



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ASSOCIAÇÃO ENTRE A RESILIÊNCIA, SAÚDE AUTO  
REPORTADA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PESSOAS  
PORTUGUESAS COM DOR CRÓNICA

CAROLINA CARRITO CAMPOS MACHADO SILVA

Coordenadora do Seminário de Dissertação:

DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenadora de Dissertação:

DOUTORA ALEXANDRA FERREIRA VALENTE

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2019/2020

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Alexandra Ferreira Valente, no âmbito do projeto de investigação financiado por bolsa FCT com a referência SFRH/ BPD/121452/2016, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

## **Agradecimentos**

Este ano letivo provou ser o ano mais longo que já vivenciei, desafiando-me e testando-me em maneiras que não sabia serem possíveis. O “traçar a meta” foi demorado e provou ser um verdadeiro teste de resistência e perseverança. Por entre estes altos e baixos, estiveram presentes pessoas que me acompanharam e guiaram, que devem ser reconhecidas.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais. Os meus pilares. Foram eles que me deram a liberdade para fazer o que quisesse, deixando-me explorar o mundo. Foram eles que me ensinaram a agarrar as oportunidades da vida. Foram eles que me acompanharam nos meus múltiplos momentos de dúvida e “agoiro” e sei que o farão sempre que eu necessitar.

Um obrigada sentido à minha avó, que me guarda e protege debaixo da sua asa sem pedir nada em troca. Ela cuida em silêncio, sempre atenta. Sou sortuda por a ter comigo, como avó e como amiga.

Agradeço também à minha prima Margarida, que tem o poder especial de conseguir me meter juízo na cabeça e de me acalmar. As suas palavras fazem-me sempre refletir e pôr os momentos maus em perspetiva.

Um obrigada especial à Professora Doutora Alexandra Ferreira-Valente pelos seus ensinamentos, apoio e paciência. Agradeço genuinamente todo seu o tempo dedicado, os conselhos e partilha de experiências durante o meu percurso. O seu olhar atento e espírito perfeccionista fizeram-me crescer, treinando o meu espírito crítico e atenção aos pormenores.

Também não posso deixar de agradecer à Professora Doutora Isabel Leal que, sendo a minha Professora do Seminário de Dissertação de Mestrado sempre se disponibilizou para ajudar, fazendo-me sentir segura e confortável.

Tenho sorte de ter alguns amigos que me apoiaram nesta viagem. As amigas que criei na universidade, Ana Catarina, Carolina e Daniela, foram fundamentais para o meu desabrochar neste longo processo. Os seus espíritos altruístas e lutadores inspiram-me a ser melhor como pessoa e nunca desistir dos meus objetivos, independentemente do tamanho do desafio.

Às amigas mais improváveis que este ano me deu Barbara, Iryna e Sara agradeço do fundo do coração pela compreensão, empatia e o encorajamento dado, enquanto vivíamos juntas esta aventura. Por entre o trabalho duro existiram muitas gargalhadas e companheirismo que me ajudaram a ver a luz ao fundo do túnel.

Por fim, mas não menos importantes, dou um grande obrigada aos meus amigos de sempre, Edgar, Rita e Sofia que me lembraram sempre de relativizar os meus problemas e de não me deixar isolar.

Deixo, como forma de despedida, uma frase que disse muitas vezes a mim mesma durante este ano letivo. Uma expressão que o meu pai me ensinou e me lembra do poder da resiliência: “A maior glória não é ficarmos de pé, mas sim levantarmo-nos cada vez que caímos, com graciosidade”.

## Resumo

A dor crónica é uma experiência multidimensional, subjetiva, individual e idiossincrática. Esta é influenciada por fatores biológicos (dano físico), fatores psicológicos (humor e ansiedade) e sociais (suporte social percebido). A experiência da dor crónica é desgastante, de maneira que, fatores protetores como a resiliência podem trazer benefícios para o bem-estar do indivíduo e não apenas ajudá-lo na vivência da condição. Desta maneira, os objetivos do estudo são: (a) caracterizar a amostra quanto aos níveis de resiliência, saúde auto reportada, ansiedade e depressão estado e; (b) Estudar o papel preditor da resiliência na saúde auto reportada, ansiedade e depressão estado em pessoas portuguesas com dor crónica. Os participantes do estudo foram 93 pessoas adultas portuguesas com dor crónica lombar ou artrose. Foram aplicados à amostra um questionário sociodemográfico, a *Escala de resiliência de Connor-Davison-10 Port* (CD-RISC-10 port), o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) a *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (HADS) e *Brief Pain Inventory* (BPI). A resiliência influenciou significativamente a saúde física, ansiedade e depressão estado, mas não teve impacto significativo na saúde mental. Os resultados questionam a possibilidade de a resiliência ser protetora da doença mental, mas não da saúde mental na dor crónica.

Palavras-chave: Dor Crónica, Resiliência, Doença Mental; Saúde Mental; Bem-estar

## **Abstract**

Chronic pain is a multidimensional subjective, individual and idiosyncratic experience. This experience is not only influenced by biological factors (physical damage) as well as psychological factors (humor and anxiety) and social factors (perceived social support). The experience of chronic pain is draining, therefore, protective factors such as resilience can benefit personal well-being, and be more than just an aid to the living condition of chronic pain. Thus, the goals of this study are: (a) sample characterization as to the levels of resilience, self-reported health, state anxiety and state depression; (b) Understanding the predictor role of resilience on the self-reported health, state anxiety and state depression of a Portuguese sample with chronic pain. The participants of the study were 93 Portuguese adults with lumbar chronic pain or arthrosis. A sociodemographic questionnaire, the *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC-10), the *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12), the *Hospital Anxiety and Depression scale* (HADS) and *Brief Pain Inventory* (BPI) were applied to the sample. Resilience showed significant influence on the physical health, state anxiety and state depression of the sample, but failed to predict its mental health. The results question the possibility that resilience can act as a protector of mental illness but not as a protector of mental health.

Key words: Chronic Pain, Resilience, Mental Illness, Mental Health, Well-Being

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>A Dor Como Experiência Multidimensional: A Teoria do Portão de Controlo da Dor..</b>	<b>2</b>
<b>Modelo Cognitivo-Comportamental Aplicado à Dor: A Proposta de Beverly Thorn....</b>	<b>2</b>
<b>Modelo Biopsicossocial Aplicado à Dor.....</b>	<b>4</b>
<b>Influência dos Fatores Psicológicos na Dor Crónica: Introdução da Resiliência.....</b>	<b>5</b>
<b>Método.....</b>	<b>10</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>10</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>11</b>
Questionário Sociodemográfico.....	11
Resiliência- Escala de Resiliência de Connor-Davison-10 (CD-RISC-10).....	11
Saúde Mental- Short-Form Health Survey-12 (SF-12).....	12
Ansiedade e Depressão- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).....	12
Interferência da dor- Brief Pain Inventory (BPI).....	12
<b>Procedimento.....</b>	<b>13</b>
Análise de dados.....	14
<b>Resultados.....</b>	<b>15</b>
<b>Associação entre Resiliência, Saúde (Mental e Física), Ansiedade e Depressão.....</b>	<b>16</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>19</b>
<b>Referências.....</b>	<b>25</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo A- Consentimento Informado.....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo B- Inquérito.....</b>	<b>46</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra .....	10
Tabela 2- Estatísticas Descritivas .....	15
Tabela 3- Correlações entre as Variáveis em Estudo (Controlando o Sexo e a Idade) .....	16
Tabela 4- Coeficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Saúde Mental .....	17
Tabela 5- Coeficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Saúde Física .....	18
Tabela 6- Coeficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Ansiedade .....	19
Tabela 7- Coeficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Depressão .....	19

## Introdução

A dor crónica – aquela que se prolonga para lá do tempo necessário para a cura de uma lesão tecidual (i.e., 3 meses) (Nicholas et al., 2019; Treede et al., 2015) é um importante problema de saúde que afeta cerca de um em cada quatro a cinco adultos em todo o mundo e que impacta negativamente quase todas as esferas da vida de quem tem dor crónica e das pessoas que com ela vivem (Azevedo, et al., 2012; Breivik et al., 2006). Com efeito, um estudo epidemiológico realizado em 14 países europeus e em Israel conclui que um em cada cinco adultos têm dor crónica (Breivik et al., 2006). O mesmo estudo conclui que a dor crónica afeta significativamente a capacidade de trabalhar, realizar tarefas domésticas, caminhar, levantar pesos, exercitar-se, dormir, manter as relações com amigos e familiares, manter relações sexuais, e a autonomia da pessoa com dor crónica. Em Portugal, estima-se que a prevalência de dor crónica ascenda a cerca de 37% da população adulta (Azevedo et al., 2012). O mesmo estudo indica que existe elevada comorbilidade entre a dor crónica a depressão e ansiedade, onde a primeira está frequentemente associada a absentismo laboral por baixa médica, desemprego e reforma antecipada por invalidez. Assim a dor crónica tem um impacto negativo não só pessoal, como também económico e social (Azevedo et al., 2012).

Dada a elevada prevalência e impacto da dor crónica, é necessário identificar formas eficazes de reduzir o impacto desta condição, que não mata, mas dói, primeiramente, mas não só, na qualidade de vida da pessoa com dor crónica, como também na sociedade. Assim, nas últimas décadas, clínicos e investigadores têm demonstrado especial preocupação em identificar formas eficazes de gerir a dor e melhorar a qualidade de vida em pessoas com dor crónica, começando primeiramente por identificar os fatores que influem a experiência de dor e a qualidade de vida das mesmas (Bartley, et al., 2019; Edwards et al., 2016; Gouveia & Augusto, 2011; Jensen & Turk, 2014; Sharma et al., 2018).

A dor, bem assim como a dor crónica, é hoje concebida por clínicos e investigadores, como uma experiência multidimensional, subjetiva, privada e idiossincrática, influenciada por uma panóplia de fatores biológicos (e.g. causa da dor, severidade da lesão), psicológicos (e.g. humor, crenças, atribuições, estratégias de *coping*), e sociais (e.g. suporte social, políticas de saúde) (Bean et al., 2014; Fillingim, 2017; Meints & Edwards, 2018; Thorn, 2004). Mas nem sempre a dor foi considerada uma experiência multidimensional. Só em meados do século passado, a comunidade médica e científica despertou para o facto de que: (a) pessoas com a mesma doença/lesão, num mesmo sítio ou com a mesma severidade, reportavam intensidade de dor diferentes (Meints & Edwards, 2018) ; (b) nem sempre os médicos conseguiam ajudar

os utentes a gerir a sua dor (Thorn, 2004); e (c) nem sempre os utentes achavam que a dor era um problema (Beecher, 1946). Foi só na década de 1960 que, pela primeira vez, foi formulada a teoria que, postulando que a dor não é o resultado direto e simples da estimulação nociceptiva, de uma lesão ou doença subjacente e da sua severidade, abriu caminho a que a comunidade científica despertasse para o papel de fatores psicológicos e sociais/contextuais na modulação da experiência de dor (Melzack & Wall, 1965). A esta teoria inovadora, chamaram os seus autores de “Teoria do Portão de Controlo da Dor”.

### **A Dor Como Experiência Multidimensional: A Teoria do Portão de Controlo da Dor**

A Teoria do Portão de Controlo da dor enunciada por Melzack e Wall propõe, pela primeira vez, que a experiência de dor dependeria do grau de abertura de um “portão” que existiria ao nível da espinal medula. O grau de abertura do portão determinaria, não só se uma estimulação nociceptiva seria experienciada pela pessoa como “dor”, como também, a intensidade dessa mesma dor. Se pelo contrário, o portão se encontrasse totalmente fechado, a estimulação nociceptiva não seria transmitida às estruturas superiores do sistema nervoso central e como tal, não daria lugar a uma experiência de dor. O portão está tanto mais aberto quanto maior for a intensidade do estímulo. Outros fatores que levariam à abertura do portão seriam, por exemplo, a atenção à dor e a ansiedade. Em contraste, aplicar pressão no local de dor, o relaxamento e o entusiasmo, entre outros, promoveriam o encerramento do portão (Melzack & Wall, 1965).

Esta teoria impulsionou muitas investigações nos últimos 60 anos e a formulação de outras teorias, que exploram como os fatores psicossociais influenciam a vivência de dor e a adaptação à mesma. Entre esses modelos existe, por exemplo, o Modelo Operante da dor, o Modelo Funcional da dor (Eccleston & Crombez, 1999), o Modelo do Medo-Evitamento (Lethem et al., 1983) e também modelos mais integradores como os Modelos Cognitivo Comportamentais aplicados à dor (Thorn, 2004) e o Modelo Biopsicossocial (Turk & Okifuji, 2002).

### **Modelo Cognitivo-Comportamental Aplicado à Dor: A Proposta de Beverly Thorn**

Na década de 2000, Beverly Thorn, uma psicóloga e académica norte americana da Universidade do Alabama, uma das mais importantes e reconhecidas investigadoras em psicologia da dor, propôs que a forma como os fatores psicossociais - tais como esquemas, crenças e estratégias de *coping* - estão associados com a dor crónica e o ajustamento à dor crónica, pode ser compreendida à luz do Modelo Transacional do *Stress* e *Coping* de Lazarus e

Folkman (1984). De acordo com Thorn (2004), a forma como um indivíduo reage e lida com a dor não depende exclusivamente desta, mas da interpretação que ele faz da sua experiência de dor. Características biológicas, experiências de vida precoces, práticas parentais, temperamento e papéis sociais estáveis, concorrem entre si para influenciar a forma como um indivíduo, de uma forma estável, se vê a si mesmo, vê o mundo e o futuro (Thorn, 2004). Estas crenças centrais, por sua vez, informam a forma como este indivíduo interpreta um determinado acontecimento ou acontecimentos, tais como a dor e o seu impacto (Chen & Jackson, 2018; Nava-Bringas et al., 2017; Thong et al., 2017; Thorn, 2004; Wang et al., 2018; Yildizeli Topcu, 2018). A dor, e seu impacto, podem ser interpretadas, por exemplo, como uma ameaça, um desafio ou um estímulo neutro. A estas interpretações, chamamos, à luz do modelo, de apreciações ou avaliações primárias (Thorn, 2004). Quando a dor é interpretada como ameaça desencadeia, naturalmente, uma resposta de *stress*, ou seja, torna-se um *stressor* ou *cluster* de *stressores* (Thorn, 2004). Uma vez diante de um *stressor*, o indivíduo pondera que recursos tem à sua disposição para lhe fazer face, que estratégias pode usar para lidar com o mesmo, que resultados podem ter tais estratégias, e o quanto o indivíduo crê que é capaz de executar estratégias eficazmente. Falamos aqui de avaliações secundárias (Thorn, 2004). É o *interplay* entre umas – avaliações primárias – e outras – avaliações secundárias – que determina a forma como o indivíduo de facto lida com o *stressor*, no caso a dor, a qual por sua vez, resulta em melhor ou pior ajustamento à condição, ou maior ou menor qualidade de vida (Thorn, 2004).

A investigação realizada nas últimas décadas tem vindo a corroborar os princípios basilares do modelo cognitivo-comportamental aplicado à dor. A literatura demonstra que crenças e atitudes face à dor, assim como as estratégias de *coping* em relação à dor, influenciam a experiência de dor crónica e o ajustamento à mesma (Chen & Jackson, 2018; Nava-Bringas et al., 2017; Sherbourne et al., 2019; Thong et al., 2017; Thastum et al., 2005; Wang et al., 2018; Yetwin et al., 2018; Yildizeli Topcu, 2018). Por exemplo, a crença de que a dor é sinal de que existe um dano ou lesão tecidual e de que comporta (necessariamente) incapacidade funcional, assim como a crença de que a atividade agrava a dor e deve ser evitada estão frequentemente associadas a maior incapacidade funcional e menor ajustamento psicológico em pessoas com dor crónica (Jia & Jackson, 2016; Osborne et al., 2007; Raiche et al., 2007; Sánchez-Rodriguez et al., 2020; Turner et al., 2000). Contrariamente, a crença de que é possível controlar a dor está frequentemente associada a melhor capacidade funcional e ajustamento psicológico à condição (Musich et al., 2019; Raichle et al., 2007). Por outro lado, as estratégias de *coping* como a persistência em tarefas do quotidiano estão habitualmente associadas a maior capacidade funcional e melhor ajustamento psicológico ao passo que, as estratégias de *coping*

como rezar, descansar e o evitamento estão geralmente associadas a maior incapacidade funcional e menor ajustamento psicológico em pessoas com dor crónica (Ferreira-Valente, Pais Ribeiro, Jensen & Almeida, 2011; Ferreira-Valente et al., 2014; Jensen et al., 2016; Lami et al., 2018; Nieto et al., 2012; Osborne et al., 2007; Raichle et al., 2007).

### **Modelo Biopsicossocial Aplicado à Dor**

Em 1977, George Engel, psiquiatra americano, propõe, pela primeira vez o modelo biopsicossocial em contextos de saúde, por oposição ao modelo biomédico que prevalecia até então. Engel parte da crítica ao modelo biomédico, demonstrando como este modelo dualista é incongruente com o crescente reconhecimento, à data, de que os fatores psicológicos (e.g., stress, humor, crenças e comportamentos), como aqueles sociais (e.g., nível socioeconómico, normas sociais, expectativas do grupo de pares), interagem entre si e com os fatores biológicos (e.g. agente patogénico) na determinação do curso da doença e manifestação de sintomas a ela associados (Engel, 1977, 1980). O modelo biopsicossocial assume que os seres humanos são sistemas complexos, e que é possível distinguir doença enquanto “evento biológico objetivo” ou *disease*, e doença enquanto “experiência subjetiva ou autoatribuição” ou *illness*, a qual tem que ver com a forma como o indivíduo se autoavalia e a maneira como as pessoas que o rodeiam, como família e amigos, respondem à sua sintomatologia e comportamentos (Gatchel, 2004; Gatchel, et al., 2007). Assim como distinguimos, à luz do modelo biopsicossocial, *disease* e *illness*, podemos também distinguir nociceção (i.e., estimulação dos tecidos nervosos que conduzem a informação acerca de dano tecidual real ou potencial para as áreas superiores do sistema nervoso central) e dor (i.e., a perceção subjetiva desagradável, produzida em todo o cérebro consciente, que resulta da estimulação nocicetiva, transmissão e modulação da informação sensorial). Assim, à luz deste modelo, a experiência de dor resultaria da interação de fatores biológicos (e.g., nociceção em si mesma, genoma), fatores psicológicos (e.g., experiência anterior, expectativas, crenças, humor), e fatores socioculturais (e.g., contexto familiar, expectativas sociais, sistema de saúde, *stressores* contextuais) que alteram a perceção da mesma e o seu conseqüente nível de debilitação, o que tornaria a experiência de dor algo de único para cada indivíduo (Baria et al., 2019; Bartley et al., 2017; Gatchel, 2004, Gatchel et al., 2007).

Do mesmo modo que para o modelo cognitivo-comportamental aplicado à dor, também a investigação realizada nas últimas décadas parece dar suporte aos princípios basilares do modelo biopsicossocial aplicado à dor. Numa recente revisão de literatura acerca dos fatores que influenciam a experiência de dor, Meints e Edwards (2018) demonstram como estudos

ressentes dão suporte ao papel dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais na modulação da dor. Sem negar a relevância dos fatores biológicos, estes autores organizam os resultados da literatura distinguindo entre fatores psicossociais gerais (e.g. depressão, ansiedade, *distress*, experiências de vida traumáticas, suporte social, contingências do meio aos comportamentos de dor, natureza e qualidade das relações interpessoais, gênero, etnia) e fatores psicossociais específicos da dor (e.g. *coping* com a dor, catastrofização, expectativas relativas à dor e ao curso do tratamento, auto-eficácia). Por um lado, a etiologia da dor e a predisposição genética parecem ser fatores biológicos que desempenham um papel essencial para iniciar, manter e agravar a dor (Diatchenko, 2005; Johnston et al., 2019; Livshits, 2018). Por seu turno, a investigação demonstra que o humor e a ansiedade parecem não só ser respostas afetivas frequentes à dor, como também contribuir para a sua manutenção e agravamento (Arnou et al., 2011; Bair et al., 2008; Baker et al., 2008; Bushnell et al., 2015; Elbinoune et al., 2016; Im et al., 2014; Kawai et al., 2017; Lerman et al., 2015; Nakagawa et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Smith & Zautra, 2008). Também outros estados afetivos, como a irritação e a raiva, parecem estar positivamente correlacionados com intensidade da dor e com a frequência de comportamentos de dor de maneira que contribuem para a sua agravamento e cronificação (Bruehl et al., 2012; Burns et al., 2015; Okifuji et al., 1999; Scott et al., 2013). Outros fatores psicológicos, como as crenças sobre a dor, são determinantes na resposta do indivíduo à mesma, tendo assim um papel importante na sua manutenção e agravamento ou na sua suavização e gestão, como referido anteriormente pelo modelo cognitivo-comportamental (Nava-Bringas et al., 2017; Thong et al., 2017; Trinderup et al., 2018; Wang et al., 2018; Yildizeli Topcu, 2018). Finalmente, a literatura também demonstra como os fatores sociais, tais como o suporte social percebido, está frequentemente associado a melhores resultados de saúde em pessoas com dor crónica (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2014; Penn et al., 2019; Lee et al., 2016; López-Martínez et al., 2008; Oraison & Kennedy, 2019), ao passo que, a solicitude do cônjuge ou família em resposta aos comportamentos de dor da pessoa com dor crónica, está frequentemente associada a piores resultados de saúde ao reforçar os comportamentos de dor (McCracken, 2005; Miró et al., 2019; Schmaling et al., 2020).

### **Influência dos Fatores Psicológicos na Dor Crónica: Introdução da Resiliência**

Os contributos dos modelos Cognitivo-Comportamental e Biopsicossocial aplicados à dor abriram as portas para a conceção da experiência da dor crónica como mais do que apenas noção. Tem havido, nas últimas décadas, um interesse crescente em estudar a associação entre fatores psicológicos e sociais e a experiência da dor crónica. Os fatores psicológicos e

sociais, como vimos anteriormente a respeito dos modelos cognitivo comportamentais e biopsicossocial aplicados à dor, parecem contribuir (ou não) para a manutenção ou remissão da dor. Ao moldarem a resposta dos indivíduos à dor, potenciam, ou não, o risco de cronificação da dor (Crofford, 2015; Linton et al., 2011; Wolfensberger et al., 2016).

Fatores como crenças relativas à dor, catastrofização, humor, estratégias de *coping* e suporte social são fatores psicossociais associados à qualidade de vida e ajustamento em pessoas com dor crônica (Arnold et al., 2011; Bair et al., 2008; Campbell et al., 2011; Du et al., 2018; Jones et al., 2009; Jongen et al., 2017; Keller et al., 2018; Lerman et al., 2015; López-Martinez et al., 2008; Marshall et al., 2017; McBeth et al., 2001; McPeak et al., 2018; Meints et al., 2019; Nakagawa et al., 2017; Saps & Bonilla, 2011; Sewell et al., 2018; Trinderup et al., 2018).

A literatura priorizou durante muito tempo o estudo dos fatores psicossociais de risco associados à dor (tais como a catastrofização, ou estratégias de *coping* tais como o evitamento e o descansar) devido às consequências críticas na vida das pessoas com dor crônica. Nestes estudos, os investigadores assumiam equivocadamente que a adaptação à dor crônica implicava apenas a ausência, controlo ou eliminação de fatores de risco (Velasco Furlong et al., 2010). Contudo, sabemos hoje que, enquanto que no que toca à saúde física os fatores proteção e de risco assumem uma relevância equiparada, no que toca à saúde mental os fatores de proteção têm um impacto muito mais significativo do que os fatores de risco (Alschuler et al., 2016; Bartley et al., 2017; Haddadi & Besharat, 2010; Viggers & Caltabiano, 2012). Assim, na última década, tem havido um interesse crescente dos investigadores em estudar o aqueles fatores psicossociais que se podem constituir como fatores de proteção em pessoas com dor crônica. Um desses fatores é a resiliência.

A resiliência é um conceito largamente estudado, mas sem uma definição única. Pode ser definida como capacidade para ultrapassar adversidade e apresentar bom funcionamento mesmo perante uma situação stressante (Sturgeon & Zautra, 2013). Existe também uma definição para a resiliência na dor crônica: capacidade para continuar a fazer um funcionamento normativo, mantendo a consistência nas atividades, ao mesmo tempo que regula as emoções e cognições perante a sensação de dor prolongada e intensa (Slepian et al., 2016). No estudo de Silverman et al. (2017), os participantes com esclerose múltipla descreveram a resiliência, na sua generalidade, de duas maneiras: em primeiro lugar, como a capacidade de um indivíduo se focar nos aspetos positivos da situação e não nas suas falhas e em segundo lugar, como um estado de prosperidade e não apenas de sobrevivência. Por outras palavras, a resiliência pressupõe recuperação, crescimento e sustentabilidade (Sturgeon & Zautra, 2010; Yeung et al.,

2012). Este conceito pode ser visto como um traço de personalidade estável — um recurso resiliente ou, um comportamento/resposta face a uma adversidade — um mecanismo resiliente. Os recursos resilientes passam por otimismo, propósito de vida, *coping* ativo, aceitação da dor, entre outros (Smith & Zautra, 2008). Já os mecanismos resilientes podem ser interações sociais positivas e afeto positivo (Sturgeon & Zautra, 2010). Naturalmente, existem limites para a resposta de resiliência de uma pessoa. Podem haver algumas “barreiras” na promoção da resiliência como o esgotamento de recursos, pensamentos e sentimentos negativos, isolamento/incompreensão social, estigma e fadiga (Silverman et al., 2017). A capacidade da resposta resiliente pode também depender do tipo de stressor que lhe é apresentado (Sturgeon & Zautra, 2010). Por fim, a resiliência pode também apresentar-se como “incompleta” perante determinado stressor, isto é, uma pessoa pode crescer e aprender de uma adversidade sem ter recuperado totalmente da mesma (Yeung et al., 2012).

A literatura mostra que a resiliência está associada a melhor qualidade de vida (Calvete et al., 2018; Harms et al., 2019; Lima et al., 2019; Pan et al., 2019; Qiu et al., 2019; Zhang et al., 2017), a maior bem-estar (Huang et al., 2018; McGowan et al., 2018; Ríos-Risquez et al., 2018), e a melhor saúde mental (Haddadi & Besharat, 2010; Kermott et al., 2019; Ma et al., 2019; Qiu et al., 2019; Rapport et al., 2020) e física (Seaton et al., 2018; Rapport et al., 2020; Wells et al., 2012). No que consta de doença mental, múltiplos estudos corroboram o papel protetor da resiliência. Por exemplo, a resiliência está frequentemente associada a menores níveis de depressão (Haddadi & Besharat, 2010; Harms et al., 2019; Jiao et al., 2017; Liu et al., 2019; Ma et al., 2019; McGowan et al., 2018; Poole et al., 2017; Sottile et al., 2016; Thurston et al., 2018) e ansiedade (Haddadi & Besharat, 2010; Harms et al., 2019; Jiao et al., 2017; Ma et al., 2019; Sottile et al., 2016).

Sabe-se menos sobre o papel da resiliência na dor crónica, sendo um tema ainda pouco estudado. Os resultados dos poucos estudos acerca da resiliência em pessoas com dor crónica podem ser resumidos da seguinte forma:

1. Pessoas com dor crónica têm níveis de resiliência menores que os patentes na população em geral (Gmuca et al., 2019; Morete et al., 2018);
2. A resiliência está associada a melhor qualidade de vida em amostras de pessoas com dor crónica (Cousins et al., 2015; Morete et al., 2018; Ramírez-Maestre et al., 2019; Viggers & Caltabiano, 2012; Yazdi-Ravandi et al., 2013);
3. A resiliência está negativamente associada à intensidade da dor em pessoas com dor crónica (Hemington et al., 2018);

4. A resiliência está associada a melhor saúde física e a menores níveis de incapacidade funcional em pessoas com dor crónica (Ahmed et al., 2018; Bartley et al., 2019; Gmuca et al., 2019; Newton-John et al., 2014), embora alguns estudos reportem não haver relação entre resiliência e saúde física (Jengan et al., 2017; Wadley et al., 2016);
5. A resiliência está associada a melhor saúde mental em pessoas com dor crónica (Viggers & Caltabiano, 2012);
6. A resiliência parece estar negativamente associada a depressão em pessoas com dor crónica (Bauer et al., 2016; Hart et al., 2008; Morete et al., 2018; Ruiz-Párraga et al., 2014; Viggers & Caltabiano, 2012).
7. A resiliência parece estar negativamente associada a ansiedade em pessoas com dor crónica (Morete et al., 2018; Ruiz-Párraga et al., 2014; Viggers & Caltabiano, 2012);

Assim, por um lado, as pessoas com dor crónica tendem a ter menos resiliência e menos capacidade para “florescer” (Morete et al., 2018; Trompetter et al., 2019). No entanto, a “vivência da doença crónica requer uma grande quantidade de resiliência e tende a esvaziar a reserva emocional” (Turk et al., 2008 p. 9). Mesmo assim, existem algumas pessoas que continuam a reger a sua vida quando expostas à dor crónica, enquanto outras vacilam. Torna-se assim importante compreender e estudar a resiliência como fator positivo e de proteção nesta população (Goubert & Trompetter, 2017). Em adição, existem poucos estudos realizados em Portugal que explorem o papel da resiliência na dor crónica. Deste modo, é clara a relevância do estudo da resiliência numa população portuguesa com dor crónica promovendo, o estudo deste conceito ainda pouco explorado (Gentili et al., 2019; Goubert & Trompetter, 2017; Häuser et al., 2014).

Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a resiliência, saúde auto-reportada, ansiedade e depressão em pessoas portuguesas com dor crónica. Os objetivos específicos deste estudo são: (a) caracterizar a amostra do estudo quanto aos níveis de resiliência, saúde auto-reportada, depressão e ansiedade; e (b) estudar o papel preditor da resiliência na saúde auto-reportada, depressão e ansiedade em pessoas portuguesas com dor crónica. Com base nos resultados patentes na literatura, espera-se que: (a) os níveis de resiliência da amostra são baixos; (b) os níveis de saúde (mental e física) auto-reportada da amostra são mais baixos do que aqueles encontrados na população em geral; (c) a ansiedade estado e depressão estado vão apresentar valores “moderados” a “severos” e; (d) a resiliência é um preditor significativo de saúde auto-reportada, depressão e ansiedade tal que, pessoas mais resilientes reportam melhor saúde auto-reportada e menor sintomatologia depressiva e ansiosa.

## Método

Este é um estudo observacional descritivo quantitativo, com desenho transversal. Insere-se no projeto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain” (ref.<sup>a</sup> SFRH/ BPD/121452/2016).

### Participantes

Os participantes do estudo foram pessoas adultas portuguesas com dor crónica lombar ou dor crónica associada a artrose. Os critérios de inclusão na amostra foram: (a) ter pelo menos 18 anos de idade; (b) ter dor a maior parte dos dias (i.e., pelo menos 50% dos dias) haver pelo menos três meses devido a uma das seguintes condições: dor lombar e/ou osteoartrose; e (c) aceitar participar. Os critérios de exclusão incluíram: (a) ter incapacidade cognitiva significativa que impeça a participação; (b) ter psicopatologia significativa (e.g. tentativa de suicídio ou internamento psiquiátrico nos últimos 6 meses).

O tamanho mínimo da amostra recomendado para detetar um efeito estatisticamente significativo na análise de regressão linear múltipla é de 76, considerando três variáveis dependentes, um tamanho do efeito médio, um nível de significância de 5% e um poder estatístico de 0,80. A amostra não probabilística de conveniência foi constituída por 93 participantes. A tabela 1 sumaria as características sociodemográficas da amostra. A maioria dos participantes foram mulheres ( $n=77$ ; 82,8%), com idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos ( $M=56,33$ ;  $DP=18,64$ ). Mais de metade dos participantes eram casados ou viviam em união de facto ( $n=51$ ; 54,8%) e tinham pelo menos o ensino secundário completo ( $n=57$ ; 61,9%). Relativamente à situação face ao emprego a maioria dos participantes eram reformados ( $n=46$ ; 49,5%). Em termos de etiologia da dor crónica, a maioria dos participantes tinham dor associada a osteoartrose ( $n=40$ ; 43%), 35 tinham dor crónica lombar (37,6%), sendo que 17 tinham simultaneamente dor lombar e osteoartrose (18,3%). Por fim, quanto à interferência da dor, as respostas dos participantes variaram entre 0 a 10 ( $M=3,93$ ;  $DP= 2,32$ ).

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica da amostra*

	n	%	M	DP
Sexo (feminino)	77	82,8		
Idade	91		56,33	18,64
Estado civil				
Casados ou a viver com um companheiro	51	54,8		
Solteiros	16	17,2		
Separados ou Divorciados	16	17,2		
Viúvos	10	10,8		
Nível de escolaridade				
Sabem ler e escrever, mas não completaram nenhum nível escolar	2	2,2		
Completaram o ensino primário (4º ano)	20	21,5		
Completaram o ensino básico (9º ano)	14	15,1		
Completaram o ensino secundário (12º ano)	27	29,6		
Bacharelato ou licenciatura	24	25,8		
Mestrado	6	6,5		
Situação face ao emprego				
Trabalhador/a a tempo inteiro	31	33,3		
Trabalhador/a a tempo parcial	3	3,3		
Trabalhador familiar não remunerado	1	1,1		
Desempregados	5	5,4		
Reformados	46	49,5		
Estudantes	7	7,5		
BPI Interferência da dor	89		3,93	2,32

Nota: BPI – *Brief Pain Inventory***Instrumentos**

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e clínico (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade, situação face ao emprego, estado civil, etiologia da dor, duração da dor) e a medidas de resiliência, perceção de saúde (mental e física), ansiedade e depressão.

## **Resiliência**

A resiliência foi avaliada através da versão portuguesa da *Escala de Resiliência de Connor-Davison-10* (CD-RISC-10; Connor & Davidson, 2003; Faria & Ribeiro, 2008). Esta escala é composta por 10 itens que avaliam numa escala de Likert de 5 pontos (0 = “Não verdadeira”; 4 = “Quase sempre verdadeira”) o quanto cada um dos itens se aplica aos respondentes durante o mês anterior. A pontuação total da escala varia entre 0 e 40, com pontuações mais elevadas a indicar maior resiliência. Um valor inferior a 29 (quartil 25 associado à população norte americana) é indicador de uma resiliência baixa (Davidson, 2020). A versão original da escala CD-RISC-10 apresenta boas propriedades psicométricas ( $\alpha=0,89$ ) (Connor & Davidson, 2003). Embora exista uma tradução portuguesa desta escala (Faria & Ribeiro, 2008), as suas propriedades psicométricas ainda estão em estudo. Esta escala apresentou consistência interna aceitável ( $\alpha=0,88$ ) na amostra deste estudo.

## **Saúde (Mental e Física)**

A perceção de saúde (mental e física) foi avaliada através da versão portuguesa da *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens (SF-12; Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b; Ferreira & Santana, 2003). Trata-se de uma versão reduzida da *36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36) de Ware e colaboradores (1995). O SF-12 é um questionário de 12 itens subdivididos em duas grandes componentes – o *Physical Component Summary* (SF-12 PCS) e o *Mental Component Summary* (SF-12 MCS) – os quais avaliam, respetivamente, a perceção de saúde física e a perceção de saúde mental dos respondentes. As pontuações standardizadas dos componentes da escala variam entre 0 e 100, com aquelas mais elevadas a indicar melhor saúde (mental e física). Pais-Ribeiro (2005) levou a cabo o estudo das normas desta escala para a população portuguesa adulta. No que se refere à saúde mental, i.e. ao SF-12 MCS, a mediana para a população adulta portuguesa saudável é de 71,42 (Pais Ribeiro, 2005). A mediana para a população adulta portuguesa saudável relativa à componente saúde física, i.e. ao SF-12 PCS, é de 76 (Pais Ribeiro, 2005). A literatura suporta a validade e fiabilidade da versão portuguesa do SF-12 (Silveira et al., 2013). Esta escala apresentou uma consistência interna aceitável a boa (PCS  $\alpha= 0,92$ ; MCS  $\alpha= 0,64$ ) na amostra deste estudo.

### ***Ansiedade e Depressão***

A ansiedade estado e a depressão estado foram avaliadas através da versão portuguesa *Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)*; Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). Esta é uma escala de rastreio que avalia a sintomatologia ansiosa e depressão na semana anterior. O questionário de autopreenchimento é composto por 14 itens divididos em duas dimensões: Ansiedade (HADS-A) e Depressão (HADS-D). Cada dimensão é composta por 7 itens respondidos numa escala de tipo Likert de 4 pontos. As pontuações calculadas para cada uma destas dimensões podem variar entre 0 e 21, com valores maiores a indicar maior severidade da sintomatologia ansiosa ou depressiva. Uma pontuação entre 0 a 7 é indicativa de ansiedade/depressão “normal”, uma pontuação de 8 e 10 é indicativa de ansiedade/depressão “leve”, uma pontuação entre 11 e 14 é indicativa de ansiedade/depressão “moderada”, e uma pontuação superior a 15 é indicativa de ansiedade/depressão “severa”. Uma pontuação igual ou superior a 11 é indicadora de ansiedade/depressão clinicamente significativa (Zigmond & Snaith, 1983). A literatura anterior demonstrou que a versão original e portuguesa desta escala é válida e fiável (HADS-A:  $\alpha=0,76$ ; HADS-D:  $\alpha=0,81$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo, esta escala apresentou uma consistência interna aceitável a boa (HADS-A  $\alpha=0,76$ ; HADS-D  $\alpha=0,78$ ).

### ***Interferência da Dor***

A interferência da dor foi avaliada através da subescala da interferência da dor da versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (BPI)*; Cleeland & Ryan 1994; Ferreira-Valente et al., 2012). Esta escala mede a interferência da dor em sete aspetos da vida diária (“Atividade Generalizada”, “Humor”, “Capacidade para andar”, “Trabalho normal”, “Relações Pessoais”, “Sono” e “Satisfação na Vida”) nas últimas 24 horas. Os participantes devem indicar o quanto a dor interfere com cada uma destas áreas da sua vida, usando uma escala de tipo Likert de 11 pontos, em que 0 significa “Não interferiu” e 10 significa “Interferiu completamente”. É uma medida válida e fiável em vários países incluindo Portugal ( $\alpha=0,91$ ) (Ferreira-Valente et al., 2012). No presente estudo, a escala apresentou uma consistência interna boa ( $\alpha=0,86$ ).

### **Procedimento**

O protocolo de investigação foi submetido a apreciação e aprovado pelas comissões de ética para a Investigação do ISPA – Instituto Universitário e da *University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine* (Seattle, WA, Estados Unidos da América) em 6 de abril de 2018 (ref.<sup>a</sup> I/005/03/2018) e em 21 de maio de 2018 (FWA #00006878),

respetivamente. Uma amostra não probabilística de conveniência de pessoas portuguesas com dor crónica lombar ou associada a osteoartrose foi convidada a participar neste estudo por um dos investigadores do estudo. Os participantes tomaram conhecimento do estudo e foram convidados a participar através da divulgação do estudo junto: (a) de utentes de serviços de medicina física e reabilitação das regiões norte, centro, Lisboa e Vale do Tejo, e Açores; e (b) dos utentes de uma universidade sénior da região de Lisboa e Vale do Tejo. Os potenciais participantes foram informados dos objetivos e procedimentos do estudo, tendo-lhes sido garantido o anonimato, a confidencialidade de todos os dados recolhidos, e o carácter voluntário do estudo. Foi dada oportunidade aos potenciais participantes de colocarem perguntas e esclarecerem dúvidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo. Todas as questões foram respondidas por um dos investigadores do estudo. Os potenciais participantes que aceitaram participar preencheram e assinaram um formulário de consentimento informado e procederam ao autopreenchimento do questionário. Os participantes não receberam qualquer retribuição para a participação no estudo.

### ***Análise de Dados***

O tamanho mínimo da amostra recomendado para detetar um efeito estatisticamente significativo na análise de regressão linear múltipla foi determinado usando uma calculadora de poder estatístico *online* considerando três preditores, assumindo um tamanho do efeito (*f* de Cohen) médio de 0,15, um nível de significância de 5% e um poder de 0,80 (Cohen, 1988; Soper, 2018).

Primeiramente, calcularam-se frequências (absolutas e relativas), médias e desvios padrão das variáveis do estudo para efeitos descritivos. Com vista a comparar a saúde (mental e física) auto reportada, em média, pelos participantes do estudo com os valores normativos da população adulta portuguesa saudável, recorreu-se ao teste *t* de *student* para uma amostra, considerando os valores de referência (a mediana para a população adulta portuguesa saudável) de 71,42 e 76, respetivamente para a saúde mental e a saúde física (Pais-Ribeiro, 2005). A fim de avaliar a associação entre resiliência, saúde auto reportada (mental e física), ansiedade e depressão, recorreu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação parciais, controlando para a idade e o sexo (onde o sexo masculino correspondeu ao número 0 e o sexo feminino correspondeu ao número 1) dos participantes. Finalmente, com vista à avaliação do papel preditor da resiliência com relação à saúde auto reportada (mental e física), ansiedade e depressão foram realizadas quatro análises de regressão linear múltipla (uma por cada variável

dependente), com as variáveis sexo, idade e resiliência como variáveis não dependentes. Os pressupostos das análises acima descritas, nomeadamente o pressuposto da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros, e o pressuposto da ausência de multicolinearidade foram avaliados previamente a estas análises de acordo com o sugerido por Maroco (2014). O pressuposto de distribuição normal foi avaliado através do cálculo e análise da assimetria ( $Sk$ ) e curtose ( $Ku$ ), com valores de  $|Sk|$  e  $|Ku|$  inferiores a 1 a indicar ausência de violação severa do pressuposto da normalidade (Kline, 2000). Os pressupostos da distribuição normal e homogeneidade dos erros foram avaliados graficamente. O pressuposto da independência dos erros foi avaliado através do teste de *Durbin-Watson*, com valores próximos de 2 a indicar independência dos erros. Por fim, verificou-se o pressuposto da ausência de multicolinearidade através do rácio de inflação da variância (*VIF*), com valores de *VIF* inferiores a 5 a indicar ausência de multicolinearidade. Um único valor omissivo num dos itens de uma das escalas foi substituído pela média. Mais do que um valor omissivo num dos itens de uma das escalas resultou na exclusão desses sujeitos da análise correspondente. Todos os dados foram analisados através do *software IBM SPSS Statistics* (versão 26.0). Considerou-se um nível de significância ( $\alpha$ ) de 0,05.

## Resultados

A tabela 2 apresenta os resultados relativos às estatísticas descritivas para as variáveis do estudo. Como se pode ver, a amostra do estudo apresentou uma resiliência baixa ( $M=28,67$ ;  $DP=8,09$ ). A presente amostra revelou uma média de 46,14 ( $DP=17,10$ ) associada à saúde física, mostrando ser um valor significativamente inferior à norma para a população adulta portuguesa ( $t(92)=-18,65$ ;  $p<0,001$ ;  $d=-1,75$ ). A amostra do estudo reportou também um nível de saúde mental, em média, de 46,81 ( $DP=15,09$ ), tratando-se de um nível de saúde mental significativamente inferior ao valor normativo para a população adulta portuguesa ( $t(92)=-18,65$ ;  $p<0,001$ ;  $d=-1,93$ ). A amostra reportou níveis de ansiedade ( $M=7,31$ ;  $DP=1,79$ ) leve, em média, ao passo que reportou um nível de depressão ( $M=5,42$ ;  $DP=2,12$ ), em média, normal.

**Tabela 2**

*Estatísticas Descritivas*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
CD-RISC-10	93	28,67	8,09	0,76	0,42
SF-12 PCS	93	46,14	17,10	-0,31	0,44
SF-12 MCS	93	46,81	15,09	0,17	-0,40
HADS-A	93	7,31	3,74	0,90	0,67
HADS-D	93	5,42	3,73	0,69	0,18

Nota: \*  $p<0,05$ ; CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; SF-12 PCS – *Physical Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens; SF-12 MCS – *Mental Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens; HADS-A – Subescala da Ansiedade da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS-D – Subescala da Depressão da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

### Associação entre Resiliência, Saúde (Mental e Física), Ansiedade e Depressão

A tabela 3 apresenta os coeficientes de correlação parcial entre as variáveis do estudo, controlando para o efeito do sexo e da idade dos participantes. Como se pode ver, a resiliência está significativamente correlacionada com a saúde física, apresentado uma correlação positiva moderada ( $r=0,33$ ;  $p=0,002$ ), com a saúde mental, apresentado uma correlação positiva fraca ( $r=0,21$ ;  $p=0,045$ ), com a ansiedade apresentando uma correlação negativa moderada ( $r=-0,40$ ;  $p<0,001$ ) e a depressão, apresentando uma correlação negativa moderada ( $r=-0,53$ ;  $p<0,001$ ).

**Tabela 3**

*Correlações entre as Variáveis em Estudo (Controlando o sexo e a idade)*

	<i>r</i>			
	CD-RISC-10	SF-12 PCS	SF-12 MCS	HADS-A
SF-12 PCS	0,31*			
SF-12 MCS	0,21*	-0,06		
HADS-A	-0,40*	-0,45*	0,20	
HADS-D	-0,53*	-0,56*	0,05	0,63*

Nota: \*  $p<0,05$ ; CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; SF-12 PCS – *Physical Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens; SF-12 MCS – *Mental Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens; HADS-A – Subescala da Ansiedade da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS-D – Subescala da Depressão da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

As tabelas 4 e 5 sumarizam os resultados das análises de regressão linear múltipla, com as variáveis saúde mental e saúde física como variáveis dependentes, e as variáveis sexo, idade e resiliência como variáveis não dependentes. Como se pode observar, o sexo, a idade e a resiliência não são preditores da saúde mental ( $F(3,87)=1,61$ ;  $p=0,194$ ;  $R^2_a=-0,02$ ;  $f^2=0,053$ ), com o modelo de regressão a explicar uma proporção residual (2%) e não estatisticamente significativa da saúde mental dos participantes do estudo. Não obstante, a resiliência é um

preditor significativo da saúde física ( $F(3,87)=5,58$ ;  $p=0,002$ ;  $R^2_a=0,13$ ;  $f^2=0,19$ ), com o modelo de regressão a explicar 13% da variabilidade da saúde física dos participantes do estudo.

**Tabela 4**

*Coefficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Saúde Mental*

Variável	SF-12 MCS			
	B	$\beta$	SE	$p$
Constante	9,52		8,59	0,001
Sexo	0,76	0,09	4,33	0,387
Idade	0,04	0,05	0,09	0,607
CD-RISC-10	0,40	0,21	0,20	0,045
$R^2$	0,05			
$R^2_a$	0,02			

Nota: CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; SF-12 MCS – *Mental Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens.

**Tabela 5***Coefficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Saúde Física*

Variável	SF-12 PCS			
	B	$\beta$	SE	<i>p</i>
Constante	27,37		9,16	<0,001
Sexo	-1,54	-0,03	4,61	0,740
Idade	-0,23	-0,25	0,09	0,014
CD-RISC-10	0,65	0,31	0,21	0,003
$R^2$	0,16			
$R_a^2$	0,13			

Nota: CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; SF-12 PCS – *Physical Component Summary* da versão portuguesa do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* de 12 itens.

As tabelas 6 e 7 apresentam os coeficientes de regressão linear múltipla para predição da ansiedade e depressão, com o sexo, a idade e a resiliência como variáveis não dependentes. A resiliência é um preditor significativo da ansiedade ( $F(3,87)=6,06$ ;  $p=0,001$ ;  $R_a^2=0,14$ ;  $f^2=0,163$ ), com o modelo de regressão a explicar 14% da variabilidade da ansiedade da amostra. A resiliência também é um preditor significativo da depressão ( $F(3,87)=12,06$ ;  $p<0,001$ ;  $R_a^2=0,27$   $f^2=0,429$ ), com o modelo de regressão a explicar 27% da variabilidade da depressão dos participantes do estudo.

**Tabela 6***Coefficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Ansiedade*

Variável	HADS-A			
	B	$\beta$	SE	<i>p</i>
Constante	11,86		1,97	<0,001
Sexo	0,66	0,07	0,99	0,510
Idade	0,00	0,02	0,02	0,844
CD-RISC-10	-0,19	-0,40	0,05	<0,001
$R^2$	0,18			
$R_a^2$	0,14			

Nota: CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; HADS-A – Subescala da Ansiedade da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

**Tabela 7***Coefficientes de Regressão Linear Múltipla para Predição da Depressão*

Variável	HADS-D			
	B	$\beta$	SE	<i>p</i>
Constante	10,91		1,82	<0,001
Sexo	0,49	0,05	0,92	0,597
Idade	0,02	0,09	0,02	0,348
CD-RISC-10	-0,24	-0,53	0,04	<0,001
$R^2$	0,29			
$R_a^2$	0,27			

Nota: CD-RISC-10 – Versão portuguesa da escala de 10 itens da Resiliência Connor-Davidson; HADS-D – Subescala da Depressão da versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo caracterizar uma amostra portuguesa com dor crónica quanto aos níveis de resiliência, aos níveis de saúde (mental e física) auto reportados, ansiedade e depressão, assim como avaliar o papel preditor da resiliência na saúde (mental e física) auto reportada, e na ansiedade e depressão em pessoas portuguesas com dor crónica. Os resultados suportaram, em parte, as hipóteses do estudo. Com efeito, tal como antecipamos, os níveis de resiliência e saúde (mental e física) reportados pela amostra do estudo foram mais baixos do que aqueles encontrados na população em geral; e a resiliência emergiu como um preditor de saúde física (mas não de saúde mental), de ansiedade e de depressão.

Estes resultados são congruentes com a literatura anterior que suporta a existência de um impacto negativo significativo da dor crónica na saúde (mental e física) e qualidade de vida em pessoas com dor crónica (Azevedo, et al., 2012; Breivik et al., 2006; Husk et al., 2018), e de uma associação negativa entre a dor crónica e a resiliência (Cousins et al., 2015; Hemington et al., 2018; Morete et al., 2018; Ramírez-Maestre et al., 2019; Viggers & Caltabiano, 2012; Yazdi-Ravandi et al., 2013). Os resultados estão ainda em linha com os estudos anteriores que suportam a associação positiva entre resiliência e saúde, e a associação negativa entre resiliência e ansiedade e depressão na população geral (Haddadi & Besharat, 2010; Harms et al., 2019; Jiao et al., 2017; Liu et al., 2019; Ma et al., 2019; McGowan et al., 2018; Poole et al., 2017; Rapport et al., 2020; Seaton et al., 2018; Sottile et al., 2016; Thurston et al., 2018; Wells et al., 2012), em pessoas com doenças crónicas (Shin et al., 2012; Tecson et al., 2019) e, em particular, em pessoas com dor crónica (Ahmed et al., 2018; Bartley et al., 2019; Bauer et al., 2016; Gmuca et al., 2019; Hart et al., 2008; Morete et al., 2018; Newton-John et al., 2014; Ruiz-Párraga et al., 2014; Viggers & Caltabiano, 2012).

Contudo, contrariamente ao que foi esperado inicialmente acerca dos níveis de ansiedade e depressão, a amostra do estudo reportou níveis de ansiedade e depressão normais a ligeiros. Estes resultados são incongruentes com a literatura anterior que suporta a existência de uma associação entre a dor crónica e a ansiedade e depressão, com pessoas com dor crónica a reportarem, frequentemente, níveis de ansiedade e depressão clinicamente relevantes (Arnold et al., 2011; Bair et al., 2008; Baker et al., 2008; Bushnell et al., 2015; Elbinoune et al., 2016; Im et al., 2014; Kawai et al., 2017; Lerman et al., 2015; Nakagawa et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Smith & Zautra, 2008). Estes resultados talvez se possam ficar a dever ao facto de que, nesta amostra, apesar de se tratarem de pessoas com dor crónica, a interferência da dor crónica ser relativamente baixa a moderada, por comparação àquela patente em outras amostras de

peessoas com dor crónica. Com efeito, a literatura anterior corrobora esta possibilidade ao demonstrar que não é o facto de se ter dor crónica em si que está associada, *per se*, à depressão e ansiedade, mas o quanto a dor crónica interfere nos diferentes aspetos da vida das pessoas com dor crónica, tal que, apenas quando a dor interfere significativamente no funcionamento normal da vida da pessoa, é que ocorre maior incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva em pessoas com dor crónica (Jones et al., 2017; Miettinen et al., 2019; Rudy et al., 1988).

Os resultados também mostram que, ao invés do que era esperado inicialmente à luz da literatura anterior, a resiliência não é um preditor significativo de saúde mental nesta amostra. Este resultado, sendo congruente com os estudos efetuados com pessoas com dor crónica em que não emergiu uma associação entre resiliência e saúde mental (Migliorini et al., 2013; Morete et al., 2018), é, contudo, incongruente com aquela literatura anterior em que uma tal associação emergiu (Viggers & Caltabiano, 2012). Este resultado pode ficar a dever-se a um conjunto não mutuamente exclusivo de fatores. Primeiro, tal como referido por Migliorini et al. (2013), este resultado pode estar relacionado com o facto de as pessoas com dor crónica continuarem expostas à vulnerabilidade na saúde mental mesmo perante bons níveis de resiliência. É ainda possível que a resiliência, embora se possa constituir como um fator de proteção face à doença mental (e.g., ansiedade e depressão), estando associada negativamente a ansiedade e depressão, por exemplo, isto não significa *per se* que esta se constitua, tomada isoladamente, como um fator promotor de saúde mental e bem-estar. Por outras palavras, a resiliência pode proteger a pessoa com dor crónica de vir a experienciar sintomatologia moderada a severa de depressão e ansiedade, mas a ausência desta sintomatologia não se traduzir, por si só, num estado de bem-estar mental e social, i.e., de saúde mental. Embora a resiliência, no sentido em que esta pode amortecer os efeitos de um *stressor* ou cluster de *stressores* (e.g., dor crónica), ela pode não produzir, necessariamente um efeito positivos sobre o bem-estar e saúde mental de um indivíduo (Zautra et al., 2005). Esta possibilidade parece ser corroborada pelo Modelo Dinâmico do Afeto proposto por Davis et al. (2004), segundo o qual os afetos negativos são processados preferencialmente numa situação indutora de *stress*, em prol dos afetos positivos. Em pessoas com dor crónica, onde as capacidades cognitivas estão a ser utilizadas até ao limite, a prioridade em processar os afetos negativos ainda é mais evidente. Seguindo este raciocínio, argumenta-se que a resiliência funcione como protetora da doença mental, mas não obrigatoriamente como promotora da saúde mental. Outras teorias explicativas destes resultados podem associar-se às características da amostra em si mesmas. Com efeito, 82,8% dos participantes foram mulheres. A literatura demonstra que as mulheres apresentam tendencialmente menor resiliência e maior necessidade de suporte social. Contrariamente, os

homens parecem apresentar mais mecanismos resilientes para combater um *stressor* (Boardman et al., 2008; Kendler et al., 2005; Masood et al., 2016; Stratta et al., 2013; Zhang et al., 2018). Em conformidade, o estudo de Baladón et al. (2015) revelou que a dor crónica teve mais impacto na saúde mental das mulheres, enquanto que nos homens apenas impactou a saúde física. A acrescentar, a dor crónica não impactou significativamente a qualidade de vida dos homens, apenas a das mulheres através da ansiedade. As mulheres parecem ser também mais afetadas pela depressão do que os homens, sendo que, no caso delas, quanto maior depressão mais incapacidade referente à dor (Keogh et al., 2006). Estas diferenças aparentam dever-se aos diferentes papéis sociais que cada género apresenta. As mulheres apresentam uma posição tipicamente mais vinculativa, estando mais envolvidas com os aspetos sociais e da família. No caso dos homens, existe um maior foco no âmbito profissional, vivendo os problemas de maneira mais individual (Dalgard et al., 2006). Estes estudos sobre a divergência entre géneros podem explicar, possivelmente, a incapacidade da resiliência como um preditor da saúde mental da amostra. A resiliência dos participantes correspondeu a um valor baixo que, embora tenha conseguido influenciar significativamente a ansiedade e depressão estado, não se revelou suficiente para influenciar a saúde mental, ou seja, produzir bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Por outro lado, esta é uma amostra constituída por participantes com uma vasta amplitude no que se refere à sua idade, embora a maioria dos participantes sejam pessoas idosas com dor crónica. A literatura anterior parece colocar em evidência que a população idosa sem dor crónica apresenta bons níveis de resiliência (Gooding et al., 2012; Schure et al., 2013). Mesmo na presença de dor crónica, a resiliência parece atenuar os sintomas depressivos dos idosos (Bartley et al., 2019; Bauer et al., 2016; Schure et al., 2013). No entanto, no estudo de Morete et al., (2018), a amostra de idosos com dor crónica mostrou valores da resiliência baixos quando comparados com a população sem dor crónica. A acrescentar, no grupo com dor crónica, a resiliência não se revelou promotora da saúde física, nem da saúde mental, nem pareceu atenuar a dor. Os autores evidenciaram que a resiliência na terceira idade pode atuar de maneira diferente devido a circunstâncias como morte, perda de papéis sociais e doença. Assim, a resiliência no presente estudo pode não ter sido suficiente para promover bem-estar quando deparada com situações angustiantes de vida da amostra. Finalmente, a cultura também se apresenta como um argumento válido para o impacto da resiliência na amostra. Como já tinha sido referido na introdução, a cultura portuguesa está associada à melancolia e à desesperança, onde o indivíduo não tem controlo sobre os males que lhe acontecem (Ferreira-Valente, Pais Ribeiro, Jensen & Almeida, 2011). No entanto, apenas um locus de controlo interno sobre a dor

promove a resiliência (Wu et al., 2019). Neste sentido, a população deste estudo pode não se apresentar como resiliente devido à incapacidade de se ver com um papel ativo na sua condição.

### **Implicações Clínicas**

Os resultados deste estudo confirmam a relevância da resiliência enquanto preditor de melhor saúde física e menor ansiedade e depressão em pessoas com dor crónica. Assim, e ainda que a resiliência não tenha emergido como preditor significativo da saúde mental nesta amostra, esta parece emergir como um fator de proteção relevante em pessoas com dor crónica. Neste sentido, parece ser relevante que clínicos e investigadores desenvolvam programas de intervenção dirigidos a pessoas com dor crónica que visem a promoção da resiliência. Seguindo esta lógica, e tal como proposto por Silverman et al. (2016) no seu estudo com pessoas com dor crónica associada a esclerose múltipla, identificam-se quatro aspetos que podem ser usados para promover a resiliência em contexto de programa de intervenção multidisciplinar, e em particular, psicossocial: (1) promoção da adaptação psicológica à condição; (2) promoção dos laços e relações interpessoais no contexto da comunidade e contextos de vida da pessoa; (3) promoção da (re)descoberta de significado/sentido para a vida; (4) promoção do planeamento de atividades prazerosas e de atividades que se sabe estarem associadas a maior bem-estar físico.

### **Limitações**

É possível identificar algumas limitações neste estudo que devem ser tidas em conta quando se consideram os resultados e conclusões deste estudo. Primeiramente, este se apresenta como transversal, avaliando apenas um momento no tempo. Assim, não é possível verificar se existe uma relação causal entre as variáveis do estudo. São necessários estudos longitudinais que permitam aferir o carácter causal da relação entre as variáveis deste estudo. Em segundo lugar, este estudo utilizou uma amostra de conveniência e relativamente pequena de pessoas portuguesas com dor crónica. Por um lado, o tamanho reduzido da amostra poderá ter aumentado a probabilidade de erro de tipo II no que se refere à predição da saúde mental pela resiliência. Com efeito, sabe-se que a significância estatística (valor de  $p$ ) é influenciado pelo tamanho da amostra, podendo não se ter verificado um efeito de predição da resiliência na saúde mental, não porque este não existisse na população do estudo, mas porque, dado o tamanho da amostra, este não emergiu nesta amostra. Por outro lado, tratando-se de uma amostra por conveniência, ela é, por definição, não representativa da população, o que limita a generalização destes resultados para a população do estudo. Acresce que a amostra era, quanto à sua

composição, desequilibrada quanto ao número de participantes de cada sexo. Assim, no futuro, deveriam ser feitos estudos com amostras maiores, com número de homens e mulheres mais equilibrado, e com amostras representativas da população do estudo.

## **Conclusões**

Apesar das limitações que este estudo apresenta, e que foram sumariadas acima, este estudo permite concluir que os níveis de saúde (mental e física) e de resiliência, nesta amostra de pessoas portuguesas com dor crónica, são mais baixos do que aqueles observados na população saudável e em geral, assim como a resiliência parece ser um preditor significativo de melhor saúde física e menor ansiedade e depressão, em pessoas portuguesas com dor crónica. No geral, dado que a saúde (mental e física) e a resiliência são mais baixos em pessoas com dor crónica, e atendendo a que a resiliência emerge como fator de proteção para as pessoas com dor crónica, parece ser relevante desenvolver estratégias de intervenção com vista à promoção da resiliência em sede de programas de intervenção multidisciplinares e psicossociais. Estudos futuros realizados junto de amostras grandes e representativas de pessoas com dor crónica, e com design longitudinal, são necessários para confirmar se estes resultados se replicam e são generalizáveis à população, e para avaliar o carácter causal da associação entre a resiliência, a saúde, a ansiedade e a depressão.

## Referências

- Ahmed, S. A., Shantharam, G., Eltorai, A., Hartnett, D. A., Goodman, A., & Daniels, A. H. (2019). The effect of psychosocial measures of resilience and self-efficacy in patients with neck and lower back pain. *The Spine journal: Official Journal of the North American Spine Society*, *19*(2), 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.06.007>
- Alegría, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, *57*(4), 383–391. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.4.383>
- Alschuler, K. N., Kratz, A. L., & Ehde, D. M. (2016). Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology*, *61*(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/rep0000055>
- Ankawi, B., Slepian, P. M., Himawan, L. K., & France, C. R. (2017). Validation of the pain resilience scale in a chronic pain sample. *The Journal of Pain*, *18*(8), 984–993. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.03.013>
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Constantino, M. J., Robinson, R., Hunkeler, E., Lee, J., Fireman, B., Khaylis, A., Feiner, L., & Hayward, C. (2011). Catastrophizing, depression and pain-related disability. *General Hospital Psychiatry*, *33*(2), 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.12.008>
- Assari, S., Schatten, H. T., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., & Boudreaux, E. D. (2019). Higher educational attainment is associated with lower risk of a future suicide attempt among non-hispanic whites but not non-hispanic blacks. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *6*(5), 1001–1010. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00601-z>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, *13*(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, *70*(8), 890. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e318185c510>
- Baker, T. A., Buchanan, N. T., & Corson, N. (2008). Factors influencing chronic pain intensity in older black women: Examining depression, locus of control, and physical

health. *Journal of Women's Health* (2002), 17(5), 869–878.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0452>

- Baladón, L., Rubio-Valera, M., Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., & Fernández, A. (2015). Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1461–1474. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1182-5>
- Baria, A. M., Pangarkar, S., Abrams, G., & Miaskowski, C. (2019). Adaption of the biopsychosocial model of chronic noncancer pain in veterans. *Pain Medicine*, 20(1), 14–27. <https://doi.org/10.1093/pm/pny058>
- Bartley, E. J., Palit, S., Fillingim, R. B., & Robinson, M. E. (2019). Multisystem resiliency as a predictor of physical and psychological functioning in older adults with chronic low back pain. *Frontiers in Psychology*, 10, 1932. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01932>
- Bartley, E. J., Palit, S., & Staud, R. (2017). Predictors of osteoarthritis pain: The importance of resilience. *Current Rheumatology Reports*, 19(9), 57. <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0683-3>
- Bauer, H., Emeny, R. T., Baumert, J., & Ladwig, K. H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European Journal of Pain*, 20(8), 1253–1265. <https://doi.org/10.1002/ejp.850>
- Bean, D. J., Johnson, M. H., & Kydd, R. R. (2014). Relationships between psychological factors, pain, and disability in complex regional pain syndrome and low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(8), 647–653. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000007>
- Beecher, H. K. (1946). Pain in men wounded in battle. *Annals of surgery*, 123(1), 96–105.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., ... & Karamustafalioglu, O. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize european countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 1–38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>
- Boardman, J. D., Blalock, C. L., & Button, T. M. M. (2008). Sex differences in the heritability of resilience. *Twin Research and Human Genetics*, 11(01), 12–27. <https://doi.org/10.1375/twin.11.1.12>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

- Bruehl, S., Liu, X., Burns, J. W., Chont, M., & Jamison, R. N. (2012). Associations between daily chronic pain intensity, daily anger expression, and trait anger expressiveness: An ecological momentary assessment study. *Pain, 153*(12), 2352–2358. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.001>
- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S., Peterson, K. M., Smith, D. A., Porter, L. S., Schuster, E., Kinner, E., Buvanendran, A., Fras, A. M., & Keefe, F. J. (2015). Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among patients with chronic low back pain: Relationships to patient pain and function. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 34*(5), 547–555. <https://doi.org/10.1037/hea0000091>
- Bushnell, M. C., Case, L. K., Ceko, M., Cotton, V. A., Gracely, J. L., Low, L. A., Villemure, C. (2015). Effect of environment on the long-term consequences of chronic pain. *Pain, 156*, S42–S49. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460347.77341.bd>
- Calvete, E., Las Hayas, C., & Gómez Del Barrio, A. (2018). Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders. *Psychiatry Research, 259*, 470–475. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.031>
- Campbell, C. M., Kronfli, T., Buenaver, L. F., Smith, M. T., Berna, C., Haythornthwaite, J. A., & Edwards, R. R. (2010). Situational versus dispositional measurement of catastrophizing: Associations with pain responses in multiple samples. *The journal of pain: Official Journal of the American Pain Society, 11*(5), 443–453.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.08.009>
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the brief pain inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 23*(2), 129–138.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cousins, L. A., Cohen, L. L., & Venable, C. (2015). Risk and resilience in pediatric chronic pain: Exploring the protective role of optimism. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(9), 934–942. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu094>

- Chen, S., & Jackson, T. (2018). Pain beliefs mediate relations between general resilience and dysfunction from chronic back pain. *Rehabilitation Psychology, 63*(4), 604–611.  
<https://doi.org/10.1037/rep0000244>
- Chow, K. M., Tang, W., Chan, W., Sit, W., Choi, K. C., & Chan, S. (2018). Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 18*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1119-0>
- Crofford L. J. (2015). Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research. Clinical Rheumatology, 29*(1), 147–155.  
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.027>
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., ... Wilkinson, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(6), 444–451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
- Davidson JRT. Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual. Unpublished. 01-01-2020, accessible at [www.cdrisc.com](http://www.cdrisc.com).
- Davis, M. C., Zautra, A. J., & Smith, B. W. (2004). Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. *Journal of Personality, 72*(6), 1133-1160.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00293.x>
- De Almeida J. C. (2009). Portuguese national mental health plan (2007-2016) executive summary. *Mental Health in Family Medicine, 6*(4), 233–244.
- Diatchenko, L., Slade, G. D., Nackley, A. G., Bhalang, K., Sigurdsson, A., Belfer, I., Max, M. B. (2005). Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Human Molecular Genetics, 14*(1), 135-143.  
<https://doi.org/10.1093/hmg/ddi013>
- Du, S., Hu, L., Bai, Y., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhu, Y. (2018). The influence of self-efficacy, fear-avoidance belief, and coping styles on quality of life for Chinese patients with chronic nonspecific low back pain: A multisite cross-sectional study. *Pain practice: The official Journal of World Institute of Pain, 18*(6), 736–747.  
<https://doi.org/10.1111/papr.12660>
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin, 125*(3), 356.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The*

- Journal of Pain*, 17(9), T70–T92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Elbinoune, I., Amine, B., Shyen, S., Gueddari, S., Abouqal, R., & Hajjaj-Hassouni, N. (2016). Chronic neck pain and anxiety-depression: Prevalence and associated risk factors. *The Pan African Medical Journal*, 24, 89. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.89.8831>
- Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., Vilar, M. J., & Eulália Maria Chaves, M. (2014). Resilience and treatment adherence in patients with systemic lupus erythematosus. *The Open Rheumatology Journal*, 8(1), 1–8. <https://doi.org/10.2174/1874312920140127001>
- Faria, J. & Ribeiro, M. T. (2008) *Tradução e adaptação da CD RISC à população portuguesa* (Trabalho não publicado). Lisboa: Faculdade de Psicologia de Lisboa
- Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36 Part I: Cultural and linguistic adaptation. *Acta Médica Port.* 2000;13:55–66.
- Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36 Part II: Validation tests. *Acta Mé Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36 Part I: Cultural and linguistic adaptation. Acta Médica Port.* 2000;13:55–66.*dica Port.* 2000;13:119–27.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 15-30.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2012). Further validation of a portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud*, 23, 89-96.
- Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L., Jensen, M. P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: a cross-cultural study. *Pain Medicine*, 12(10), 1470–1480. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01208.x>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2014). Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological

- functioning in patients with chronic pain: A cross-cultural comparison. *The Clinical Journal of Pain*, 30(8), 713-723. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000027>
- Filligim R. B. (2017). Individual differences in pain: Understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158 Suppl 1(Suppl 1), S11–S18. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000775>
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *American Psychologist*, 59(8), 795–805. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.795>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in Psychology*, 10, 2016. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02016>
- Gmuca, S., Xiao, R., Urquhart, A., Weiss, P. F., Gillham, J. E., Ginsburg, K. R., Sherry, D. D., & Gerber, J. S. (2019). The role of patient and parental resilience in adolescents with chronic musculoskeletal pain. *The Journal of Pediatrics*, 210, 118–126.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.006>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Goubert, L., & Trompeter, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*, 21(8), 1301–1315. <https://doi.org/10.1002/ejp.1062>
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 100–107. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70013-X](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70013-X)
- Haddadi, P., & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 639-642. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.157>
- Harms, C. A., Cohen, L., Pooley, J. A., Chambers, S. K., Galvão, D. A., & Newton, R. U. (2019). Quality of life and psychological distress in cancer survivors: The role of psycho-social resources for resilience. *Psycho-oncology*, 28(2), 271–277. <https://doi.org/10.1002/pon.4934>

- Hart, S. L., Vella, L., & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *27*(2), 230–238.  
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.230>
- Häuser, W., Wolfe, F., Henningsen, P., Schmutzer, G., Brähler, E., & Hinz, A. (2014). Untying chronic pain: Prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population - a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *14*(1), 352.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-352>
- Hemington, K. S., Rogachov, A., Cheng, J. C., Bosma, R. L., Kim, J. A., Osborne, N. R., Inman, R. D., & Davis, K. D. (2018). Patients with chronic pain exhibit a complex relationship triad between pain, resilience, and within- and cross-network functional connectivity of the default mode network. *Pain*, *159*(8), 1621–1630.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001252>
- Huang, J., Zhang, J., & Yu, N. X. (2018). Close relationships, individual resilience resources, and well-being among people living with HIV/AIDS in rural China. *AIDS Care*, *30*(sup5), S49–S57. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1496222>
- Im Yi, T., Kim, B. K., Ha, S. A., & Lim, J. Y. (2014). The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Annals of Rehabilitation Medicine*, *38*(1), 77.
- Jegan, N. R., Brugger, M., Viniol, A., Strauch, K., Barth, J., Baum, E., Leonhardt, C., & Becker, A. (2017). Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain - a longitudinal analysis in primary care. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *18*(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1482-8>
- Jensen, M. P., Smith, A. E., Alschuler, K. N., Gillanders, D. T., Amtmann, D., & Molton, I. R. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: A longitudinal study. *Pain*, *157*(1), 247–254.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000361>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to all psychologists. *American Psychologist*, *69*(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Jia, X., & Jackson, T. (2016). Pain beliefs and problems in functioning among people with arthritis: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *39*(5), 735–756.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9777-z>

- Jiao, M., Gu, J., Xu, H., Hao, C., Lau, J. T., Mo, P., Liu, D., Zhao, Y., Zhang, X., Babbitt, A., & Hao, Y. (2017). Resilience associated with mental health problems among methadone maintenance treatment patients in Guangzhou, China. *AIDS Care*, *29*(5), 660–665. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1255705>
- Johnston, K., Adams, M. J., Nicholl, B. I., Ward, J., Strawbridge, R. J., Ferguson, A., McIntosh, A. M., Bailey, M., & Smith, D. J. (2019). Genome-wide association study of multisite chronic pain in UK Biobank. *PLoS Genetics*, *15*(6), e1008164. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1008164>
- Jones, G. T., Power, C., & Macfarlane, G. J. (2009). Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British birth cohort study. *Pain*, *143*(1), 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.0>
- Jones, J. D., Vogelman, J. S., Luba, R., Mumtaz, M., & Comer, S. D. (2017). Chronic pain and opioid abuse: Factors associated with health-related quality of life. *The American Journal on Addictions*, *26*(8), 815–821. <https://doi.org/10.1111/ajad.12637>
- Jongen, P. J., Ruimschotel, R. P., Museler-Kreijns, Y. M., Dragstra, T., Duyverman, L., Valkenburg-Vissers, J., Cornelissen, J., Lagrand, R., Donders, R., & Hartog, A. (2017). Improved health-related quality of life, participation, and autonomy in patients with treatment-resistant chronic pain after an intensive social cognitive intervention with the participation of support partners. *Journal of Pain Research*, *10*, 2725–2738. <https://doi.org/10.2147/JPR.S137609>
- Kawai, K., Kawai, A. T., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Family Practice*, *34*(6), 656–661. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz034>
- Keller, C. E., Wilcox, C. M., Gudleski, G. D., Branham, S., & Lackner, J. M. (2018). Beyond abdominal pain: Pain beliefs, pain affect, and distress as determinants of quality of life in patients with chronic pancreatitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*, *52*(6), 563–568. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000922>
- Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 250–256. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.250>

- Keogh, E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain, 10*(5), 413–413. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.05.007>
- Kermott, C. A., Johnson, R. E., Sood, R., Jenkins, S. M., & Sood, A. (2019). Is higher resilience predictive of lower stress and better mental health among corporate executives?. *PloS One, 14*(6), e0218092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218092>
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. Psychology Press.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., & Guzmán, M. A. (2018). Catastrophizing, acceptance, and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 25*(1), 80–92. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9543-1>
- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health, 20*(4), 370–379. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1013920>
- Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosom Med.* 2015;77(3):333-341. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000158>
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour Research and Therapy, 21*(4), 401–408. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8)
- Lima, G. S., Souza, I., Storti, L. B., Silva, M., Kusumota, L., & Marques, S. (2019). Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*, e3212. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212>
- Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., & Refshauge, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain, 15*(4), 416–422. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.08.009>
- Liu, W. J., Zhou, L., Wang, X. Q., Yang, B. X., Wang, Y., & Jiang, J. F. (2019). Mediating role of resilience in relationship between negative life events and depression among Chinese adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing, 33*(6), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.10.004>

- Livshits, G., Ni Lochlainn, M., Malkin, I., Bowyer, R., Verdi, S., Steves, C. J., & Williams, F. (2018). Shared genetic influence on frailty and chronic widespread pain: A study from twins UK. *Age and Ageing*, *47*(1), 119–125. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx122>
- López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, *9*(4), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.002>
- Ma, X., Wang, Y., Hu, H., Tao, X. G., Zhang, Y., & Shi, H. (2019). The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *Journal of Affective Disorders*, *250*, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>
- Maroco, J. (2014). Análise Estatística com o SPSS. *Statistics*, *6*.
- Marshall, P., Schabrun, S., & Knox, M. F. (2017). Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PloS One*, *12*(7), e0180788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180788>
- Masood, A., Masud, Y., & Mazahir, S. (2016). Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. *Burns*, *42*(2), 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.10.006>
- McBeth, J., Morris, S., Benjamin, S., Silman, A. J., & Macfarlane, G. J. (2001). Associations between adverse events in childhood and chronic widespread pain in adulthood: Are they explained by differential recall?. *The Journal of Rheumatology*, *28*(10), 2305–2309.
- McCracken, L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*, *113*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.10.004>
- McGowan, J. A., Brown, J., Lampe, F. C., Lipman, M., Smith, C., & Rodger, A. (2018). Resilience and physical and mental well-being in adults with and without HIV. *AIDS and Behavior*, *22*(5), 1688–1698. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1980-6>
- McPeak, A. E., Allaire, C., Williams, C., Albert, A., Lisonkova, S., & Yong, P. J. (2018). Pain catastrophizing and pain health-related quality-of-life in endometriosis. *The Clinical journal of pain*, *34*(4), 349–356. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000539>
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *87*,

168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>

- Meints, S. M., Mawla, I., Napadow, V., Kong, J., Gerber, J., Chan, S. T., Wasan, A. D., Kaptchuk, T. J., McDonnell, C., Carriere, J., Rosen, B., Gollub, R. L., & Edwards, R. R. (2019). The relationship between catastrophizing and altered pain sensitivity in patients with chronic low-back pain. *Pain, 160*(4), 833–843.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Miettinen, T., Kautiainen, H., Mäntyselkä, P., Linton, S. J., & Kalso, E. (2019). Pain interference type and level guide the assessment process in chronic pain: Categorizing pain patients entering tertiary pain treatment with the Brief Pain Inventory. *PloS One, 14*(8), e0221437. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221437>
- Miró, J., Castarlenas, E., de la Vega, R., Galán, S., Sánchez-Rodríguez, E., Jensen, M. P., & Cane, D. (2018). Pain catastrophizing, activity engagement and pain willingness as predictors of the benefits of multidisciplinary cognitive behaviorally-based chronic pain treatment. *Journal of Behavioral Medicine, 41*(6), 827–835. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9927-6>
- Miró, J., de la Vega, R., Gertz, K. J., Jensen, M. P., & Engel, J. M. (2019). The role of perceived family social support and parental solicitous responses in adjustment to bothersome pain in young people with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation, 41*(6), 641–648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1400594>
- Morete, M. C., Solano, J., Boff, M., Jacob-Filho, W., & Ashmawi, H. (2018). Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of São Paulo, Brazil. *Journal of Pain Research, Volume 11*, 2561–2566. <https://doi.org/10.2147/JPR.S166625>
- Murray, K., & Zautra, A. (2012). Community resilience: Fostering recovery, sustainability, and growth. In *The Social Ecology of Resilience* (pp. 337-345). [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3\\_26](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_26)
- Musich, S., Wang, S. S., Slindee, L., Kraemer, S., & Yeh, C. S. (2019). The association of pain locus of control with pain outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.04.005>
- Nakagawa, R., Yamaguchi, S., Kimura, S., Sadamasu, A., Yamamoto, Y., Sato, Y., Akagi, R., Sasho, T., & Ohtori, S. (2017). Association of anxiety and depression with pain and quality of life in patients with chronic foot and ankle diseases. *Foot & Ankle International, 38*(11), 1192–1198. <https://doi.org/10.1177/1071100717723133>

- Nava-Bringas, T. I., Macías-Hernández, S. I., Vásquez-Ríos, J. R., Coronado-Zarco, R., Miranda-Duarte, A., Cruz-Medina, E., & Arellano-Hernández, A. (2017). Fear-avoidance beliefs increase perception of pain and disability in Mexicans with chronic low back pain. *Revista Brasileira de Reumatologia*, *57*(4), 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.11.003>
- Newton-John, T. R., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, *59*(3), 360–365. <https://doi.org/10.1037/a0037023>
- Nicholas, M., Vlaeyen, J., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, *160*(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nieto, R., Raichle, K. A., Jensen, M. P., & Miró, J. (2012). Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *The Clinical Journal of Pain*, *28*(1), 47–54. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e31822019b1>
- Okifuji, A., Turk, D. C., & Curran, S. L. (1999). Anger in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00006-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00006-9)
- Oliveira, D. S., Vélia Ferreira Mendonça, L., Sofia Monteiro Sampaio, R., Manuel Pereira Dias de Castro-Lopes, J., & Ribeiro de Azevedo, L. F. (2019). The Impact of anxiety and depression on the outcomes of chronic low back pain multidisciplinary pain management-A multicenter prospective cohort study in pain clinics with one-year follow-up. *Pain Medicine*, *20*(4), 736–746. <https://doi.org/10.1093/pm/pny128>
- Oraison, H. M., & Kennedy, G. A. (2019). The effect of social support in chronic back pain: Number of treatment sessions and reported level of disability. *Disability and Rehabilitation*, 1–6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1668969>
- Osborne, T. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hanley, M. A., & Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, *127*(1), 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.07.017>

- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde–SF-36. *Merck Sharp & Dohme*.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225–237.  
<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pan, C. J., Liu, H. C., Liang, S. Y., Liu, C. Y., Wu, W. W., & Cheng, S. F. (2019). Resilience and coping strategies influencing the quality of life in patients with brain tumor. *Clinical Nursing Research, 28*(1), 107–124. <https://doi.org/10.1177/10547738>
- Penn, T. M., Trost, Z., Parker, R., Wagner, W. P., Owens, M. A., Gonzalez, C. E., White, D. M., Merlin, J. S., & Goodin, B. R. (2019). Social support buffers the negative influence of perceived injustice on pain interference in people living with HIV and chronic pain. *Pain Reports, 4*(2), e710. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000710>
- Perelman, J., Chaves, P., de Almeida, J. M. C., & Matias, M. A. (2018). Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *International Journal of Mental Health Systems, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0204-4>
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect, 64*, 89–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Qiu, C., Shao, D., Yao, Y., Zhao, Y., & Zang, X. (2019). Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China. *Quality of life research: An international Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 28*(9), 2585–2595. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02191-z>
- Raichle, K. A., Hanley, M., Jensen, M. P., & Cardenas, D. D. (2007). Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *The journal of pain : Official Journal of the American Pain Society, 8*(9), 718–729.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.05.006>
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The path to capacity: Resilience and spinal chronic pain. *Spine, 37*(4), E251–E258.  
<https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822e93ab>
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., & Peters, M. (2019). Goal adjustment and well-being: The role of optimism in

- patients with chronic pain. *Annals of behavioral medicine : A publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(7), 597–607. <https://doi.org/10.1093/abm/kay070>
- Rapport, L. J., Wong, C. G., & Hanks, R. A. (2020). Resilience and well-being after traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 42(14), 2049–2055. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1552327>
- Ríos-Risquez, M. I., García-Izquierdo, M., Sabuco-Tebar, E., Carrillo-Garcia, C., & Solano-Ruiz, C. (2018). Connections between academic burnout, resilience, and psychological well-being in nursing students: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2777–2784. <https://doi.org/10.1111/jan.13794>
- Roth, R. S., & Geisser, M. E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: Mediating role of pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain*, 18(5), 286–296. <https://doi.org/10.1097/00002508-200209000-00003>
- Rudy, T. E., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35(2), 129–140. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90220-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90220-5)
- Ruiz-Párraga, G. T., López-Martínez, A. E., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & Wagnild, G. (2014). A confirmatory factor analysis of the resilience scale adapted to chronic pain (RS-18): New empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Quality of Life Research*, 24(5), 1245–1253. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0852-z>
- Sánchez-Rodríguez, E., Aragonès, E., Jensen, M. P., Tomé-Pires, C., Rambla, C., López-Cortacans, G., & Miró, J. (2020). The role of pain-related cognitions in the relationship between pain severity, depression, and pain interference in a sample of primary care patients with both chronic pain and depression. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz363>
- Saps, M., & Bonilla, S. (2011). Early life events: Infants with pyloric stenosis have a higher risk of developing chronic abdominal pain in childhood. *The Journal of Pediatrics*, 159(4), 551–4.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.03.018>
- Schmaling, K. B., Fales, J. L., & McPherson, S. (2020). Longitudinal outcomes associated with significant other responses to chronic fatigue and pain. *Journal of Health Psychology*, 25(5), 692–702. <https://doi.org/10.1177/1359105317731824>
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care

- study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)*, 20(2), 27–41. <https://doi.org/10.5820/aian.2002.2013.27>
- Scott, W., Trost, Z., Bernier, E., & Sullivan, M. J. (2013). Anger differentially mediates the relationship between perceived injustice and chronic pain outcomes. *Pain*, 154(9), 1691–1698. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.05.015>
- Seaton, C. L., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., & Lamont, S. (2018). The role of positive emotion and ego-resilience in determining men's physical activity following a workplace health intervention. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1916–1928. <https://doi.org/10.1177/1557988318803744>
- Sewell, M., Churilov, L., Mooney, S., Ma, T., Maher, P., & Grover, S. R. (2018). Chronic pelvic pain - pain catastrophizing, pelvic pain and quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(3), 441–448. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0181>
- Sharma, S., Abbott, J. H., & Jensen, M. P. (2018). Why clinicians should consider the role of culture in chronic pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), 345–346. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.07.002>
- Sherbourne, C. D., Ryan, G. W., Whitley, M. D., Gutierrez, C. I., Hays, R. D., Herman, P. M., & Coulter, I. D. (2019). Coping and management techniques used by chronic low back pain patients receiving treatment from chiropractors. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 42(8), 582–593. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2019.07.002>
- Shin, J. I., Chae, J. H., Min, J. A., Lee, C. U., Hwang, S. I., Lee, B. S., Han, S. H., Ju, H. I., & Lee, C. Y. (2012). Resilience as a possible predictor for psychological distress in chronic spinal cord injured patients living in the community. *Annals of rehabilitation medicine*, 36(6), 815–820. <https://doi.org/10.5535/arm.2012.36.6.815>
- Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S., & Martins, A. E. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item Health Survey (SF-12) [Psychometric properties of the quality of life assessment instrument: 12-item Health Survey (SF-12)]. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 18(7), 1923–1931. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700007>
- Silverman, A. M., Verrall, A. M., Alschuler, K. N., Smith, A. E., & Ehde, D. M. (2017). Bouncing back again, and again: A qualitative study of resilience in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 39(1), 14–22. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1138556>
- Slepian, P. M., Ankawi, B., Himawan, L. K., & France, C. R. (2016). Development and initial validation of the Pain Resilience Scale. *The Journal of Pain*, 17(4), 462–472.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.010>

- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research, 63 Suppl 11*, S454–S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain, 138*(2), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.008>
- Soper, D. S. Effect size calculator for hierarchical multiple regression [software]. 2018.
- Sottile, P. D., Lynch, Y., Mealer, M., & Moss, M. (2016). Association between resilience and family member psychologic symptoms in critical illness. *Critical Care Medicine, 44*(8), e721–e727. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001673>
- Stratta P., Capanna C., Patriarca C., et al. (2013) Resilience in adolescence: Gender difference two years after the earthquake of L’Aquila. *Personality and Individual Differences 54*, 327–331. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.09.016>
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: A new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports, 14*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0095-9>
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: Perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Current Pain and Headache Reports, 17*(3), 317. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0317-4>
- Tecson, K. M., Wilkinson, L. R., Smith, B., & Ko, J. M. (2019). Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Proceedings (Baylor University Medical Center), 32*(4), 520–524. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1625660>
- Thastum, M., Herlin, T., & Zachariae, R. (2005). Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis and Rheumatism, 53*(2), 178–184. <https://doi.org/10.1002/art.21081>
- Thong, I., Tan, G., Lee, T., & Jensen, M. P. (2017). A comparison of pain beliefs and coping strategies and their association with chronic pain adjustment between singapore and united states. *Pain Medicine, 18*(9), 1668–1678. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw237>
- Thorn, B. E. (2004). Cognitive therapy for chronic pain: A step-by-step guide. *Guilford Press*.

- Thurston, I. B., Howell, K. H., Kamody, R. C., Maclin-Akinyemi, C., & Mandell, J. (2018). Resilience as a moderator between syndemics and depression in mothers living with HIV. *AIDS Care*, *30*(10), 1257–1264. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1446071>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, *156*(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Trinderup, J. S., Fisker, A., Juhl, C. B., & Petersen, T. (2018). Fear avoidance beliefs as a predictor for long-term sick leave, disability and pain in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *19*(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2351-9>
- Trompetter, H. R., Mols, F., & Westerhof, G. J. (2019). Beyond adaptive mental functioning with pain as the absence of psychopathology: Prevalence and correlates of flourishing in two chronic pain samples. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2443. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02443>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678>
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *53*(4), 213–223. <https://doi.org/10.1177/070674370805300402>
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?. *Pain*, *85*(1-2), 115–125. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00259-6)
- Velasco Furlong, L., Zautra, A., Peñacoba Puente, C., López-López, A., & Barjola Valero, P. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology & Health*, *25*(2), 197–212. <https://doi.org/10.1080/08870440802074656>
- Viggers, L. C., & Caltabiano, M. L. (2012). Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nursing & Health Sciences*, *14*(4), 508–513. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00726.x>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal

- pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144–1147. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.12.009>
- Wadley, A. L., Mitchell, D., & Kamerman, P. R. (2016). Resilience does not explain the dissociation between chronic pain and physical activity in south Africans living with HIV. *PeerJ*, 4, e2464. <https://doi.org/10.7717/peerj.2464>
- Wang, Y., Liu, Z., Chen, S., Ye, X., Xie, W., Hu, C., Iezzi, T., & Jackson, T. (2018). Pre-surgery beliefs about pain and surgery as predictors of acute and chronic post-surgical pain: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 52, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2018.02.032>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1995). SF-12. How to score the SF-12 physical and mental health summary scales.
- Wells, M., Avers, D., & Brooks, G. (2012). Resilience, physical performance measures, and self-perceived physical and mental health in older Catholic nuns. *Journal of Geriatric Physical Therapy (2001)*, 35(3), 126–131. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e318237103f>
- Wideman, T. H., Finan, P. H., Edwards, R. R., Quartana, P. J., Buenaver, L. F., Haythornthwaite, J. A., & Smith, M. T. (2014). Increased sensitivity to physical activity among individuals with knee osteoarthritis: Relation to pain outcomes, psychological factors, and responses to quantitative sensory testing. *Pain*, 155(4), 703–711. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.028>
- Wolfensberger, A., Vuistiner, P., Konzelmann, M., Plomb-Holmes, C., Léger, B., & Luthi, F. (2016). Clinician and patient-reported outcomes are associated with psychological factors in patients with chronic shoulder pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(9), 2030–2039. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-4894-0>
- Wu, X., Xu, H., Zhang, X., Han, S., Ge, L., Li, X., & Zhang, X. (2019). Self-efficacy, hope as mediators between positive coping and resilience among patients with gastric cancer before the first chemotherapy. *Cancer Nursing*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000753>
- Yeung, E. W., Arewasikporn, A., & Zautra, A. J. (2012). Resilience and chronic pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 593–617. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.6.593>
- Yetwin, A. K., Mahrer, N. E., John, C., & Gold, J. I. (2018). Does pain intensity matter? the relation between coping and quality of life in pediatric patients with chronic pain. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.003>

- Yildizeli Topcu S. (2018). Relations among pain, pain beliefs, and psychological well-being in patients with chronic pain. *Pain management nursing : Official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(6), 637–644.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.07.007>
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 212.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.2.212>
- Zhang, M., Zhang, J., Zhang, F., Zhang, L., & Feng, D. (2018). Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference? *Psychiatry Research*, 267, 409–413.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.038>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: International medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969–5979.  
<https://doi.org/10.12659/msm.907730>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

## ANEXOS

### Anexo A- Consentimento Informado



#### **ADJUST2PAIN: EFEITOS DAS CRENÇAS E DO COPING NA ADAPTAÇÃO À DOR**

O William James Center for Research (WJCR, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal), e o Rehabilitation Medicine Department da University of Washington (UW, Seattle, WA, EUA) estão comprometidos em melhorar a eficácia dos programas de intervenção multidisciplinares dirigidos a pessoas com dor. A fim de contribuir para este objetivo de longo prazo, este estudo pretende compreender os significados da dor e atitudes face à dor de pessoas com dor de diferentes países, culturas e grupos religiosos, e conhecer a relação entre os significados da dor e atitudes face à dor no bem-estar físico e emocional das pessoas com dor.

Este estudo, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, é levado a cabo pelo WJCR e pela UW sob responsabilidade da Doutora Alexandra Ferreira-Valente (investigadora principal, pós-doutoranda do WJCR, ISPA – Instituto Universitário e da UW), sob supervisão científica do Prof. Doutor José Pais Ribeiro (investigador do WJCR, ISPA – Instituto Universitário), do Prof. Doutor Mark P. Jensen (professor e vice-reitor para a investigação do Rehabilitation Medicine Department, UW). Qualquer pedido de informação/esclarecimento acerca deste estudo pode ser junto de um dos membros da equipa de investigação por email (mvalente@ispa.pt) ou por telefone (+351 218 811 748 ou +351 969 082 988).

A sua experiência é única, e por isso a sua participação é essencial.

A participação neste estudo é completamente voluntária, anónima e confidencial. Pode desistir de participar em qualquer momento e por qualquer razão, sem dar qualquer explicação e sem qualquer prejuízo para si.

Obrigada, desde já, pela sua participação e contribuição para este estudo!

Este projeto de investigação, intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain” é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/121452/2016).

## Anexo B- Inquérito por Questionário “Adjust2pain:Efeitos das crenças e do coping na adaptação à dor”.

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO E ASSINALE AS SUAS RESPOSTAS ÀS SEGUINTESS QUESTÕES.

Sexo:  Feminino  Masculino

Idade: \_\_\_ anos

**Estado Civil:**  
 Solteiro/a  
 Casado/a ou em união de facto  
 Divorciado/a ou separado/a  
 Viúvio/a

**Qual o nível de escolaridade completo que possui** (por favor, assinale o nível de escolaridade mais elevado que completou):  
 Nenhum. Não sei ler ou escrever  
 Nenhum, mas eu sei ler ou escrever  
 Sei ler ou escrever, mas não completei o ensino primário  
 1.º ciclo (ensino primário, 4.º classe/ano)  
 2.º ciclo (6.º ano)  
 3.º ciclo (ensino básico, 9.º ano)  
 Ensino secundário (12.º ano)  
 Bacharelato ou licenciatura ou equivalente  
 Mestrado ou equivalente  
 Doutoramento ou equivalente

**Área de residência:**  
Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
Freguesia \_\_\_\_\_

**Qual das seguintes expressões descreve melhor o local onde vive?**  
 Centro histórico de uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Uma grande cidade (e.g. Lisboa)  
 Arredores de uma grande cidade  
 Uma cidade de media dimensão (e.g. Figueira da Foz)  
 Uma vila ou uma pequena cidade (e.g. Mafra)  
 Uma aldeia (e.g. Piódão)  
 Uma quinta ou casa de campo

**Situação face ao emprego:**  
 Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo inteiro (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta própria)  
 Trabalhador/a a tempo parcial (por conta de outrem)  
 Trabalhador/a familiar (não remunerado/a)  
 Desempregado/a  
 Reformado/a  
 Estudante  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Se respondeu "desempregado/a" ou "reformado/a", por favor indique quais das seguintes expressões melhor descreve os motivos para essa situação (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

- Decisão/escolha pessoal ou familiar
- Decisão da empresa/empregador
- Dificuldade em encontrar um emprego
- Atingi a idade da reforma
- Devido à causa da minha dor ou à incapacidade relacionada com a dor
- Devido a outro problema de saúde
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Outro, mas prefiro não dizer qual
- Prefiro não responder

**Por favor, indique a sua profissão/ocupação (se respondeu "desempregado/a" ou "reformado/a", por favor refira-se à sua última profissão/ocupação):** \_\_\_\_\_

<b>Língua mãe:</b>	<input type="radio"/> Português	<input type="radio"/> Espanhol	<input type="radio"/> Chinês	<input type="radio"/> Tagalog
	<input type="radio"/> Vietnamita	<input type="radio"/> Árabe	<input type="radio"/> Francês	<input type="radio"/> Coreano
	<input type="radio"/> Russo	<input type="radio"/> Alemão	<input type="radio"/> Crioulo	<input type="radio"/> Hindi
	<input type="radio"/> Inglês	<input type="radio"/> Italiano	<input type="radio"/> Polaco	<input type="radio"/> Urdu
	<input type="radio"/> Outra. Qual? _____			

**Pertence a um grupo minoritário em Portugal, pela nacionalidade, cor da pele ou etnia?**

(Se autoriza o tratamento da informação responde à questão com "sim" ou "não", se não autoriza assinale a opção "recuso-me a responder")

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

<b>Nacionalidade</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade da mãe</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade do pai</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade da avó materna</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade do avô materno</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade da avó paterna</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder
<b>Nacionalidade do avô paterno</b> _____	<input type="radio"/> Prefiro não responder

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA DOR. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.**

**Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Teve alguma dor diferente destas dores comuns hoje?**

Sim

Não

**Por favor, indique se tem (ou teve) o(s) seguinte(s) problema(s) de saúde (assinale todos os que se aplicam):**

Artrose

Artrite reumatóide

Osteoporose

Dor associada a trauma ou fratura

Lesão/doença no/do joelho(s)

Lesão/doença no/do ombro

Torcicolo/rigidez do pescoço

Doença/lesão do(s) disco(s) intervertebrais ou vértebras

Doença/lesão do(s) da coluna não especificada(s)

Ciática (dor do nervo ciático)

Escoliose

Síndrome do túnel cárpico

Fibromialgia

Enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica

Cancro

Doença vascular periférica

Dor associada a intervenção(ões) cirúrgica(s)

Diabetes

Doença de Crohn ou Colite ulcerativa

Lesão medular

Amputação de membro

Endometriose

Dor devido a outro problema de saúde

Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

**Se sente dor devido a algum dos problemas de saúde assinalados acima, indique se está a fazer algum tratamento para a sua dor ou para o problema de saúde que está associado à sua dor.**

Sim

Não

Se sim, qual ou quais? Quando iniciou esse(s) tratamento(s)?

Fármaco(s)/ Medicamento(s) \_\_\_\_\_

Fisioterapia \_\_\_\_\_

Hidroterapia \_\_\_\_\_

Acupuntura \_\_\_\_\_

Osteopatia \_\_\_\_\_

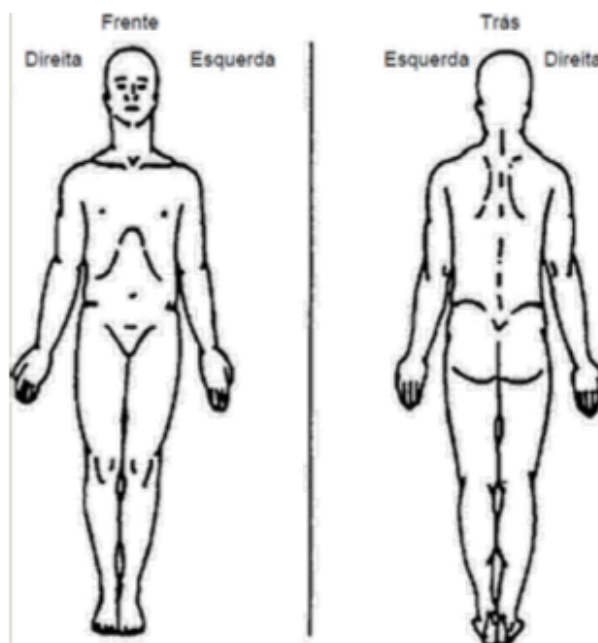
Relaxamento \_\_\_\_\_

Hipnose \_\_\_\_\_

Psicoterapia \_\_\_\_\_

Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



Tem dor todos os dias ou quase?  Sim  Não

Se sim, por favor indique há quanto tempo tem/sente dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Se sim, por favor indique há quanto tempo lhe foi diagnosticado o problema de saúde que causa a sua dor:

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Entre 7 meses e 11 meses
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 3 e 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Há mais de 10 anos

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média** nas últimas 24 horas, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**, desde 0 ("sem dor") até 10 ("a pior dor que se pode imaginar").

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sem dor Pior dor que se pode imaginar

Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Nenhum Alívio  
alívio completo

**Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:**

<b>Atividade geral</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Disposição</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Capacidade de andar a pé</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Relações com outras pessoas</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Sono</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente
<b>Prazer de viver</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu											Interferiu completamente

**Nos últimos 6 meses, foi alguma vez internado/a devido a (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

- Ansiedade  
 Depressão  
 Outro problema emocional/psicológico  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

**Nos últimos 6 meses, teve/teve ou levou a cabo algum dos seguintes (por favor, assinale todas as opções que se aplicam):**

- Desejo de pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Tentou pôr termo à (terminar com a) sua vida  
 Nenhum dos anteriores  Prefiro não responder

Por favor, classifique o quanto está confiante neste momento de que consegue fazer as seguintes coisas, apesar da dor. Assinale, com um círculo, o número que melhor descreve a sua resposta, considerando que (0) indica nada confiante e (6) totalmente confiante.

Por exemplo:

0 1 2 3 4 5 6  
Nada Totalmente  
confiante confiante

Lembre-se que este questionário não pergunta se tem ou não feito estas coisas, mas sim o quanto confiante está de que consegue fazê-las neste momento, apesar da dor.

	Nada confiante						Totalmente confiante							
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo apreciar as coisas, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo fazer a maior parte das tarefas domésticas (por exemplo, arrumar a casa, lavar pratos, lavar o carro, etc.), apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo continuar a conviver com os meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo lidar com a dor na maior parte das situações.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo fazer alguns trabalhos, apesar da dor (inclui o trabalho doméstico, e o trabalho remunerado e não remunerado).	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Ainda consigo fazer muitas das coisas de que gosto, tais como atividades de tempos livres ou de lazer, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo lidar com a dor sem tomar medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Ainda consigo alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo ter uma vida normal, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
Consigo ser cada vez mais ativo/a, apesar da dor.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DO QUE PENSA, SENTE E FAZ. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. LEIA E RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.

<b>Assinale com um círculo o número de dias, durante a última semana, em que usou, pelo menos uma vez no dia, cada umas das seguintes estratégias para lidar com a sua dor. Por favor, inclua os dias em que usou cada estratégia para evitar ou diminuir a dor no futuro, mesmo que não tivesse dor naquele momento.</b>									
<b>Estive menos tempo em pé</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Deitei-me numa cama</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Pedi ajuda na lida da casa ou numa tarefa</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Procurei descontraír os meus músculos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Não deixei que a dor interferisse nas minhas atividades</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Fiz exercício para melhorar a minha condição física em geral pelo menos durante 5 minutos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Tive apoio de um amigo</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Disse a mim próprio/a que a dor vai diminuir</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Evitei fazer atividades</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Descansei numa cadeira, num sofá ou numa poltrona</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Respirei fundo e devagar para relaxar</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Não deixei que a dor afetasse o que estava a fazer</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Estiquei os músculos onde tinha dor e deixei-os esticados pelo menos durante 10segundos</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Conversei com um amigo ou familiar para ter apoio</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Lembrei-me a mim próprio/a que existem pessoas que estão pior do que eu</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	

Por favor, indique até que ponto concorda com cada uma das afirmações sobre a sua dor, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinala com um círculo a sua resposta):

**Chave de resposta**

- 0 = No meu caso, isto é completamente falso.  
 1 = No meu caso, isto é relativamente falso.  
 2 = No meu caso, isto não é verdadeiro nem falso (ou não se aplica a mim).  
 3 = No meu caso, isto é relativamente verdadeiro.  
 4 = No meu caso, isto é completamente verdadeiro

A dor que sinto é um sinal de que algo de mal está a acontecer.	0	1	2	3	4
Provavelmente, vou ter de tomar, para sempre, medicação para a dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
Se a minha dor continuar com a intensidade atual, não vou poder trabalhar.	0	1	2	3	4
A intensidade da dor que sinto está fora do meu controlo.	0	1	2	3	4
Não espero uma cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
A dor não significa necessariamente que esteja a acontecer algo de mal ao meu corpo.	0	1	2	3	4
Foi o uso de medicamentos que mais me aliviou a dor.	0	1	2	3	4
A ansiedade aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Há muito pouco que eu possa fazer para diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Quando me dói, mereço ser tratado/a com carinho e preocupação.	0	1	2	3	4
Pago aos médicos para que eles curem a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não tem necessariamente de interferir com o meu nível de atividade.	0	1	2	3	4
A minha família tem a responsabilidade de me ajudar quando sinto dores.	0	1	2	3	4
O stresse na minha vida aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
O exercício e o movimento são bons para a minha dor.	0	1	2	3	4
A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica.	0	1	2	3	4
A minha família precisa de aprender a cuidar melhor de mim quando estou com dores.	0	1	2	3	4
A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
Se fizer exercício posso agravar muito a minha dor.	0	1	2	3	4
Consigo controlar a minha dor pensando noutras coisas.	0	1	2	3	4
Quando estou com dor preciso de mais carinho do que recebo agora.	0	1	2	3	4

Considero-me incapacitado.	0	1	2	3	4
Aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
Confio que os médicos conseguem curar a minha dor.	0	1	2	3	4
A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
A minha dor física nunca terá cura.	0	1	2	3	4
Existe uma forte relação entre as minhas emoções e o meu nível de dor.	0	1	2	3	4
Não controlo a minha dor.	0	1	2	3	4
Independentemente do meu estado emocional, a minha dor continua na mesma.	0	1	2	3	4
Quando encontrar o médico certo, ele ou ela saberá como diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
Se o meu médico me receitasse medicamentos para as dores, eu deitava-os fora.	0	1	2	3	4
Nunca mais tomo medicamentos para as dores.	0	1	2	3	4
O exercício pode diminuir a intensidade das dores que sinto.	0	1	2	3	4
A minha dor impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Encontrará, em baixo uma lista de afirmações. Por favor, assinale o quanto cada afirmação é verdadeira para si (se aplica a si), utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Por exemplo, se acredita que uma afirmação é "sempre verdade", assinale com um círculo o número 6.

- 0 = Nunca verdade
- 1 = Muito raramente verdade
- 2 = Raramente verdade
- 3 = Algumas vezes verdade
- 4 = Frequentemente verdade
- 5 = Quase sempre verdade
- 6 = Sempre verdade

Estou a entender-me com os meus negócios (de vida) independentemente do nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
A minha vida corre bem, embora tenha uma dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Não há problema em ter dor	0	1	2	3	4	5	6
Sacrificaria com muito prazer coisas importantes na minha vida para controlar melhor a dor	0	1	2	3	4	5	6
Não é necessário controlar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Embora as coisas tenham mudado, levo uma vida normal apesar da minha dor crónica	0	1	2	3	4	5	6

Preciso de me concentrar para me livrar da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Existem muitas atividades que faço quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6
Tenho uma vida completa apesar da dor crónica	0	1	2	3	4	5	6
Controlar a dor não é um objetivo importante na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos acerca da dor, para conseguir dar passos importantes na minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Apesar da dor, mantenho os rumos que escolhi para a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Ter a dor num nível controlado assume prioridade sempre que estou a fazer alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
Antes de fazer qualquer plano sério, tenho de ter algum controlo na minha dor	0	1	2	3	4	5	6
Quando a dor aumenta, consigo tomar conta das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
Terei um melhor controlo na minha vida se conseguir controlar os pensamentos negativos acerca da dor	0	1	2	3	4	5	6
Evito colocar-me em situações nas quais a dor pode aumentar	0	1	2	3	4	5	6
As minhas preocupações e receios acerca do que a dor me irá fazer são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6
É um alívio perceber que não tenho de mudar/alterar a minha dor para continuar com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
Tenho de lutar muito/trabalhar muito para fazer as coisas quando estou com dor	0	1	2	3	4	5	6

Por favor, indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si no último mês, utilizando a chave de resposta que se segue (por favor, assinale com um círculo a sua resposta). Se algum destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivesse ocorrido.

Não existem respostas certas ou erradas, dê apenas a sua opinião.

- 0 = Não verdadeira
- 1 = Raramente verdadeira
- 2 = Às vezes verdadeira
- 3 = Geralmente verdadeira
- 4 = Quase sempre verdadeira

Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	0	1	2	3	4
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	0	1	2	3	4
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	0	1	2	3	4
Ter de lidar com o stresse torna-me mais forte	0	1	2	3	4
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	0	1	2	3	4
Eu acredito que eu posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	0	1	2	3	4
Sob pressão, mantenho-me focado/a e a pensar com clareza	0	1	2	3	4
Eu não sou facilmente desencorajado/a pelo insucesso	0	1	2	3	4
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	0	1	2	3	4
Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	0	1	2	3	4

As próximas perguntas consistem num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a sua resposta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta (por favor, assinale com um círculo a sua resposta):

- 1 = Nada ou muito ligeiramente
- 2 = Um pouco
- 3 = Moderadamente
- 4 = Bastante
- 5 = Extremamente

Indique em que medida sentiu cada uma destas emoções, durante a última semana:

Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Leia cada uma das perguntas e assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais próxima do que sentiu do que uma resposta muito ponderada.

**Sinto-me tenso/a ou nervoso/s:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Só um pouco
- Quase nada

**Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:**

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

Por favor responda às perguntas que se seguem. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando a resposta que melhor representa a sua opinião.

Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima       Muito boa       Boa       Razoável       Fraca

As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua Saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Atividades moderadas, limitado/atais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa

- Sim, muito limitado/a       Sim, um pouco limitado/al       Não, nada

Andar mais de 1km

- Sim, muito limitado/a       Sim, um pouco limitado/al       Não, nada

Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades       Sim       Não

Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades       Sim       Não

(por exemplo, foi preciso mais esforço)

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades       Sim       Não

Fez menos do que queria       Sim       Não

Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada       Um pouco       Moderadamente       Bastante       Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, assinale com um (X) a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

Se sentiu muito nervoso/a?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?

- Sempre       A maior parte do tempo       Bastante tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Sempre       A maior parte do tempo       Algum tempo       Pouco tempo       Nunca

**DE SEGUIDA, ENCONTRA ALGUMAS PERGUNTAS ACERCA DA SUA POSIÇÃO FACE À RELIGIÃO. LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA ÀS QUESTÕES COLOCADAS.**

**Por favor, indique, se aplicável qual é a sua religião de entre as seguintes (assinale apenas uma resposta):**

- Animista
- Budista
- Cristã Anglicana
- Cristã Baptista
- Cristã Calvinista
- Cristã Luterana
- Cristã Ortodoxa
- Cristã Católica
- Outra Cristã. Qual? \_\_\_\_\_
- Hinduísta
- Islâmica
- Judaica
- Xintoísta
- Taoísta
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  
- Sou não religioso/a agnóstico/a
- Sou não religioso/a Ateu/ateia
- Nenhuma das opções anteriores  Prefiro não responder

**Com que frequência vai à igreja, mesquita ou templo, ou participa num encontro religioso?**

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca
- Não se aplica

**Com que frequência dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como rezar, orar, meditar ou ler a Bíblia/Corão/Escritos de Buda/Torá ou outros textos religiosos?**

- Mais do que uma vez por dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca
- Não se aplica

De seguida encontra 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, indique o quanto cada frase se aplica a si.

**Sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo, ou do Divino) na minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**As minhas crenças religiosas são o fundamento da minha vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Eu esforço-me muito para viver a minha religião em todos os aspetos da vida.**

- Totalmente verdade
- Em geral é verdade
- Não tenho a certeza
- Em geral *não* é verdade
- Não* é verdade

**Por favor, indique qual a maior prioridade na sua vida, neste momento? (a mais valorizada)**

- A minha saúde e independência
- A minha família
- As minhas amizades
- Trabalho, carreira ou negócios
- A minha educação
- Segurança financeira
- Relação com Deus
- Poder viajar e ver o mundo
- Ouvir música e divertir-me
- Liberdade para viver como eu quiser

**Com que frequência participa em celebrações/eventos religiosos/os?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Para além das celebrações religiosas, com que frequência se encontra com outras pessoas por motivos religiosos (rezar, discussões religiosas, trabalho voluntário, etc.)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                     | <input type="radio"/> Várias vezes por mês           |
| <input type="radio"/> Raramente                 | <input type="radio"/> Quase todas as semanas         |
| <input type="radio"/> Algumas vezes por ano     | <input type="radio"/> Todas as semanas               |
| <input type="radio"/> De poucos em poucos meses | <input type="radio"/> Mais do que uma vez por semana |
| <input type="radio"/> Cerca de uma vez por mês  | <input type="radio"/> Diariamente                    |

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu colocar a sua vida sob direção/orientação de Deus (do Divino)?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)			moderadamente				completamente, totalmente		

**Que percentagem do seu rendimento bruto anual doa à sua igreja/instituição religiosa ou outra(s) causa(s) religiosa(s) cada ano?**

<input type="radio"/> 0%	<input type="radio"/> 7% - 8%
<input type="radio"/> menos de 1%	<input type="radio"/> 9% - 10%
<input type="radio"/> 1% - 2%	<input type="radio"/> 11% - 12%
<input type="radio"/> 3% - 4%	<input type="radio"/> 13% - 14%
<input type="radio"/> 5% - 6%	<input type="radio"/> 15% ou mais

**Em média, quanto tempo por dia (em 24 horas) passa a ouvir música religiosa, ou programas religiosos na rádio, ou a ver programas religiosos na televisão?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa a ler escrituras sagradas, livros religiosos, ou outro tipo de literatura religiosa?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa em oração individual ou a meditação?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em média, quanto tempo por dia passa em atividades como voluntário/a na sua comunidade religiosa ou a ajudar outros por motivos religiosos?**

<input type="radio"/> 0 (nunca)	<input type="radio"/> 31 a 60 minutos
<input type="radio"/> 1 - 5 minutos	<input type="radio"/> mais do que 1 hora, menos do que 2 horas
<input type="radio"/> 6 - 10 minutos	<input type="radio"/> mais do que 2 horas, menos do que 3 horas
<input type="radio"/> 11 - 20 minutos	<input type="radio"/> 3 - 4 horas
<input type="radio"/> 21 - 30 minutos	<input type="radio"/> 5 horas ou mais

**Em que medida (numa escala de 1 a 10) decidiu conformar a sua vida aos ensinamentos da sua fé religiosa?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada (nunca tinha pensado nisso)			moderadamente				completamente, totalmente		

**Se somar todo o rendimento do trabalho, apoios e subsídios, qual é o valor do rendimento líquido da sua família (pessoas com quem vive)?**

- Menos de 452€
- Entre 453€ e 656€
- Entre 657€ e 834€
- Entre 835€ e 1029€
- Entre 1030€ e 1245€
- Entre 1246€ e 1486€
- Entre 1487€ e 1785€
- Entre 1786€ e 2208€
- Entre 2209€ e 3353€
- Mais de 3353€
  
- Prefiro não responder

---

To be fulfilled by the research team.

SUBID \_\_\_\_\_

INSTID \_\_\_\_\_

