



Universidades Lusíada

Pereira, Sofia Veludo

Barros, Luísa

Estratégias de coping e crenças sobre a dor em adolescentes com dor crónica

<http://hdl.handle.net/11067/4647>

<https://doi.org/10.34628/wjyd-fg05>

Metadados

| | |
|---------------------------|--|
| Data de Publicação | 2018 |
| Palavras Chave | Dor crónica - Aspectos psicológicos, Dor na adolescência |
| Tipo | article |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] RPCA, v. 09, n. 1 (Janeiro-Dezembro 2018) |

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:03:20Z com informação proveniente do Repositório

**ESTRATÉGIAS DE COPING E CRENÇAS SOBRE A DOR EM
ADOLESCENTES COM DOR CRÓNICA**

**COPING STRATEGIES AND BELIEFS ABOUT PAIN IN
ADOLESCENT WITH CHRONIC PAIN**

Sofia Veludo Pereira

Luísa Barros

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Resumo: Estudos epidemiológicos indicam uma prevalência da dor na população pediátrica entre 15% a 30%. A investigação com adolescentes é mais recente, existindo vários estudos acerca das estratégias de coping com a dor mas um menor número relativamente a crenças acerca da dor. O presente estudo teve como objectivo caracterizar os níveis de dor auto-reportada, as estratégias de coping com a dor e as crenças acerca da dor em adolescentes, comparando jovens com diagnóstico de dor crónica e os de uma amostra comunitária. Os 35 adolescentes responderam ao Questionário de Coping na Dor e ao Questionário de Atitudes na Dor e procederam ao auto-registo dos níveis de dor utilizando a Escala Visual Analógica. Os resultados indicaram níveis de dor ligeiramente superiores na amostra clínica, embora sem diferenças significativas. Os adolescentes reportaram maioritariamente estratégias de resolução de problemas para lidar com a dor e crenças de que a dor pode ser curada através da intervenção médica, sendo que na amostra comunitária reportaram mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que as suas emoções têm impacto na experiência da dor. Na amostra comunitária tanto o coping como as crenças estavam associados com os níveis de dor reportada, enquanto na amostra clínica apenas se verificou uma associação entre o coping e a dor. Este estudo contribuiu para reforçar a evidência acerca da prevalência de dor crónica em adolescentes e do impacto das estratégias de coping e das crenças de dor na experiência de dor.

Palavras-chave: Dor, Adolescência, Coping, Crenças.

Abstract: Epidemiological studies report a prevalence of pain in children ranging from 15% to 30%. Research with adolescents is more recent, with several studies about adolescent's pain coping strategies; fewer studies focus adolescent pain beliefs. This study aimed to characterize self-reported pain levels, pain coping strategies and pain beliefs in young people, comparing a sample of adolescents diagnosed with chronic pain and a community sample. Both answered to the Pain Coping Questionnaire and the Survey of Pain Attitudes and self-reported their pain levels using a Visual Analogue Scale. Pain levels were slightly higher for the clinical sample, although with no significant differences. Adolescents of both samples reported mostly problem-solving strategies to cope with pain and beliefs in a medical cure for pain, with adolescents from the community sample reporting more adaptive beliefs and believing that their emotions have an impact on their pain experience. In the community sample, both coping and pain beliefs were associated with self-reported pain levels, while only an association between coping and pain was found in the clinical sample. This study contributed to reinforce the evidence regarding chronic pain prevalence in adolescents and the impact of coping strategies and pain beliefs on the pain experience.

Keywords: Pain, Adolescence, Coping, Beliefs.

Introdução

Estudos epidemiológicos indicam uma prevalência da dor na população pediátrica entre os 15% e os 30% (Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008), sendo que uma menor proporção, de cerca de 5% a 8%, reporta dores moderadas a severas (Eccleston, Bruce & Carter, 2006; Mahrer, Montañó & Gold, 2012; Roth-Isigkeit et al., 2005). A dor crônica músculo-esquelética tem sido frequentemente abordada na literatura, apresentando no entanto valores de prevalência na população pediátrica muito diversos, entre os 4% a 40% (King et al., 2011).

Estudos anteriores demonstram que o grau de inflamação intra-articular prevê apenas uma pequena proporção da variância encontrada nos auto-relatos de dor das crianças e adolescentes com diagnósticos associados a dor crônica músculo-esquelética, designadamente, de 8% a 28% (Malleon et al, 2004; Schanberg et al., 2003). À luz destas evidências, torna-se pertinente o estudo das variáveis que possam estar associadas à experiência da dor crônica músculo-esquelética, nos quais se incluem os factores psicológicos. De acordo com a literatura, as estratégias de coping com a dor e as crenças sobre a dor mostram-se como componentes centrais dos modelos cognitivo-comportamentais actuais referentes à dor crônica (Glattacker, Heyduck & Meffert, 2012).

A tentativa de desenvolver uma definição de coping específica para crianças e adolescentes tem vindo a ser objecto de estudo de variados autores, assentando numa perspectiva desenvolvimentista que define coping como o conjunto de esforços intencionais e volitivos que são dirigidos à regulamentação de aspectos do self e do meio em circunstâncias de stress (Compas et al, 2001; Skinner et al 2003). A literatura sugere que os componentes do coping apresentam diferentes períodos de desenvolvimento, permitindo identificar marcos no desenvolvimento das estratégias de coping e sugerindo que estas mudanças ocorrem até ao final da adolescência (Compas et al, 2001; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2011).

Segundo o modelo conceptual do coping aplicado à dor crônica na infância e na adolescência, desenvolvido por Walker, Smith, Garber e Claar (2005), as crenças sobre a dor e a avaliação concretizada durante um determinado episódio de dor influenciam as estratégias de coping a ser utilizadas para lhe responder. As estratégias de coping mobilizadas terão implicações nas consequências do próprio episódio de dor, sendo que estas, por sua vez, poderão contribuir para consequências a longo prazo.

É extensa a literatura relativa ao estudo das estratégias de coping com a dor e a sua associação com a intensidade da dor reportada por crianças e adolescentes com diagnósticos associados a dor crônica músculo-esquelética. O estudo preliminar conduzido por Reid, Lang & McGrath (1997), comparando

crianças com artrite idiopática juvenil, fibromialgia e uma amostra comunitária, revelou que a utilização de estratégias de coping de evitamento focado na emoção se encontrava positivamente correlacionada com a dor reportada. Num estudo com crianças diagnosticadas com artrite idiopática juvenil, Schanberg et al. (1997) concluíram que aquelas que se consideravam capazes de controlar a dor e manifestavam reduzida tendência para a internalização ou catastrofização reportavam uma intensidade da dor significativamente menor.

Resultados similares foram replicados em estudos mais recentes (Thastum, Zachariae e Herlin, 2001; 2005), suportando que as estratégias de coping de internalização se encontram associadas a uma menor tolerância à dor e, conseqüentemente, uma maior intensidade reportada. Por sua vez, a utilização preferencial de estratégias de coping de aproximação e de distração encontravam-se associadas a uma menor intensidade de dor reportada.

A literatura relativa a crenças sobre a dor crónica em crianças e adolescentes e a sua associação com a intensidade da dor reportada é mais recente. Thastum, Herlin & Zachariae (2005) conduziram uma investigação pioneira com resultados significativos acerca da relação entre as crenças sobre a dor e a experiência de dor, em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil. Verificaram-se relações positivas entre a intensidade da dor e crenças associadas a incapacidade, prejuízo físico e solicitude, bem como relações negativas referentes a crenças relativas ao controlo e cura médica.

A ausência de outros estudos longitudinais que repliquem estes resultados torna necessária mais investigação na área. Contudo, pode ainda referenciar-se um estudo conduzido por Miró, Huguet e Jensen (2014), com uma amostra comunitária, em que foram encontrados padrões de resultados semelhantes. Designadamente, verificou-se uma associação entre uma maior intensidade de dor reportada pelas crianças e pelos adolescentes estudados e o facto de estes manifestarem crenças de incapacidade de controlo da dor.

O presente estudo teve como objectivo caracterizar os níveis de dor auto-reportada, as estratégias de coping com a dor e as crenças acerca da dor em adolescentes, comparando jovens com diagnóstico de dor crónica e os de uma amostra comunitária. Os objectivos específicos incluíram: caracterizar e comparar os níveis de dor auto-reportada, caracterizar e comparar as estratégias de coping auto-reportadas, caracterizar e comparar as crenças acerca da dor auto-reportadas em jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária e explorar a existência de associações entre dor, coping e crenças de dor em cada uma das amostras.

Metodologia

Participantes

A amostra clínica incluiu 35 adolescentes, inscritos na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria em Lisboa. Os critérios de inclusão foram o diagnóstico de doença crónica músculo-esquelética, idade compreendida entre os 12 anos e os 20 anos e compreender o português escrito e falado. Tratou-se de uma amostra de conveniência, recolhida entre Outubro de 2014 e Julho de 2015.

A amostra comunitária, de conveniência, incluiu 35 adolescentes. Os critérios de inclusão foram a inexistência de diagnóstico de doença crónica, idade compreendida entre os 12 anos e os 20 anos e compreender o português escrito e falado. Os dados foram recolhidos entre os meses de Junho e Setembro de 2015.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Elaborado com o objectivo de recolher dados relativos à idade, sexo e nível de escolaridade dos adolescentes. Na amostra clínica, foi pedida informação sobre o diagnóstico clínico e terapêutica actual. Na amostra comunitária, perguntou-se se existia alguma doença crónica diagnosticada.

Escala Visual Analógica (VAS)

Instrumento psicométrico unidimensional e subjectivo, que consiste numa linha horizontal, de 100 mm de comprimento, ancorada pelos descritores “Sem dor” e “Dor máxima”, respectivamente, na extremidade esquerda e direita. O adolescente deve marcar na linha o ponto que considera representar a intensidade da sua dor. A pontuação é determinada pela medida em milímetros entre a extremidade esquerda da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica da percepção do adolescente sobre a sua própria dor, pois o instrumento pretende capturar a ideia de dor num contínuo subjacente. Quanto maior for a distância mais intensa é a dor. Este instrumento é habitualmente usado na avaliação clínica que integra a Consulta de Reumatologia. Neste estudo, foi pedido ao adolescente que indicasse qual a dor sentida no momento actual, a dor mais intensa nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas.

Questionário de Coping na Dor (PCQ; Reid, Gilbert & McGrath, 1997)

Questionário de auto-relato, composto por 39 itens, que avaliam a frequência com que a criança ou adolescente apresenta determinadas estratégias de coping para lidar com a dor. Inclui três escalas de ordem superior, nas quais se organizam oito subescalas. A escala de Aproximação é composta pelas subescalas de procura de informação, resolução de problemas, procura de suporte social e declarações positivas; a escala de Evitamento focado no problema engloba as subescalas distração comportamental e distração cognitiva; e escala Evitamento focado na emoção é constituída pelas subescalas de externalização e internalização. A resposta aos itens é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). A cotação das escalas de ordem superior e/ou das subescalas resulta da soma das respostas dadas aos itens em questão e da sua média, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior uso de determinadas estratégias de coping. Na versão original, o alfa de Cronbach variou entre .79 a .89. O questionário foi traduzido e adaptado para português seguindo o método recomendado de duas traduções independentes e reconciliadas, uma retroversão para averiguação da equivalência com a versão original e um estudo piloto com uma amostra de 5 adolescentes para avaliar a compreensão e adequação dos itens (Bullinger et al, 1995). Neste estudo, a consistência interna das escalas e subescalas foi de aceitável a muito bom, sendo o alfa de Cronbach para as escalas de ordem superior de .88 (Aproximação), .86 (Evitamento focado no problema) e .84 (Evitamento focado na emoção) e para a subescalas entre .69 (declarações positivas) e .88 (Aproximação).

Questionário de Atitudes na Dor (SOPA; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994)

Questionário de auto-relato, composto por 48 itens, que avaliam a frequência com que a criança ou adolescente apresenta determinadas crenças em relação à dor. Inclui seis subescalas, que se podem organizar em duas categorias gerais. A categoria referente às Crenças adaptativas, inclui as subescalas controlo e emoção. A categoria referente às Crenças inadaptativas, inclui as subescalas incapacidade, prejuízo físico, solicitude e cura médica. A resposta aos itens é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos de 1 (nada verdade em relação a mim) a 5 (totalmente verdade em relação a mim). A cotação das categorias gerais e/ou das subescalas resulta da soma das respostas dadas aos itens em questão e da sua média, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior propensão para determinado tipo de crenças. Na versão original, o alfa de Cronbach variou entre .62 a .74. A escala foi traduzida e adaptada para Português por um procedimento semelhante ao descrito anteriormente. No presente estudo obtiveram-se valores

de consistências baixas a aceitáveis, com o alfa de Cronbach das categorias gerais de .60 (Crenças Adaptativas) e .59 (Crenças desadaptativas) e para as subescalas entre .42 (incapacidade) a .74 (cura médica), o que poderá em parte ser explicado pelo número reduzido de participantes.

Procedimento

A amostra clínica foi recolhida na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria em Lisboa, após autorização por parte da instituição e da Comissão de Ética do Hospital e da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A lista de pacientes inscritos em consulta foi facultada pelo serviço. Os adolescentes que cumpriam os critérios de inclusão e os respectivos pais foram abordados enquanto aguardavam pela consulta. Foi apresentado o estudo e os seus objectivos, sendo informados de que a participação seria de carácter voluntário e salvaguardando a privacidade e a confidencialidade do adolescente. Foi entregue um envelope que continha toda a informação relativa ao estudo, o termo de consentimento informado e o assentimento informado, para a entidade parental e o adolescente, respectivamente. Aos adolescentes que concordaram e cujos pais autorizaram a participação, foi pedido o preenchimento dos questionários. Por fim, foi pedido ao adolescente que indicasse, na Escala Visual Analógica de dor, qual a dor sentida no momento actual, a dor mais intensa nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas. As investigadoras estiveram presentes ao longo de todo o procedimento para esclarecer potenciais dúvidas.

A amostra comunitária foi constituída por adolescentes seleccionados através do método “bola de neve”. Primeiramente foram contactados adolescentes conhecidos das investigadoras e que reuniam as condições de inclusão. Por sua vez, estes adolescentes indicaram outros em condições semelhantes. Os adolescentes foram abordados nas suas casas ou em locais públicos, salvaguardando a sua privacidade e a confidencialidade. A partir deste ponto, procedeu-se do mesmo modo que descrito para a amostra clínica.

Análise estatística

Os dados recolhidos foram transferidos para formato informático, através do sistema de leitura óptica Teleform e analisados com recurso ao programa de tratamento estatístico IBM SPSS Statistics, versão 22 (IBM Corp., Armonk, New York, USA). Numa primeira fase, foram realizados estudos psicométricos preliminares dos instrumentos e de caracterização da amostra clínica e da amostra comunitária. Foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade das amostras. Por não se ter comprovado a

normalidade das amostras, foi usado o teste U de Mann-Whitney para averiguar diferenças entre a amostra clínica e comunitária em relação às medidas dos níveis de dor, coping com a dor e crenças sobre a dor. Por fim, foi realizado o teste de correlação ordinal de Spearman, com o intuito de explorar potenciais associações entre as diferentes variáveis em estudo.

Resultados

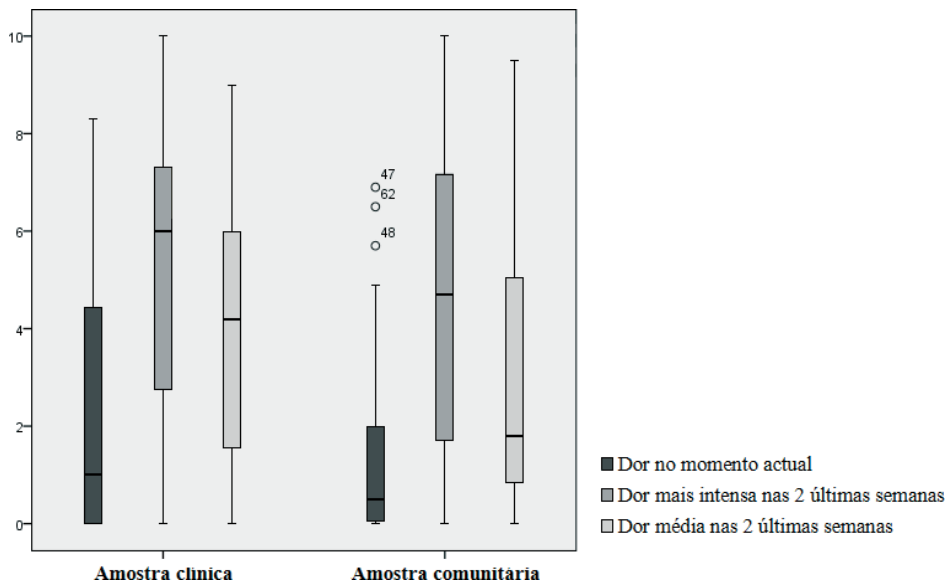
Caracterização das amostras

Os estudos comparativos e a análise de correlações foram realizados com uma amostra clínica (N=35) e uma amostra comunitária (N=35). Ambas as amostras incluíram uma maior percentagem de adolescentes do sexo feminino. Na amostra clínica, 24 (68.6%) adolescentes eram do sexo feminino, enquanto na amostra comunitária eram 19 (54.3%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as amostras relativamente ao género (U =525, p= 0.223). Por sua vez, verificou-se que a média das idades dos adolescentes da amostra clínica (M=15.63; D.P.=2.00) foi inferior à média das idades dos adolescentes da amostra comunitária (M=16.86; D.P.=2.43), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (U =404, p= 0.013).

Estudo comparativo dos níveis de dor

A figura 1 compara os valores dos níveis de dor na amostra clínica e na amostra comunitária. Para qualquer uma das medidas de dor, a média foi ligeiramente superior na amostra clínica, embora não se tenham observado diferenças significativas (Dor no momento actual U=571, p= 0.634; Dor mais intensa nas duas últimas semanas U=536, p= 0.372; Dor média nas duas últimas semanas U=486, p= 0.138).

Figura 1. Gráfico boxplot comparativo das amostras clínica e comunitária para os níveis de dor



Estudo comparativo das estratégias de coping

A tabela 1 sumariza as estatísticas descritivas e teste de diferenças para as escalas de ordem superior e subescalas do coping. Verificou-se que os adolescentes de ambas as amostras mobilizam maioritariamente estratégias de coping de resolução de problemas para lidar com a dor. Por sua vez, as estratégias de coping menos utilizadas são as estratégias de externalização. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência do uso de estratégias de coping, entre as amostras.

Tabela 1. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão e teste de diferenças do coping, nas amostras clínica e comunitária

| Coping escalas de ordem superior e subescalas | Amostra clínica | | | Amostra comunitária | | | Diferenças |
|---|-----------------|--------|-------------|---------------------|--------|-------------|--------------------|
| | Mínimo | Máximo | Média (DP) | Mínimo | Máximo | Média (DP) | |
| Aproximação | 2.00 | 4.00 | 3.22(0.52) | 1.00 | 5.00 | 3.22 (0.68) | U= 588 p= 0.77 |
| Procura de informação | 1.25 | 5.00 | 2.99 (0.85) | 1.00 | 5.00 | 2.94 (0.89) | U= 590 p= 0.79 |
| Resolução de problemas | 2.00 | 5.00 | 3.52 (0.70) | 1.00 | 5.00 | 3.39 (0.89) | U= 559 p= 0.53 |
| Procura de suporte social | 1.40 | 4.20 | 3.07 (0.79) | 1.00 | 5.00 | 3.20 (1.00) | U= 574 p= 0.65 |
| Declarações positivas | 1.20 | 4.40 | 3.26 (0.61) | 1.00 | 5.00 | 3.29 (0.65) | U= 551 p= 0.46 |
| Evitamento focado no problema | 1.70 | 4.50 | 3.12 (0.70) | 1.40 | 4.80 | 3.01 (0.73) | U= 562 p= 0.55 |
| Distracção comportamental | 1.80 | 4.80 | 3.26 (0.76) | 1.00 | 4.60 | 3.11 (0.86) | U= 563 p= 0.56 |
| Distracção cognitiva | 1.40 | 5.00 | 2.99 (0.89) | 1.40 | 5.00 | 2.91 (0.82) | U= 596 p= 0.85 |
| Evitamento focado na emoção | 1.20 | 4.10 | 1.98 (0.69) | 1.00 | 3.50 | 1.91 (0.59) | U= 610 p= 0.98 |
| Externalização | 1.00 | 4.80 | 1.49 (0.85) | 1.00 | 3.00 | 1.56 (0.57) | U= 498 p= 0.17 |
| Internalização | 1.20 | 4.80 | 2.46 (0.84) | 1.00 | 4.00 | 2.27 (0.75) | U= 5.48 p= 0.45 |

Estudo comparativo das crenças sobre a dor

A tabela 2 sumariza as estatísticas descritivas e teste de diferenças para as categorias gerais e subescalas referentes às crenças sobre a dor. Verificou-se que os adolescentes de ambas as amostras apresentam maioritariamente crenças de que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica. Os adolescentes da amostra clínica mostraram menor tendência para acreditar que os outros, especialmente membros da família, devem ser solícitos como resposta à sua experiência de dor, enquanto os adolescentes da amostra comunitária apresentaram menor tendência para acreditar que a dor poderá conduzir a incapacidade. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas para as Crenças adaptativas e para a subescala emoção, sendo que os adolescentes da amostra comunitária apresentam mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que suas emoções têm um impacto sobre a experiência de dor do que os adolescentes da amostra clínica.

Tabela 2. Mínimos, máximos, médias, desvio-padrão e teste de diferenças das crenças, nas amostras clínica e comunitária

| <i>Crenças categorias gerais e subescalas</i> | Amostra clínica | | | Amostra comunitária | | | Diferenças |
|---|------------------------|--------|-------------|----------------------------|--------|-------------|-----------------------------------|
| | Mínimo | Máximo | Média (DP) | Mínimo | Máximo | Média (DP) | |
| Crenças adaptativas | 1.86 | 4.21 | 2.76 (0.52) | 2.36 | 3.93 | 3.04 (0.42) | <i>U</i> = 397 <i>p</i> = 0.01 |
| Controlo | 1.29 | 4.57 | 3.09 (0.78) | 2.43 | 4.29 | 3.12 (0.41) | <i>U</i> = 594 <i>p</i> = 0.83 |
| Emoção | 1.29 | 4.29 | 2.42 (0.76) | 1.57 | 4.57 | 2.97 (0.77) | <i>U</i> = 384 <i>p</i> = 0.01 |
| Crenças desadaptativas | 2.20 | 3.44 | 2.80 (0.29) | 2.04 | 3.84 | 2.85 (0.39) | <i>U</i> = 577 <i>p</i> = 0.68 |
| Incapacidade | 1.00 | 3.71 | 2.39 (0.64) | 1.29 | 3.29 | 2.42 (0.46) | <i>U</i> = 603 <i>p</i> = 0.91 |
| Prejuízo físico | 1.67 | 4.33 | 3.20 (0.59) | 1.83 | 4.67 | 2.99 (0.61) | <i>U</i> = 475 <i>p</i> = 0.10 |
| Solicitude | 1.00 | 4.00 | 2.27 (0.69) | 1.43 | 4.14 | 2.51 (0.72) | <i>U</i> = 509 <i>p</i> = 0.23 |
| Cura médica | 2.00 | 4.83 | 3.59 (0.89) | 1.83 | 5.00 | 3.64 (0.76) | <i>U</i> = 592 <i>p</i> = 0.81 |

Associação entre os níveis de dor e as estratégias de coping

A tabela 3 resume as correlações encontradas entre os níveis de dor reportada e as estratégias de coping utilizadas pelos adolescentes. Não foram encontradas associações significativas entre o nível de dor no momento actual e o coping. Relativamente ao nível de dor mais intensa nas duas últimas semanas, na amostra clínica observaram-se correlações positivas significativas com o Evitamento focado na emoção e com a subescala internalização. Na amostra comunitária, observaram-se correlações positivas com a Aproximação e com as subescalas resolução de problemas e procura de suporte social. Em relação ao nível de dor média nas duas últimas semanas, observaram-se correlações positivas com a Aproximação e a subescala resolução de problemas em ambas as amostras.

Tabela 3. Correlações entre as estratégias de coping o e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária

| Coping escalas de ordem superior e subescalas | Dor actual | | Dor máxima 2 últimas semanas | | Dor média 2 últimas semanas | |
|---|-----------------|---------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | Amostra clínica | Amostra comunitária | Amostra clínica | Amostra comunitária | Amostra clínica | Amostra comunitária |
| | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) |
| Aproximação | 0.082 | 0.246 | 0.212 | 0.404* | 0.406* | 0.356* |
| Procura de informação | -0.006 | 0.217 | 0.146 | 0.287 | 0.264 | 0.253 |
| Resolução de problemas | -0.015 | 0.269 | 0.185 | 0.396* | 0.366* | 0.400* |
| Procura de suporte social | 0.246 | 0.137 | 0.288 | 0.395* | 0.303 | 0.295 |
| Declarações positivas | 0.001 | 0.176 | 0.044 | 0.112 | 0.231 | 0.124 |
| Evitamento focado no problema | -0.192 | 0.034 | -0.208 | 0.177 | -0.274 | 0.176 |
| Distracção comportamental | -0.173 | -0.068 | -0.202 | 0.135 | -0.211 | 0.070 |
| Distracção cognitiva | -0.117 | 0.064 | -0.164 | 0.092 | -0.240 | 0.174 |
| Evitamento focado na emoção | 0.068 | 0.104 | 0.338* | 0.245 | 0.205 | 0.266 |
| Externalização | -0.018 | 0.034 | 0.214 | 0.154 | 0.022 | 0.198 |
| Internalização | 0.063 | 0.192 | 0.358* | 0.243 | 0.283 | 0.263 |

*p< 0.05

Associação entre os níveis de dor e as crenças sobre a dor

A tabela 4 resume as correlações encontradas na amostra comunitária entre as crenças dos adolescentes sobre a dor e os níveis de dor. Na amostra comunitária, verificaram-se correlações positivas entre as crenças de prejuízo físico e os níveis de dor máxima e média nas duas últimas semanas. Na amostra clínica não foram encontradas associações significativas entre as crenças acerca da dor e os níveis de dor reportados.

Tabela 4. Correlações entre as crenças e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária

| Crenças categorias gerais e subescalas | Dor actual | | Dor máxima 2 últimas semanas | | Dor média 2 últimas semanas | |
|--|-----------------|---------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | Amostra clínica | Amostra comunitária | Amostra clínica | Amostra comunitária | Amostra clínica | Amostra comunitária |
| | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) | Dor (rs) |
| Crenças adaptativas | -0.028 | 0.184 | -0.063 | 0.253 | -0.108 | 0.296 |
| Controlo | -0.233 | 0.086 | -0.215 | 0.129 | -0.117 | 0.212 |
| Emoção | 0.234 | 0.197 | 0.162 | 0.285 | 0.010 | 0.286 |
| Crenças desadaptativas | 0.204 | 0.265 | -0.008 | 0.257 | -0.119 | 0.279 |
| Incapacidade | 0.307 | 0.223 | 0.162 | 0.091 | 0.087 | 0.160 |
| Prejuízo físico | 0.018 | 0.299 | 0.054 | 0.452** | 0.069 | 0.478** |
| Solicitude | 0.208 | 0.263 | 0.098 | 0.212 | -0.048 | 0.225 |
| Cura médica | -0.198 | 0.076 | -0.331 | -0.010 | -0.241 | 0.045 |

**p< 0.01

Discussão

O estudo teve como principais objectivos caracterizar e comparar os níveis de dor auto-reportada, as estratégias de coping com a dor e as crenças acerca da dor, em jovens com um diagnóstico clínico associado a dor crónica e jovens de uma amostra comunitária e explorar a existência de associações entre dor, coping e crenças em cada um destes grupos.

Relativamente aos níveis de dor, a maioria dos adolescentes da amostra clínica seguia terapêutica continuada para o controlo da dor, o que poderá ter contribuído para níveis reduzidos de dor. No entanto, alguns destes adolescentes reportaram ainda níveis moderados a elevados de dor. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores que têm apontado sistematicamente que o grau de inflamação intra-articular, sobre o qual actua grande parte das terapêuticas, explica apenas uma pequena proporção da variância encontrada nos auto-relatos da dor (Malleon et al, 2004; Schanberg et al., 2003). O facto de os resultados terem apontado que os adolescentes da amostra comunitária reportam episódios de dor continuada, à semelhança daqueles com doença reumática, confirma estudos anteriores acerca da prevalência de dor crónica na população pediátrica (Holm, Ljungman & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008). Para a medida do nível de dor no momento actual na amostra comunitária, apesar da média relativamente baixa, destacaram-se três jovens com níveis de dor mais elevados, confirmando que existem adolescentes na população pediátrica com dores moderadas a severas (Eccleston, Bruce & Carter, 2006; Mahrer, Montañó & Gold, 2012; Roth-Isigkeit et al., 2005).

No que respeita ao coping com a dor, os adolescentes de ambas as amostras reportaram maioritariamente estratégias de coping de resolução de problemas para lidar com a dor, resultados concordantes com a literatura que aponta que é na adolescência que começam a emergir estratégias de coping mais sofisticadas, como a resolução de problemas (Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007; 2011). Verificou-se ainda que os adolescentes de ambas as amostras relatam menos estratégias de coping de externalização, à semelhança dos resultados do estudo de Reid, Gilbert & McGrath (1997).

Relativamente às crenças acerca da dor, os adolescentes de ambas as amostras apresentaram maioritariamente crenças de que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica, à semelhança do estudo de Thastum, Herlin e Zachariae (2005). Por outro lado, os adolescentes da amostra comunitária apresentaram mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que as suas emoções têm um impacto sobre a experiência da dor. A ausência de outros estudos longitudinais que repliquem estes resultados torna necessário que se produza mais investigação na área.

As associações encontradas na amostra clínica entre os níveis de dor

mais intensa reportada nas duas últimas semanas e as estratégias de coping de evitamento focado na emoção e de internalização confirmam estudos anteriores, que apontam que o evitamento focado na emoção se encontra relacionado com uma maior intensidade de dor reportada (Reid, Gilbert & McGrath, 1997). As estratégias de coping de internalização têm sido associadas a uma menor tolerância à dor e, conseqüentemente, uma maior intensidade reportada (Schanberg et al., 1997; Thastum, Herlin & Zachariae, 2001; 2005).

Por sua vez, as associações encontradas em ambas as amostras entre os níveis de dor e estratégias de coping de aproximação, resolução de problemas e a procura de suporte social, contradizem os resultados de estudos anteriores, que defendem que a mobilização de estratégias de coping de aproximação se associam a menores níveis de dor reportada (Thastum, Herlin & Zachariae, 2001; 2005). Esta divergência pode dever-se ao facto de que as amostras destes estudos são constituídas por crianças ou adolescentes mais novos. Por outro lado, estudos anteriores suportam semelhanças entre as estratégias de coping mobilizadas pelos adolescentes e as dos adultos (Compas et al., 2001; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2011). A literatura relativa à dor crónica em adultos aponta que estratégias de procura de suporte social se encontram associadas a um maior nível de dor reportada, uma vez que as figuras de suporte podem facilitar a expressão da dor e sofrimento associado, ao empatizar com as queixas de dor dos pacientes (Kerns, Rosenberg & Otis, 2002; López-Martínez, Esteve & Ramírez-Maestre, 2008).

Relativamente a não terem sido identificadas associações significativas entre as crenças acerca da dor e os níveis de dor reportados na amostra clínica, estes resultados não são concordantes com os verificados na investigação pioneira conduzida por Thastum, Herlin e Zachariae (2005), que encontraram relações positivas entre intensidade da dor e crenças associadas a incapacidade, prejuízo físico e solicitude, bem como relações negativas referentes a crenças relativas ao controlo e cura médica. No que se refere à amostra comunitária, verificaram-se correlações positivas significativas entre os níveis de dor máxima e média reportada pelos adolescentes nas duas últimas semanas e crenças de que a dor pode conduzir a prejuízo físico. No único estudo com uma amostra comunitária que foi possível encontrar apenas se observou uma associação entre uma maior intensidade de dor reportada por crianças e adolescentes e o facto de manifestarem crenças de incapacidade de controlo da dor (Miró, Huguet & Jensen, 2014).

Conclusão

De modo geral, os dados deste estudo mostram-se concordantes com a literatura, sugerindo que as estratégias de coping com a dor e as crenças sobre a dor estarão associadas com os níveis de dor reportada pelos adolescentes.

Associações específicas contraditórias ou nunca antes verificadas evidenciam a necessidade de ser conduzida mais investigação na área.

Os resultados apresentados devem ser interpretados considerando as limitações deste estudo exploratório. As reduzidas dimensões das amostras poderão ter contribuído para não encontrar associações mais fortes ou sistemáticas, ou para algum viés em resultados específicos. Realça-se ainda que apenas foram feitos estudos preliminares dos questionários de coping e de crenças e que algumas das subescalas do Questionário de Atitudes na Dor mostram valores baixos de consistência interna.

Ao ser desenvolvida mais investigação na área e replicados resultados semelhantes poderão prever-se implicações a nível clínico, tais como a necessidade de desenvolvimento de intervenções que incidam na promoção de estratégias de coping mais eficazes na redução da dor reportada pelos adolescentes ou na modificação de crenças de dor que se mostrem menos adaptativas.

Referências

- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1995). Developing and evaluating cross-cultural instruments: From minimum requirements to optimal models. In S. A. Shumaker, & R. Berzon (Eds.), *The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis* (pp. 83-92). Oxford: Rapid Communications.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Eccleston, C., Bruce, E., & Carter, B. (2006). Chronic pain in children and adolescents. *Paediatric Nursing*, 18, 30-33.
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2012). Illness beliefs, treatment beliefs and information as starting points for patient information - evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Education and Counseling*, 86, 378-389.
- Holm, S., Ljungman, G., & Söderlund, A. (2012). Pain in children and adolescents in primary care; chronic and recurrent pain is common. *Acta Paediatrica*, 101, 1246-1252.
- IBM Corp. Released 2013. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & Lawler, B. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Kerns, R., Rosenberg, R., & Otis, J. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain.

- Annals of Behavioral Medicine, 24, 100-105.
- King, S., Chambers, C., Huguet, A., MacNevin, R., McGrath, P., Parker, L., & MacDonald, A. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152, 2729-2738.
- López-Martínez, A., Esteve, 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, 373-379.
- Mahrer, N., Montañó, Z., & Gold, J. (2012). Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 808-816.
- Malleson, P., Oen, K. Cabral, D., Petty, R., Rosenberg, A., & Cheang, M. (2004). Predictors of pain in children with established juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51, 222-227.
- Miró, J., Huguet, A., & Jensen, M. (2014). Pain beliefs predict pain intensity and pain status in children: usefulness of the Survey of Pain Attitudes. *Pain Medicine*, 15, 887-897.
- Perquin, C., Hazebroek-Kampschreur, A., Hunfeld, J., Bohnen, A., van Suijlekom-Smit, L., Passchier, J., & van der Wouden, J. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87, 51-58.
- Perquin, C., Hazebroek-Kampschreur, A., Hunfeld, J., Bohnen, A., van Suijlekom-Smit, L., Passchier, J., & van der Wouden, J. (2000). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *Clinical Journal Pain*, 16, 229-235.
- Reid, G., Lang, B., & McGrath, P. (1997). Primary juvenile fibromyalgia: Psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis & Rheumatism*, 40, 752-760.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115, 152-162.
- Schanberg, L., Anthony, K., Gil, K., & Maurin, E. (2003). Daily pain and symptoms in children with polyarticular arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 48, 1390-1397.
- Schanberg, L., Lefebvre, J., Keefe, F., Kredich, D., & Gil, K. (1997). Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain*, 73, 181-189.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2011). Perceived control, coping, and development. In S. Folkman (Ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 35-58). Oxford: Oxford University Press.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying

- ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21.
- 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 & Rheumatism*, 53, 178-84.
- Thastum, M., Zachariae, R., & Herlin, T. (2001). Pain experience and pain coping strategies in children with juvenile idiopathic arthritis. *Journal of Rheumatology*, 28, 1091-1098.
- Walker, L., Smith, C., Garber, J., & Claar, R. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with recurrent abdominal pain. *Health Psychology*, 24, 364-374.