

Avaliação da Dor: Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42)* na População Portuguesa

Joana Costa & José Pinto Gouveia¹

Este estudo apresenta as características psicométricas da versão portuguesa da *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)*: Jensen & Karoly, 2000) e da *Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42)*: Romano, Jensen & Turner, 2003), numa amostra de 651 adultos portugueses, utentes de um Centro de Saúde. No Estudo1, são efectuadas Análises Factorial em Componentes Principais, para cada uma das medidas. Para a *SOPA*, uma estrutura de 9 factores (Controlo- Estratégias de Auto-Controlo, Incapacidade, Emoção, Solicitação, Medicação, Cuidados Médicos, Controlo- Estratégias de Aprendizagem, Cura Médica, Dano), que explicou 61.319%; para a *CPCI-42*, foram obtidos 6 factores (Relaxamento, Prevenção, Busca de Suporte, Auto-Declarações, Persistência na Tarefa, Exercício), que explicaram 60.835%. Os factores das medidas apresentaram adequação ao modelo original, com valores de consistência interna superiores aos obtidos pelos autores das versões originais ($\alpha \leq 0,60$, para as sub-escalas *SOPA*, com excepção do Controlo- Estratégias de Aprendizagem; $\alpha \leq 0,78$, para as sub-escalas *CPCI-42*, com excepção da sub-escala Exercícios).

Um segundo estudo utilizou uma amostra adicional de 151 adultos, com o objectivo de analisar a validade convergente e divergente, das versões obtidas da *SOPA* e *CPCI-42*. Foram abordados os contributos destas medidas na explicação dos sintomas de ansiedade, depressão e de *stresse*, através de análises de regressão múltipla.

Os resultados obtidos são discutidos tendo em consideração a literatura existente.

Palavras-Chave: Crenças maladaptativas; Estratégias de *Coping*; Tratamentos multidisciplinares; Dor.

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (jpgouveia@fpce.uc.pt)

1. Introdução

Nas últimas décadas tem sido crescente a investigação em torno da dor. Constitui uma experiência multidimensional desagradável, com componentes sensoriais e emocionais.

A caracterização da dor, em função da sua duração, permite compreender os aspectos que lhe estão subjacentes. Assim, a dor aguda é um tipo de dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo, sendo um sinal de alerta para ocorrência de um traumatismo ou de uma queimadura, por exemplo. Neste contexto, é um sintoma importante para o diagnóstico de várias patologias, constituindo um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, pela população em geral (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006). Por outro lado, a dor crónica é definida como uma dor persistente ou recorrente, durante pelo menos 3-6 meses. A dor crónica não tem qualquer vantagem para o doente, uma vez que para além do sofrimento que provoca, pode ter repercussões na saúde física e mental.

Têm sido várias as investigações acerca dos aspectos cognitivos e afectivos na dor. Uma das características da dor é o seu carácter interruptivo e prioritário no processamento da informação. O indivíduo evita a dor, abandonando fontes de informação/ actividades que estão a competir no momento, uma vez que a dor poderá significar perigo ou ameaça para o próprio (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eelen, 1996).

A literatura tem feito referência aos efeitos da dor crónica, no funcionamento físico, psicológico e social, tais como insónias, sintomas de ansiedade e de depressão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006; Bird, 2003; Caraceni, Cherny, Fainsinger, Kaasa, Poulain, Radbruch & De Conno, 2002; Ektor-Andersen, Ørbæk & Isacsson, 2002; Evers, Kraaijmaat, Riel & Jong, 2002; Jensen & Karoly, 1991; Schiaffino, Shawaryn & Blum, 1998).

Não sendo objectivo principal desta investigação, uma revisão dos vários modelos explicativos da dor crónica, parece-nos pertinente a abordagem dos modelos teóricos de cariz cognitivo-comportamental. Tradicionalmente, a dor é explicada pelo modelo médico da doença, como uma experiência sensorial pura, desencadeada por um estímulo nocivo. A investigação tem reforçado a importância de factores psicológicos (por exemplo, a percepção, a cognição, o afecto) e de factores comportamentais (por exemplo, o evitamento), na

explicação da dor (Asmundson, Norton & Norton, 1999). Para os modelos de *stresse* e de *coping*, a dor é conceptualizada como acontecimento gerador de *stress*. Assim, a forma como o paciente percebe a dor e as suas implicações, constitui o aspecto central no processo de ajustamento (Strong, Ashton & Chant, 1992). Dentro desta perspectiva, o *Modelo Transaccional do Stresse e do Coping*, de Lazarus e Folkman (1984), permite a compreensão da resposta de *stresse*, centrada em três processos, referentes à avaliação primária, à avaliação secundária e, à reavaliação. Na avaliação primária o indivíduo analisa as particularidades do acontecimento *stressante* e a sua influência no bem-estar isto é, determina se a situação constitui uma ameaça. Quando o acontecimento é percebido como ameaçador, o indivíduo avalia as fontes de *coping* disponíveis, o que determina a avaliação secundária. A decisão acerca do tipo de estratégias de *coping* a utilizar, está portanto dependente destes dois processos de avaliação primária e secundária. A reavaliação ou avaliação terciária, diz respeito a uma mudança no processo de avaliação, baseada em nova informação do ambiente e/ou da pessoa. O processo de avaliação envolve, deste modo, a determinação do grau para o qual o *stressor* representa uma ameaça, enquanto a resposta de *coping* envolve os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências dessa situação. Assim, o impacto psicológico de um *stressor*, a dor, é influenciado pelas características do indivíduo e da própria situação (Lazarus & Folkman, 1984). Neste contexto a eficácia da avaliação de controlo, isto é, a crença que o indivíduo tem das suas capacidades e dos seus recursos para lidar com a dor, assume um papel central, sendo consistente com os modelos teóricos (Jensen & Karoly, 1991).

No mesmo sentido, desde os anos 80 que a investigação na área da dor valoriza a importância em avaliar as atitudes, as crenças e as expectativas acerca da dor e dos respectivos tratamentos, como parte de uma avaliação multidimensional prévia, aos programas de tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992). Esta informação é útil para a planificação e para a aderência ao tratamento, podendo influenciar a capacidade de lidar com a dor, bem como o resultado do próprio tratamento (Strong, Ashton & Chant, 1992).

Deste modo, a definição destes constructos assume relevância. As atitudes são conceptualizadas por Fisbein e Ajzen (citados por Strong, Ashton & Chant, 1992), como o

grau de sentimentos/afectos contidos num objecto. Por outro lado, a pluralidade de concepções inerentes ao conceito de crença dificulta a sua definição, a sua dimensionalidade e, a própria operacionalização. A crença tem origem na interacção entre o sujeito e o meio, encontrando-se relacionada com estados mentais que actuando em conjunto, podem antecipar/preparar para a acção (Diniz, 2004). Neste sentido, as crenças acerca da dor constituem conceptualizações feitas pelo indivíduo, acerca do que a dor é, e o que de facto significa/representa para si (Fisbein & Ajzen, citados por Strong et al., 1992; Williams & Thorn, citados por Strong et al., 1992). Representam assim, constructos cognitivos que interferem no significado do acontecimento e sobre a forma de lidar com ele (Lazarus & Folkman, 1984).

A investigação tem demonstrado também, a importância do medo da dor no funcionamento físico. Assim, em pacientes com dor crónica, a crença disfuncional de que determinada actividade irá produzir dor, mostrou-se relacionada com uma maior incapacidade funcional (Heuts, Vlaeyen, Roelofs, de Bie, Aretz, van Weel & van Schayck, 2004). Para Goubert, Crombez e Daneneels (2006), os pacientes com dor crónica, com pensamentos catastróficos e mais medo da dor, demonstraram uma incapacidade em generalizar experiências correctivas. Perante um movimento doloroso, referem que movimentos semelhantes também o são mas, face um movimento menos doloroso do que o esperado, referem crenças de que movimentos semelhantes continuarão dolorosos. Goubert et al. (2006) explicam assim por que o carácter incapacitante da dor se expande a outros domínios da vida do paciente com dor crónica.

As abordagens psicológicas relacionadas com o manejo da dor focam-se, particularmente, na forma como o indivíduo lida com este sintoma. Tradicionalmente, a investigação tem assumido o *coping* com a dor como um processo, primordialmente de ganho de controlo sobre a dor. No entanto, quando a dor provoca sofrimento e interferência na vida, não podendo ser eliminada, torna-se necessário que os esforços dos pacientes e os tratamentos fornecidos, sejam redireccionados em função das suas necessidades específicas (McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Investigações recentes, têm sugerido a inclusão de tentativas de controlo e de aceitação do acontecimento gerador de *stresse* nesta abordagem (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Quando aplicada à dor crónica, a aceitação diz respeito a aspectos de disposição activa para deixar estar a dor

presente, sem necessidade de a reduzir ou evitar, redireccionando os esforços do paciente a focarem-se em aspectos positivos da vida diária (McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Os resultados de múltiplos estudos que investigaram a eficácia das estratégias de aceitação no *coping* com a dor, demonstram um melhor funcionamento diário, mais persistência na tarefa, verificando-se também menos sintomas de ansiedade e de depressão (Kabat- Zinn citado por Baer, 2006; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Bell, 2005).

Num estudo com o objectivo de analisar a modificação das cognições e das estratégias de *coping*, ao longo de um tratamento multidisciplinar para a dor crónica, Jensen, Turner e Romano (2001) referiram a diminuição de sintomas de incapacidade, intensidade da dor e depressão. A diminuição do relato de incapacidade, mostrou-se associado a um aumento da crença de controlo da dor, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (1994) e com Coughlin, Badura, Fleischer e Guck (2000). Por outro lado, a diminuição no relato de incapacidade mostrou-se também associada a uma diminuição das respostas/estratégias de *coping*, que envolvem a restrição, tais como a Prevenção e o Descanso.

Deste modo, o que o indivíduo acredita acerca da dor (as crenças de dor) e a forma como lida com ela (estratégias de *coping*), desempenham um papel importante no seu ajustamento e funcionamento psicológicos (Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano & Turner, 2003).

1º Estudo

Um primeiro estudo analisou a validade factorial e a fidelidade (consistência interna e correlações item-total) das medidas *The Survey of Pain Attitudes (SOPA*; Jensen & Karoly, 2000) e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42*; Romano, Jensen & Turner, 2003).

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 651 sujeitos (267 do sexo masculino e 384 do sexo feminino), utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras. Os participantes foram aleatoriamente recrutados, no dia em que se dirigiam ao centro de saúde, para consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar. A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 52.28 (DP= 17.28), para os homens e de 49.98 (DP= 17.17) para as mulheres, e uma média de Habilitações Literárias de sete anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/União de Facto (76.4%) e estava empregado (59.0%). O estudo das diferenças entre sexos, mostrou diferenças estatisticamente significativas para a Situação Profissional (χ^2 (2, .019)= 7.935; p =.019). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a Idade, para o Estado Civil e para as Habilitações Literárias, entre os sexos.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra por sexo

	Sexo Masculino (N=267)		Sexo Feminino (N=383)			
	N	%	N	%	χ^2	p
Estado civil					6.866	.076
Solteiro	36	5.6%	52	8.0%		
Casado/ Outro	210	32.4%	285	44.0%		
Separado/Divorciado	10	1.5%	11	1.7%		
Viúvo	10	1.5%	34	5.2%		
Profissão					7.935	.019
Empregada	159	24.5%	224	34.5%		
Desempregado	16	2.5%	47	7.2%		
Reformado	92	14.2%	111	17.1%		
	Sexo Masculino		Sexo Feminino			
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	52.28	17.28	49.98	17.17	-.681	.094
Habilitações literárias	6.72	4.87	6.99	4.99	1.676	.496

3. Medidas

Folha de dados Demográficos e Clínicos. Foram registados o sexo, o estado civil, a idade, a situação profissional e as habilitações literárias.

The Survey of Pain Attitudes (SOPA; Jensen & Karoly, 2000), é constituída por 57 itens, que medem as crenças acerca da dor, em função de sete sub-escalas relativas ao controlo, incapacidade, dano, emoção, medicação e cuidados médicos, com um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de 0 (*Não é verdadeiro para mim*) a 4 (*É muito verdadeiro para mim*). Esta medida permite obter um resultado parcial para cada sub-escala, que varia entre 0 e 4, em que um resultado mais elevado significa uma maior prevalência de crenças desadaptativas. A fidelidade da versão original foi avaliada através do coeficiente de

consistência interna, tendo os valores variado entre .56 e .73 para as diferentes sub-escalas e, a fidelidade temporal teste-reteste variou entre .80 e .91, para as diferentes sub-escalas (intervalo de 2 semanas). A validade concorrente foi estudada pela sua relação com medidas de comportamento e estratégias de coping relacionadas com a dor (Jensen, Karoly & Huger, 1987).

The Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42; Romano, Jensen & Turner, 2003), é composta por 42 itens, que avaliam as estratégias utilizadas para lidar com a dor, organizadas em oito sub-escalas: prevenção, descanso, busca de assistência, relaxamento, persistência na tarefa, exercício/alongamento, busca de suporte social e auto-declarações. Apresenta um formato de resposta numa escala de sete pontos, que traduz o número de dias durante a última semana, em que utilizou uma determinada estratégia. Permite obter um resultado parcial que varia entre 0 e 7, em que um resultado mais elevado traduz uma maior utilização de determinada estratégia. A análise da fidelidade, evidenciou valores alfa de *Cronbach*, entre .71 e .89 e de correlação teste-reteste entre .79 e .81 (intervalo de 2 a 4 semanas). A validade de critério foi obtida pela comparação com medidas de dor, incapacidade e depressão, mostrando que as estratégias de *coping* mais passivas se associam a mais dor, mais incapacidade e mais sintomas de depressão (Romano, Jensen & Turner, 2003).

4. Procedimento

Foram pedidas autorizações à Sub-Coordenadora da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e à Direcção do Centro de Saúde de Torres Vedras. A participação dos utentes da instituição foi solicitada no dia em que tinham marcação de consulta médica, sendo o recrutamento efectuado de forma aleatória. Após o consentimento informado dos utentes, foi garantida a confidencialidade dos dados, o anonimato e a liberdade de participação. Os protocolos foram administrados individualmente, numa sala da instituição, na presença do investigador. Todas dúvidas relativas às instruções ou questões do protocolo, foram esclarecidas.

5. Adaptação da medida à língua portuguesa

Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada. Foram verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, procurando preservar o conteúdo de cada item.

Em seguida, foi efectuada a retroversão da medida, por um indivíduo de nacionalidade inglesa, que domina a língua portuguesa (escrita e falada), e comparada com a versão original.

6. Resultados

Os dados apresentam distribuição normal, analisada através do seu enviesamento em relação à média (*Skewness*) e do coeficiente de achatamento (*Kurtosis*). Foi ainda analisada a presença de *outliers*. Segundo Maroco (2007) à medida que a sub-escala da amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal.

7. Validade factorial da The Survey of Pain Attitudes

A solução inicial dos autores da medida original apresenta 7 factores (Jensen & Karoly, 2000). Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* (.856) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (11305.44,0903; $p = .000$), permitiram a realização da Análise Factorial em Componentes Principais aos 57 itens, com rotação *varimax*. Pela análise dos dados do *screen-plot* e com o critério de retenção do *eigenvalue* superior a 1, testaram-se as soluções factoriais de 9, 10 e 11 factores. Foi resolvida a solução de 9 componentes, que permitiu explicar 61.319%, com 43 itens. Os valores das comunalidades demonstraram a adequação ao modelo obtido. A tabela 2 mostra os pesos de cada item em cada componente, sendo assinalados a negrito os pesos dos itens na componente a que pertencem. A organização dos itens é semelhante à versão original, apesar da ordem dos factores não apresentar semelhanças com a de Jensen e Karoly (2000).

Tabela 2. Correspondência dos itens da SOPA aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

Factores								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Controlo/ Est. Auto- Controlo	Incap.	Emoção	Solicitação	Medicação	Cuidados Médicos	Cura Médica	Controlo/ Est. Aprend	Dano
.719	-.146	-.165	-.139	.122	-	-	.291	-.112
.714	-.284	-	-	-.103	-	.362	-	-
.708	-.206	-.155	-	-	-.175	.128	.260	-
.677	-.212	-.166	-.161	-	-.154	.101	.285	-
.636	-.100	-.115	-	.184	-	-.107	-	.301
.596	-	.518	-.128	.114	-.126	-.140	-	-
.584	-.299	-.109	-.159	-.159	-	-	-	-
.549	-.443	.329	-	-	-	.138	-.118	-.103
.522	-	-	-	.288	.263	-	-	.274
.519	-.185	-	-.137	-.148	-	.213	-	-.385
.430	-.131	-	.148	-.305	.316	-.217	-	.163
-	.772	-	-	-	-	-	-	-
-.261	.731	.111	-	-	-	-	-	-
-.166	.729	-	-	-	-	-.168	-	-
-.427	.576	-	-	-	-	-.180	-	.104
-.290	.502	-	.217	-	-	-	-	.208
-.121	-	.832	-	-	-	-	-	-.198
-.224	-	.831	.193	-	-	-	-	-
-.117	-.150	.793	.124	-	-	.111	-	-
-	.274	.760	-	-	-	-	-	-
-	-	.104	.852	-	.140	-	-	-
-.173	-	.128	.824	-	.211	-	-	-
-.287	-	.111	.736	-	.108	-	-	-
.169	.302	-	.577	-	.261	.298	-	-
.190	-	-	-	.791	.137	-	-	-
-	-	-	-	.744	-	-	-	-
-	.104	-	-	.669	.224	.105	-	-
-	-.196	-	-	.529	-	-	.418	.155
-	-	.187	.126	.292	-.189	-.173	.196	.253
-	-	-	.236	-	.742	-	-	-
-	-	-	-	.249	.620	.179	-	-
-.176	-	-	.272	.101	.611	-	-	-
.150	-	-	-	-	-	.799	.106	-
-	-.305	-	-	-	.215	.687	-	-.194
.134	-.349	-	-	-	.280	.546	-	-.293
-	-	-	.232	.156	.354	.432	-.100	.271
.106	.199	-	-	.113	-	-	.745	.106
.319	-	-.105	-	-	-	-	.664	-
-.283	-.114	-	.111	-	.393	-	.635	-
.273	-.167	-.115	-	.280	-.182	.225	.433	-.132
-	-	-.127	-	-	-	-.150	-.160	.727
-.185	.401	-	-	-	-	-	-	.661
.432	-	-.169	-.124	-	-	-	.102	.535

De acordo com os pesos factoriais foi possível nomear os factores de Controlo/Estratégias de Auto-Controlo (Factor 1), Incapacidade (Factor 2), Emoção (Factor 3), Solicitação (Factor 4), Medicação (Factor 5), Cuidados Médicos (Factor 6), Cura Médica (Factor 7), Controlo/Estratégias de Aprendizagem (Factor 8) e, Dano (Factor 9). Os valores de consistência interna, Alfa de *Cronbach* foram superiores ou iguais a .60, à excepção do Controlo/Estratégias de Aprendizagem. A tabela 3 mostra os valores da média, desvio padrão, valores de correlação item-total e, de consistência interna, da versão obtida.

(Continua)

Tabela 3. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de Cronbach para cada factor SOPA obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1	Controlo /Estratégias de Auto-Controlo				.86 (.76)
sopa_33		1.86	1.38	.708	
Posso controlar a minha dor mudando os meus pensamentos					
sopa_47		1.90	1.40	.69	
Não tenho controlo na minha dor					
sopa_28		1.74	1.38	.70	
Sou incapaz de controlar a maior parte da minha dor					
sopa_11		1.83	1.41	.67	
A quantidade de dor que sinto, está fora do meu controlo					
sopa_5		2.10	1.39	.55	
A dor é um sinal que não me tenho exercitado suficiente					
sopa_48		1.73	1.46	.48	
Não importa como me sinto emocionalmente porque a minha dor permanece igual					
sopa_57		1.85	1.43	.56	
A minha dor não poderá impedir ninguém de levar uma vida activa					
sopa_53		1.89	1.29	.55	
Se mudar as minhas emoções, posso influenciar a minha dor					
sopa_13		2.04	1.47	.41	
A dor não tem de significar que o meu corpo está a ser lesado					
sopa_25		1.87	1.36	.4795	
Basta concentrar-me ou relaxar para aliviar a parte mais aguda da minha dor					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
sopa_18		1.04	1.18	.30	
Como pago aos médicos, eles irão curar a minha dor					
Factor 2	Incapacidade				.79 (.51)
sopa_45		2.14	1.39	.60	
Posso fazer tudo o que fazia antes de ter o meu problema relacionado com a dor					
sopa_49		1.96	1.37	.61	
A dor nunca me irá impedir de fazer o que realmente quero					
sopa_42		1.62	1.40	.63	
A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente activa					
sopa_52		2.09	1.35	.52	
Se a pessoa se torna ou não incapacitada pela dor, isso depende da atitude que tem acerca da mesma					
sopa_3		2.00	1.48	.48	
Não considero a minha dor como uma incapacidade					
Factor 3	Emoção				.85 (.75)
sopa_31		2.69	1.30	.77	
A depressão aumenta a dor que sinto					
sopa_23		2.66	1.31	.77	
O stress na minha vida aumenta a dor que sinto					
sopa_44		2.61	1.22	.64	
Existe uma relação entre as emoções e o meu nível de dor					
sopa_15		2.55	1.31	.60	
A ansiedade aumenta a dor que sinto					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item- total	α de Cronbach
Factor 4	Solicitação				.81 (.71)
sopa_17		2.91	1.16	.74	
Quando estou magoado mereço que a minha família me trate com carinho e com preocupação					
sopa_9		2.77	1.31	.72	
Quando me magoo quero que a minha família me trate melhor					
sopa_22		2.64	1.36	.61	
É da responsabilidade da minha família ajudar-me quando estou com dor					
sopa_34		2.73	1.29	.49	
Preciso de cuidados mais carinhosos do que os que tenho habitualmente, quando estou com dor					
Factor 5	Medicação				.62 (.42)
sopa_56		3.30	.91	.53	
Nenhum procedimento médico pode ajudar a minha dor					
sopa_54		3.18	.93	.47	
Nunca mais volto a tomar medicação para a dor					
sopa_51		3.67	.78	.43	
Se o meu médico me prescrevesse medicação para a dor, eu iria deitá-los fora					
sopa_21		3.02	1.12	.38	
Desisti da minha busca para a completa eliminação da minha dor através dos médicos					
sopa_4		2.46	1.33	.19	
Nada relacionado com a minha dor me aborrece realmente					

Versão portuguesa	Designação	<i>M</i>	<i>DP</i>	Item- total	α de <i>Cronbach</i>
Factor 6	Cuidados Médicos				.68
sopa_50		3.27	.94	.52	
Quando encontro o médico certo, ele/ ela irão saber como reduzir a minha dor					
sopa_27		3.38	.86	.45	
A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica					
sopa_29		3.23	1.01	.50	
O trabalho do médico é encontrar tratamentos para a dor que funcionem					
Factor 7	Cura Médica				.69 (.63)
sopa_12		2.54	1.25	.49	
Não espero uma cura médica para a minha dor					
sopa_43		2.92	1.10	.58	
A minha dor física nunca se irá curar					
sopa_40		2.99	1.04	.54	
Acredito que os médicos podem curar a minha dor					
sopa_16		3.03	1.00	.31	
Existe pouco que possa fazer para aliviar a minha dor					
Factor 8	Controlo/Estratégias Aprendizagem				.59 (.76)
sopa_1		2.44	1.45	.50	
Existem alturas em que posso influenciar a quantidade de dor que sinto					
sopa_39		2.05	1.41	.45	
Tenho aprendido a controlar a minha dor					
sopa_41		3.05	1.17	.27	
Tenho a certeza que posso aprender a lidar com a minha dor					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item- total	α de Cronbach
Factor 8					.59 (.76)
	Controlo/Estratégias Aprendizagem				
sopa_2		2.49	1.38	.27	
A dor que sinto é um sinal de que o dano está a ser provocado					
Factor 9					.60 (-)
	Dano				
sopa_24		1.02	1.14	.47	
O exercício e o movimento são bons para o meu problema					
sopa_55		1.92	1.29	.41	
O exercício pode diminuir a quantidade de dor que experiencio					
sopa_46		1.63	1.26	.37	
Se não me exercitar regularmente o meu problema de dor irá piorar					

A solução de 9 factores da *SOPA* apresenta validade factorial, indicando a distribuição obtida, uma aproximação ao padrão da versão original. A versão obtida apresenta elevada concordância com a versão original (Jensen & Karoly, 2000), com pesos factoriais dos itens elevados no factor de pertença. As sub-escalas da versão obtida têm valores de consistência interna superiores ou iguais a .60, e superiores à versão original à excepção do Controlo/Estratégias de Aprendizagem (entre .56 e .73, versão original; entre .59 e .86, versão obtida). Validade Factorial da *Chronic Pain Coping Inventory-42*.

A solução inicial dos autores da versão original apresenta 8 factores (Romano, Jensen & Turner, 2003).

A análise dos valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* = .951 e do *Bartlett's Test of Sphericity* = 17003.74,0861 ($p = .000$), permitiu a realização da análise factorial. A Análise Factorial em Componentes Principais com rotação *varimax* foi realizada aos 42 indicadores *CPCI-42*. A partir da análise dos dados do *screen-plot*, foram testadas as soluções de 5 e 6 factores. Foi utilizada a regra do *eigenvalue* superior a 1 como critério de retenção. Retivemos a solução de 6, solução que explicou 60.835%. Os valores das comunalidades permitiram confirmar a adequação dos itens a este modelo. A tabela 4 mostra

os pesos factoriais obtidos para cada item. São apresentados a negrito os pesos factoriais dos itens no respectivo componente.

Tabela 4. Correspondência dos itens da CPCI-42 aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores					
	Relaxamento	Prevenção	Busca de Suporte	Auto-Declarações	Persistência na Tarefa	Exercícios
cpci_24	.809	.237	.140	.125	-	-
cpci_35	.772	.237	.177	.185	-	-
cpci_39	.766	.230	.198	.160	-	-
cpci_27	.755	.193	.268	.104	-	-
cpci_9	.711	.266	.261	-	-	.119
cpci_38	.703	-	.325	.276	-.143	-
cpci_23	.632	.311	.315	.144	-	.164
cpci_8	.603	-	.323	.352	-.133	-
cpci_25	.581	.471	-	.218	-	-
cpci_37	.503	.342	.366	.272	-.217	-.147
cpci_42	.486	.285	.429	.234	-.205	-.173
cpci_20	.365	.650	.101	.255	-	-
cpci_36	.267	.647	.204	.250	-.165	-
cpci_7	.361	.643	.165	.274	-	-
cpci_26	.407	.572	.371	.162	-	-
cpci_16	.414	.563	.442	.128	-	-
cpci_22	-	.552	-	-	-	.407
cpci_40	.449	.543	.414	-	-	-
cpci_30	.350	.512	.257	.329	-.241	-.117
cpci_32	.478	.509	.195	.261	-.132	-
cpci_34	-	-.505	-.184	.170	.472	-
cpci_28	.278	-.202	.745	.224	-	-
cpci_11	.232	.166	.705	.297	-	-
cpci_4	.381	.300	.701	.193	-	-
cpci_13	.210	-	.690	.398	-	-
cpci_14	.448	.345	.680	-	-	-
cpci_5	.380	.562	.569	-	-	-
cpci_31	.404	.442	.463	.213	-.175	-.196
cpci_1	.343	-	.390	.189	-	.377
cpci_10	.152	-	.201	.754	.145	.117
cpci_17	.216	-	-	.751	.194	-
cpci_15	.179	.177	.246	.690	.109	.107
cpci_6	-	.299	.292	.676	.102	-
cpci_29	.244	.278	.103	.453	-	-
cpci_12	.343	.231	.331	.433	-.323	-.155
cpci_3	.239	.267	.331	.344	-.221	-.136
cpci_21	-	-	-	-	.841	-
cpci_2	-	-	.173	-	.787	-
cpci_41	.139	-.240	-.101	-	.696	-.131
cpci_18	-	-.122	-.134	.345	.637	.189
cpci_33	-	.224	-	-	-	.748
cpci_19	.222	-.270	-	-	-	.745

De acordo com os pesos factoriais dos itens obtidos, os factores foram nomeados: Relaxamento (Factor 1), Prevenção (Factor 2), Busca de Suporte (Factor 3), Auto-

Declarações (Factor 4), Persistência na Tarefa (Factor 5) e Exercício (Factor 6). O alfa de *Cronbach* da versão obtida, foi superior a .78, à excepção da sub-escala de Exercícios. A tabela 5 mostra os valores das médias e desvio padrão, valores de correlação item-total e dos Alfa de *Cronbach*, para cada um dos factores. Os itens assinalados a negrito têm correspondência com a medida original; os valores de consistência interna assinalados entre parêntesis correspondem aos valores obtidos na versão original da medida.

Tabela 5. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de Cronbach para cada factor CPCI-42 obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1	Relaxamento				.94 (.72)
cpci_24		2.13	2.00	.79	
Coloquei-me de costas, estendi-me ao máximo e permaneci esticado durante 10 segundos					
cpci_35		2.37	2.07	.79	
Estiquei os músculos onde me doía, e permaneci esticado pelo menos durante 10 segundos					
cpci_39		2.26	2.09	.78	
Fiz exercícios de extensão das costas, durante pelo menos um minuto					
cpci_27		2.54	2.10	.77	
Exercitei-me durante pelo menos 5 minutos, para promover a minha condição física					
cpci_9		1.98	1.93	.75	
Sentei-me no chão, estiquei-me ao máximo e permaneci esticada durante 10 segundos					
cpci_38		2.83	2.14	.77	
Respirei de forma calma e profunda, para relaxar					
cpci_23		2.04	1.88	.74	
Meditei para relaxar					
cpci_8		3.11	2.13	.69	
Procurei relaxar os meus músculos					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
cpci_25		2.52	2.12	.66	
Permaneci com uma parte do meu corpo (e.g. braço) numa posição especial					
cpci_37		3.30	2.34	.70	
Fui para o quarto por mim próprio para descansar					
cpci_42		3.80	2.63	.68	
Deitei-me no sofá					
Prevenção					.85 (.74)
cpci_20		2.71	2.09	.68	
Limitei a minha caminhada					
cpci_36		2.95	2.21	.67	
Evitei a actividade					
cpci_7		2.80	2.20	.71	
Evitei usar alguma parte do meu corpo (e.g. mão, braço, perna)					
cpci_26		2.85	2.22	.77	
Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa					
cpci_16		2.88	2.30	.76	
Pedi ajuda para um trabalho de rotina ou para uma tarefa					
cpci_22		1.00	1.92	.36	
Andei de bengala/ canadiana para a dor diminuir					
cpci_40		2.51	2.18	.71	
Pedia a alguém que me arranjasse alguma coisa (medicamentos, comida, bebida)					
cpci_30		3.11	2.17	.68	
Limitei o meu tempo em pé					
cpci_32		3.29	2.38	.74	
Evitei algumas actividades físicas (levantar, empurrar, transportar)					
cpci_34		4.24	2.20	-.40	
Continuei a realizar o meu dia a dia					
Factor 3	Busca de Suporte				.91 (.80)
cpci_28		34.42	2.31	.78	
Falei com um amigo ou membro da família para suporte					
cpci_11		3.75	2.42	.73	
Obtive suporte de um membro da família					
cpci_4		3.85	2.34	.71	
Obtive suporte de um amigo					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
cpci_13 Falei com alguém próximo de mim		3.14	2.32	.83	
cpci_14 Telefonei a um amigo para me ajudar a sentir melhor		2.30	2.48	.82	
cpci_5 Pedi a alguém para falar alguma coisa por mim		2.97	2.31	.76	
cpci_31 Fui para a cama		3.31	2.55	.69	
cpci_1 Imaginei um cenário calmo e distrair-me, para me ajudar a relaxar		2.06	1.77	.42	
Factor 4	Auto-declarações				.81 (.81)
cpci_10 Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar		3.76	2.21	.59	
cpci_17 Disse a mim próprio que a minha dor iria melhorar		3.73	2.24	.62	
cpci_15 Pensei em todas as coisas boas que tenho		3.85	2.28	.65	
cpci_6 Lembrei-me que as coisas poderiam ser piores		4.00	2.28	.65	
cpci_29 Lembrei-me que existem pessoas que estão piores do que eu próprio		4.25	2.77	.45	
cpci_12 Descansei o mais que pude		3.92	2.89	.54	
cpci_3 Descansei		3.77	2.15	.48	
Factor 5	Persistência na Tarefa				.78 (.74)
cpci_21 Apenas não prestei atenção à dor		3.45	2.22	.66	
cpci_2 Ignorei a dor		3.67	2.17	.58	
cpci_41 Não deixei que a dor afectasse o que estava a fazer		3.76	2.24	.54	
cpci_18 Não deixei que a dor interferisse nas minhas actividades		3.67	2.30	.55	

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 6	Exercícios				.58 (.83)
cpci_33 Utilizei a auto-hipnose para relaxar		.39	1.20	.43	
cpci_19 Pratiquei exercícios de aeróbica (exercícios que fazem o meu coração bater depressa), durante pelo menos 15 minutos		.65	1.57	.43	

A solução de 6 factores encontrada para a *CPCI-42* apresenta validade factorial. Constata-se uma elevada concordância entre a versão portuguesa e a versão original, nos itens que pertencem a cada uma das sub-escalas. Apenas a sub-escala relativa ao relaxamento difere da original, abrangendo itens pertencentes ao Descanso, Prevenção, Exercício/Alongamento e Relaxamento na medida original. Os valores de consistência interna encontrados para as sub-escalas são superiores a .78, à excepção da sub-escala de Exercícios. O facto desta sub-escala ser constituída por 2 itens apenas, pode ter influenciado o resultado obtido.

2º Estudo

Com o objectivo de analisar a validade convergente e divergente das versões *SOPA* e *CPCI-42* obtidas, foi realizado um segundo estudo, numa amostra diferente.

1. Método

1.1. Participantes

Participaram neste estudo 151 sujeitos, utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras (62 do sexo masculino e 89 do sexo feminino), recrutados aleatoriamente no dia em que se dirigiam ao Centro de Saúde para obter consulta médica. Na tabela 6 são apresentadas as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP= 15.36) para as mulheres e uma média de Habilitações Literárias de cinco anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/ União de Facto (81.1%) e estava empregado (64.7%). O estudo das diferenças entre sexos, não mostrou diferenças

estatisticamente significativas para a profissão (χ^2 (2,0.431)= 1.686; $p= .431$), para as Habilitações Literárias (t (148, .839)= -. 204; $p= .839$) e, para a idade (t (149, .201)= 1.285; $p= .201$), entre os homens e as mulheres.

Tabela 6. Caracterização demográfica da amostra adicional por sexos

	Sexo Masculino (N=62)		Sexo Feminino (N=89)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Estado civil					4.416	.220
Solteiro	5	3.4%	8	5.4%		
Casado/ Outro	51	34.5%	69	46.6%		
Separado/ Divorciado	3	2.0%	1	.7%		
Viúvo	2	1.4%	9	6.1%		
Profissão					1.686	.431
Empregada	37	24.7%	60	40.0%		
Desempregado	2	1.3%	4	2.7%		
Reformado	23	15.3%	24	16.0%		
	Sexo Masculino		Sexo Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	55.52	17.56	52.19	15.36	1.285	.201
Habilitações literárias	5.41	4.69	5.56	4.35	-.204	.839

2. Instrumentos

Participaram neste estudo 151 sujeitos, utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras (62 do sexo masculino e 89 do sexo feminino), recrutados aleatoriamente no dia em que se dirigiam ao Centro de Saúde para obter consulta médica. Na tabela 6 são apresentadas as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP= 15.36) para as mulheres e uma média de Habilitações Literárias de cinco anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/União de Facto (81.1%) e estava empregado (64.7%). O estudo das diferenças entre sexos, não mostrou diferenças estatisticamente significativas para a profissão (χ^2 (2, .431)= 1.686; $p= .431$), para as Habilitações Literárias (t (148, .839)= -. 204; $p= .839$) e, para a idade (t (149, .201)= 1.285; $p= .201$), entre os homens e as mulheres.

3. Procedimento

Como descrito no Estudo 1, foram pedidas as autorizações formais à Coordenação e Direção da instituição. Os participantes foram recrutados aleatoriamente no dia em que tinham consulta médica. Foram fornecidas informações a respeito do objectivo do estudo e respeitados os princípios éticos implícitos à investigação. Os protocolos foram administrados individualmente, e preenchidos num dos consultórios disponíveis, na presença do investigador. Todas as dúvidas foram esclarecidas no momento da aplicação.

4. Resultados

A normalidade dos dados foi analisada tendo em conta os valores de *Skewness* (simetria da distribuição), *Kurtosis* (ponto central) e a presença de *outliers*. Procedeu-se à eliminação de *outliers* nas variáveis relativas à Ansiedade, Depressão e Stresse, uma vez que poderiam comprometer a análise dos dados. Das variáveis em estudo, apenas a sub-escala de *Stresse* apresenta uma distribuição normal.

A validade convergente das versões *SOPA* e *CPCI-42*, foi estudada através de matrizes de correlação, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson*. A tabela 7 mostra os valores das correlações obtidas.

O Controlo/ Auto-controlo (*SOPA*) correlacionou-se de forma fraca e positiva com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .231$; $p = .022$).

Foram obtidas correlações fracas e positivas entre a Incapacidade (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42* relativas ao Relaxamento ($r = .252$; $p = .011$) e à Prevenção ($r = .318$; $p = .001$). Por outro lado, foi obtida uma correlação fraca e negativa entre a Incapacidade (*SOPA*) e a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = -.289$; $p = .003$). Uma correlação semelhante, foi obtida entre a Solicitação (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42*, relativas ao Relaxamento ($r = -.263$; $p = .008$) e ao Exercício ($r = -.302$; $p = .002$).

Valores de correlação fracos e negativos foram ainda obtidos entre os Cuidados Médicos (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42* relativas ao Relaxamento ($r = -.363$; $p = .000$) e ao Exercício ($r = -.306$; $p = .002$). Para o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (*SOPA*), foram obtidas correlações fracas e negativas com o Relaxamento (*CPCI-42*) ($r = -.284$; $p = .005$) e, correlações fracas e positivas com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .246$; $p = .014$). A Cura Médica (*SOPA*) correlacionou-se de forma fraca e negativa com a Prevenção (*CPCI-42*)

($r = -.257$, $p = .011$) e de forma fraca mas positiva com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .304$; $p = .002$). Finalmente, foi obtida uma correlação fraca e negativa entre o Dano (*SOPA*) e a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = -.232$; $p = .020$).

Tabela 7. Valores de correlação obtidos entre as sub-escalas da SOPA e da CPCI-42

	<i>CPCI-42</i>					
	Relaxamento	Prevenção	Busca de Suporte	Auto-Declarações	Persistência na Tarefa	Exercício
<i>SOPA</i>						
Controlo/ Auto-Controlo	-.196	-.161	-.091	-.002	.231*	-.182
Incapacidade	.252*	.318**	.184	.175	-.289**	-.064
Emoção	-.077	-.038	.090	.131	.032	-.128
Solicitação	-.263**	-.046	-.104	-.037	-.078	-.302**
Medicação	.025	-.045	.131	.080	.080	-.130
Cuidados Médicos	-.363***	.018	-.073	-.087	.048	-.306**
Controlo/ Estratégias de Aprendizagem	-.284**	-.115	-.123	-.040	.246*	-.182
Cura Médica	-.101	-.257*	-.110	-.047	.304**	-.061
Dano	.139	.070	.017	-.050	-.232*	-.127

n.s. $p > .05$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$

Análises de regressão múltipla, foram realizadas para estudar o comportamento das sub-escalas da *SOPA* e da *CPCI-42*, que melhor predizem a Ansiedade, Depressão e o *Stresse*. As tabelas 8, 9 e 10 mostram os resultados das análises efectuadas. A análise de regressão linear múltipla com selecção das variáveis *stepwise*, e utilizando a Ansiedade como variável dependente, demonstrou que o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (*SOPA*) contribuiu para 16.1% da variância da Ansiedade ($\beta = -.415$; $t = -3.998$; $p = .000$).

Tabela 8. Variáveis predictoras da Ansiedade (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	P
Ansiedade	1	Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA)	.172	.161	-.415	-3.998	.000
% de variância explicada			16.1%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Uma segunda análise de regressão que utilizou a Depressão como variável dependente, permitiu identificar a Incapacidade (SOPA) ($\beta = .287$; $t = 2.401$; $p = .019$) e o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA) ($\beta = -.264$; $t = -2.209$; $p = .030$), na explicação de 21.6% da variância da Depressão.

Tabela 9. Variáveis predictoras da Depressão (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Depressão	1	Incapacidade (SOPA)	.187	.177	.287	2.402	.019
	2	Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA)	.049	.039	-.264	-2.209	.030
% de variância explicada			21.6%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Finalmente, a análise de regressão que utilizou o Stresse como variável dependente, demonstrou que a Emoção (SOPA), Persistência na Tarefa (CPCI-42) e Incapacidade (SOPA), contribuíram para uma proporção significativa da variância do Stresse (23.2%). A Emoção contribuiu para 9.2% ($\beta = .317$; $t = 3.680$; $p = .000$, a Persistência na Tarefa para 10% ($\beta = -.274$; $t = -2.638$; $p = .010$) e a Incapacidade para 4% ($\beta = .230$; $t = 2.228$; $p = .029$).

Tabela 10. Variáveis preditoras do Stress (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Stress	1	Emoção (SOPA)	.104	.092	.371	3.680	.000
	2	Persistência na Tarefa (CPCI-42)	.109	.10	-.274	-2.638	.010
	3	Incapacidade (SOPA)	.049	.04	.230	2.228	.029
% de variância explicada			23.2%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

5. Validade discriminante

A validade discriminante da versão *SOPA* e *CPCI-42* foi testada pela capacidade destas medidas distinguirem indivíduos com baixos ou elevados sintomas de Ansiedade, Depressão e *Stresse* (sub-escalas *EADS-42*). A normalidade da distribuição da variável dependente e a homogeneidade da variável em estudo, foram analisadas através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e do *Teste de Shapiro-Wilk*, tendo apenas o *Stresse* apresentado uma distribuição normal. Foram formados dois grupos para cada sub-escala, recorrendo ao valor da média e, utilizados os testes de *Mann-Whitney* (para as sub-escalas de Ansiedade e Depressão) e o *teste t para amostras independentes* (para o *Stresse*). As tabelas 11 e 12 mostram os valores dos procedimentos estatísticos realizados, para a *SOPA* e para a *CPCI-42*, separadamente.

Para a Ansiedade e para a Depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as sub-escalas *SOPA*, nos indivíduos com mais ou menos sintomas de Ansiedade ($244.000 \leq U \leq 280.500$; $p < .05$) e Depressão ($49.500 \leq U \leq 82.000$; $p < .05$).

Para o *Stresse*, as sub-escalas *SOPA* discriminaram os indivíduos com mais e menos sintomas para a Incapacidade ($t(116.995, .028) = 2.232$) e para a Emoção ($t(128.803, .000) = 4.109$), no sentido do grupo de indivíduos com mais sintomas de *Stresse* relatar mais crenças de Incapacidade ($M = 1.6557$; $DP = 1.2957$) e mais crenças de Emoção ($M = 3.30208$; $DP = 1.4492$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = 1.1920$, $DP = 1.0838$; $M = 1.85892$; $DP = 1.7862$, respectivamente para a Incapacidade e para a Emoção).

Tabela 11. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas SOPA, em função de mais/menos Ansiedade, Depressão e Stress.

Ansiedade				
	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo2</u>		
	M	M	<i>U</i>	<i>P</i>
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	24.91	23.13	255.000	.654
Incapacidade	26.33	22.67	244.000	.362
Emoção	23.29	25.71	259.000	.527
Solicitação	24.85	24.15	279.500	.848
Medicação	22.69	26.31	244.500	.360
Cuidados Médicos	24.96	24.04	277.000	.786
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	24.19	24.81	280.500	.868
Cura Médica	23.19	24.85	256.500	.670
Dano	26.33	22.67	244.000	.353
Depressão				
	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo 2</u>	<i>U</i>	<i>p</i>
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	12.33	13.62	70.000	.689
Incapacidade	12.92	14.08	77.000	.724
Emoção	12.67	13.31	74.000	.852
Solicitação	11.42	15.58	57.500	.169
Medicação	13.69	13.31	82.000	.920

Ansiedade

	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo2</u>		
	M	M	<i>U</i>	<i>p</i>
Cuidados Médicos	12.69	14.31	74.000	.614
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	10.81	16.19	49.500	.072
Cura Médica	13.21	12.81	75.500	.894
Dano	15.50	11.50	58.500	.186

Stress

	<u>Grupo</u>	<u>Mais Stress</u>	<u>Grupo</u>	<u>Menos Stress</u>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	2.75	.76	2.87	.79	-.875	.383
Incapacidade	1.66	1.30	1.19	1.08	2.232	.028
Emoção	3.02	1.45	1.59	1.79	.109	.000
Solicitação	3.29	1.08	2.97	1.34	1.528	.129
Medicação	3.48	.55	3.40	.60	.792	.430
Cuidados Médicos	3.73	.50	3.83	.35	-1.370	.173
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	3.30	.90	3.52	.85	-1.450	.149
Cura Médica	2.83	1.10	2.86	1.29	-.120	.905
Dano	1.76	1.13	1.84	1.32	-.393	.695

Em relação à *CPCI-42*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as sub-escalas para a Ansiedade ($114.50 \leq U \leq 135.000$; $p < .05$) e para a Depressão ($49.000 \leq U \leq 60.500$; $p < .05$).

Para o *Stress*, a sub-escala Prevenção discrimina indivíduos com mais e menos sintomas de Stress ($t(84.663; .031) = 2.200$). O grupo de indivíduos com mais sintomas de *Stress*, relatou uma maior utilização de estratégias de Prevenção ($M = 1.4038$; $DP = 1.1319$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = .9700$; $DP = .8062$).

Tabela 12. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas CPCI-42, em função de mais/ menos Ansiedade, Depressão e Stress.

<i>Ansiedade</i>						
	<u>Grupo 1</u>		<u>Grupo2</u>		<i>U</i>	<i>p</i>
	M		M			
Relaxamento	17.14		16.00		117.000	.750
Prevenção	18.37		16.82		129.500	.656
Busca de Suporte	18.37		15.86		114.500	.464
Auto-Declarações	17.21		16.84		130.000	.928
Persistência na Tarefa	19.17		16.18		117.500	.391
Exercício	17.00		17.89		135.000	.811

<i>Depressão</i>						
	<u>Grupo 1</u>		<u>Grupo 2</u>		<i>U</i>	<i>p</i>
Relaxamento	13.55		10.58		49.000	.316
Prevenção	11.75		11.29		57.500	.872
Busca de Suporte	11.14		11.86		56.500	.797
Auto-Declarações	10.91		13.00		54.000	.487
Persistência na Tarefa	12.50		11.54		60.500	.740
Exercício	12.55		11.50		60.000	.740

<i>Stress</i>						
	<u>Grupo</u>	<u>Mais Stress</u>	<u>Grupo</u>	<u>Menos Stress</u>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Relaxamento	.5303	1.0853	.3055	.5158	1.318	.191
Prevenção	1.4083	1.1319	.9700	.8062	2.200	.031
Busca de Suporte	1.0391	1.3118	.8597	1.0578	.742	.460
Auto-Declarações	2.4792	2.1929	2.4914	2.2605	-.027	.978
Persistência na Tarefa	4.7500	2.8718	5.5150	2.1989	-1.486	.141
Exercício	.2292	1.0717	.1569	.5430	.427	.670

6. Discussão

Nas últimas décadas, o crescente conhecimento das trajetórias neuroanatómicas e dos mecanismos neurofisiológicos, subjacentes à dor, tem demonstrado a importância dos factores psicológicos, na avaliação e na resposta do indivíduo (Turk & Okifuji, 2002). Os avanços nesta área, têm suscitado novas formas de tratamento, sendo evidente a importância das crenças do paciente com dor crónica no seu funcionamento físico, na forma como lida com a situação e na resposta ao tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992; Turk & Okifuji, 2002).

Esta investigação teve o objectivo, de analisar as qualidades psicométricas das medidas *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* (Jensen & Karoly, 2000) e da *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42)* (Romano, Jensen & Turner, 2003), que avaliam respectivamente, as crenças acerca da dor e as formas de lidar com este sintoma, numa amostra portuguesa de utentes de um Centro de Saúde. Um primeiro estudo analisou a validade factorial da *SOPA* e da *CPCI-42*.

A análise da *SOPA* utilizou uma Análise Factorial em Componentes Principais, uma vez que pretendíamos compreender a estrutura da organização dos factores neste tipo de amostra, assumindo que eram independentes entre si (Pestana & Gageiro, 2000; Tabachnick & Fidell, 2007). A primeira versão da *SOPA* (Jensen, Karoly & Huger, 1987), apresentava 24 itens, que avaliavam as crenças da dor relacionadas com o controlo, incapacidade, cuidados médicos, solicitação e medicação. A investigação desenvolvida desde então tem apresentado várias versões com um número diverso de itens. Controvérsias na estrutura das diferentes versões existentes, prendem-se com aspectos relativos ao carácter abusivo na eliminação dos itens ou, com a sua aplicabilidade/utilidade em determinados contextos (Jensen, Keef, Lefebvre, Romano & Turner, 2003; Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992). A solução de 9 factores obtida (Controlo/Estratégias de Auto-controlo, Incapacidade, Emoção, Solicitação, Medicação, Cuidados Médicos, Cura Médica, Controlo/Estratégias de Aprendizagem, Dano) explicou 61.319%, e obedeceu aos critérios estabelecidos pelos autores da medida original (Jensen, Turner & Romano, 2000). Deste modo, foi utilizado o mesmo método de rotação e a mesma estratégia de selecção de itens, proposta pelos autores da versão original. Os itens foram retidos se apresentassem um valor

de correlação absoluto com outro factor de pelo menos de .30 e também, se apresentassem uma diferença nos valores de correlação superior a .10 (Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992). A solução encontrada apresentou valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, superiores a .60 (excepção do Controlo-Estratégias de Aprendizagem) valores estes, superiores aos encontrados na medida original por Jensen, Turner e Romano (2000).

Jensen (2000) analisaram as características psicométricas das versões reduzidas da *SOPA* (respectivamente com 30 e 35 itens). Estes autores referem o carácter abusivo dos critérios utilizados pelos autores da versão reduzida de 30 itens (Tait & Chibnall, 1997) e o facto da eliminação completa dos itens que compõem uma determinada sub-escala, não assegurar a mensuração de todos as sub-escalas correspondentes à versão original.

Por outro lado, para analisar a validade factorial da *CPCI-42* (Romano, Jensen & Turner, 2003), foi realizada uma Análise Factorial em Componentes Principais, com rotação ortogonal, pelo método *varimax*, apesar dos autores da medida original utilizarem a rotação oblíqua. Pretendiam reduzir um amplo número de variáveis, num número menor de factores, pressupondo, à partida, que estes factores variavam, mas constituíam sub-escalas relacionadas do mesmo constructo (Romano, Jensen e Karoly *citado por* Hadjistavropoulos, MacLeo & Asmundson, 1999). Neste estudo, pretendemos compreender a estrutura de organização dos factores (explorar), maximizando o efeito de “independência” entre eles e não, confirmar a estrutura mencionada pelos autores da versão original nem os resultados por eles obtidos, uma vez que a amostra utilizada difere da original. Os autores da medida original salientaram mesmo a possibilidade de utilização de ambos os tipos de rotação, *varimax* e oblíqua, em função dos objectivos do estudo, pois os resultados não eram, à partida, muito díspares.

A solução de 6 factores obtida (Relaxamento, Prevenção, Busca de Suporte, Auto-declarações, Persistência na Tarefa e Exercícios), explicou 60.835%. Os factores da versão portuguesa, apresentaram valores de consistência interna superiores a .80, com excepção do factor relativo ao Exercício ($\alpha = .58$). Na explicação deste valor de consistência interna, poderá estar o facto desta sub-escala ser constituída por dois itens apenas. Romano et al. (2003), referiram um valor de consistência interna inferior a .70, no que respeita a esta sub-escala, justificando este resultado pela menor estabilidade da sub-escala ou, pelas flutuações

na utilização desta estratégia. De uma forma geral, os valores obtidos são superiores aos valores da medida original e superiores aos valores obtidos com os dados da aferição, mas mantendo estrutura factorial original. Para estudar a validade convergente e divergente das medidas, foi realizado um segundo estudo com uma amostra diferente.

A validade convergente foi estudada através de matrizes de correlação com o coeficiente de correlação de *Pearson*. As associações obtidas entre as sub-escalas da *SOPA* e da *CPCI-42* demonstraram valores de correlação fracos, mas consistentes com as relações descritas na literatura (Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner & Romano, 2001; Nielson & Jensen, 2004).

As sub-escalas *SOPA* que reflectem crenças maladaptativas, relacionaram-se com a utilização de estratégias mais passivas Assim, mais crenças acerca da incapacidade pela dor, associaram-se a mais estratégias de Relaxamento e de Prevenção, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (2001), mas não com Jensen et al. (1994). A avaliação do constructo de *coping* de forma mais detalhada e compreensiva, pode estar na base da discrepância dos resultados obtidos entre os dois estudos (Jensen et al., 2001). Por outro lado, as crenças relativas ao Dano, isto é, a extensão para a qual o indivíduo acredita que a sua dor significa que está a ser lesado e que deve evitar os exercícios, relacionaram-se com uma menor Persistência na Tarefa, como forma de lidar com a dor, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (2001) e com Nielson e Jensen (2004). Finalmente, os indivíduos com mais crenças a respeito da Cura Médica utilizaram menos estratégias de Prevenção e mais Persistência na Tarefa, o que está de acordo com Jensen et al. (2000). Segundo estes autores, as crenças relacionadas com a Cura Médica podem tipificar dois componentes associados, um componente adaptativo, de esperança em se sentir melhor e, um componente maladaptativo, de responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde, no manejo da dor.

O estudo dos factores preditores da Ansiedade, Depressão e *Stresse*, evidenciou a importância com crenças maladaptativas, no ajustamento emocional. Em relação à Ansiedade, indivíduos com menos crenças acerca da sua capacidade de aprendizagem do Controlo da dor, apresentaram mais sintomas de Ansiedade, o que está de acordo com a investigação da medida e também com o Modelo Transaccional do *Stresse* de Lazarus e Folkman (Coughlin, Badura, Fleisch & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1991; Jensen, Turner & Romano, 2001).

Por outro lado, indivíduos com mais crenças de Incapacidade e menos crenças acerca do Controlo/Estratégias de Aprendizagem, apresentaram mais Depressão estando, mais uma vez, de acordo com a literatura (Coudhlin et al., 2000; Engel, Schwartz, Jensen & Johnson, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). A importância das crenças de incapacidade como preditores do funcionamento psicológico e da utilização dos Cuidados Médicos é clinicamente relevante, pois pode prever a resposta depressiva e o recurso aos cuidados de saúde (Jensen & Karoly, 1992). Jensen e Karoly (1992), verificaram que pacientes com dor crónica que se percebem como tendo mais incapacidade pela dor física, procuram mais ajuda profissional. Neste sentido, a avaliação do grau para o qual o indivíduo se percebe como incapacitado, poderá constituir um indicador clínico de identificação do ajustamento à situação, e eventual referência para planos de tratamento.

Finalmente, no que respeita os factores preditores do *Stresse*, mais crenças de Incapacidade, menos Persistência na Tarefa e mais crenças relacionadas com a influência da Emoção na dor, associaram-se a mais sintomas de *Stresse*, o que está de acordo com a literatura (Coughlin et al., 2000; Jensen, Turner & Romano, 2000).

Na investigação desenvolvida, a utilização de estratégias inerentes à Solicitação de suporte social, não foi preditor de sintomas de Ansiedade, Depressão ou de *Stresse*. Face a uma situação geradora de *stress*, dentro de um contexto relacional, interpessoal ou, social, aspectos inerentes à Solicitação de suporte social ou de empatia por parte de outros significativos, podem assumir prioridade face à redução da dor ou do nível de *stress* (Severeijns, Vlaeyen, & van den Hout, 2004). No estudo de Strong, Ashton e Chant (1992), as crenças relativas à Solicitação e à Incapacidade, mostraram estar associadas a uma maior frequência de utilização da catastrofização. A catastrofização é assim um construto teórico com conotação cognitiva, como parte de um estilo de *coping* amplo e interpessoal, com funções sociais implícitas (Severeijns, Vlaeyen & van den Hout, 2004; Strong, Ashton & Chant, 1992). No mesmo sentido, Keefe, Lipkus, Lefevre, Hurwitz, Clipp, Smith & Porter (2003) mostraram que pacientes com carcinoma gastrointestinal que catastrofizam acerca da dor, recebem elevado suporte social a nível instrumental.

A importância das crenças acerca da dor no ajustamento à situação salienta a sua influência no tratamento da dor crónica (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Os

programas multidisciplinares em geral, e as teorias cognitivo-comportamentais, em particular, reforçam a importância das interações entre o acontecimento, as cognições e o comportamento, na percepção da dor. A eficácia das teorias cognitivo-comportamentais, resulta da aprendizagem de estratégias para lidar com as componentes emocional, cognitiva e comportamental da dor, diminuindo as crenças e estratégias maladaptativas, como as crenças de incapacidade (Bradley, 1996; Jensen, Nielson, Turner, Romano & Hill, 2003; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001).

Finalmente, a validade discriminante da *SOPA* e da *CPCI-42*, foi analisada através de procedimentos de comparação da média amostral, para a Ansiedade, Depressão e *Stresse*. Estas medidas mostram resultados significativos para o *Stresse*. Assim, os indivíduos com mais sintomas de *Stresse* relataram mais crenças de Incapacidade e de Emoção e, maior utilização de estratégias de Prevenção isto, comparativamente aos indivíduos com menos sintomas. Aspectos inerentes às características psicopatológicas da amostra podem estar na base deste resultado, comprometendo a sua interpretação. Os valores médios obtidos para as sub-escalas de Ansiedade e Depressão (particularmente), são inferiores aos relatados em estudos com estudantes universitários (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a). Como se trata de uma amostra constituída por utentes do Centro de Saúde, este resultado permite-nos tecer algumas considerações a respeito da relação entre as habilitações literárias e a compreensão dos itens, na resposta enumerada pelos participantes.

A associação entre as respostas de *coping* e o ajustamento, tanto a curto como a longo termo, tem sido demonstrada em numerosas investigações de carácter transversal e longitudinal, nomeadamente no que respeita à intensidade da dor, à angústia emocional, ao funcionamento físico, à incapacidade, entre outras variáveis psicossociais, reforçando a aplicabilidade da *SOPA* e da *CPCI-42* nas abordagens multidisciplinares da dor crónica (Hadjistavropoulos et al., 1999; Tan, Nguyen, Anderson, Jensen & Thornby, 2005).

Apesar dos resultados obtidos parecerem promissores, o estudo realizado apresenta algumas limitações. De uma forma geral, a utilização de um questionário de auto-relato é um aspecto a salientar. Apesar deste tipo de avaliação ter implícitas inúmeras vantagens, como a facilidade de aplicação, rapidez, economia de tempo e a objectividade da cotação, aspectos de desajustabilidade social, podem comprometer os resultados.

A heterogeneidade da amostra utilizada é outro aspecto preponderante. Na presente investigação, não foram discriminados outros critérios de inclusão na amostra, para além de serem utentes de um Centro de Saúde e de procurarem consulta médica nesse dia. Este aspecto, associado à baixa literacia da amostra, pode ter dificultado a compreensão de alguns itens das escalas e influenciado o resultado obtido, devendo por isso ser tido em consideração em investigações futuras. Aspectos relativos aos quadros clínicos apresentados devem ser considerados em futuras investigações, com particular relevância para os quadros algícos com mais do que uma localização e a sua duração, possibilitando a caracterização em termos de dor aguda ou crónica. Aspectos relativos às características sócio-demográficas devem igualmente ser salientados, parecendo preponderante o papel de variáveis moderadoras tais como a idade, o sexo, o estatuto sócio-económico e as condições laborais, na relação entre as crenças e a resposta ao tratamento (DeGood & Tait, 2001; Derbyshire, 1997; Jablonska, Soares & Sundin, 2006; Keogh, McCracken & Eccleston, 2006).

Concretamente, no que respeita aos estudos desenvolvidos no âmbito da *SOPA* (Jensen & Karoly, 2000), existem algumas investigações, que têm salientado a importância do nível de habilitações literárias, no auto-relato da incapacidade (Roth & Geisser, 2002). Segundo estes autores, as cognições relacionadas com a dor apresentam um efeito mediador na relação entre as habilitações literárias e a incapacidade, estando um baixo nível de habilitações literárias relacionado com mais crenças de incapacidade. Neste sentido, aspectos relacionados com a compreensão/ interpretação dos itens constituintes da medida, podem ter estado na base da resposta que o paciente enumerou (Romano, Jensen & Turner, 2003).

Nos estudos desenvolvidos com a *CPCI* (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1999) e com a *CPCI-42* (Romano et al., 2003), foram utilizadas amostras clínicas de pacientes com dor crónica, atendendo aos critérios estabelecidos pela *International Association for the Study of Pain*. Os pacientes não eram integrados no estudo se revelassem necessidade de intervenção cirúrgica ou outra intervenção médica ou, se a avaliação psicológica revelasse a existência de psicopatologia severa ou, de abuso de substâncias. Os estudos preliminares dos aspectos inerentes à validade factorial da *CPCI*, referem exactamente aspectos inerentes às semelhanças das amostras utilizadas, como preponderantes para a similaridade de resultados (Hadjistavropoulos et al., 1999; Jensen et. al, 1995).

Assim, desenvolvimentos adicionais são necessários, para analisar a organização dos itens, em amostras portuguesas. Esperamos assim que estudo tenha contribuído para uma abordagem preliminar da versão portuguesa destas medidas, possibilitando um melhor conhecimento da forma como estes construtos se organizam na nossa população.

Referências Bibliográficas

- Asmundson, G., Norton, P. & Norton, G. (1999). Beyond pain: the role of fear and avoidance chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2006). Retirado da web a 8 de Setembro de 2006 de www.aped-dor.org.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. San Diego: Elsevier.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bird, J. (2004). Use of pain measurement tools with older persons. *Psychologica*, 37, 115-127.
- Bradley, L. (1996). Cognitive- Behavioral Therapy for Chronic Pain. In R.Gatchel e D. Turk. *Psychological Approaches to Pain Management. A practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press.
- Canavarro, M. (1997). *Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor na especialidade de Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra.
- Caraceni, A. Cherny, N. Fainsinger, R. Kaasa, S.Poulain, P. Radbruch, L. Conno, F. & the Steering Committee of the EAPC Research Network. (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative working group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, 239-255.
- Coughlin, A. Badura, A. Fleischer, T. & Guck, T. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: Its efficacy in changing patient's locus of control. *Archives of Psychiatry and Medicine Rehabilitation*, 81, 739-740.
- Crombez, G.Eccleston, C. Baeyens, F. & Eelen, P. (1996). The disruptive nature of pain: An experimental investigation. *Behaviour, Research and Therapy*, 34, 911-918.

- DeGood, D. & Tait, R. (2001). Assessment of Pain Beliefs and Pain Coping. In D. Turk e R. Melzack. *Handbook of Pain Assessment* (pp. 320-337). New York: The Guilford Press.
- Derbyshire, S. (1997). Sources of variation in assessing male and female responses to pain. *New Ideas in Psychology*, 15, 83-85.
- Derogatis, L. (1975). Brief Symptom Inventory. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Diniz, A. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ektor-Andersen, J. Ørbæk, P. Isacsson, S. & Shoulder-Neck, M. (2002). *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 33-39.
- Engel, J. Schwartz, L. Jensen, M. & Johnson, D. (2000). Pain in cerebral palsy: The relation of coping strategies to adjustment. *Pain*, 88, 225-230.
- Evers, A. Kraaimaat, F. Riel, P. & Jong, A. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: A randomised controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
- Goubert, L. Crombez, G. & Danneels, L. (2006) The reluctance to generalized corrective experiences in low back pain patients: A questionnaire study of dysfunctional cognitions. Retirado da web a 12 de Janeiro de 2005 de www.sciencedirect.com.
- Hadjistavropoulos, H. MacLeod, L. & Asmundson, G. (1999). Validation of Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*, 80, 471-481.
- Heuts, P., Vlaeyen, J., Roelofs, J., de Bie, R., Aretz, K., van Weel, C. & van Schayck, O. (2004). Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain*, 110, 228-235.
- Jablonska, B., Soares, J. & Sundin, Ö. (2006). Pain among woman: Associations with socio-economic and work conditions. *European Journal of Pain*, 10, 435-447.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping efforts, and adjustment to Chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1992). Pain-specific beliefs, perceived symptoms severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 123-130.
- Jensen, M. & Karoly, P. (2000). *The Survey of Pain Attitudes. General description of the questionnaire*. Manuscrito Não Publicado.

- Jensen, M., Karoly, P. & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 393-400.
- Jensen, M. Keef, F. Lefebvre, J. Romano, J. & Turner, J. (2003). One-and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104, 453-469.
- Jensen, M. Nielson, W. Turner, J. Romano, J. & Hill, M. (2003). Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. *Pain*, 104, 529-537.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (1994). Correlates of improvements in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 172-179.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (2000). Pain beliefs assessment: A comparison of the short and long versions of the Survey of Pain Attitudes. *The Journal of Pain*, 1, 138-150.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Jensen, M. Turner, J., Romano, J. & Lawler, B. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Jensen, M. Turner, J., Romano, J. & Strom, S. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Keef, F. Lipkus, I. Lefevre, J. Hurwitz, H. Clipp, E. Smith, J. & Portre (2003). The social context to gastrointestinal cancer pain: A preliminary study examining the relation of patient pain catastrophizing to patient perceptions of social support and caregiver stress and negative response. *Pain*, 103, 151-156.
- Keogh, E. McCracken, L. & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 10, 413-422.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lovibond, P. & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

- McCracken, L. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. & Eccleston, C. & Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioural coping responses: preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Nielson, W. & Jensen, M. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109, 233-241.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Romano, J. Jensen, M. & Turner, J. (2003). The chronic pain coping inventory-42: Reliability and validity. *Pain*, 104, 65-73.
- Roth, R. & Geisser, M. (2002). Educational Achievement and chronic pain disability: Mediating role of pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 286-296.
- Schiaffano, K. Shawaryn, M. & Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on Psychological Adjustment to Chronic Illness. *Health Psychology*, 17, 262-268.
- Severeijns, R. Vlaeyen, J., van den Hout, M. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain*, 111, 226-229.
- Strong, J. Ashton, R. & Chant, D. (1992). The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, 48, 227-236.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education Inc: New York.
- Tait, R. & Chibnall, J. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*, 70, 229-235.

- Tan, G. Nguyen, Q. Anderson, K., Jensen, M. & Thornby, J. (2005). Further Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *The Journal of Pain*, 6, 29-40.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evaluation and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

Pain Measurement: Use of The self-administered questionnaire : The Survey of Pain Attitudes (SOPA) and Chronic Pain Coping Inventory - 42 (CPCI-42) on Portuguese Population.

The study presents the psychometric characteristics of the Portuguese version of *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)*, Jensen & Karoly, 2000) and *Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42)*, Romano, Jensen & Turner, 2003). In Study 1, Factorial Analysis of both measures was studied in 651 Portuguese adults, who attended a Health Care Centre. For SOPA, a 9 factor's structure explained 61.319% of the variance (Control – Strategies of Self Control, Incapacity, Emotion, Solicitation, Medication; Control – Learning Strategies, Medical Healing, and Damage). Concerning *CPCI-42*, 6 factor's structure explained 60.835% (Relaxing, Prevention, Search of Support, Self declarations, Takes Persistency and Exercise). The measure factors were adequate to the original model, presenting values of internal consistency highly superiors to those obtained originally.

A second study analyse the convergent and divergent validities of the obtained versions of *SOPA* and *CPCI-42*, in a 151 adult's sample. Contributes of these measures were approached through the analysis of multiple regression, therefore explaining the symptoms of anxiety, depression and stresse. Results are discussed considering existing literature.

Key-Words: Adaptation Beliefs; Coping Strategies; Pain; Multidisciplinary Treatments.

Évaluation de la Douleur : Utilisation du Questionnaire d'Auto-Response The Survey of Pain Attitudes (SOPA) et Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42) dans la Population Portugaise.

Cette étude présente les caractéristiques psychométriques de la version portugaise du The Survey of Pain Attitudes (SOPA: Jensen et Karoly, 2000) et du Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42: Romain, Jensen et Turner, 2003), dans un échantillon de 651 adultes portugais, d'usagers d'un Centre de Santé. Dans Estudo1, sont effectuées des Analyses Factoriel dans des Composantes Principales, pour chacune des mesures. Pour la SOPA, une structure de 9 (Contrôle Stratégies d'Auto-Contrôle, Incapacité, Émotion, Sollicitation, Médication, Soins Médicaux, Contrôle Stratégies d'Apprentissage, Cure Médicale, Dommages), qui a expliqué 61.319%; pour la CPCI-42, ont été obtenus 6 facteurs (Relaxation, Prévention, Recherche de Support, Auto-Declarations, Persistance dans la Tâche, Exercice), qui ont expliqué 60.835%. Les facteurs des mesures ont présenté adéquation au modèle original, avec des valeurs de consistance interne supérieures obtenus par les auteurs des versions originales ($\alpha \leq 60$, pour les sub-scales SOPA, à l'exception du Contrôle-Stratégies d'Apprentissage; $\alpha \leq 78$, pour les sub-scales CPCI-42, à l'exception de la sub-scale Exercices).

Un seconde étude il a utilisé un échantillon supplémentaire de 151 adultes, avec l'objectif d'analyser les validités convergent et divergent, des versions obtenues de la SOPA et de CPCI-42. Ont été abordées les contributions de ces mesures dans l'explication des symptômes d'anxiété, la dépression et de stress, à travers d'analyses de régression multiple.

Les résultats obtenus on discute vu la littérature existante.

Mots-Clés: Croyances mal adaptatives; Stratégies de Coping; Traitements multidisciplinaires; Douleur.