentos de insatisfação com o suporte social percebido, os indivíduos com dor evidenciavam um índice mais elevado de sintomas depressivos (Turk et al., 1992; Cano, Weiberg, Gallagher, 2000). Em termos de severidade da dor, a literatura disponível reporta que os participantes satisfeitos com o suporte conjugal, e que percebiam as respostas dos cônjuges como distrativas e baixas em solícitude, reportavam menores valores em termos de severidade da dor (Weiss & Kerns, 1995), ao contrário do que acontecia para aqueles que se encontravam satisfeitos com um suporte conjugal altamente solícito, sendo que estes apresentavam um aumento da intensidade da dor e menor aceitação da mesma (Gil et al., 1987). Assim, a partir das investigações previamente efetuadas, é possível depreender que a satisfação com o suporte social poderá ser fundamental em termos de formatação do impacto que as respostas de um membro da família exercem nos efeitos e consequências da presença de dor.

Assim, dada a centralidade da satisfação com o suporte social nas experiências de dor, este trabalho pretende contribuir para explorar esta relação. Especificamente, procurar-se-á avaliar a satisfação com o suporte promotor de autonomia (SPA) e a satisfação com o suporte promotor de dependência (SPD), o que constitui mais uma inovação em termos de medidas de avaliação em contexto de dor. À luz dos resultados obtidos em estudo anteriores, e tendo em conta que o suporte promotor de dependência se encontra associado, tal como já foi referido, a respostas solícitas exacerbadas às manifestações de dor dos indivíduos, que substituem o indivíduo nas suas funções e rotinas diárias, acredita-se que a SPD possa encontrar-se associada à acentuação da experiência de dor enquanto, pelo contrário, a SPA poderá prever a funcionalidade dos indivíduos, mesmo em situação de dor. Todavia, assim como referiu

Matos (2010) para as percepções de suporte social, importa questionar se este efeito poderá sofrer alterações consoante a experiência de dor, *i.e.*, se a influência da SPA ou SPD na gestão da dor será diferente entre pessoas com dor aguda e pessoas com dor crónica.

De um modo geral, a utilização de uma medida de satisfação da ESIAD_DOR prende-se com a intenção de compreender até que ponto a posição crítica do indivíduo face ao apoio que percebe receber, pode exercer alguma influência sobre os comportamentos de autonomia em contexto de dor.

1.4.2. Plano de Validação da ESIAD_DOR.

Para o processo de validação da ESIAD_DOR foram testados três tipos diferentes de validade: validade de conteúdo, validade relativa a um critério concorrente e validade de construto divergente. De acordo com Litwin (1995, p. 33), a validade estabelece “quão bem o instrumento permite medir aquilo a que se propõe medir”. A validade de conteúdo traduz a adequabilidade dos itens, de acordo com a opinião de um conjunto de juízes, entendidos no tema patente no instrumento (Litwin, 1995); a validade relativa a um critério concorrente consiste no grau com que um método de avaliação se correlaciona com outros métodos já estabelecidos para o mesmo fenómeno, sendo a medição efetuada no mesmo momento do tempo (Schweigert, 1994); e a validade de construto divergente que implica que o instrumento apresente uma fraca correlação com um outro, que avalie conceitos dissemelhantes (Litwin, 1995).

A avaliação da validade de conteúdo foi entregue ao encargo de dois especialistas independentes, com experiência ao nível da dor crónica, com o objetivo de verificar se os itens que compõem a ESIAD_DOR medem, de facto, as funções de promoção de autonomia e dependência, a partir do suporte social informal percebido.

Quanto à validade relativa a um critério, pretendeu-se avaliar a relação concorrente entre as percepções de suporte medidas pela ESIAD_DOR, bem como entre a satisfação com o suporte social, e três critérios distintos: a) tipo de experiência de dor atual, podendo assumir a dimensão de dor aguda, dor crónica ou sem dor atual, b) grau de severidade e interferência da dor no quotidiano, *i.e.*, qualidade da experiência de dor, e por último, c) tipo de estratégias de *coping* adotadas no processo de adaptação à dor (adoção de estratégias passivas ou adoção de estratégias ativas). Para cada um dos critérios referidos foram estipuladas diferentes hipóteses, relativas à interação exercida entre os mesmos e as percepções de suporte social recebido e a satisfação com o suporte social percebido:

Hipótese 1 - Relativamente à relação entre as PPA/PPD e a experiência de dor atual, eram esperados diferentes resultados para cada um dos tipos de experiência de dor:

a) De acordo com os resultados obtidos por Matos & Bernardes (em revisão), era esperado que os indivíduos que sofressem de dor crónica percebessem a promoção de autonomia e de dependência, de um modo mais frequente, dentro do envolvimento familiar, devido ao facto do tempo de incidência da dor ser superior, e pela experiência constante de incapacidade. O contacto constante com a dor e a necessidade permanente de apoio, derivada da disfuncionalidade, suscitam na pessoa com dor crónica uma sensibilidade apurada para a perceção de promoção de autonomia/dependência.

b) Para os indivíduos com dor aguda expectou-se que percebessem com menor frequência o suporte promotor de autonomia/dependência do que os indivíduos com dor crónica, uma vez que a duração do período de dor seria significativamente menor e autonomia contraindicada, em termos de recuperação, pelo esforço que exige.

c) Esperava-se que os indivíduos sem dor atual apresentassem a menor frequência de perceções, devido à incapacidade para perceber as funções de promoção de autonomia e promoção de dependência, derivada da ausência de uma condição de dor específica que suscitasse a necessidade de apoio constante. Apesar de haver a possibilidade de, no passado, já terem vivido a experiência de dor, a recordação da mesma pode não ser suficiente para aprimorar a sensibilidade face ao apoio percebido.

Hipótese 2 - Em termos da relação entre as experiências de dor e a satisfação com o suporte social percebido, esperavam-se valores de satisfação diferenciados para os distintos tipos de experiência de dor:

a) Prevía-se que as pessoas que sofressem de dor crónica se revelassem, de um modo global, as menos satisfeitas com o suporte percebido, desejando receber mais apoio do tipo promotor de dependência e menos suporte promotor de autonomia, uma vez que a dor constante impõe necessidades recorrentes de ajuda, e suscita frequentemente dificuldades na concretização de tarefas.

b) Relativamente às pessoas com dor aguda esperava-se que apresentassem valores moderados de satisfação com o suporte percebido, antecipando-se uma maior SPD do que SPA, uma vez que este tipo de dor é desencadeado por uma lesão, sendo o repouso fundamental para a cura da mesma.

c) Para as pessoas cuja experiência se pautava pela ausência de dor, eram esperados os valores de satisfação mais elevados, e que, especificamente, a SPA seria superior

à SPD, pelo facto destes indivíduos possuírem rotinas e responsabilidades que constituem parte da identidade do indivíduo e cuja manutenção é importante para si e para a sua família.

Hipótese 3 - No que diz respeito à relação entre as percepções de suporte e a qualidade das experiências de dor, era aguardada uma relação positiva entre PPD e grau de severidade e interferência da dor, pelo facto da percepção de apoio solícito, compreensivo e empático, fornecido pelos elementos da família do indivíduo com dor, tender a exacerbar o grau de severidade e interferência da dor (Gil et al., 1987; Itkowitz, Kerns & Otis, 2003; Turk et al., 1992). No entanto, tal como salienta Matos (2010) era esperado que o tipo de dor exercesse uma função moderadora na relação descrita:

a) As PPD deveriam prever o aumento da severidade e interferência da dor, em indivíduos com dor crónica, cujo reforço da inatividade e ausência de cumprimento com as suas funções tende a intensificar a dor sentida e a dificultar a funcionalidade no quotidiano;

b) A relação entre as PPD e a severidade e interferência da dor não deveria ser verificável em indivíduos com dor aguda, pelas características temporárias da mesma;

Hipótese 4 - No que concerne à relação entre a satisfação com o apoio social e a qualidade da experiência de dor, era expectável que a SPD apresentasse uma relação positiva com o grau de severidade e interferência da dor, uma vez que quanto mais acentuada a severidade da dor e a sua interferência no quotidiano, maiores as necessidades sentidas pelo indivíduo em relação ao apoio que percebe receber. Também aqui, pelos argumentos previamente apresentados, era esperado um papel moderador do tipo de experiência de dor:

a) O efeito da SPD deveria exercer um efeito positivo sobre a severidade e interferência, em indivíduos com dor crónica;

b) Em indivíduos cuja experiência de dor se caracterizasse pela presença de dor aguda, não deveria ser detetável a relação entre a SPD e a qualidade da experiência de dor.

Hipótese 5 - Relativamente ao efeito das percepções de suporte social recebido na adoção de estratégias de *coping* ativa ou passivas era esperado que os indivíduos que percebessem de modo mais frequente o suporte do tipo promotor de dependência recorressem maioritariamente a estratégias de *coping* passivo, ao invés daqueles cujas percepções de suporte estivessem mais associadas à promoção de autonomia e que, deste modo, utilizassem com maior frequência as estratégias de *coping* ativo. Uma vez mais, acreditava-se que esta relação seria moderada pelo tipo de experiência de dor:

a) Expectava-se que as relações acima descritas fossem mais salientes em indivíduos com dor crónica, do que dor aguda ou sem dor, pelo seu carácter recorrente e pela

necessidade constante de gerir um quotidiano regrado pela dor, o que tenderia a impor mais situações de conflitos com os níveis de atividade e a aumentar as necessidades de apoio.

Hipótese 6 - Em termos da relação entre a satisfação com o suporte social e a adoção de estratégias de *coping*, acreditava-se que a SPA se encontrasse associado à adoção de estratégias ativas, enquanto que a SPD deveria estar relacionado com a adoção de estratégias passivas, esperando-se igualmente que esta relação fosse moderada pela experiência de dor atual:

a) Era esperado que os efeitos da SPA e SPD na adoção de estratégias de *coping* fossem especialmente significativos em indivíduos que sofressem de dor crónica, em comparação com aqueles que apresentassem dor aguda ou que não sofressem de qualquer tipo de dor, devido às características dos diferentes tipos de dor, já anteriormente descritas.

Tal como já foi esclarecido anteriormente, não se encontra disponível na literatura nenhum instrumento que, à semelhança daquilo a que a ESIAD_DOR se propõe, avalie as perceções de suporte social informal na promoção de autonomia e dependência na dor, pelo que se submeteu a ESIAD_DOR ao teste da validade de construto divergente, utilizando a Escala de Suporte Social do *Medical Outcomes Study* ([ESS-MOS], Fachado, Martinez, Villalva & Pereira, 2007) como instrumento de comparação:

Hipótese 7 - Esperava-se a inexistência de correlações entre os dois instrumentos, uma vez que apesar de ambas medirem perceções de suporte informal, a ESIAD_DOR pretende avaliar, especificamente, as PPA e PPD derivadas do apoio familiar prestado em situação de dor, enquanto a ESS-MOS avalia as perceções de suporte informal generalizado e não centrado nas questões de autonomia/dependência.

Em última análise, esperava-se que a construção da ESIAD_DOR permitisse responder às diferentes questões sublinhadas no âmbito da literatura, entre as quais o relevo da família na adaptação funcional à dor e a importância da autonomia em contextos de dor. Para além disso, o instrumento em construção procurou melhorar os sistemas de avaliação disponíveis em contexto de dor, e esclarecer a influência familiar no processo de autonomia na dor, de modo a que as intervenções junto de pacientes com dor crónica sejam adaptadas às suas necessidades e condicionantes.

2.Método

Esta secção destina-se à descrição da amostra em estudo, bem como à apresentação do procedimento utilizado com vista à recolha de dados junto dos participantes. Será apresentado também o processo inerente à construção da ESIAD_DOR e descritos os instrumentos que contribuíram para o processo de validação do instrumento em questão.

2.1. Amostra

No estudo para a construção e validação da ESIAD_DOR participaram 275 indivíduos, cujas idades variavam entre os 18 e 89 anos ($M = 39,49$; $DP = 16,169$), sendo a maioria do sexo feminino (64,7%), tal como é possível constatar através da Tabela 1.

Na amostra obtida, a maioria dos indivíduos possuíam habilitações académicas ao nível do ensino superior, sendo que o nível de escolaridade variou entre o analfabetismo e o ensino superior. A maioria da população encontrava-se casada ou a viver com o(a) parceiro(a), de onde deriva que em termos habitacionais, a maioria (24,7%) relate coabitação com o(a) cônjuge/companheiro(a).

Ainda, e sendo que a dor assume grande foco no presente trabalho, pretendeu-se analisar as características da população tendo em conta as suas experiências de dor atual, *i.e.*, se os participantes sofriam de dor aguda, dor crónica, ou se por outro lado, não possuíam qualquer tipo de dor. Os resultados permitiram constatar que a maioria dos participantes, na semana anterior à participação no estudo, havia sentido dor, sobretudo dor aguda, embora quase um quinto da amostra tenha reportado sentir dor crónica.

Devido ao papel primordial que a dor detém no estudo da autonomia, revelou-se pertinente compreender se existiam ou não diferenças significativas em termos de dados sociodemográficos, entre indivíduos com diferentes experiências de dor atual. Uma análise comparativa através de testes qui-quadrado e ANOVA permitiu constatar a existência dessas discrepâncias ao nível do estado civil dos participantes, do seu nível máximo de escolaridade frequentado e da sua idade.

Para a variável estado civil ($\chi^2(6) = 16,585$, $p = 0,011$) constatou-se que a amostra com dor crónica atual apresentava uma percentagem de indivíduos casados ou a viver em união de facto (63,2%) superior ao que seria esperado para uma distribuição aleatória, e inferior no que diz respeito a indivíduos solteiros (22,8%). Esta amostra de participantes evidenciou ainda uma percentagem de sujeitos viúvos (7,0%) inferior ao esperado.

Quanto ao nível de escolaridade máximo frequentado ($\chi^2(10) = 32,719$, $p < 0,001$), averiguou-se que o único indivíduo que não detinha qualquer tipo de instrução pertencia ao

grupo das pessoas com dor crónica, sendo ainda visível neste subgrupo um número superior de indivíduos, relativamente ao que seria esperado, cujas habilitações máximas atingidas se situam no 1º (21,4%) ou 3º ciclo (14,3%) . Ainda, é de salientar que se trata da amostra com menos indivíduos com habilitações ao nível do ensino superior (35,7%). Merece ainda destaque a baixa percentagem (2,9%) de indivíduos que frequentaram o ensino apenas até ao 1º ciclo, no subgrupo de indivíduos sem dor atual.

Finalmente, a realização de uma análise de variância univariada a um fator, assim como os testes *post-hoc* HSD de Tukey, permitiram verificar a existência de diferenças significativas ($F(2,259) = 12,831, p < 0,001$) em termos da média de idades dos participantes: os indivíduos com dor crónica atual eram mais velhos ($M = 47,93; DP = 18,378$) que as pessoas com dor aguda ($M = 35,11; DP = 15,091$) ou sem dor atual ($M = 39,45; DP = 13,983$), não existindo diferenças significativas na idade entre estes dois últimos grupos.

Tabela 1. *Características sociodemográficas e características de dor da amostra total*

Variáveis	Amostra		
	(N=275)	%	
Idade	18 - 39	136	49,5
	40-65	105	38,2
	> 65	33	12,0
Estado Civil	Casado(a) ou a viver conjugalmente	130	47,3
	Viúvo(a)	9	3,3
	Divorciado(a) ou separado(a)	20	7,3
	Solteiro(a), nunca casou	112	40,7
Coabitação	Sozinho	25	9,1
	Família nuclear	148	53,8
	Família ampliada	71	25,8
	Amigos (com e sem família nuclear)	25	9,1
Experiência de dor	Sem dor atual	104	37,8
	Dor aguda atual	114	41,5
	Dor crónica atual	57	20,7

2.2. Instrumentos

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

Tal como já foi anteriormente referido neste trabalho, a ESIAD_DOR foi construída com o intuito de adaptar a ESFAD_DOR (Matos e Bernardes, em revisão) ao contexto informal, em particular, ao suporte providenciado pelos elementos da família, em contexto de dor. Especificamente, trata-se de uma escala de autorresposta, composta por duas subescalas distintas: 1) percepções de frequência de suporte social recebido e 2) percepções de frequência ideal de suporte social. A primeira foi concebida para avaliar as percepções dos sujeitos face ao suporte promotor de autonomia/dependência, proveniente de ações ou manifestações protagonizados por membros da sua família, enquanto a segunda foi construída com o intuito de medir qual a frequência com que os sujeitos com dor gostariam de receber essas qualidades de suporte.

2.2.1.1. Percepções de frequência de suporte social recebido.

O processo de construção da ESIAD_DOR, tal como foi descrito na introdução teórica, teve início na definição da medida em estudo, determinando-se como objeto de estudo as percepções de suporte familiar de indivíduos adultos e idosos, em situação de dor. Através desse mesmo objeto foi estabelecida a estrutura da escala, caracterizada pelas dimensões de promoção de autonomia e dependência, enquanto funções do suporte social percebido. Para cada uma das dimensões referidas foram delineadas duas subdimensões distintas, representadas por ações de suporte instrumental, emocional e de estima, que promovem a autonomia e/ou a dependência na convivência com a dor.

Uma vez finalizado o processo de definição da estrutura conceptual da ESIAD_DOR, foi dado início à elaboração dos itens que constituiriam a escala. A definição de cada item foi realizada com base numa extensa revisão de literatura, onde se procurou compreender quais as tarefas e ações mais associadas à pessoa com dor a viver em contexto familiar e/ou num envolvimento próprio. *The social support inventory* ([SSI], Timmerman, Emanuels-Zuurveen and Emmelkamp, 2000), *Social Support Behaviors (SS-B) Scale* (Vaux, Riedel & Stewart, 1987), *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) e *Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire* (Broadhead, Gehlbach, DeGruy & Kaplan, 1988) foram alguns dos instrumentos tidos como referência para a construção da ESIAD_DOR, procurando-se perceber quais as funções quotidianas e familiares por eles avaliadas. Para além disso, para a construção de um item da categoria de suporte emocional e de estima promotor de dependência, foi utilizado como referencial um item pertencente à

Pain Catastrophizing Scale (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995), uma vez que a manifestação exacerbada de compreensão e atenção tende a intensificar as expressões de catastrofização da pessoa com dor (Buenaver, Edwards & Haythornthwaite, 2007), que por sua vez se encontram associadas ao isolamento social, ao evitamento de tarefas e à inatividade.

Importa ainda referir que o processo de construção dos itens da ESIAD_DOR foi, em toda a sua extensão, baseado numa comparação paralela com os itens que compunham a ESFAD_DOR (Matos & Bernardes, em revisão). Algumas das questões da ESIAD_DOR foram de facto inspiradas pelo trabalho de Matos havendo, no entanto, a necessidade de diferenciar as tarefas e ações de suporte que poderiam ser realizadas e partilhadas tanto por uma rede social formal como por membros do núcleo familiar do indivíduo, daquelas que exclusivamente se destinavam a uma ou outra fonte de apoio.

A construção da escala foi realizada tendo por base os conceitos a medir na ESIAD_DOR, procurando-se operacionalizar os itens de modo a que fosse possível a medição dos construtos fundamentais inerentes à estimulação de autonomia e dependência. Deste modo, a composição dos itens partiu da transformação das ações de suporte instrumental, emocional e de estima, implícitas nas dimensões de promoção de autonomia e dependência, para ações e manifestações concretas protagonizadas pelos elementos da família da pessoa com dor. Para tal, foram construídos 20 itens, igualmente repartidos pelas duas dimensões de promoção de autonomia e promoção de dependência, e pelas categorias de suporte instrumental e suporte emocional/estima, perfazendo a existência total de quatro categorias (suporte instrumental promotor de autonomia, suporte emocional e de estima promotor de autonomia, suporte instrumental promotor de dependência e suporte emocional e de estima promotor de dependência), cada uma das quais composta por 5 itens distintos (ver Anexo A).

Para qualquer um dos itens, a natureza da sua operacionalização remonta para a perceção do indivíduo acerca da frequência com que é alvo de determinadas ações comportamentais ou manifestações e expressões de afeto e compreensão por parte dos elementos da sua família. Desta forma, todos os itens são avaliados através de uma escala de *Likert*, constituída por 5 dimensões de resposta (1 – Nada frequente; 2 – Pouco Frequente; 3 – Moderadamente Frequente; 4 – Muito Frequente; 5 – Extremamente Frequente).

2.2.1.2. Perceções de frequência ideal de suporte social e satisfação com o suporte social percebido.

A cada um dos 20 itens da subescala de perceções de frequência de suporte social recebido acrescentou-se a medida “Qual seria para si a frequência ideal?”, criada com o

intuito de perceber até que ponto existe concordância, para o indivíduo, entre o apoio que percebe receber e o apoio que de facto gostaria de receber. Este item adicional foi baseado na *Significant Others Scale* ([SOS], Power, Champion & Aris, 1988), sendo-lhe atribuído uma escala de resposta idêntica à escala utilizada para os itens da ESIAD_DOR, de modo a possibilitar uma comparação direta dos valores recebidos e dos desejados. A partir desta comparação é determinada a satisfação com o suporte social.

Mais especificamente, a satisfação com o suporte social surge como a diferença entre as perceções de apoio recebido e as perceções de apoio ideal. Assim, do módulo da expressão *Frequência de Suporte Social Percebido-Frequência Ideal de Suporte Social*, resulta a variável Satisfação, podendo assumir valores que variam entre 0 (totalmente satisfeito) e 4 (totalmente insatisfeito).

De modo a verificar a clareza e compreensão dos itens, de ambas as dimensões, foi realizado um pré-teste junto de 5 indivíduos adultos, três dos quais do sexo feminino, e cujas idades variavam entre os 25 e os 59 anos. Aos 5 participantes foram explicadas e estabelecidas devidamente as instruções de preenchimento, e durante o mesmo foram esclarecidas questões que foram eventualmente surgindo. Uma vez que nenhum dos participantes sugeriu qualquer tipo de alteração, não houve a necessidade de introduzir modificações no questionário apresentado. Os tempos de preenchimento variaram entre 15 e 26 minutos.

2.2.2. Experiência de dor atual.

De modo a permitir a avaliação da presença de dor nos participantes, foram colocadas diferentes questões, baseadas em estudos epidemiológicos da dor crónica (e.g. Torrence, Smith, Bennett, & Lee, 2005), cada uma das quais direcionada para um diferente tipo de dor, sendo todas elas caracterizadas por uma escala de resposta dicotómica de *sim* e *não*: “*Já alguma vez teve dor, constante ou intermitente, por mais de três meses consecutivos*”, para avaliar a ocorrência de dor crónica passada e “*Sentiu essa dor durante a semana passada?*” para perceber se essa mesma dor se mantém no presente. Perante a apresentação de uma resposta negativa do participante face à existência de dor crónica atual, independentemente da ocorrência passada de dor crónica, é apresentada ao indivíduo a questão “*Sentiu alguma dor na semana que passou?*”, que remete para a presença de dor aguda no presente. No caso do participante responder de forma negativa tanto para a ocorrência de dor crónica atual como para a dor aguda atual, era classificado como um participante sem dor atual.

2.2.3. Inventário Resumido da Dor (BPI)

Ainda para o processo de validação foi necessário recorrer a uma medida que permitisse avaliar o critério de intensidade e severidade da dor, para os participantes que indicassem a experiência de dor crónica ou aguda na semana anterior, *i.e.*, dor crónica ou aguda atuais. Para tal, foi selecionado o instrumento Inventário Resumido da dor (Azevedo et al., 2007), originalmente denominado por Brief Pain Inventory ([BPI], Cleeland, 1989), concebido com o intuito de disponibilizar um meio de avaliação multidimensional da dor, de carácter simples e rápido.

Este instrumento de autorresposta, que já se encontra validado para a população portuguesa (Azevedo et al., 2007), é composto por um total de 15 itens que permitem avaliar a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Para a validação do critério anteriormente referido, considerou-se relevante apenas a utilização dos itens referentes à severidade e interferência funcional da dor na vida do indivíduo. No que diz respeito à escala de severidade da dor, esta é constituída por quatro itens referentes à dor máxima, mínima, média e momentânea, sentida pelo indivíduo, sendo avaliada através de escalas numéricas de classificação de 0 (sem dor) a 10 (pior dor que se pode imaginar). Quanto à escala de interferência funcional, a mesma é composta por sete itens, também eles com escalas numéricas de classificação de 0 (não interferiu) a 10 (interferiu completamente), que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, capacidade para andar a pé, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver.

No que diz respeito ao instrumento originalmente concebido, este revelou-se um instrumento válido e sensível à caracterização da dor, sendo que as escalas de severidade e interferência da dor revelaram elevadas consistências internas ($\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,92$, respetivamente), evidenciando ótimas propriedades psicométricas. De igual modo, o Inventário Resumido da Dor (Azevedo et al., 2007), versão do BPI validado para a população portuguesa, conserva a estrutura bifatorial e apresenta uma boa fidelidade interna, com valores elevados do alpha de Cronbach (0,98 para a escala de severidade e 0,84 para a escala de interferência).

Na amostra em estudo, as qualidades psicométricas da escala foram bastante semelhantes às obtidas nas versões original e portuguesa. Para verificar essas propriedades foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* ($KMO = 0,884$; Bartlett's $\chi^2(45) = 1102,816$, $p = 0,000$), tendo sido extraídos, de acordo com o critério de Kaiser, dois fatores – 1) severidade da dor e 2) interferência da dor – que explicam, aproximadamente, 62,5% da variância total (Tabela 2). Estes fatores foram obtidos através da

manutenção dos itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0.200. A análise fatorial permitiu constatar a necessidade de exclusão de um item presente na escala original, especificamente, aquele referente à interferência para andar a pé. Ambas as dimensões de severidade e interferência da dor apresentaram uma boa fidelidade interna.

Tabela 2. *Estrutura fatorial, variância explicada e consistência interna do BPI¹*

Itens	Fatores	
	Interferência	Severidade
Disposição	0,844	
Trabalho normal	0,770	0,425
Relações com outras pessoas	0,721	
Atividade geral	0,707	0,425
Sono	0,669	0,353
Prazer de viver	0,607	
Dor em média	0,310	0,873
Dor no seu mínimo		0,738
Dor no seu máximo	0,433	0,661
Dor no preciso momento		0,586
Variância explicada	9,133%	53,346%
Alpha de Cronbach	0,904	0,847

2.2.4. The Vanderbilt Pain Management Inventory (VMPI)

A todos os participantes, independentemente da sua experiência de dor atual, foi apresentado um conjunto de questões que permitiam monitorizar qual o tipo de estratégias de *coping* mais utilizadas (ativas ou passivas) para lidar com a dor.

Para isso, recorreu-se a uma versão reduzida do *The Vanderbilt Pain Management Inventory* ([VPMI], Brown & Nicassio, 1987). O instrumento original tem por objetivo a avaliação de dois estilos gerais de estratégias de *coping* utilizadas em situação de dor, sendo assim composto por duas escalas distintas: 1) estratégias de *coping* ativas e 2) estratégias de

¹ Na Tabela 2., referente à estrutura fatorial, variância explicada e consistência interna do BPI não são apresentados os índices de saturação inferiores a 0,300.

coping passivas, englobando uma totalidade de 18 itens (10 dos quais referentes às estratégias de *coping* passivas e 8 às estratégias de *coping* ativas).

Em termos de propriedades psicométricas ambas as escalas de *coping* ativo e *coping* passivo do VPPI apresentaram elevados valores de consistência interna, de 0,71 e 0,82, respetivamente, revelando-se um instrumento adequado e estável ao longo do tempo (para um período de 6 meses, $r = 0,65$ e $0,69$, respetivamente).

Pelo facto de se tratar de um instrumento ainda não validado para a população portuguesa, foi necessário realizar um processo de tradução e retroversão, de modo a que os itens pudessem ser apresentados à amostra em estudo. Em primeiro lugar, os itens foram traduzidos por duas pessoas distintas, fluentes na língua inglesa. Depois de efetuadas as traduções, analisaram-se as semelhanças e as diferenças, procurando-se uniformizar a tradução. Posteriormente, foi pedido a um nativo de língua inglesa que efetuasse o processo de retroversão, *i.e.*, que analisasse a tradução efetuada e que concebesse novamente uma versão inglesa, de modo a compreender se existiam divergências salientes entre os itens portuguesas e os originalmente concebidos.

De modo a averiguar as propriedades psicométricas das subescalas de *coping* ativo e *coping* passivo na amostra em estudo foi realizada uma análise fatorial em eixos principais com rotação *varimax* ($KMO = 0,726$; Bartlett's $\chi^2 (45) = 542,064$, $p = 0,000$). À semelhança da análise efetuada para o BPI, durante o processo de extração de fatores mantiveram-se os itens com índices de saturação superiores a 0,400 e com valores de *crossloadings* até 0,200, tendo sido obtidos dois fatores, que explicam 36% da variância total: 1) *Coping* ativo e 2) *Coping* passivo. Relativamente aos itens que constituem cada um dos fatores, foi retirado o item relativo à concentração na localização e intensidade da dor, pertencente à subescala de *coping* passivo. Tal como é possível constatar na Tabela 3, as dimensões relativas às estratégias a utilizar para enfrentar a dor apresentaram uma boa fidelidade interna, com alphas de Cronbach de 0,683 e 0,729, respetivamente.

Tabela 3. *Estrutura fatorial, variância explicada e consistência interna do VPMI²*

Itens	Fatores	
	<i>Coping</i> Passivo	<i>Coping</i> Ativo
Pensar no quanto a dor me está a desgastar	0,735	
Restringir as minhas atividades sociais	0,732	
Desejar que o médico prescreva melhor medicação para a dor	0,577	
Dizer aos outros o quanto me dói	0,503	
Pensar que não posso fazer nada para lidar com a dor	0,453	
Manter-me ocupado ou ativo		0,681
Participar em atividades de lazer		0,661
Abstrair-me de pensamentos incômodos		0,542
Distrair-me da dor		0,487
Fazer exercício físico ou terapia física		0,466
Variância explicada	16,708%	19,180%
Alpha de Cronbach	0,729	0,683

2.2.5. Escala de Suporte Social do *Medical Outcomes Study* (ESS-MOS)

Para testar a validade discriminante da ESIAD_DOR, selecionou-se como instrumento de comparação *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* ([MOS-SSS], Sherbourne & Stewart, 1991) um instrumento multidimensional que permite avaliar de forma breve e reduzida o suporte social informal percebido, através do método de autopreenchimento.

A ESS-MOS, Escala de Suporte Social do *Medical Outcomes Study*, versão do MOS-SSS validada para a população portuguesa (Fachado et al., 2007), é composta por 19 itens que medem a perceção de apoio social funcional, divididos e estruturados em quatro dimensões distintas: a) apoio tangível (e.g. "*Alguém que o/a ajuda, se estiver de cama*"), b) apoio emocional/informativo (e.g. "*Alguém que lhe dê uma informação e o/a ajude a entender uma situação*"), c) apoio afetivo (e.g. "*Alguém que lhe dê um abraço*") e d) interação social positiva (e.g. "*Alguém com quem poder relaxar*"). Estes 19 itens são caracterizados por uma escala de resposta de *Likert*, com valores que podem variar em cinco avaliações positivas (1 – nunca, 5 – sempre).

² Na Tabela 3., referente à estrutura fatorial, variância explicada e consistência interna do VPMI não são apresentados os índices de saturação inferiores a 0,300.

Quer a versão original, quer a validada para população portuguesa, podem ser considerados como fiáveis, estáveis e válidas, com valores de fidelidade e consistência internas elevados. No estudo original, o alpha de Cronbach foi de 0,96 para a escala de suporte emocional/informativo; 0,92 para o tangível; 0,94 para a interação positiva, 0,91 para o afeto e 0,97 para o suporte social total. Para as mesmas escalas, na versão portuguesa, os valores foram de 0,92; 0,88; 0,87; 0,87 e 0,97, respetivamente.

No que diz respeito à amostra em estudo, procurou-se apurar as propriedades psicométricas da ESS-MOS, sendo para isso efetuada uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,903$; Bartlett's $\chi^2(66) = 2398,192, p = 0,000$). Ao contrário do verificado aquando da validação quer da escala original, quer da versão portuguesa, no presente estudo não foi possível a extração de quatro fatores distintos, sendo que a estrutura fatorial obtida salienta apenas a clara distinção feita pelos participantes em termos de suporte tangível e de suporte de qualidade emocional e afetivo. De acordo com o critério da normalização de Kaiser, foram obtidos dois fatores que explicam 64,116% da variância total: 1) perceções de suporte emocional/informativo, afetivo e de interação social positiva; 2) perceções de suporte tangível. Ambos os fatores revelam uma boa fidelidade interna (Tabela 4).

Tabela 4. *Estrutura interna, variância explicada dos fatores e consistência interna da ESS-MOS³*

Itens	Fatores	
	Suporte emocional/informativo, afetivo e de interação social positiva	Suporte tangível
Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	0,866	0,442
Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	0,847	0,461
Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio(a) e das suas preocupações	0,839	0,417

³ Na Tabela 4., referente à estrutura fatorial, variância explicada e consistência interna da ESS-MOS não são apresentados os índices de saturação inferiores a 0,300.

Itens	Fatores	
	Suporte emocional/informativo, afetivo e de interação social positiva	Suporte tangível
Alguém com quem poder relaxar	0,811	0,466
Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	0,793	
Alguém com quem passar um bocado	0,770	0,491
Alguém com quem falar quando precise	0,766	0,333
Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afeto	0,734	0,513
Alguém a quem amar e que lhe faça sentir querido	0,728	0,417
Alguém que o/a ajude nas tarefas diárias se ficar doente	0,453	0,923
Alguém para preparar as suas refeições se não as poder fazer	0,460	0,800
Alguém que o/a ajude se estiver na cama	0,344	0,651
Variância explicada	53,683%	10,433
Alpha de Cronbach	0,934	0,844

2.3. Procedimento

O método de obtenção de dados nesta investigação não foi homogéneo, tendo sido adotadas duas estratégias distintas de recolha. Uma vez definidos os instrumentos a utilizar e quando estruturado o questionário final (ver Anexo B), este foi disponibilizado numa plataforma *on-line*, designada por *Qualtrics*, possibilitando que, através do serviço de correio eletrónico, o questionário pudesse ser acedido na internet, e transmitido para os contactos dos próprios participantes, angariando mais sujeitos para a amostra, através de um sistema de amostragem em "bola de neve". Em simultâneo, e de modo a garantir uma amostra mais robusta em termos de quantidade e variedade de participantes, foram aplicados questionários em formato de papel, em locais públicos que tendem a sujeitar as pessoas que os frequentam a longos períodos de espera (e.g. centros de emprego). No total, 169 participantes responderam

ao questionário através da plataforma *on-line*, enquanto 106 o completaram em formato de papel.

Ao contrário do que seria uma situação de recolha de dados ideal, importa referir que, para os diferentes métodos da coleta, foram encontradas diferenças significativas ao nível das variáveis sociodemográficas, sendo que a constatação dessas diferenças foi possível através da realização de análises comparativas a partir de testes ANOVA e qui-quadrado.

Especificamente, as diferenças foram encontradas para as variáveis idade ($F(1,260) = 159,923, p < 0,001$), sexo ($\chi^2(1) = 5,112, p = 0,024$), nível de escolaridade ($\chi^2(5) = 104,869 p < 0,001$), estado civil ($\chi^2(3) = 56,885 p < 0,001$), e coabitação ($\chi^2(3) = 40,120, p < 0,001$). A amostra recolhida através do questionário *on-line* é constituída, em média, por indivíduos mais novos ($M_{on-line} = 31,34, DP = 11,75; M_{papel} = 51,67; DP = 14,12$), por um maior número de sujeitos do sexo feminino ($N_{on-line} = 117; N_{papel} = 61$) e por indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados (ensino superior: $N_{on-line} = 130; N_{papel} = 24$). Para além disso, é nessa mesma amostra que é possível encontrar um maior número de indivíduos solteiros ($N_{on-line} = 98; N_{papel} = 14$) e a partilhar a habitação com amigos ($N_{on-line} = 23; N_{papel} = 2$) ou a viver sozinhos ($N_{on-line} = 17; N_{papel} = 8$).

Em ambas as condições foram inicialmente explicados os objetivos do estudo em decurso, sendo solicitada a livre colaboração dos participantes e garantido o anonimato do participante, bem como a confidencialidade das respostas dadas. A participação no estudo foi levada a cabo apenas por os indivíduos que manifestaram vontade de o fazer e, perante casos de recusa, antes ou durante o preenchimento, foram eliminadas todas as evidências de participação desses sujeitos.

Os questionários encontravam-se divididos em cinco partes distintas, em que a primeira se destinava à apresentação da ESIAD_DOR. Em segundo lugar, eram exibidas questões relativas à experiência de dor sendo que, caso o indivíduo apresentasse algum tipo de dor atual (quer dor aguda, quer dor crónica) era-lhe solicitado que preenchesse as questões pertencentes às escalas de severidade e interferência da dor do BPI. Em caso de ausência de dor no presente, o participante deveria responder diretamente aos itens que compunham a parte III do questionário, dirigida para as estratégias de *coping* por ele adotadas perante a dor. Em seguida, constituindo a quarta secção do questionário, era introduzida a ESS-MOS. Por último, era requisitado ao sujeito que completasse algumas perguntas que permitiam fazer a sua caracterização sociodemográfica.

3. Resultados

O capítulo agora introduzido destina-se à apresentação dos resultados obtidos na amostra em estudo. Inicialmente, são exibidas as características descritivas de todos os itens constituintes da ESIAD_DOR, seguidas da apresentação da estrutura fatorial da escala e das características descritivas dos fatores, em subsecções destinadas às dimensões de percepção de frequência de suporte social recebido e de percepção de frequência ideal de suporte social. Posteriormente, são apresentadas as medidas descritivas da satisfação com o suporte social percebido. Finalmente, é introduzida a análise dos diferentes tipos de validade efetuados.

3.1. Características descritivas dos itens da ESIAD_DOR

3.1.1. Descrição dos itens relativos à percepção de frequência de suporte social recebido

A Tabela 5, abaixo apresentada, permite analisar as características descritivas de todos os itens que constituíam a ESIAD_DOR e que foram apresentados aos participantes do estudo.

Em qualquer um dos itens é possível constatar a utilização de todos os valores da escala, entre "nada frequente" e "extremamente frequente", sendo que as médias obtidas variaram entre 1,52 e 3,63 e os desvios-padrão percorreram valores entre 0,98 e 1,37. A menor média e desvio-padrão verificam-se ao nível das respostas efetuadas para o item *“requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas”*, enquanto que a maior média de pontuações foi obtida junto do item *“Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar”*.

Em termos de distribuição, os itens revelaram, de um modo geral, índices de assimetria e de curtose significativamente elevados, assumindo como referência, para um $p = 0,05$, os valores $\text{Assimetria/DP} < |1,96|$ para uma distribuição simétrica, e $\text{Curtose/DP} < |1,96|$ para um achatamento mesocúrtico.

Relativamente aos valores de assimetria, o item *“Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)”* assume o índice mais pequeno, com uma distribuição negativa ou enviesada à direita, revelando predominância de valores de percepção de suporte mais elevados. Por outro lado, o item *“requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas”* apresenta o valor de assimetria distintamente mais elevado, o que aponta para uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda, indicando uma predominância acentuada de valores de percepção de

suporte inferiores. No entanto, importa salientar que 50% dos itens apresentou uma distribuição simétrica.

No que diz respeito aos índices de achatamento, o item “*fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa*” deteve o menor valor, sendo caracterizado por uma distribuição platicúrtica, enquanto o item “*requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas*” se caracterizou por uma distribuição leptocúrtica, assumindo o valor mais elevado. No âmbito global, a maioria dos itens apresentou uma distribuição platicúrtica, *i.e.*, mais achatada do que a normal (Tabela 5).

O teste de Kolmogorov-Smirnov permitiu verificar que nenhum dos itens apresentou uma distribuição normal ($p = 0,00$).

Tabela 5. *Características descritivas dos itens referentes à dimensão de percepção de frequência de suporte social recebido da ESIAD_DOR*

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
<i>Quando estou com dores, os elementos da minha família...</i>								
Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas	2,46	2,00	1,189	1	5	2,780	-2,562	0,000
Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)	3,59	4,00	1,255	1	5	-4,793	-1,488	0,000
Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar	3,63	4,00	1,366	1	5	-4,627	-2,666	0,000
Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão	3,13	3,00	1,258	1	5	-0,700	-3,084	0,000
Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer	2,89	3,00	1,258	1	5	1,060	-3,247	0,000
Desaconselham-me a realizar exercício físico	2,59	2,00	1,356	1	5	2,093	4,007	0,000

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
<i>Quando estou com dores, os elementos da minha família...</i>								
Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente	3,51	4,00	1,348	1	5	-3,820	-2,759	0,000
Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas	3,23	3,07	1,282	1	5	-1,727	-3,381	0,000
Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades	2,51	2,00	1,216	1	5	2,313	-2,870	0,000
Ajudam-me a carregar coisas (ex., sacos de compras), para que me consiga mover com maior facilidade na realização das minhas tarefas domésticas	3,59	4,00	1,223	1	5	-4,360	-1,522	0,000
Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa	3,20	3,00	1,422	1	5	-1,553	-4,281	0,000
Incitam-me a continuar envolvido nas minhas atividades apesar da dor	2,63	3,00	1,207	1	5	1,753	-2,916	0,000
Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações)	2,62	2,00	1,307	1	5	2,213	-3,365	0,000
Dizem-me para não insistir quando não me sinto capaz de tratar de alguns problemas	3,29	3,00	1,233	1	5	-1,773	-3,000	0,000
Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos	2,86	3,00	1,221	1	5	0,933	-2,876	0,000
Motivam-me para fazer exercício físico	2,70	3,00	1,262	1	5	1,433	-3,538	0,000

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
<i>Quando estou com dores, os elementos da minha família...</i>								
Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente	3,02	3,00	1,362	1	5	-0,793	-3,916	0,000
Requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas	1,52	1,00	0,980	1	5	13,253	11,033	0,000
Compreendem que a dor é horrível e me ultrapassa completamente	3,35	3,00	1,299	1	5	-2,940	-2,686	0,000
Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais	3,02	3,00	1,351	1	5	-0,620	-3,786	0,000

3.1.2. Descrição dos itens relativos à percepção de frequência ideal de suporte social.

Neste ponto apresentar-se-ão as características descritivas dos itens destinados à avaliação da percepção de frequência ideal de suporte social, que poderão ser observadas abaixo, na Tabela 6.

À semelhança do que aconteceu com os itens relativos à percepção de frequência de suporte social recebido, também em qualquer um dos itens direcionados para a frequência ideal de suporte é possível constatar a utilização de todos os pontos da escala. As médias dos itens variaram entre 1,81 e 3,81, e os desvios-padrão entre 1,06 e 1,29. O menor e o maior valor médio para as percepções de frequência ideal encontram-se associados aos itens "*Requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas*" e "*Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar*", respetivamente, tal como havia sucedido na subescala de percepção de frequência de suporte percebido.

Uma vez mais, no que diz respeito à distribuição, os itens revelaram, de um modo geral, índices de assimetria e/ou de curtose significativamente elevados. Em termos de assimetria, as percepções de frequência ideal do item "*Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)*", assume o menor índice, com uma distribuição negativa ou enviesada à direita, revelando predominância de valores de frequência ideal de suporte mais elevados. Pelo contrário, as percepções de frequência ideal do item "*Requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas*" apresenta o valor de assimetria mais elevado, o que aponta para uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda, indicando uma predominância acentuada de valores de frequência ideal de suporte inferiores. Ainda assim, apesar dos valores apresentados, 45% dos itens apresentou uma distribuição simétrica. Quanto aos índices de achatamento, o item "*Ajudam-me a carregar coisas (ex., sacos de compras), para que me consiga mover com maior facilidade na realização das minhas tarefas domésticas*" apresentou o menor valor, sendo caracterizado por uma distribuição platicúrtica. Já o item "*Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)*" exibiu uma distribuição leptocúrtica, assumindo o valor mais elevado. No âmbito global, a maioria dos itens apresentou uma distribuição platicúrtica, *i.e.*, mais achatada do que a normal. Nenhum dos itens apresentou, como evidenciam os valores obtidos do teste Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,00$), uma distribuição normal

Tabela 6. *Características descritivas dos itens referentes à dimensão de percepção de frequência ideal de suporte social da ESIAD_DOR*

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas	2,44	2,00	1,130	1	5	1,953	-2,538	0,000
Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)	3,76	4,00	1,059	1	5	-5,660	1,224	0,000
Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar	3,81	4,00	1,072	1	5	-5,367	0,953	0,000
Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão	3,35	3,00	1,122	1	5	-2,420	-1,919	0,000

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
<i>Qual seria para si a frequência ideal?</i>								
Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer	2,87	3,00	1,150	1	5	-0,273	-2,485	0,000
Desaconselham-me a realizar exercício físico	2,64	3,00	1,285	1	5	1,493	-3,441	0,000
Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente	3,62	4,00	1,220	1	5	-4,987	-0,569	0,000
Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas	3,46	4,00	1,108	1	5	-3,013	-1,134	0,000
Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades	2,57	3,00	1,140	1	5	1,433	-2,344	0,000
Ajudam-me a carregar coisas (ex., sacos de compras), para que me consiga mover com maior facilidade na realização das minhas tarefas domésticas	3,63	4,00	1,135	1	5	-4,613	-0,174	0,000
Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa	3,33	3,00	1,226	1	5	-2,220	-2,505	0,000
Incitam-me a continuar envolvido nas minhas atividades apesar da dor	2,66	3,00	1,164	1	5	0,733	-2,796	0,000
Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações)	2,80	3,00	1,156	1	5	0,380	-2,304	0,000
Dizem-me para não insistir quando não me sinto capaz de tratar de alguns problemas	3,17	3,00	1,156	1	5	-1,113	-2,210	0,000

Item	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
<i>Qual seria para si a frequência ideal?</i>								
Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos	2,95	3,00	1,156	1	5	0,047	-2,184	0,000
Motivam-me para fazer exercício físico	2,92	3,00	1,189	1	5	-0,480	-3,007	0,000
Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente	3,14	3,00	1,207	1	5	-2,080	-2,314	0,000
Requisitam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas	1,81	1,00	1,098	1	5	7,267	0,622	0,000
Compreendem que a dor é horrível e me ultrapassa completamente	3,62	4,00	1,226	1	5	-4,933	-0,843	0,000
Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/ saídas sociais	3,20	3,00	1,207	1	5	-2,133	-2,187	0,000

3.2. Estrutura Fatorial da ESIAD_DOR

3.2.1. Estrutura fatorial da subescala de percepção de frequência de suporte social recebido.

De modo a compreender os relacionamentos existentes entre as variáveis originais e o que detêm em comum, efetuou-se uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua (KMO = 0,838; Bartlett's χ^2 (105) = 1556,595, $p < 0,001$), da qual foram extraídos, de acordo com o critério de normalização de Kaiser, quatro fatores distintos, que explicam 53,363% da variância total: 1) percepções de suporte instrumental promotor de autonomia (PPA-Inst), 2) percepções de suporte instrumental promotor de dependência (PPD-Inst), 3)

percepções de suporte emocional/estima promotor de autonomia (PPA-Emoc) e 4) percepções de suporte emocional/estima promotor de dependência (PPD-Emoc).

Tal como é possível constatar na tabela remetida para anexo (ver Anexo C), procurou-se manter os itens com *crossloadings* até 0,20 e com índices de saturação superiores a 0,40. No entanto, foi aberta uma exceção para o item "*Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa*", com *crossloading* de 0,12, uma vez que este revelou ser de extrema importância para a descrição da estrutura fatorial.

É ainda de salientar que o item *Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)*, inicialmente concebido para pertencer às PPA - Inst, foi percebido, pelos participantes, como pertencente às PPD - Inst. Deste modo, apesar da intenção inicial, o item referido foi mantido no fator correspondente ao suporte instrumental promotor de dependência, uma vez que a sua exclusão implicava uma redução e alteração substancial dos fatores inicialmente obtidos.

3.2.1.1. Características descritivas, sensibilidade e fidelidade interna dos fatores relativos à percepção de frequência de suporte social recebido.

A análise das características descritivas de cada um dos fatores (Tabela 7) permite constatar que, de um modo global, as percepções de suporte recebido variaram entre valores médios baixos e moderados, embora se verifique o recurso a todos os pontos da escala em qualquer um dos fatores extraídos.

O primeiro fator, PPD-Inst, apresentou a média de respostas mais elevada, oscilantes entre o moderadamente e o muito frequente, o que indica que os participantes perceberam um valor médio moderado deste tipo de suporte. Em termos de distribuição, o fator seguiu uma distribuição mesocúrtica mas assimétrica, apresentando uma acentuada assimetria negativa ou enviesada à direita.

O segundo fator, PPA-Emoc, apresentou um valor médio de respostas baixo, traduzindo uma baixa frequência média de percepções deste suporte. Este fator apresentou uma distribuição de carácter simétrico e mesocúrtico, não sendo, no entanto, uma distribuição normal.

Quanto ao terceiro fator (PPD-Emoc), este apresentou, à semelhança do anterior, um valor médio baixo de frequência de percepção de promoção de dependência ao nível do suporte emocional/estima. No que diz respeito à distribuição, este fator revelou-se simétrico e platicúrtico, não seguindo por isso uma distribuição normal.

Finalmente, o último fator, PPA-Inst, revelou um valor médio moderado de respostas relativas à percepção de frequência de suporte recebido, e uma distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita e de achatamento platicúrtico, não seguindo, assim, uma distribuição normal.

Todo os fatores anteriormente descritos apresentaram, tal como é observável na Tabela 7, bons índices de fidelidade interna.

Por último, procedeu-se a uma análise das correlações existentes entre os diferentes tipos de percepções de suporte, sendo que o resultado permitiu constatar a existência de correlações significativas entre diferentes variáveis (Tabela 8). Entre as correlações encontradas importa sublinhar aquela existente entre a variável referente às PPD - Inst e a variável alusiva às PPA - Inst.

Tabela 7. *Características descritivas e consistência interna dos fatores referentes à subescala de percepção de frequência de suporte social recebido da ESIAD_DOR*

Fator	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)	Alpha de Cronbach
Suporte Instrumental Promotor de Dependência (PPD - Instr)	3,41	3,50	1,11	1	5	-3,50	-1,90	0,00	0,853
Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia (PPA - Emoc)	2,75	2,60	0,84	1	5	0,873	-0,753	0,00	0,720
Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência (PPD - Emoc)	2,67	2,67	1,04	1	5	1,71	-2,24	0,00	0,735

Fator	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)	Alpha de Cronbach
Suporte Instrumental Promotor de Autonomia (PPA - Inst)	3,18	3,33	1,16	1	5	-2,12	-2,58	0,00	0,817

Tabela 8. *Correlações entre os fatores referentes à dimensão de percepção de frequência de suporte social recebido da ESIAD_DOR*

Fator	PPD - Inst	PPA - Emoc	PPD - Emoc	PPA - Inst
1. Suporte Instrumental Promotor de Dependência Autonomia	—			
2. Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia	0,031	—		
3. Suporte Emocional/Estima Supressor de Autonomia	0,515**	-0,077	—	
4. Suporte Instrumental Promotor de Autonomia	0,582**	0,219**	0,387**	—

** $p < 0,001$

3.2.2. Estrutura fatorial da subescala de percepção de frequência ideal de suporte.

À semelhança daquilo que foi anteriormente apresentado, relativamente à dimensão de percepção de frequência de suporte social recebido, procedeu-se a uma análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ($KMO = 0,851$; Bartlett's $\chi^2 (120) = 1617,065$, $p < 0,001$) de modo a identificar a estrutura da presente subescala.

Procurou-se, durante a análise, manter os itens com índices de saturação superiores a 0,40 e com *crossloadings* até 0,20⁴ (ver Anexo D). De acordo com o critério de normalização de Kaiser, quatro fatores distintos foram identificados, sendo explicativos de 50,764% da variância total: 1) percepções de frequência ideal de suporte instrumental promotor de autonomia (FIPA - Inst), 2) percepções de frequência ideal de suporte instrumental promotor

⁴ Tratando-se de um método de rotação oblíquo, admitiram-se *crossloadings* até 0,200. No entanto, foi tomada a decisão de manter os itens 1.1., 7.1., 12.1., e 20.1. por se tratarem de itens relevantes e representativos dos seus fatores.

de dependência (FIPD - Inst), 3) percepções de frequência ideal de suporte emocional/estima promotor de autonomia (FIPA - Emoc) e 4) percepções de frequência ideal de suporte emocional/estima promotor de dependência (FIDP - Emoc).

Importa referir que a percepção de frequência ideal para o item "*Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)*", tal como havia sucedido para a subescala de percepção de frequência de suporte social recebido, apesar de ter sido concebido para integrar a categoria FIPA - Inst, após a análise fatorial foi inserido dentro da categoria de FIPD - Inst, uma vez que a sua extração condicionaria toda a estrutura fatorial, sendo claro que o mesmo foi percebido pelos participantes como uma ação de apoio promotora de dependência. Algo de semelhante sucedeu para a percepção de frequência ideal do item "*Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações)*", sendo que desta feita, o item havia sido inicialmente concebido para pertencer à categoria de FIPD - Inst, mas os participantes perceberam-no como pertencente à categoria de FIPA - Inst, tendo sido mantido por se revelar fundamental para a manutenção da estrutura fatorial. Note-se, ainda, que apesar de se revelar necessária a conservação deste item, no que diz respeito à subescala de percepção de frequência de suporte social recebido o mesmo foi retirado, por não se ajustar em termos de valores àqueles que haviam sido estipulados.

3.2.2.1. Características descritivas, sensibilidade e fidelidade interna dos fatores relativos à percepção de frequência ideal de suporte social.

Como se pode observar na Tabela 9, de um modo geral, as percepções de frequência ideal de suporte social variaram entre valores médios baixos e moderados, verificando-se, no entanto, que as respostas cobrem todos os pontos da escala.

O fator relativo às FIPD - Inst apresentou o valor médio de respostas mais elevado, sendo que estas variaram entre os valores moderadamente e muito frequente, apontando para percepções de valor médio moderado. No que diz respeito à distribuição do fator, este não seguiu uma distribuição normal, seguindo sim uma distribuição assimétrica e mesocúrtica.

O segundo fator, caracterizado pelas FIPA - Emoc, revelou um valor médio de respostas baixo, constatando uma baixa percepção de frequência ideal deste suporte. Este fator apresentou uma distribuição simétrica e mesocúrtica, não evidenciando, ainda assim, uma distribuição normal.

No que diz respeito ao terceiro fator, FIPD - Emoc, este apresentou um valor médio baixo de percepção de frequência ideal. Quanto à distribuição, este fator não seguiu uma distribuição normal, apesar de se revelar simétrico e mesocúrtico.

O quarto e último fator, FIPA - Inst, evidenciou um valor médio moderado de respostas no que concerne à percepção de frequência ideal deste suporte. A sua distribuição não foi normal, caracterizando-se por uma assimetria negativa e um achatamento mesocúrtico.

Tal como foi observável para a subescala de percepções de frequência de suporte social recebido, os fatores agora descritos revelara bons índices de fidelidade interna.

Finalmente, procurou-se averiguar a existência de correlações entre os diferentes tipos de percepções de frequência ideal de suporte. O resultado da análise permitiu reconhecer correlações significativas entre variáveis distintas (Tabela 10), sendo uma vez mais de realçar a correlação elevada entre as FIPA - Inst e as FIPD - Inst, seguindo o padrão já anteriormente constatado para a subescala de percepções de frequência de suporte social recebido.

Tabela 9. *Características descritivas e consistência interna dos fatores referentes à dimensão de percepção de frequência ideal de suporte social da ESIAD_DOR*

Fator	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)	Alpha de Cronbach
Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Dependência (FIPD - Inst)	3,60	3,75	0,91	1	5	-3,99	0,51	0,00	0,822
Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia (FIPA - Emoc)	2,87	3,00	0,80	1	5	-0,64	-1,11	0,00	0,736

Fator	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)	Alpha de Cronbach
Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência (FIPD - Emoc)	2,70	2,67	0,97	1	5	1,30	-1,68	0,00	0,726
Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Autonomia (FIPA - Inst)	3,20	3,25	0,94	1	5	-3,13	0,14	0,00	0,782

Tabela 10. *Correlações entre os fatores referentes à dimensão de percepção de frequência ideal de suporte social da ESIAD_DOR*

Fator	FIPD - Inst	FIPA - Emoc	FIPD - Emoc	FIPA - Inst
1. Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Dependência	—			
2. Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia	-0,108	—		
3. Frequência Ideal de Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência	0,549**	-0,132*	—	
4. Frequência Ideal de Suporte Instrumental Promotor de Autonomia	0,636**	0,110	0,422**	—

** $p < 0,001$; * $p = 0,05$

3.2.3. Satisfação com as percepções de suporte social recebido.

Na secção destinada à definição do método utilizado, foi definido que a variável satisfação com o suporte recebido seria avaliada a partir do módulo da diferença existente entre a frequência percebida pelos participantes de suporte familiar recebido e a frequência ideal desse mesmo suporte.

A tabela remetida para anexo (ver Anexo E) permite analisar as características descritivas obtidas para os diferentes tipos de satisfação: satisfação com o suporte instrumental promotor de autonomia (SPA - Inst), satisfação com o suporte instrumental promotor de dependência (SPD - Inst), satisfação com o suporte emocional e de estima promotor de autonomia (SPA- Emoc) e satisfação com o suporte emocional e de estima promotor de dependência (SPD - Emoc). De um modo global, os valores médios obtidos foram baixos (entre 0,38 e 0,59), traduzindo que as pessoas se encontram pouco insatisfeitas com o suporte que percebem receber. Em todos os itens é possível detetar o valor mínimo da escala, referente à total satisfação com o suporte recebido, sendo que, no entanto, o valor máximo obtido para a satisfação com os diferentes tipos de suporte não é homogéneo.

A variável SPD - Inst apresentou o valor médio mais elevado, revelando-se o tipo de suporte com o qual os participantes se encontram menos satisfeitos. Por outro lado, o suporte emocional/estima promotor de autonomia foi aquele com o qual os participantes se revelaram mais satisfeitos, apresentando o valor médio mais próximo de zero.

Em termos de distribuição, para nenhuma das variáveis de satisfação se averiguou a presença de uma distribuição normal, sendo que em qualquer uma das mesmas é verificável uma assimetria positiva ou enviesada à esquerda e uma achatamento leptocúrtico, indicando uma predominância de valores mais baixos e uma distribuição mais achatada que a normal, respetivamente.

3.3. Validação da ESIAD_DOR

3.3.1. Validade de conteúdo.

A validade de conteúdo da ESIAD_DOR foi testada através da disponibilização de um dicionário de categorias, contendo a definição das diferentes dimensões da escala, a dois juízes especialistas na temática da dor e da funcionalidade e autonomia. A função desses mesmos juízes prendia-se com a classificação dos 20 itens que compunham a escala de acordo com as categorias apresentadas. Uma primeira avaliação revelou algumas dúvidas quanto à interpretação de alguns itens, pelo que foi necessário proceder a algumas alterações. Após as modificações efetuadas, o novo conjunto de itens foi apresentado a dois novos juízes, cuja avaliação evidenciou um índice de fidelidade interjuízes de carácter excelente ($K\text{ Cohen}=1$).

3.3.2. Validade relativa a um critério.

Tal como foi inicialmente descrito na secção introdutória, procurou-se testar a validade relativa a um critério da ESIAD_DOR com recurso a três critérios distintos, sendo

eles as experiências de dor atual (sem dor atual, dor aguda atual ou dor crónica atual), a qualidade das experiências de dor (grau de severidade e interferência da dor) e as estratégias de *coping*, ativas ou passivas, utilizadas com o intuito de lidar com a dor.

De modo a possibilitar o controlo das relações e a correta interpretação dos resultados procurou-se perceber, previamente, se as variáveis sociodemográficas exerciam algum efeito, quer sobre as percepções de frequência do suporte social recebido, quer sobre a satisfação com o suporte social percebido, utilizando-se a correção de Bonferroni de modo a controlar a probabilidade de erro tipo I ($0,05/40 < 0,001$). Recorrendo-se a ANOVA's e análise de correlações, constatou-se a existência de algumas relações significativas. A variável idade apresentou correlações positivas com a variável PPA - Emoc ($r = 0,201$; $p = 0,001$). Por sua vez, o nível máximo de escolaridade frequentado apresenta uma correlação negativa significativa em relação à SPA - Emoc ($r = -0,246$, $p < 0,001$). Ainda, foi possível verificar a existência de diferenças significativas em termos de SPD - Emoc em indivíduos cuja coabitação difere ($F(3,259) = 6,467$, $p < 0,001$). De acordo com os resultados obtidos nos testes *post-hoc* HSD de Tukey, é possível concluir que os indivíduos que vivem sozinhos ($M = 0,707$; $DP = 0,978$) se encontram mais insatisfeitos com o suporte emocional promotor de dependência do que aqueles que vivem com família ampliada ($M = 0,295$; $DP = 0,463$) ou com amigos ($M = 0,160$; $DP = 0,238$). Também as pessoas que vivem com a família nuclear se encontram mais insatisfeitas com esse suporte ($M = 0,5524$; $DP = 0,610$) do que as pessoas que coabitam com amigos ou com família de carácter ampliado. Não foram detetadas quaisquer interações significativas para as variáveis sexo e estado civil.

3.3.2.1. As percepções de frequência de suporte social recebido e as experiências de dor atuais.

Inicialmente, procedeu-se à realização de uma MANCOVA, com o intuito de averiguar a existência de uma relação significativa entre as diferentes experiências de dor e as PPA/PPD, havendo o controlo da variável idade dado que esta variável apresentou uma correlação significativa com as PPA - Emoc.

O recurso à estatística multivariada permitiu verificar que o tipo de experiência de dor, quando controlada a variável idade, não exerce um efeito significativo sobre as percepções de suporte em geral (Hottelling's Trace = 0,046, $F(8,490) = 1,402$, $p = 0,193$, $\eta^2 = 0,022$).

No entanto, ao analisar os testes univariados, é possível afirmar que o tipo de experiência de dor tem efeitos em percepções de suporte específicas, sendo detetáveis efeitos estatisticamente significativos apenas sobre as PPD - Emoc ($F(2,249) = 3,839$, $p = 0,023$, $\eta^2 =$

0,030). De acordo com os testes post-hoc, os resultados permitem observar que as pessoas com dor aguda percebem mais PPD - Emoc ($M = 2,859$, $DP = 0,101$) do que as pessoas com dor crónica ($M = 2,365$, $DP = 0,146$), não se detetando diferenças significativas entre os sujeitos sem dor ($M = 2,635$, $DP = 0,107$) e os restantes.

3.2.2.2. A satisfação com as percepções de suporte social recebido e as experiências de dor atuais.

Em primeiro lugar, procurou-se perceber se a ESIAD_DOR permitia distinguir a satisfação com o suporte recebido para pessoas com diferentes experiências de dor atuais, quando controlada a variável escolaridade, uma vez que esta apresentou correlações negativas significativas com a variável SPA - Emoc.

Para tal, procedeu-se à realização de uma MANCOVA, cujos resultados permitiram constatar a existência de diferenças significativas em termos de satisfação com os diferentes tipos de suporte (Maior Raíz de Roy = 0,048, $F(4,247) = 2,986$, $p = 0,020$, $\eta^2 = 0,046$).

Os testes univariados permitiram constatar a existência de diferenças significativas, para pessoas com diferentes experiências de dor, ao nível da SPD - Inst ($F(2,249) = 4,661$, $p = 0,010$, $\eta^2 = 0,036$).

Os testes post-hoc permitiram constatar que as pessoas com dor crónica atual ($M = 0,790$; $SD = 0,096$) são as mais insatisfeitas com o suporte instrumental promotor de dependência, enquanto que as pessoas com dor aguda são as que se revelam mais satisfeitas ($M = 0,451$; $DP = 0,065$). As pessoas cuja experiência atual se pauta pela ausência de dor ($M = 0,628$; $DP = 0,069$) não diferem significativamente das restantes.

Verificada a existência de diferenças significativas entre os indivíduos com dor crónica e os indivíduos com dor aguda, considerou-se pertinente averiguar se a experiência destes tipos de dor afetava significativamente a direção da insatisfação⁵ com o suporte instrumental promotor de dependência, *i.e.*, se a insatisfação ocorria, para os indivíduos com dor crónica e dor aguda, por quererem mais ou menos suporte do que o percebido, e se estes valores diferiam de acordo com a experiência de dor. Assim, conduziu-se uma análise

⁵ Quando detetada a existência de insatisfação com o suporte social percebido, procedeu-se à construção da variável *Direção da Insatisfação*, traduzida pela expressão *Percepções de suporte recebido - Percepções de frequência ideal de suporte*. A variável foi caracterizada em três grupos distintos: a) participantes insatisfeitos por desejarem receber mais apoio do que aquele que efetivamente percebiam receber, em que os valores variavam entre -4 e 0 [-4, 0[; b) participantes plenamente satisfeitos, apresentando valor 0 para a variável; c) participantes insatisfeitos por julgarem que recebiam mais apoio do que aquele que gostariam, com valores compreendidos no intervalo]0,4].

comparativa através de qui-quadrado ($\chi^2(2) = 7,102, p = 0,029$), cujos resultados evidenciaram uma percentagem superior ao esperado (56,1%) de indivíduos com dor crónica que se encontravam insatisfeitos por quererem mais suporte instrumental promotor de dependência do que aquele que percebem receber, enquanto que a percentagem de indivíduos com dor aguda (34,8%) que estavam igualmente insatisfeitos por receberem menos suporte do que aquele pretendido se revelou inferior ao esperado.

3.3.2.3. As percepções de frequência de suporte social recebido e a qualidade da experiência de dor - o papel moderador do tipo de experiência de dor.

Para testar a validade relativa ao critério da qualidade da experiência procurou-se calcular, em primeiro lugar e separadamente, as correlações entre as diferentes percepções de frequência de suporte recebido e o grau de severidade e interferência da dor, para os participantes que relataram dor aguda e dor crónica atuais.

A partir da análise efetuada, verificou-se que apenas os indivíduos que reportavam sofrer de dor aguda apresentavam correlações significativamente positivas entre as PPA - Emoc e o grau de interferência da dor ($r = 0,229; p = 0,016$). A análise não mostrou evidências de correlações significativas para as restantes percepções de suporte, quer em relação ao grau de interferência, quer para o grau de severidade da dor, em indivíduos com dor aguda. No que diz respeito aos participantes com dor crónica, não foram encontradas quaisquer correlações significativas com os determinantes da qualidade da experiência de dor.

Os resultados então obtidos permitiram indagar sobre a importância que o tipo de experiência de dor poderia assumir na relação entre as percepções de suporte e a qualidade da experiência de dor. Especificamente, sugeriram um papel moderador do tipo de dor reportado, na relação entre as PPA - Emoc e o grau de interferência da dor, papel esse testado com recurso à realização de uma regressão linear múltipla. Através da análise realizada, foi possível constatar que a variável tipo de experiência de dor exerce um papel significativo enquanto moderadora da relação entre as PPA - Emoc e o grau de interferência da dor, sendo que a inserção da variável moderadora aumenta a variância explicada do modelo em análise ($\Delta R^2 = 0,022, F(2,163) = 6,881, p = 0,001$), de um modo significativo, tal como é possível observar na Tabela 11.

Tabela 11. *Regressão linear Múltipla: modelo de moderação da experiência de dor na relação entre as percepções de suporte emocional/estima promotor de autonomia e o grau de interferência da dor*

	B	R ²
Passo 1		0,078
PPA - Emoc	0,119	
Experiência de dor	0,247*	
	B	R ²
Passo 2		0,099
PPA - Emoc	0,226**	
Experiência de dor	0,251*	
PPA - Emoc*Experiência de dor	-0,182**	

* $p = 0,001$; ** $p < 0,05$

Seguidamente, procedeu-se à realização de regressões lineares simples, através das quais foi possível perceber que as PPA - Emoc não exercem efeitos significativos ao nível do grau de interferência da dor em pessoas que padecem de dor crónica atual ($R^2 = 0,008$; $F(1,53) = 0,430$; $p = 0,515$; $\beta = -0,090$), exercendo um efeito significativo apenas em indivíduos que sofrem de dor aguda atual, sendo que, para este grupo de indivíduos, quanto maior a percepção de suporte emocional do tipo promotor de autonomia, maior a interferência da dor na sua vida ($R^2 = 0,052$; $F(1,109) = 6,028$; $p = 0,016$; $\beta = 0,229$).

3.3.2.4. A satisfação com o suporte social percebido e a qualidade da experiência de dor

No início deste estudo, ao nível do racional teórico, foi estipulada a hipótese de que a satisfação com as diferentes percepções de suporte exerceria efeito ao nível da qualidade da experiência de dor, *i.e.*, na severidade e interferência da dor, sendo este efeito principalmente saliente nas pessoas com dor crónica, indicando assim, um papel moderador da experiência de dor atual.

Para verificar a existência desta relação procurou-se, em primeira mão, averiguar a existência de correlações significativas entre os diferentes tipos de satisfação e a severidade e interferência da dor, por tipo de experiência de dor.

A análise levada a cabo permitiu observar a inexistência de correlações ao nível de qualquer uma das relações, evidenciando que a satisfação com o suporte familiar percebido, quer instrumental quer emocional e de estima, com funções tanto de promoção de autonomia, como de promoção de dependência, não exerce qualquer tipo de influência sobre a severidade e interferência da dor.

3.3.2.5. As percepções de frequência de suporte social recebido e as estratégias de coping adotadas para lidar com a dor - o papel moderador da experiência de dor atual.

Em seguida, efetuou-se uma análise de correlações entre as percepções de frequência de suporte social recebido e as estratégias de *coping* adotadas, a qual permitiu constatar que em indivíduos sem dor atual, as estratégias de *coping* ativo se correlacionavam significativamente com as PPA - Emoc ($r = 0,347, p < 0,001$), com as PPD - Emoc ($r = 0,219, p = 0,028$) e com as PPA - Inst ($r = 0,299, p = 0,002$), enquanto as estratégias de *coping* passivo se correlacionavam com as PPD - Inst ($r = 0,354, p < 0,001$), PPA - Inst ($r = 0,352, p < 0,001$) e PPD - Emoc ($r = 0,306, p = 0,002$). No que diz respeito às pessoas com dor aguda atual, as estratégias de *coping* ativo evidenciaram correlações significativas com as PPA - Emoc ($r = 0,375, p < 0,001$) e com as PPD - Emoc ($r = -0,186, p = 0,049$), e as estratégias de *coping* passivo apresentaram correlações significativas com as PPA - Emoc ($r = 0,350, p < 0,001$) e as PPA - Inst ($r = 0,265, p = 0,005$). Quanto às pessoas com dor crónica atual, só se verificou a existência de correlação significativa entre PPD - Inst ($r = 0,263, p \leq 0,05$) e as estratégias de *coping* passivo.

Os resultados acima observados conduziram à necessidade de testar a existência de um papel moderador da experiência de dor na relação entre as percepções de frequência de suporte social recebido e as estratégias de *coping* adotadas para lidar com a dor.

Em primeiro lugar, e pelo facto de a experiência de dor ser uma variável caracterizada por três níveis distintos (sem dor, dor aguda e dor crónica) foi necessário conceber variáveis de contrastes para ser possível, posteriormente, a realização de regressões lineares múltiplas. Assim, foi concebido um primeiro contraste C1 (C1 = 0 se sem dor atual, C1 = -0,5 se dor aguda atual e C1 = 0,5 se dor crónica) em que as pessoas com dor crónica eram comparadas com as pessoas sem dor atual. Um segundo contraste C2 (C2 = -0,5 se sem dor atual, C2 = 0 se dor aguda atual e C2 = 0,5 se dor crónica atual) foi criado com o intuito de comparar os indivíduos que sofriam de dor crónica com aqueles que sofriam de dor aguda.

Uma vez elaboradas as variáveis de contraste, procedeu-se à realização das diferentes regressões lineares múltiplas para cada uma das variáveis independentes (PPA - Inst, PPD -

Inst, PPA - Emoc, PPD - Emoc) em relação às duas variáveis dependentes (*coping* ativo e *coping* passivo). As análises efetuadas permitiram constatar que o tipo de dor atual (traduzido pelos contrastes) moderava a relação entre as PPD - Emoc e as estratégias de *coping* ativo, como é possível observar na Tabela 12. A inserção dos contrastes no modelo, aumenta a variância explicada do mesmo, de um modo significativo ($\Delta R^2 = 0,033$, $F(2,262) = 4,558$, $p = 0,011$).

Posteriormente, de modo a compreender para que experiências de dor atual as PPD - Emoc exerciam efeito sobre as estratégias ativas adotadas para lidar com a dor, foi necessário proceder à construção de três variáveis dummy, cada uma das quais referentes a um tipo de dor atual (Tabela 13). Obtidas as variáveis, realizaram-se três regressões lineares múltiplas, cujos resultados permitiram constatar que o impacto das percepções de suporte na adoção de estratégias de *coping* ativas apenas se verifica para pessoas que sofrem de dor aguda ou que não sofrem de qualquer tipo de dor, não havendo um efeito significativo da relação em sujeitos com dor crónica (ver Anexo F). Tal como é observável a partir da Tabela 19, a primeira moderação é realizada com as variáveis dummy *Dor Aguda* e *Dor Crónica*, pelo que a variável *Sem Dor* é assumida como a variável de referência. Os resultados para a moderação são significativos ao nível da variável *Dor Aguda* significando, por comparação, que o efeito das PPA - Emoc nas estratégias de *coping* ativas adotadas é diferente para as pessoas com dor aguda do feito na condição sem dor. De um modo semelhante, a segunda moderação é realizada com recurso às variáveis dummy *Sem Dor* e *Dor Crónica*, sendo que desta feita a variável *Dor Aguda* é tida como a variável de referência. Uma vez mais, os valores são significativos para a variável *Sem Dor*, traduzindo que o efeito da variável independente na dependente para os sujeitos sem dor é diferente daquele exercido nas pessoas com dor aguda. A última moderação é realizada utilizando a variável *Dor Crónica* como referência, sendo que os resultados permitem verificar a inexistência de moderação, e por consequência, a ausência de efeito das PPD - Emoc na adoção de estratégias de *coping* ativo para indivíduos que padecem de dor crónica. Deste modo, para pessoas sem dor atual, quanto maiores as PPD - Emoc maior a adoção de estratégias de *coping* ativo. No que diz respeito aos indivíduos com dor aguda, quanto maiores as PPD - Emoc, menor a utilização de estratégias de *coping* ativo.

Tabela 12. *Regressão linear múltipla: modelo da moderação dos contrastes na relação entre as percepções de suporte emocional promotor de dependência e as estratégias de coping ativo*

	β	R^2
Passo 1		0,014
PPD - Emoc	0,019	
C1	0,122	
C2	-0,068	
Passo 2		0,047*
PPD - Emoc	0,012	
C1	0,106	
C2	-0,055	
C1* PPD - Emoc	0,173*	
C2* PPD - Emoc	-0,140*	

* $p < 0,05$

Tabela 13. *Codificações das variáveis dummy*

Variáveis dummy	Experiência de dor		
	Sem dor atual	Dor aguda atual	Dor crónica atual
Sem Dor	1	0	0
Dor Aguda	0	1	0
Dor Crónica	0	0	1

3.3.2.6. A Satisfação com suporte social percebido e as estratégias de coping adotadas para lidar com a dor - o papel moderador da experiência de dor atual .

Ainda dentro do âmbito dos testes à validade relativa a um critério, procurou-se averiguar se a relação entre a satisfação com o suporte social percebido e as estratégias de *coping* utilizadas para gerir a dor seria moderada pelo tipo de experiência de dor. Assim, em primeiro lugar procurou-se averiguar a existência de correlações significativas entre a satisfação com o suporte social percebido e as estratégias de *coping*. A análise das mesmas permitiu verificar que apenas no que dizia respeito aos sujeitos com dor crónica atual, a SPD - Inst se correlacionava significativamente com as estratégias de *coping* ativo ($r = -0,279, p = 0,037$), sugerindo assim um papel moderador da experiência de dor.

À semelhança do que aconteceu para a subescala das perceções de suporte recebido, foi necessária a construção e análise de contrastes, uma vez que a variável moderadora podia assumir três valores (sem dor, dor aguda e dor crónica). Os contrastes constituídos para a análise da relação em estudo foram idênticos aqueles concebidos anteriormente, obtendo-se assim o contraste C1, que compara os indivíduos sem dor com aqueles que sofrem de dor crónica), e o contraste C2, em que as pessoas com dor crónica são comparadas com as que possuem dor aguda.

Posteriormente à formulação dos contrastes realizaram-se diversas regressões lineares múltiplas, para cada uma das variáveis preditoras (SPA - Inst, SPD - Inst, SPA - Emoc, SPD - Emoc) e variáveis critério (*coping* ativo e *coping* passivo), sendo que os resultados permitiram constatar a inexistência de qualquer moderação significativa. Assim, é possível concluir que o impacto da satisfação com o suporte percebido na adoção de estratégias de *coping* para lidar com a dor não é moderado pelo tipo de dor experienciado pelo indivíduo.

3.3.3. Validade de construto divergente

Para estudar a relação entre as subescalas de perceções de frequência de suporte social percebido e de perceções de frequência ideal de suporte social da ESIAD_DOR e a ESS-MOS, foi realizada uma análise de correlação de acordo com o coeficiente de Pearson para a amostra por tipo de dor atual. Para isso, recorreu-se à correção de Bonferroni, de modo a controlar a probabilidade de erro tipo I ($0,05/32 = 0,002$).

Foram detetadas diversas correlações significativas entre as perceções de suporte social recebido e a ESS-MOS por tipo de experiência de dor, tal como é possível observar na Tabela 14. Importa salientar que essas correlações apresentam valores moderados do coeficiente de Pearson.

Ao nível das percepções de frequência de suporte social percebido, a variável suporte emocional/informativo correlacionou-se significativamente com a variável PPA - Inst para as pessoas sem dor atual, não se verificando qualquer tipo de correlações para as pessoas com dor aguda e dor crónica. No que diz respeito à variável percepções de suporte tangível da ESS-MOS, esta evidenciou correlações significativas com as variáveis PPD - Inst e PPA - Inst para todos os grupos de dor (sem dor, dor aguda e dor crónica).

Tabela 14. *Correlações entre a subescala de percepções de frequência de suporte social recebido da ESIAD_DOR e da ESS-MOS*

Grupo		PPD - Inst	PPA - Inst	PPD - Emoc	PPA - Emoc
Sem dor	Emocional/Informativo	0,277	0,335*	0,222	0,080
	Tangível	0,578*	0,317*	0,184	-0,003
Dor aguda	Emocional/Informativo	0,051	0,120	0,056	0,088
	Tangível	0,413*	0,193*	0,193	0,135
Dor crónica	Emocional/Informativo	0,235	0,155	0,129	0,208
	Tangível	0,547*	0,402*	0,139	0,307

* $p < 0,002$

No que concerne à subescala de percepções de frequência ideal de suporte social, nenhuma das subescalas revelou correlações significativas com as subescalas da ESS-MOS, quer para a amostra global, quer para as amostras com diferentes experiências de dor atual.

4. Discussão

O objetivo do presente trabalho foi o de adaptar o trabalho concebido por Matos & Bernardes (em revisão) às redes de apoio informal, em particular ao contexto familiar, procurando construir e validar um instrumento - a ESIAD_DOR - capaz de avaliar as PPA e PPD de indivíduos adultos, em relação ao suporte providenciado pelos membros da sua família, em contexto de dor.

Ao longo desta secção irão ser discutidos os resultados obtidos com o estudo efetuado procedendo-se, em primeiro lugar, ao exame das características de sensibilidade dos itens apresentados aos participantes e, em seguida, à análise da estrutura fatorial da escala, bem como da sensibilidade e fidelidade interna dos fatores. Posteriormente, realizar-se-á uma reflexão acerca dos resultados obtidos no decurso do processo de validação da ESIAD_DOR. Por último, serão apresentados os condicionamentos e limitações do estudo em causa, de modo a que o aperfeiçoamento quer da escala, quer da investigação centrada nas perceções de suporte promotor de autonomia e dependência, seja possível no futuro.

4.1. Estrutura Fatorial da ESIAD_DOR

A análise detalhada de todos os itens apresentados aos participantes em estudo permite constatar que estes, em toda a sua extensão, possibilita a deteção de diferentes tipos e níveis de perceções de suporte, quer para a subescala de perceções de frequência de suporte recebido, quer para a subescala de perceções de frequência ideal de suporte social, sendo que a sua sensibilidade é detetável a partir da utilização de todos os pontos da escala de resposta, assim como pelos valores elevados de desvios-padrão obtidos.

No que diz respeito à estrutura fatorial da ESIAD_DOR, era esperado que esta apresentasse dois fatores, referentes à perceção de suporte promotor de autonomia e à perceção de suporte promotor de dependência, tal como aconteceu no trabalho de Matos & Bernardes (em revisão). Contrariamente ao expectado, em ambas as subescalas de perceções de suporte social recebido e perceções de frequência ideal de suporte, da ESIAD_DOR, foram extraídos quatro fatores correspondentes às PPD - Inst, PPA - Inst, PPD - Emoc e PPA - Emoc, o que constitui uma estrutura mais específica e direcionada para as diferentes categorias teóricas formuladas no momento de operacionalização dos construtos da escala. A obtenção dos quatro fatores em vez de dois, como sucedeu para Matos & Bernardes (em revisão), pode derivar do facto dos itens da ESIAD_DOR se referirem a tarefas bastante específicas e de um carácter mais doméstico, com as quais os participantes contactam desde sempre, pelo que apresentam maior facilidade em distinguir e avaliar as diferentes situações

apresentadas. A extração destes fatores permite afirmar a adequabilidade da escala aos conceitos operacionalizados, revelando que esta é fiel ao seu objetivo primordial, *i.e.*, a avaliação das percepções de suporte recebido e ideal, promotores de autonomia e dependência, derivados do apoio do tipo instrumental e emocional/estima, facultado pelos membros da família do indivíduo com dor.

No entanto, importa salientar que nem todos os itens foram percebidos pelos participantes como pertencentes à categoria para o qual haviam sido criados. Particularmente, o item "*Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)*", foi percebido pelos indivíduos como pertencente à categoria de PPD - Inst, apesar de inicialmente concebido com o intuito de avaliar as PPA - Inst. Esta inadequação permite questionar sobre a clareza do item, uma vez que a interpretação do mesmo não correspondeu ao objetivo inicial. Para além disso, é ainda fundamental esclarecer que alguns itens retirados aquando da análise fatorial, pertencentes às PPA - Inst, foram também eles interpretados como pertencentes à categoria de PPD - Inst. De modo semelhante, o mesmo ocorreu para a subescala de percepções de frequência ideal, em que o item acima referido foi novamente percebido como promotor de dependência, assim como o item "*Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações)*" foi percebido como avaliador de FIPA - Inst, sendo que a sua conceção foi direcionada para a FIPD - Inst. Estes resultados, a par das elevadas correlações entre as duas categorias de suporte instrumental promotor de autonomia e de dependência, podem ser explicados pelo facto de as pessoas interpretarem o apoio instrumental de um modo generalizado, apresentando algumas dificuldades na distinção de ações promotoras de autonomia e promotoras de dependência, não sendo claro se a amostra em estudo interpreta o suporte instrumental como tendencialmente promotor de autonomia, ou pelo contrário, de dependência. No estudo efetuado por Matos e Bernardes (em revisão), o fator de promoção de dependência da ESFAD_DOR obtido era, na grande maioria, constituído por itens referentes ao suporte instrumental.

No que diz respeito às categorias de suporte emocional e de estima promotor de autonomia e de dependência, estas são bastante consistentes e distintas nos conceitos que avaliam, uma vez que as correlações entre ambas ou são nulas, ou significativas mas inversas, para as subescalas de percepções de frequência de suporte recebido e de percepções de frequência ideal de suporte, respetivamente.

Ainda em termos de correlações, é necessário realçar que as existentes em ambas as subescalas da ESIAD_DOR são elevadas, mesmo quando estão em foco categorias de suporte

distintas. As autoras Matos & Bernardes (em revisão) constataram de igual modo a existência de uma correlação moderada positiva entre os fatores relativos às PPA e PPD. A observação destes resultados pode derivar do facto de a presença de PPA não significar o contrário e ausência da PPD, *i.e.*, estes dois conceitos não são a oposição um do outro, podendo ocorrer para situações semelhantes a promoção, por parte da família, de ambos os tipos de suporte. Quer isto dizer que o suporte promotor de autonomia e o suporte promotor de dependência podem ocorrer em simultâneo, de acordo com a situação e enquadramento vividos, revelando-se fundamental a existência de instrumentos que distingam e exaltem a importância de ambos.

Em termos globais, foi possível constatar que as pessoas da amostra em estudo perceberam um apoio instrumental para a autonomia e dependência moderado, enquanto que ao nível do suporte emocional/estima promotor de autonomia e dependência a frequência média de percepções revelou-se baixa. Estes valores podem realçar uma maior facilidade dos indivíduos para detetarem o suporte quando este se manifesta por ações concretas e não através de expressões emocionais, sendo que, no entanto, subsistem as dificuldades em distinguir se o suporte instrumental é realizado com vista à promoção de autonomia ou promoção de dependência.

Por último, é possível afirmar que as características de sensibilidade dos fatores são adequadas. Ainda assim, é saliente em ambas as subescalas, uma distribuição mais assimétrica para os fatores dedicados ao suporte instrumental, sendo que a distribuição das percepções de frequência de suporte emocional/estima recebido e ideal se aproxima mais da distribuição normal.

A ESIAD_DOR, ao apresentar bons índices de fidelidade interna, pode ser considerada uma escala adequada, e que me mede de modo consistente as PPA e PPD, derivadas do suporte instrumental e emocional/estima facultado pela família do indivíduo em situação de dor.

4.1. Validade da ESIAD_DOR

A validação da ESIAD_DOR requereu a realização de diferentes testes à validade, mais especificamente, à validade de conteúdo, de critério concorrente e ainda à validade divergente.

No que diz respeito à validade de conteúdo, esta foi, em primeiro lugar, fundamental para proceder a algumas alterações dos itens, de modo a facilitar a sua leitura pelos participantes do estudo. Posteriormente, aquando de uma segunda avaliação, a consistência apresentada entre a avaliação dos dois juizes consultados permitiu concluir que os itens

pertencentes à escala constituem uma via válida para a avaliação das funções de promoção de autonomia e dependência derivadas das perceções de suporte social providenciado pelo núcleo familiar do indivíduo. No entanto, importa não esquecer que alguns dos itens apresentados não foram percebidos pelos indivíduos como tradutores da categoria de suporte para a qual haviam sido concebidos. Esta inconsistência pode resultar do facto dos juízes serem especialistas que focaram a sua atenção nas categorias apresentadas, enquanto que os participantes são pessoas leigas, que não têm acesso e não tomam em consideração as definições teóricas inerentes aos itens apresentados.

Relativamente à validade relativa a um critério, foram estabelecidas diferentes hipóteses. A Hipótese 1 referia-se à relação entre as PPA/PPD e a experiência de dor, em que eram esperados diferentes resultados para cada um dos tipos de experiência de dor. Especificamente, acreditava-se que as perceções de suporte seriam mais evidentes em indivíduos com dor crónica, seguidos dos indivíduos com dor aguda, e finalmente dos indivíduos sem dor. Os resultados permitiram concluir que experiência de dor exerce uma influência significativa ao nível das PPD - Emoc, sendo essa influência oposta à hipotetizada; o grupo dos indivíduos com dor aguda foi aquele que evidenciou a maior percepção deste tipo de suporte, seguidos dos indivíduos sem dor e finalmente daqueles que padecem de dor crónica. Estes resultados podem ser fruto das características da dor aguda, que por decorrer de uma patologia ou lesão (Merskey & Bogduk, 1994) suscita nos membros da família do indivíduo a manifestação de estímulos à inatividade, para que seja possível efetuar a cura, e consequentemente, diminuir a dor sentida. Inversamente, os familiares dos indivíduos com dor crónica, pelo contacto permanente com a situação de dor, e à medida que se acentua a duração da doença, podem tender a diminuir as manifestações de promoção de dependência, procurando que os indivíduos com dor crónica retomem as suas funções enquanto membros da família e que se mantenham o mais ativos possível (Kannerstein & Whitman, 2007), apesar dos indivíduos continuarem a desejar a ocorrência desse mesmo suporte. Cano (2004) afirma que as perceções de suporte podem diminuir com o prolongamento da dor, devido ao facto de, nos primeiros estádios da dor, as manifestações de queixa acentuadas e a concentração constante na dor, servirem de veículo para solicitar apoio e permitir o alívio da experiência de dor. Com o aumento do período de dor, as exigências de apoio tendem a aumentar, pelo que a focagem exacerbada na dor pode originar menores perceções de suporte, e uma menor satisfação com o apoio percecionado, tal como poderá ser constatado de seguida.

De facto, na Hipótese 2 estipulou-se que seriam esperados diferentes valores de satisfação consoante os tipos de dor experienciados, sendo que os indivíduos com dor crónica

deveriam apresentar uma maior insatisfação com o suporte familiar em geral, por desejarem receber menos suporte promotor de autonomia e mais suporte promotor de dependência. Os resultados obtidos permitiram confirmar parcialmente as expectativas postuladas, sendo que apenas foram encontradas diferenças entre as distintas experiências de dor ao nível da SPD - Inst, com o qual os indivíduos com dor crónica se revelaram os mais insatisfeitos, seguidos dos indivíduos sem dor, e finalmente, por aqueles que sofrem de dor aguda. Posteriormente, a análise da direção da insatisfação, permitiu concluir que o número de pessoas com dor aguda que se encontravam insatisfeitas por desejarem mais suporte instrumental promotor de dependência era significativamente inferior aquilo que era esperado, situação inversa à apresentada pela amostra de indivíduos com dor crónica, que apresentava um número de pessoas superior ao esperado que desejava receber mais apoio e estímulo à sua inatividade. Tal como referido anteriormente, à medida que o período de duração da dor crónica se amplifica, as exigências aumentam e as perceções de suporte diminuem (Cano, 2004), pelo que a insatisfação com o suporte instrumental caracterizado por substituir o indivíduo tende a aumentar. Já no que diz respeito às pessoas com dor aguda, acredita-se que estes resultados evidenciem a tendência dos indivíduos para quererem manter as atividades a que estão afeitos, ficando insatisfeitos com a resposta promotora de dependência dos seus familiares à sua lesão. De acordo com Martire, Stephens & Schulz (2011), os indivíduos que recebem assistência num domínio tido como central para eles, tendem a exibir reações emocionais mais negativas, do que aqueles para quem a tarefa não é importante. Os mesmos autores afirmam que, enquanto a autonomia é considerada como uma necessidade para qualquer indivíduo, em diferentes domínios de vida, a importância do funcionamento independente encontra-se intrinsecamente associada a domínios específicos. Assim, acredita-se que os valores de insatisfação para com o suporte instrumental promotor de dependência, nas pessoas com dor aguda, se deva ao facto de a lesão constituir um obstáculo à manutenção do seu funcionamento independente nas tarefas diárias consideradas por elas centrais, exigindo a substituição dos seus papéis familiares, o que poderá suscitar uma condição de ameaça à identidade do indivíduo (Kendig, Browning, Young, 2000).

Dentro ainda da validade relativa a um critério, estimou-se na Hipótese 3 que as perceções de suporte social recebido exerceriam efeitos sobre o grau de severidade e interferência da dor, principalmente as PPD, e que esse efeito seria mais acentuado nas pessoas com dor crónica, revelando um papel moderador da dor. Todavia, e ao contrário do esperado, as PPA - Emoc foram aquelas que, exclusivamente, evidenciaram exercer um efeito significativo sobre o grau de interferência da dor, apenas entre as pessoas que padeciam de

dor aguda. Acredita-se que este resultado possa ser explicado pela capacidade de o indivíduo reconhecer a interferência que a dor aguda assume nas suas tarefas apenas quando é estimulado pelos seus familiares a manter-se ativo e fiel às suas rotinas e atividades. Ainda, os resultados podem derivar do facto de o indivíduo se continuar a esforçar quando reconhece o incentivo da sua família, o que pode agudizar o episódio de dor enquanto há lesão. Para além disso, quer para os resultados obtidos, quer para a ausência de resultados observados para as restantes perceções de suporte e para a severidade da dor, surge a necessidade de equacionar as diferenças sociodemográficas evidentes entre as duas populações, uma vez que é nos indivíduos com dor aguda que se encontram os indivíduos mais novos e solteiros, o que pode revelar uma tendência da parte dos membros da sua família para esperarem um maior nível de atividade e independência.

De um modo semelhante ao efetuado para as perceções de suporte social recebido, estimou-se na Hipótese 4 que a satisfação com o suporte social percebido, em particular a SPD - Inst e SPD - Emoc, exercia efeito sobre o grau de interferência e severidade da dor, e que essa relação era moderada pelo tipo de experiência de dor. No entanto, não foram encontradas correlações de quaisquer natureza, indicando que a satisfação com o suporte social não exerce efeito sobre a severidade da dor e a interferência da dor. Estes resultados vêm contradizer outros anteriormente obtidos, como é o caso do estudo levado a cabo por Turk et al. (1992), em que em casais satisfeitos com o suporte conjugal percebido, as constantes respostas solícitas à dor por parte do cônjuge se encontravam fortemente associadas a intensidades de dor mais elevadas. Contudo, importa esclarecer que as escalas de satisfação podem muitas vezes não refletir um determinado conjunto de fatores, como as preferências do paciente, as suas crenças, a natureza dos cuidados prestados, entre outros, desenvolvendo uma complexidade em torno da satisfação que dificulta a sua avaliação e interpretação, uma vez que estas escalas constituem uma função das expectativas, que podem variar entre sujeitos, mesmo quando estes se encontram enquadrados num contexto de doenças comparáveis (Slade & Keating, 2010).

O último critério adotado para testar a validade da ESIAD_DOR prendia-se com a adoção de estratégias de *coping* para lidar com a dor, sendo esperado na Hipótese 5 que as PPA exercessem efeito sobre a adoção de estratégias de *coping* ativo, enquanto que as PPD deveriam prever a adoção de estratégias passivas. Ainda, estimou-se uma vez mais que o tipo de experiência de dor exerceria um papel moderador das relações acima descritas, sendo esperado que estas fossem particularmente evidentes em pessoas com dor crónica, devido ao contacto constante com as dificuldades impostas pela dor. Os resultados obtidos permitiram

observar que, para a amostra em estudo, o tipo de experiência de dor moderava apenas a relação entre as PPD - Emoc e adoção de estratégias ativas para lidar com a dor. No entanto, ao contrário das hipóteses estabelecidas, a relação identificada não se verificou para as pessoas com dor crônica, revelando-se significativa para os grupos de indivíduos com dor aguda ou sem dor atual. De facto, constatou-se que, para indivíduos cuja experiência atual se pautava pela ausência de dor, as PPD - Emoc influenciavam positivamente a adoção de estratégias ativas de *coping*. Estes resultados podem ser consequência da rotina diária dos indivíduos onde, perante uma dor espontânea e passageira, os indivíduos cujas tarefas diárias se encontram habitualmente isentas de dor, tendem a manter as suas funções, apesar das expressões de incentivo ao repouso manifestadas pelos membros do seu núcleo familiar. Por sua vez, e de acordo com o hipotetizado, os sujeitos com dor aguda evidenciaram uma diminuição da adoção de estratégias de *coping* ativo aquando de uma PPD - Emoc mais frequente, revelando que perante uma dor derivada de lesão, os elementos da família estimulam a diminuição de atividade e a adoção de comportamentos de repouso. Em resposta a esta promoção de dependência, os indivíduos que sofrem de dor aguda demonstram diminuir as suas formas ativas de lidar com a dor, o que constitui uma postura adaptativa perante o quadro que define este tipo de experiência de dor. Estes resultados parecem ganhar sentido no âmbito das experiências de dor, tal como constatado por Jensen & Karoly (1991), que afirmam que os níveis de atividade adotadas podem estar dependentes do tipo de estratégias utilizadas para gerir a experiência de dor, sendo que recursos como o ignorar da dor, o desvio da atenção e as auto-verbalizações, se encontram associadas a uma baixa intensidade de dor, o que permite inferir que a eficácia das diferentes formas de lidar com a dor pode ser condicionada pelo tipo de dor em questão. Assim, para indivíduos que não vivenciam dor no momento presente, mas que ao longo da vida já experienciaram algum tipo de dor, a importância da manutenção dos níveis de atividade parece impor-se à sensação de dor passageira, enquanto que para as pessoas com dor aguda se revela determinante a diminuição da atividade, para efetuar a recuperação da lesão adquirida. Tal como já foi referido, não foram encontrados quaisquer efeitos para as pessoas com dor crônica, o que poderá indicar que o modo como percebem o suporte social providenciado pelas suas famílias, não influencia os métodos a que recorrem para gerir a dor.

No que concerne ainda ao critério relacionado com o tipo de estratégias adotadas para lidar com a dor, definiu-se na Hipótese 6 que a SPA permitiria prever a adoção de estratégias de *coping* ativas, ao contrário da SPD, que deveria exercer efeito sobre a adoção de estratégias passivas, acreditando-se também que a experiência de dor deteria um papel moderador das

relações apresentadas, onde o grupo de sujeitos com dor crónica era esperado como aquele para quem estas relações seriam notórias. Os resultados obtidos evidenciaram a ausência de efeitos de moderação do tipo de dor sobre a relação entre a satisfação com o suporte percebido e a adoção de estratégias de *coping*, apesar da evidência de correlações negativas, em pessoas com dor crónica, entre a SPD e adoção de estratégias de *coping* ativas, *i.e.*, tal como era esperado, para os sujeitos que padecem de dor crónica atual, o aumento da satisfação com o suporte promotor de dependência de carácter instrumental encontra-se associado à diminuição do recurso a formas ativas de lidar com a dor, o que revela que o modo como o indivíduo com dor crónica se sente em relação ao suporte que percebe receber pode exercer efeitos sobre a posição que adota perante a situação de dor. Neste caso, as correlações evidenciam uma postura não adaptativa face ao que seria ideal para sujeitos cuja vida é caracterizada por uma influência constante da dor, uma vez que o padrão de estratégias passivas adotadas pelo sujeito com dor tende a torna-se intrínseco ao mesmo, potenciando a severidade da sua dor e o impacto desta nos seus comportamentos (Romano, Jensen & Turner, 2003).

Finalmente, como último teste à validade da ESIAD_DOR, procurou-se confrontar a escala com a ESS-MOS (Fachado et al., 2007), uma vez que esta permitia a validade discriminante do instrumento desenvolvido. Estabeleceu-se, na Hipótese 7, que seria espectável a inexistência de correlações entre ambas as escalas, devido ao facto da ESIAD_DOR medir especificamente as perceções de frequência de suporte recebido e de frequência de suporte ideal promotor de autonomia/dependência proveniente do núcleo familiar dos indivíduos com dor, enquanto a ESS-MOS mede as perceções de suporte informal de um modo em geral. Os resultados obtidos contrariaram, em parte, as hipóteses estabelecidas, uma vez que foram encontradas correlações significativas entre as subescalas da ESIAD_DOR e as subescalas da ESS-MOS. Especificamente, para todos os tipos de experiência de dor, foram identificadas correlações entre as PPA - Inst e PPD - Inst, e as perceções de suporte tangível, o que vem evidenciar uma vez mais que o suporte instrumental é frequentemente encarado como um todo, havendo maior dificuldade por parte dos sujeitos em concretizar a distinção entre promoção de autonomia e promoção de dependência. Estes resultados podem derivar do facto da estrutura fatorial obtida para a ESIAD_DOR ser constituída por quatro fatores, referentes às distintas categorias de suportes instrumental e emocional/estima promotores de autonomia e dependência, enquanto se esperava que essa estrutura apresentasse meramente dois fatores, indicativos apenas da promoção de autonomia e promoção de dependência. Ao sobressair a especificação relativa a suporte instrumental e

suporte emocional/estima, acaba por se detetar algumas correlações entre as subescalas da ESS-MOS que medem tipos de suporte semelhantes, como é o caso do suporte tangível e do suporte emocional/informativo, respetivamente, apesar das mesmas não serem muito elevadas. Isto revela que a comparação da ESIAD_DOR com a ESS_MOS pode permitir também o teste da validade de construto convergente, referente à existência de correlação elevada do instrumento em validação com um outro que meça constructos semelhantes. Todavia, não foram encontradas correlações significativas entre as perceções de frequência recebida de suporte emocional/estima e as perceções de suporte emocional/informativo, o que pode estar associado ao facto de os participantes interpretarem este último como avaliador da disponibilização de informação e não tanto da manifestação e expressões de empatia, confiança e segurança. Para além disso, no grupo dos participantes sem dor, foi possível constatar a existência de uma correlação significativa entre as PPA - Inst, da ESIAD_DOR, e as perceções de suporte emocional/informativo da ESS-MOS. Estes resultados parecem ganhar expressão no enquadramento da promoção de autonomia, *i.e.*, o suporte emocional/informativo, pelo fornecimento de ajuda informativa, pode ser encarado como promotor de autonomia, tal como o suporte instrumental que estimula a manutenção da atividade do indivíduo. De facto, Matos & Bernardes (em revisão) haviam desde já verificado que a dimensão de suporte promotor de autonomia era composto em grande parte por itens da categoria de suporte emocional e de estima, demonstrando que os indivíduos apresentam alguma tendência para encarar este suporte como um estimulante à conservação da autonomia das pessoas com dor. Relativamente às perceções de frequência ideal de suporte social, tal como havia sido hipotetizado, não foram encontradas quaisquer tipo de correlações com as subescalas da ESS-MOS, o que parece justificável, uma vez que esta última mede apenas as perceções de suporte recebido e não a frequência com que os participantes gostariam de receber o suporte social percebido. Esta inexistência de correlações permite confirmar a necessidade de avaliar a validade discriminante da ESIAD_DOR, uma vez que em foco estão conceitos dissemelhantes de suporte informal. De um modo geral, é possível assumir que a ESIAD_DOR apresenta uma boa validade de construto convergente e divergente, apesar de que, idealmente, deveriam existir correlações entre as categorias de perceções de suporte emocional/estima e da subescala de perceções suporte emocional/informativo.

Em suma, é possível concluir que os sujeitos adultos percebem o apoio prestado pelos membros da sua família no âmbito da promoção de autonomia e dependência enquanto funções do suporte social, havendo dominância das perceções de suporte do tipo instrumental, o que revela uma maior saliência das ações práticas efetuadas quer com o intuito de promover

a funcionalidade do indivíduo com dor, quer com a intenção de o substituir nas suas funções. Em relação às manifestações e expressões emocionais, é junto da população com dor aguda que se verificam as maiores PPD, ao contrário do que acontece para os participantes com dor crónica. Para além disso, constatou-se que as PPA - Emoc permitiam prever o aumento da interferência da dor no quotidiano dos indivíduos com dor aguda, mas não dos sujeitos com dor crónica, e que apenas em sujeitos sem dor atual e com dor aguda as PPD - Emoc exerciam efeito sobre a adoção de estratégias de *coping* ativas para lidar com a dor.

Embora detentor de algumas limitações, que serão analisadas de seguida de um modo mais aprofundado, este estudo permitiu, com a construção e validação da ESIAD_DOR, rematar algumas lacunas existentes ao nível da literatura sobre as perceções de suporte em contexto familiar e promoção de autonomia e dependência em situação de dor, e ainda intensificar a assunção de que as perceções de suporte detêm a função de promoção de autonomia/dependência, sendo fundamental o estímulo da autonomia por parte dos elementos da família dos indivíduos com dor para garantir a sua funcionalidade social e física. Ainda, decorrente de um questão suscitada por Matos (2010), a inserção de uma medida de satisfação na ESIAD_DOR possibilitou constatar que as crenças e posição do sujeito face ao apoio que percebe receber podem, de facto, condicionar os seus comportamentos na gestão da dor. Tendo em conta as diversas conclusões obtidas, é possível afirmar que a ESIAD_DOR constitui uma escala com capacidade para medir as perceções de suporte social familiar, em contexto de dor, evidenciando características de sensibilidade adequada e boa fidelidade interna, e com qualidade ao nível das validades de conteúdo, de critério, e de construto convergente e divergente.

4.2. Limitações e Constrangimentos

Apesar dos resultados obtidos com este estudo serem bastante satisfatórios, a construção e validação da ESIAD_DOR não se encontra isenta de limitações, que poderão ter condicionado alguns dos resultados obtidos, e que deverão ser equacionadas e solucionadas em investigações futuras.

Em primeiro lugar, talvez constituindo a limitação mais proeminente no estudo em causa, encontra-se a utilização de diferentes métodos de recolha de dados. A utilização da via de recolha *on-line* induziu a obtenção de uma amostra constituída por um elevado número de jovens adultos, o que poderá ter condicionado a obtenção de resultados mais claros, pelo facto destes apresentarem uma menor percentagem de incidência da dor crónica. E mesmo entre aqueles que evidenciaram sofrer de dor crónica, a severidade da mesma pode não ser tão

acentuada ao ponto de despoletar constrangimentos constantes e permanentes, suscitando um quotidiano caracterizado pela disfuncionalidade. Desta forma, seria de real importância a possibilidade de confrontação dos resultados obtidos para a amostra em estudo com um grupo clínico de comparação, constituído por indivíduos cuja severidade e interferência da dor conduziram à procura de ajuda profissional especializada, em particular, o acompanhamento numa Unidade de Dor.

Para além disso, as restantes variáveis sociodemográficas evidenciaram, também elas, variações acentuadas de acordo com o tipo de questionário efetuado, o que poderá ter exercido influência sobre as conclusões observadas. Ao nível dos questionários *on-line*, foi encontrada uma amostra caracterizada não só por indivíduos mais novos, como também mais instruídos, solteiros e a partilharem habitação com amigos ou a viverem sozinhos. Na literatura, é referido que a dor crónica tende a desenvolver-se em grupos etários mais elevados, sensivelmente entre os 40 e os 60/65 anos (Ponte, 2005; Breivik et al., 2006; Ferreira, Meneses & Rebelo, 2012) e em pessoas cujas habilitações literárias remontam ao 1º ciclo (Ponte, 2005). Mais, os indivíduos solteiros são frequentemente referidos como aqueles que apresentam menor percentagem de dor crónica (Ponte, 2005; Ferreira, Meneses & Rebelo, 2012). Por último, o facto de se tratar de uma amostra em que muitos indivíduos vivem sozinhos ou com amigos pode prejudicar as perceções de suporte avaliadas pela ESIAD_DOR, uma vez que se trata de um instrumento que avalia as perceções de suporte instrumental e emocional/estima providenciado pelos elementos da família; a ausência de contacto diário com a família ao nível das atividades rotineiras pode ter exercido influência sobre as respostas apresentadas no questionário.

Um outro obstáculo à qualidade do estudo e à validade da ESIAD_DOR, diz respeito à diminuta amostra de indivíduos idosos, uma vez que consistem num dos escalões etários com maior incidência de dor crónica e onde a inatividade e dependência assumem repercussões mais graves, constituindo um entrave ao envelhecimento ativo (Paúl, 2005). Ainda, foi saliente a discrepância de percentagem de indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, o que não permitiu analisar adequadamente a influência do género nas perceções de promoção de autonomia e dependência, bem como na satisfação com o suporte percebido, existindo ao nível da literatura investigações que salientam diferenças entre homens e mulheres em distintos aspetos associados à experiência de dor (Stubbs et al., 2010).

Por último, a amostra obtida deveria ser de maior dimensão, de modo a que a consistência da estrutura fatorial fosse mais estável, possibilitando o alcance de conclusões mais firmes e seguras.

4.3. Implicações e Direções Futuras de Investigação

Todas as observações analisadas e discutidas anteriormente, permitem reconhecer que, apesar da promoção de dependência não constituir um acentuado veículo de resposta às manifestações e dificuldades dos indivíduos com dor crónica, a promoção de autonomia por parte da família destas pessoas não atingiu ainda os níveis idealmente estabelecidos, sendo necessárias intervenções junto do seio familiar que esclareçam a importância desta função do suporte social. O estudo efetuado possibilitou também a oportunidade de constatar que as pessoas com dor crónica são aquelas que mais insatisfação apresentam relativamente ao suporte instrumental promotor de dependência, por julgarem que deveriam receber mais este tipo de apoio, vindo a confirmar a necessidade acrescida de uma intervenção baseada na educação para a saúde, delineada com o intuito de elucidar o paciente com dor crónica sobre a importância de se manter ativo e o mais fiel possível às suas funções quotidianas. De um modo geral, os resultados permitem antever a necessidade de acompanhamento familiar no processo de gestão da dor, sendo fundamental que os membros da família do indivíduo com dor, bem como o próprio, aprendam a importância e significado das ações partilhadas e que promovam a funcionalidade e autonomia do sujeito. Ainda, a intervenção deve exaltar a importância das expressões de motivação e manifestações positivas por parte da família, que impulsionem o indivíduo a continuar a funcionar, mesmo em situação de dor.

Num futuro próximo é fundamental o aperfeiçoamento da escala, procurando colmatar as falhas identificadas na construção e validação da ESIAD_DOR, de modo a tornar mais forte a literatura existente no campo da promoção de autonomia em contexto de dor. Para isso, constituiria uma mais-valia o recurso a um grupo clínico, caracterizado pela frequência de uma Unidade de Dor de um centro hospitalar, utilizado como fonte de referência e comparação, pelo facto de traduzirem indivíduos cuja severidade e interferência da dor acentuadas conduziu à procura de ajuda profissional, e de modo a verificar se as PPA e PPD divergem entre pessoas que detêm ou não um diagnóstico e um acompanhamento especializado. A futura investigação e melhoria da ESIAD_DOR poderá também beneficiar de uma melhor qualidade perante a introdução de um instrumento de avaliação da funcionalidade do indivíduo no quotidiano enquanto medida de critério, de modo a perceber se as PPA e PPD exercem, realmente, efeito sobre os níveis de atividade dos sujeitos com dor crónica.

Em jeito de conclusão, considera-se fundamental a persistência no estudo das relações entre perceções de suporte informal e autonomia na dor, de modo a melhorar os serviços e

apoios prestados aos pacientes cuja vida é regada pela dor e disfuncionalidade e abrindo portas para novos meios de intervenção, com vista ao incremento da qualidade de vida dos pacientes com dor crónica.

5. Referências Bibliográficas

- Åberg, A. C., Lindmark, B., Lithell, H. (2003). Development and reliability of the General Motor Function Assessment Scale (GMF) - A performance-based measure of function-related dependence, pain and insecurity. *Disability and Rehabilitation*, 25 (9), 462 - 472;
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C. J, Cativo, M. C., Correia, D., Correia, J., Coucelo, G., Lopes, B. C., Loureiro, M. C., Silva, B. & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução e adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e validação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6 – 55;
- Besler, H., Rehfisch, H. P. (1990). Follow-up results of a cognitivebehavioral treatment for chronic pain in a primary care setting. *Psychology and Health*, 4, 293-304;
- 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, pp. 287 – 333;
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-23;
- Brown, G., Nicassio, P. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53 - 64;
- Buenaver, L. F., Edwards, R. R., & Haythornthwaite, J. A. (2007). Pain-related catastrophizing and perceived social responses: inter-relationships in the context of chronic pain. *Pain*, 127 (3), 27-34;
- Bush, E. G., Pargament, K. I. (1997). Family coping with chronic pain. *Fam Syst & Health*, 15, 147 – 160;
- Calheiros, M., Bernardes, S., Paulino, P., Pereira, P. (2005). *Avaliação dos fatores de risco/protecção e do suporte social institucional na área da saúde com jovens no âmbito da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa/ Centro de Investigação e Intervenção Social;
- Calheiros, M., Paulino, P. (2007). Construção e determinação das qualidades psicométricas do questionário de suporte social institucional na saúde (QSSIS). *Laboratório de Psicologia*, 5, 17 - 33;
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110, 656–664;
- Cano A, Weisberg J, Gallagher M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Med*, 1, 35–43;
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., Paiva, M. L. M. (2010). *Pain Proposal – A dor crónica em Portugal*. Retrieved from <http://www.pfizer.pt/Publicações-206.aspx>;
- Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C. R. Chapmen & J. D Loeser (Eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, 391 – 403. New York: Raven Press;
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300 - 314;

- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 - 357;
- Cukor, D., Cohen, A. D., Peterson, R. A., Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial Aspects of Chronic Disease: ESRD as a Paradigmatic Illness. *J Am Soc Nephrol*, 18, 3042–3055;
- Custódio, S., Pereira, A. M. S., Seco, G. M. B. (2006, Novembro). *Stresse, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Exposição oral apresentada no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Évora;
- Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: a microanalytical investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201 - 208;
- Dantas, H. E. M., Vale, R. G. S. (2004). Protocolo GDLAM da avaliação da autonomia funcional. *Fitness & Performance Journal*, 3(3), 175 - 182;
- Direcção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor – Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD. Retrieved from <http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>;
- Eccleston, C. (2011). A normal psychology of chronic pain. *Special issue*, 24(6), pp. 422-425
- European Federation of IASP Chapters (2001). EFIC's Declaration on chronic pain as a major healthcare problem, a disease in it's own right. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2915>;
- Evers, A. W. M, Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295 - 1310;
- Fachado, A. A., Martinez, A. m., Villalva, C. M. & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-ESS). *Acta Médica Portuguesa*, 20(6), 525-533;
- Feldman, S., Downey, G., Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5), 776 – 785;
- Ferreira, S. G., Meneses, R. F., Rebelo, V. (2012). *Relação entre dor e características sócio-demográficas e clínicas em indivíduos com lombalgia crónica*. Poster apresentado nas VII Jornadas Nortenha de Psicologia "Em torno da Escola, Família, Saúde e Stress", Porto, Portugal;
- Flor, H., Kerns, R. D., Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-259;
- Floro, C. (2007). *A qualidade de vida em doentes com coxartrose artroplastia total da anca: suporte social e estratégias de coping*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia.) Universidade do Algarve, Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Faro, Portugal;
- Gil, K. M., Keefe, F. J., Crisson, J. E., Van Dalfsen, P. J. (1987). Social support and pain behavior. *Pain*, 29, 209-217;
- Itkowitz, N. I., Kerns, R. D., Otis, J. D. (2003). Support and coronary heart disease: the importance of significant other responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 19 – 30;
- Jensen, M. P., Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(3), 431-438;

- Kannerstein, D., & Whitman, S. (2007). Surviving A Loved One's Chronic Pain. *Practical Pain Management*, 7(1), 50-52;
- Kendig, H., Browning, C. J., Young, A. E. (2000). Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disability and rehabilitation*, 1/2, 15 - 22;
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., Otis, J. D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 100 – 105;
- Knight, J., Green, S., Hinson, W. (1997). Chronic Pelvic Pain: A systemic approach to assessment and treatment. *Fam Syst & Health*, 15, 135 - 146;
- Knoll, N., Burkert, S., Rosemeier, H. P., Roigas, J., Gralla, O. (2005). Predictors of spouses' provided support for patients receiving laparoscopic radical prostatectomy peri-surgery. *Psico-Oncology*, 16, 312-319;
- Krohne, H. W., Slangen, K. E. (2005). Influence of Social Support on Adaptation to Surgery. *Health Psychology*, 24(1), 101-105;
- Lakey, B., Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337 -343;
- Lee, G. K., Chan, F., Berven, N. L. (2007). Factors affecting depression among people with chronic musculoskeletal pain: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 33-43;
- Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., ...Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. *Am J Psychiatry*, 157, 1221 - 1228;
- Lett, H. S., Blumenthal, J.A, Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M. M., Mitchell, P., Jaffe, A. S., Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology*, 26(4), 418 – 427;
- Litwin, M. S. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. SAGE Publications: Thousand Oaks;
- Malecki, C. K., Demaray, M. K. (2003) What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, informational, appraisal and instrumental support. *School Psychology Quarterly*, 18(3), 231–252;
- Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Schulz, R. (2011). Independence centrality as a moderator of the effects of spousal support on patient well-being and physical functioning. *Health Psychology*, 30 (5), 651 - 655;
- Matos, M. (2010). Construção e validação da Escala de Suporte Formal para a Autonomia na Dor nas pessoas idosas. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa;
- Matos, M., Bernardes, S. (em revisão). The portuguese formal social support for autonomy. Não publicado.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press;
- Observatório Nacional de Saúde (2002). *A dor na população Portuguesa – alguns aspectos epidemiológicos*. Retrieved from <http://www.doentescomcancro.org/u hdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>;

- Organização Mundial de Saúde (n.d.). Chronic Diseases. *Health Topics*. Retrieved from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/;
- Organização Mundial de Saúde (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Retrieved from www.who.int/classification/icf/;
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275 - 287;
- Pedro, L., Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Relação entre otimismo e autonomia funcional em indivíduos com esclerose múltipla. *Psychology, Community & Health*, 1 (2), 172 - 178;
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267;
- Power, M. J., Champion, L. A., Aris, S. J. (1988). The development of a measure of social support: The significant others (SOS) scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 349-358;
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchn-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson, F., Gillard, J., & Quintard, B. (1997). Soutien Social et santé: adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le SSQ. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 35 – 51;
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558;
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A. (2003). The chronic pain coping inventory-42: reliability and validity. *Pain*, 104, 65 - 73;
- Ryan, R. M., Solky, J. A. (1996). What is supportive about social support? In *Handbook of Social Support and the family*, edited by Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G. Plenum Press: New York;
- Saarijärvi, S., Lahti, T., Lahti, I. (1989). Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. *Family Systems Medicine*, 7(3), 328 - 338;
- Sarason, I. G., Sarason, B., Potter III, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47 (2), 156-163;
- Schweigert, W. (1994) *Research methods and statistics for psychology*. Brooks/Cole Publishing Company;
- Silva, F. C. M., Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Luz, M. T., Alcântara, M. A. (2011). A qualitativa study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occup. Ther. Int*, 18, 85 - 95;
- Sheng, X., Le, H., Perry, D. (2010). Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal latinas. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1) 35 – 44;
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705 - 714;
- Slade, S. C., Keating, J. L. (2010). Measurement of participant experience and satisfaction of exercise programs for low back pain: a structured literature review. *Pain Medicine*, 11, 1489–1499;
- Spengelink, C.D., Hutten, M. M. R., Hermens, H. J. (2002). Assessment of activities of daily living with an ambulatory monitoring system: a comparative study in patients with chronic low back pain and nonsymptomatic controls. *Clinical Rehabilitation*, 16, 16 – 26;
- Steeman, E., Abraham, I., & Godderis, J. (1997). Risk profiles for institutionalization in a cohort of elderly people with dementia or depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(6), 295 – 303;

- Stubbs, D., Krebs, E., Bair, M., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J. Kroenke, K. (2010). Sex Differences in pain and pain-related disability among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 11, 232 - 239;
- Sullivan, M. D, Turner, J. A, Romano, J. (1991) Chronic pain in primary care. *J Fam Pract*, 32, 193–199;
- Timmerman, I. G. H., Emanuels-Zuurveen, E. S. & Emmelkamp, P. M. G. (2000). Assessment The Social Support Inventory (SSI): a brief scale to assess perceived adequacy of social support. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 401-410;
- Torrence, N., Smith, B. H., Bennett, M. I., & Lee, A. J. (2005). The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *The Journal of Pain*, 7, 281 - 289;
- Turk, D. C., Kerns, R. D., Rosenberg, R. (1992). Effects of Marital Interaction on Chronic Pain and Disability: Examining the Down Side of Social Support. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 259 – 274;
- Vaux, A., Riedel, S. & Stewart, D. (1987). Modes of Social Support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 209-235;
- Wadensten, B., Ahlstrom, G. (2009). Ethical values in personal assistance: narratives of people with disabilities. *Nursing Ethics*, 16 (6), 759 - 774;
- Warwick, R., Joseph, S., Cordle, C., Ashworth, P. (2004). Social support for women with chronic pelvic pain: what is helpful from whom? *Psychology and Health*, 19(1), 117 - 134;
- Weiss, L. H., Kerns, R. D. (1995). Patterns of pain-relevant social interactions. *Int J Behav Med*, 2(2), 157 - 171;
- Widäng, I., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2008) Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study. *Journal of Advanced Nursing* 61(5), 540–548;
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41;

Anexo A

Estrutura conceptual da escala

1. Suporte Promotor de Autonomia

1.1. Suporte Instrumental

- a. Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex.: alcançar utensílios)
- b. Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente
- c. Ajudam-me a carregar coisas (ex., sacos de compras), para que me consiga mover com maior facilidade na realização das minhas tarefas domésticas.
- d. Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.
- e. Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais.

1.2. Suporte Emocional e de Estima

- a. Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas.
- b. Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão.
- c. Incitam-me a continuar envolvido nas minhas atividades apesar da dor.
- d. Motivam-me para fazer exercício físico.
- e. Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos.

2. Suporte Promotor de Dependência

2.1. Suporte Instrumental

- a. Fazem as minhas refeições, para que não precise cozinhar.
- b. Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas.
- c. Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa.
- d. Resolvem os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações).
- e. Requisitam serviços de apoio domiciliário para resolver por mim os meus problemas ou tarefas.

2.2. Suporte Emocional e de Estima

- a. Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer
- b. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividade.
- c. Dizem-me para não insistir quando não me sinto capaz de tratar de alguns problemas.
- d. Compreendem que a dor é horrível e me ultrapassa completamente
- e. Desaconselham-me a realizar exercício físico

Anexo B

Versão final do questionário apresentado aos participantes

QUESTIONÁRIO SOBRE A DOR

Parte I

Durante toda a vida, a maior parte das pessoas sente dor de vez e quando. A dor pode ser uma experiência que dificulta o nosso dia a dia e a realização de várias tarefas quotidianas. Nestas circunstâncias, em que as pessoas sentem dor, o apoio de familiares pode ser útil.

No presente questionário estamos interessados em conhecer a sua perceção sobre a frequência com que elementos da sua família lhe prestam apoio e assistência quando tem dores.

Não existem respostas certas ou erradas. Abaixo estão indicadas diferentes situações de apoio prestadas em contexto de dor.

Por favor, para cada situação faça um círculo num dos números de 1 a 5, mostrando com que frequência os elementos da sua família lhe fornecem o tipo de ajuda que é descrita.

A segunda parte de cada questão pede-lhe para indicar qual seria para si a frequência ideal. Tal como anteriormente, indique a sua resposta colocando um círculo à volta de um dos números de 1 a 5.

Quando estou com dores, os elementos da minha família...

	Nada Frequente	Pouco Frequente	Moderadamente Frequente	Muito Frequente	Extremamente frequente
1. Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas	1	2	3	4	5
1.1 Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
2. Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios).	1	2	3	4	5
2.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5

	Nada Frequente	Pouco Frequente	Moderadamente Frequente	Muito Frequente	Extremamente frequente
3. Fazem por mim as minhas refeições, para que não precise cozinhar.	1	2	3	4	5
3.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
4. Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão.	1	2	3	4	5
4.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
5. Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer.	1	2	3	4	5
5.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
6. Desaconselham-me a realizar exercício físico.	1	2	3	4	5
6.1 Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
7. Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
7.1 Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
8. Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
8.1 Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
9. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades.	1	2	3	4	5
9.1 Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
10. Ajudam-me a carregar coisas (ex., sacos de compras), para que me consiga mover com maior facilidade na realização das minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5

	Nada Frequente	Pouco Frequente	Moderadamente Frequente	Muito Frequente	Extremamente frequente
10.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
11. Fazem as minhas compras, para que não precise de sair de casa.	1	2	3	4	5
11.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
12. Incitam-me a continuar envolvido nas minhas atividades apesar da dor.	1	2	3	4	5
12.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
13. Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações).	1	2	3	4	5
13.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
14. Dizem-me para não insistir quando não me sinto capaz de tratar de alguns problemas.	1	2	3	4	5
14.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
15. Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos.	1	2	3	4	5
15.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
16. Motivam-me para fazer exercício físico.	1	2	3	4	5
16.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
17. Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente.	1	2	3	4	5
17.1.Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5

	Nada Frequente	Pouco Frequente	Moderadamente Frequente	Muito Frequente	Extremamente Frequente
18. Requistam serviços de apoio domiciliário para resolverem, por mim, os meus problemas ou tarefas.	1	2	3	4	5
18.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
19. Compreendem que a dor é horrível e me ultrapassa completamente.	1	2	3	4	5
19.1. Qual seria para si a frequência ideal?	1	2	3	4	5
20. Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/ saídas sociais.	1	2	3	4	5
20.1. Qual seria para si a situação ideal?	1	2	3	4	5

Parte II

Agora, gostaríamos que nos falasse um pouco mais sobre sua dor:

1. Já alguma vez teve dor, constante ou intermitente, por mais de 3 meses consecutivos?

Sim _____ Não _____

2. Sentiu essa dor durante a semana passada?

Sim _____ Não _____

3. Se respondeu que não à última questão, diga se sentiu alguma dor na semana que passou?

Sim _____ Não _____

Se respondeu SIM à questão 2 ou à questão 3 continue a responder às questões que se seguem. Se respondeu NÃO a essas duas questões, passe diretamente para a Parte III na página 7.

Tendo em conta a sua dor na passada semana:

4. 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.**

Sem dor										A pior dor que se pode imaginar		
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

5. 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.**

Sem dor										A pior dor que se pode imaginar		
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

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

Sem dor										A pior dor que se pode imaginar		
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

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

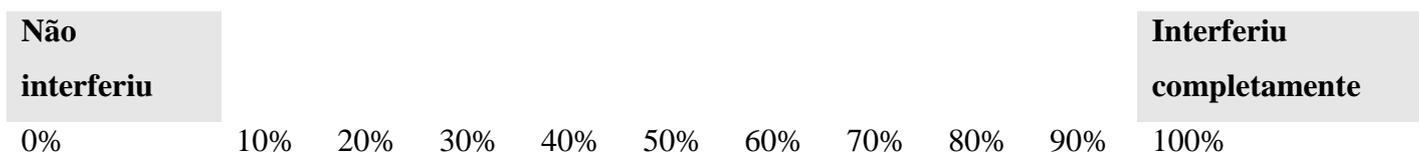
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar		
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10		

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

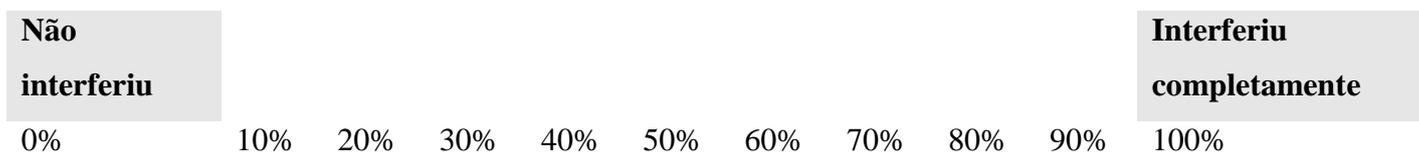
8.1. Atividade geral

Não interferiu											Interferiu completamente		
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%			

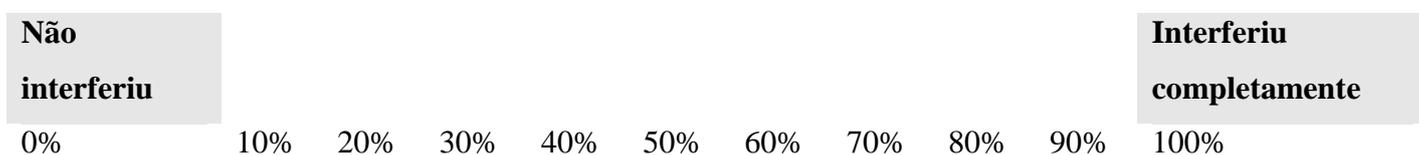
8.2. Disposição



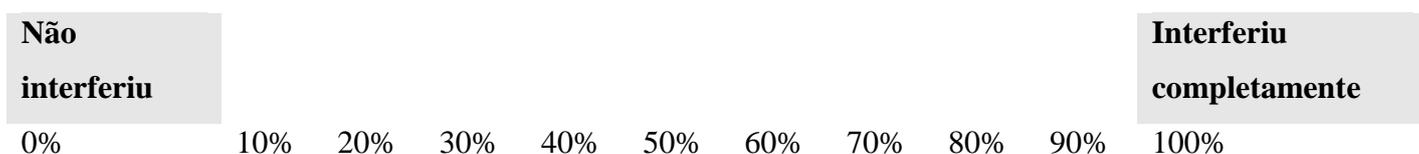
8.3. Capacidade para andar a pé



8.4. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho domestico como o trabalho fora de casa)



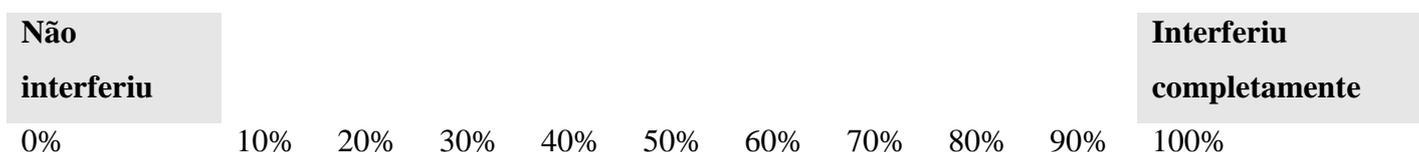
8.5. Relações com outras pessoas



8.6. Sono



8.7. Prazer de viver



Parte III

Centre-se nos momentos em que teve dor mais recentemente. Assinale com um círculo o número que melhor descreve a frequência com que utilizou as seguintes estratégias para lidar com a dor.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Fazer exercício físico ou terapia física	1	2	3	4	5
2. Dizer aos outros o quanto me dói	1	2	3	4	5
3. Concentrar-me na localização e intensidade da dor.	1	2	3	4	5
4. Distrair-me da dor	1	2	3	4	5
5. Manter-me ocupado ou activo	1	2	3	4	5
6. Pensar que não posso fazer nada para lidar com a dor	1	2	3	4	5
7. Restringir as minhas atividades sociais	1	2	3	4	5
8. Abstrair-me de pensamentos incómodos	1	2	3	4	5
9. Pensar no quanto a dor me está a desgastar.	1	2	3	4	5
10. Desejar que o médico prescreva melhor medicação para a dor	1	2	3	4	5
11. Participar em actividades de lazer	1	2	3	4	5

Parte IV

Agora, gostaríamos que respondesse às seguintes questões sobre o apoio em geral com que sente que pode contar:

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Indique o número de pessoas com as que está à vontade e pode falar de tudo o que quiser)

2. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? (Assinale com um círculo um dos números de cada fila)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
2.1. Alguém que o/a ajuda, se estiver de cama	1	2	3	4	5
2.2. Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
2.3. Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
2.4. Alguém que o/a leve ao médico quando o necessite	1	2	3	4	5
2.5. Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afetos	1	2	3	4	5
2.6. Alguém com quem passar um bocado	1	2	3	4	5
2.7. Alguém que lhe dê uma informação e o/a ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
2.8. Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio/a e das suas preocupações	1	2	3	4	5
2.9. Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
2.10. Alguém com quem poder relaxar	1	2	3	4	5
2.11. Alguém para preparar as suas refeições se não as poder fazer	1	2	3	4	5
2.12. Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5
2.13. Alguém com quem fazer coisas que o/a ajudem a esquecer os problemas	1	2	3	4	5
2.14. Alguém que o/a ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
2.15. Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
2.16. Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
2.17. Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
2.18. Alguém que compreenda os seus problemas	1	2	3	4	5
2.19. Alguém a quem amar e que lhe faça sentir querido	1	2	3	4	5

DADOS PESSOAIS
(Por favor assinale com “X”)

Sexo

F

M

Idade

Estado Civil

Casado/a ou a viver conjugalmente

Viúvo/a

Divorciado/a ou separado/a

Solteiro/a, nunca casou

Nível Máximo de Escolaridade Atingido

Qual o último ano de escolaridade que completou (ex.: 5º ano, 11º ano; 2º ano da licenciatura)?

Com quem vive?

Sozinho

Amigos

Cônjuge ou companheiro/a

Filhos

Outros familiares

Profissão?

Anexo C

Estrutura fatorial e variância explicada dos fatores referentes à dimensão de percepção de frequência de suporte social recebido da ESIAD_DOR

Itens	Fatores			
	PPD - Inst	PPA - Emoc	PPD - Emoc	PPA - Inst
<i>Quando estou com dores, os elementos da minha família...</i>				
Fazem por mim as minhas refeições para que não precise cozinhar	0,815		0,379	0,474
Encarregam-se da realização das minhas tarefas domésticas	0,805		0,509	0,450
Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)	0,746		0,377	0,474
Fazem as minhas compras, para que não precise sair de casa	0,697		0,356	0,576
Motivam-me para fazer exercício físico		0,857		
Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos		0,660		
Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão		0,600		
Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas	-0,220	0,405	-0,231	
Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades	0,426		0,866	0,394
Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer	0,442		0,660	0,282
Desaconselham-me a realizar exercício físico	0,415		0,590	0,257
Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente	0,499		0,300	0,844
Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais	0,479	0,247	0,271	0,741
Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente	0,401	0,210	0,278	0,736
Variância explicada	29,863	13,872	5,418	4,210

Anexo D

Estrutura fatorial e variância explicada dos fatores referentes à dimensão de percepção de frequência ideal de suporte social da ESIAD_DOR

Itens	Fatores			
	FIPD - Inst	FIPA - Emoc	FIPD - Emoc	FIPA - Inst
<i>Qual seria para si a frequência ideal?</i>				
Fazem por mim as minhas refeições para que não precise cozinhar	0,767		0,354	-0,377
Fazem as minhas compras, para que não precise sair de casa	0,752		0,349	-0,507
Ajudam-me na preparação das minhas refeições (ex: alcançar utensílios)	0,740		0,515	-0,508
Fazem as minhas compras para que não precise sair de casa	0,622		0,338	-0,379
16.1. Motivam-me para fazer exercício físico.		0,831		
15.1. Incentivam-me a visitar outros familiares ou amigos		0,688		-0,222
4.1. Incentivam-me a participar em atividades de lazer e diversão		0,644		0,271
1.1. Estimulam-me a realizar as minhas tarefas domésticas	-0,346	0,432	-0,269	
12.1. Incitam-me a continuar envolvido nas minhas atividades apesar da dor		0,411	-0,380	
9.1. Incentivam-me a evitar qualquer tipo de atividades	0,450		0,737	-0,442
5.1. Aconselham-me a parar tudo o que estou a fazer	0,409		0,654	-0,334
6.1. Desaconselham-me a realizar tudo o que estou a fazer	0,362		0,574	-0,227
17.1. Auxiliam-me no contacto com entidades (ex: banco, segurança social) para que consiga resolver os meus problemas pessoais autonomamente	0,400		0,266	-0,814
7.1. Dão-me boleia ou ajudam-me a arranjar transporte para eu conseguir tratar dos meus assuntos pessoais autonomamente	0,675			-0,718
20.1. Ajudam-me a tratar de aspetos práticos (ex: transporte) para que consiga participar em atividades/saídas sociais.	0,585	0,202		-0,636
13.1. Resolvem por mim os meus assuntos pessoais (ex: preenchem impressos, contactam instituições, obtêm informações)	0,338		0,314	-0,557
Variância explicada	29,027	13,275	5,185	3,277

Anexo E

Características descritivas da satisfação com o suporte social percebido

Variável	Média	Mediana	DP	Min	Máx	Assimetria/ Dp	Curtose/ Dp	K-S (sig)
Satisfação com o Suporte Instrumental Promotor de Dependência (SPD - Inst)	0,59	0,25	0,69	0,00	3,75	10,34	8,96	0,00
Satisfação com o Suporte Instrumental Promotor de Autonomia (SPA - Inst)	0,54	0,33	0,60	0,00	4,00	14,71	22,41	0,00
Satisfação com o Suporte Emocional/Estima Promotor de Dependência (SPD - Emoc)	0,46	0,33	0,62	0,00	3,33	11,83	10,64	0,00
Satisfação com o Suporte Emocional/Estima Promotor de Autonomia (SPA - Emoc)	0,38	0,20	0,49	0,00	3,60	17,78	35,10	0,00

Anexo F

Regressões lineares múltiplas com variáveis dummy: relação entre as PPD - Emoc e as estratégias de coping ativo

		B	R ²
Sem dor atual	Passo 1		0,014
	PPD - Emoc	0,019	
	Dor Aguda	-0,124	
	Dor Crónica	-0,009	
	Passo 2		0,047*
	PPD - Emoc	0,187*	
	Dor Aguda	-0,105	
	Dor Crónica	-0,003	
	Dor Aguda* PPD - Emoc	-0,243*	
	Dor Crónica * PPD - Emoc	-0,051	
Dor aguda atual	Passo 1		0,014
	PPD - Emoc	0,019	
	Sem Dor	0,122	
	Dor Crónica	0,093	
	Passo 2		0,047*
	PPD - Emoc	-0,223*	
	Sem dor	0,103	
	Dor Crónica	0,083	
	Sem dor*PPD - Emoc	0,272*	
	Dor Crónica*PPD - Emoc	0,132	
Dor crónica atual	Passo 1		0,014
	PPD - Emoc	0,019	
	Sem Dor	0,122	
	Dor Crónica	0,093	
	Passo 2		0,047*
	PPD - Emoc	0,073	
	Sem dor	0,004	
	Dor Aguda	-0,102	
	Sem dor*PPD - Emoc	0,075	
	Dor Aguda*PPD - Emoc	-0,176	

* $p < 0,05$