

## Validação do *Chronic Pain Coping Inventory* – Versão Brasileira: Teste de Hipóteses para Validade de Construto

Layz Alves Ferreira Souza<sup>\*,1</sup>

Orcid.org/0000-0002-5563-7928

Lilian Varanda Pereira<sup>1</sup>

Orcid.org/0000-0003-4604-0238

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz<sup>2</sup>

Orcid.org/0000-0003-1373-409X

Bruna da Silva Ferreira Tatagiba<sup>1</sup>

Orcid.org/0000-0002-0773-6964

Natália de Carvalho Borges<sup>3</sup>

Orcid.org/0000-0002-1371-0066

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Goiás (UEG), Ceres, GO, Brasil

### Resumo

**Introdução:** A medida do enfrentamento da dor permite estabelecer relações com a funcionalidade do tratamento, assim como verificar sua efetividade e eficácia e avaliar mudanças no decorrer do tempo. Um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para a medida do enfrentamento da dor é o *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI). No entanto, estudos brasileiros que investiguem a validade do instrumento ainda são necessários. **Objetivo:** testar a validade de construto do *Chronic Pain Coping Inventory* – versão brasileira em adultos/idosos com dor crônica por meio de testes de hipótese. **Método:** estudo metodológico de validação de construto do CPCI-Versão Brasileira, com amostra de 705 pessoas adultas/idosas com dor crônica. As escalas do CPCI foram correlacionadas com o *Center for Epidemiologic Studies – Depression* (CES-D), *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ), *Brief Pain Inventory* (BPI) e *Abbreviated Quality of Life Assessment Instrument – WHOQOL-BREF* utilizando blocos de regressão múltipla hierárquica. **Resultados:** a maior contribuição dos escores do CPCI foi na explicação da disfuncionalidade física em pessoas com dor crônica (27%). As escalas que confirmaram completamente o modelo teórico foram as de persistência em tarefas, busca por suporte

\* Correspondência: Rua 227, Viela Q. 68, S/N - Setor Leste Universitário, 74605-080, Goiânia - GO, Brasil. layzenf@gmail.com.

Agradecimentos: O pesquisador principal desse estudo teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), com bolsa de número 2014.102.670.005.06 e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), com número do processo 552408/2011-5.

social, proteção e descanso. **Conclusão:** confirmamos a validade de construto do CPCI e a importância da avaliação do enfrentamento da dor, principalmente daquelas relacionadas ao modelo de predição de disfuncionalidade física, evitação e medo da dor. A confirmação da correlação entre as escalas do CPCI e as medidas de ajuste de funcionalidade física e psicológica ampara o manejo da dor crônica na perspectiva cognitivo-comportamental, abordagem reconhecidamente eficaz no tratamento não farmacológico da dor.

**Palavras-chave:** Psicometria, adaptação psicológica, medidas de dor.

## Validation of the Chronic Pain Coping Inventory – Brazilian Version: Hypotheses Testing for Construct Validity

### Abstract

**Introduction:** Measuring pain management allows us to establish relationships with the functionality of the treatment, as well as verify its effectiveness and efficiency and evaluate changes over time. One of the most globally used instruments for measuring pain coping is the Chronic Pain Coping Inventory (CPCI). However, Brazilian studies validating this instrument are still necessary. **Objective:** to test the construct validity of the Brazilian version of the Chronic Pain Coping Inventory in adults/elderly individuals with chronic pain through hypothesis testing. **Method:** methodological study of construct validation of the CPCI-Brazilian Version, with a sample of 705 adults/elderly individuals with chronic pain. The CPCI scales were correlated with the Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D), Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), Brief Pain Inventory (BPI), and the Abbreviated Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL-BREF using hierarchical multiple regression blocks. Results: the highest contribution of CPCI scores was in explaining physical dysfunction in individuals with chronic pain (27%). The scales that fully confirmed the theoretical model were task persistence, seeking social support, guarding, and resting. **Conclusion:** we confirmed the construct validity of the CPCI and the importance of assessing pain coping, especially those related to predicting physical dysfunction, avoidance, and fear of pain. The confirmation of correlation between CPCI scales and measures of physical and psychological functionality supports the management of chronic pain from a cognitive-behavioral perspective, recognized as effective in non-pharmacological pain treatment.

**Keywords:** Psychometrics, psychological adaptation, pain measurement.

## Validación del Chronic Pain Coping Inventory – Versión Brasileña: Probando Hipótesis para la Validez de Constructo

### Resumen

**Introducción:** Medir el afrontamiento del dolor permite establecer relaciones con la funcionalidad del tratamiento, así como verificar su eficacia y evaluar los cambios en el tiempo. Uno de los instrumentos más utilizados mundialmente para medir el afrontamiento del dolor es el Chronic Pain Coping Inventory (CPCI). Sin embargo, aún se necesitan estudios brasileños que investiguen la validez del instrumento. **Objetivo:** Probar la validez de constructo del Chronic Pain Coping Inventory – versión brasileña en adultos/ancianos con dolor crónico mediante pruebas de hipótesis. **Método:** Estudio metodológico de validación de constructo del CPCI-Versión Brasileña, con una muestra de 705 adultos/ancianos con dolor crónico. Las escalas del CPCI se correlacionaron con el Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D), el Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), el Brief Pain

Inventory (BPI) y el Abbreviated Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL-BREF utilizando bloques de regresión múltiple jerárquica. **Resultados:** La mayor contribución de las puntuaciones del CPCI fue explicando la disfuncionalidad física en personas con dolor crónico (27%). Las escalas que confirmaron completamente el modelo teórico fueron las de persistencia en tareas, búsqueda de apoyo social, protección y descanso. **Conclusión:** Confirmamos la validez de constructo del CPCI y la importancia de evaluar el afrontamiento del dolor, especialmente aquellos relacionados con el modelo de predicción de disfuncionalidad física, evitación y miedo al dolor. La confirmación de la correlación entre las escalas del CPCI y las medidas de ajuste de funcionalidad física y psicológica respalda el manejo del dolor crónico desde la perspectiva cognitivo-conductual, un enfoque reconocidamente eficaz en el tratamiento no farmacológico del dolor.

**Palabras-clave:** Psicometría, adaptación psicológica, medición del dolor.

Os conceitos e as medidas de enfrentamento da dor são heterogêneos, mas há o consenso entre os pesquisadores de que os indivíduos expressam adaptações diferentes frente às disfunções geradas pela experiência dolorosa (Jensen et al., 1991; Linton & Shaw, 2011). Diante disso, o enfrentamento da dor pode ser compreendido como a realização de “esforços intencionais para manejar o estresse” gerado pela experiência dolorosa (Jensen et al., 1991) e seu estudo pode explicar as diferenças na adaptação à experiência dolorosa e os seus impactos na funcionalidade física e psicológica (Jensen & Karoly, 1991; Turk et al., 2016).

A dor crônica leva o indivíduo a avaliar as consequências do evento doloroso e a escolher as estratégias de enfrentamento a serem utilizadas, que juntas determinam a adaptação à dor (Jensen & Karoly, 1991; Jensen et al., 1991; Lazarus & Folkman, 1984). Essa adaptação é multidimensional e se refere ao bem-estar psicológico e físico, resultado final da utilização de uma ou mais estratégias de enfrentamento (Jensen et al., 1991). As estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa com dor têm relação com a adaptação alcançada, sustentando um modelo teórico de enfrentamento da dor apoiado no modelo cognitivo-comportamental (Jensen et al., 1999).

Na dor crônica, a adaptação resultante do enfrentamento pode ser avaliada por meio de medidas de funcionalidade física e psicológica, como a intensidade de dor, incapacidade

funcional, depressão e qualidade de vida (QV), entre outros (Jensen & Karoly, 1991; Jensen et al., 1991; Jensen et al., 2008). O enfrentamento da dor, por sua vez, é frequentemente avaliado pelo *Chronic Pain Coping Inventory* ([CPCI], Jensen et al., 2008; Jensen et al., 1995), um dos instrumentos mais usados que mede estratégias de enfrentamento comportamentais e cognitivas diante da dor. É composto por 70 itens, distribuídos em seis escalas no domínio “enfrentamento focado no bem-estar” e em três no domínio “enfrentamento focado na doença”.

O CPCI foi adaptado e validado em doze países (Chang et al., 2011; Ektor-Andersen et al., 2002; Ferreira-Valente et al., 2011; Garcia-Campayo et al., 2007; Hadjistavropoulos et al., 1999; Jensen et al., 1995; Karsdorp & Vlaeyen, 2009; Ko et al., 2010; Misterska et al., 2014; Monticone et al., 2013; Souza et al., 2018; Truchon et al., 2006), com populações de adultos e idosos com dor crônica, em diversos sítios corporais (lombar, lombo pélvica) e diversos sintomas (dores generalizadas, fibromialgia), em atendimento ambulatorial ou de internação hospitalar. Nos estudos sobre a validade do CPCI foram usados testes de hipóteses e verificação de validade estrutural (Cheng et al., 2014; Ko et al., 2010; Misterska et al., 2014; Souza, Pereira, de Moura, et al., 2021; Wong et al., 2010); validade preditiva – de critério (Jensen et al., 2003; Misterska et al., 2014; Romano et al., 2003); validade de conteúdo (Jensen et al., 2003; Misterska et al., 2014) e a análise

de Rasch (Souza, Pereira, Díaz, et al., 2021). Os resultados desses trabalhos mostraram que se trata de um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, útil para a prática clínica e de pesquisa.

A análise fatorial confirmatória do CPCI - versão brasileira também confirmou a estrutura teórica do instrumento (Souza, Pereira, de Moura, et al., 2021), mas não há estudos que tenham verificado a validade do construto por meio do teste de hipóteses no Brasil. Esse teste confirma os benefícios do instrumento na prática clínica e de pesquisa (Pellino et al., 2002) e reforça a teoria de enfrentamento usada na sua concepção. Além disso, ao testar hipóteses teóricas relacionadas ao CPCI, é possível identificar as variáveis passíveis de manejo clínico, como depressão e ansiedade, além de apontar possibilidades de intervenções não farmacológicas como o ensino de estratégias de enfrentamento adaptativas (Ismail et al., 2017; Jensen et al., 1991; Jensen et al., 1995; Wang et al., 2021).

No campo da pesquisa, o estudo das relações entre o enfrentamento e funcionalidade física/psicológica fornece evidências que permitem confirmar ou não a teoria do enfrentamento da dor, bem como a formulação de novas hipóteses a serem investigadas. Isso posto, este estudo teve como objetivo testar a validade de construto do *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI)- versão brasileira em adultos com dor crônica por meio de testes de hipótese.

## Método

Este é um estudo metodológico de validação de construto utilizando o teste de hipóteses, conforme recomendações do *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* ([COSMIN], Mokkink et al., 2019). Trata-se da segunda parte do estudo de validação do CPCI-versão brasileira, com participação de 705 pessoas, cuja amostra e procedimentos de pesquisa já se encontram descritos na literatura (Souza, Pereira, de Moura, et al., 2021).

As hipóteses testadas foram:

1. As escalas do domínio “enfrentamento focado no bem-estar” (Busca por Suporte Social; Autoafirmações de Enfrentamento; Regulação do Ritmo; Persistência em Tarefas; Exercícios e Alongamento; e Relaxamento) se correlacionam de forma positiva e moderada com QV; e de forma negativa e moderada-forte, com depressão, intensidade de dor, interferência da dor e incapacidade;
2. As estratégias do domínio “enfrentamento focado na doença” (Proteção; Descanso; e Pedido por Ajuda) se correlacionam negativamente com QV e positivamente com depressão, intensidade de dor, interferência da dor e incapacidade.

## Instrumento

O principal instrumento utilizado foi o *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), que possui 70 itens e busca identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas na dor crônica. Embora proposto para pessoas na faixa etária de 20 a 80 anos (Jensen et al., 2008; Jensen et al., 1995), também foi validado para o grupo de idosos acima de 80 anos (Ersek et al., 2006). Os 70 itens do instrumento estão dispostos em 9 subescalas que compõem dois domínios: o domínio do enfrentamento focado na doença e o domínio do enfrentamento focado no bem-estar. Os itens devem ser respondidos com base na quantidade de vezes que a pessoa utilizou determinada estratégia de enfrentamento na última semana (as respostas variam em uma escala de 0 a 7).

Os demais instrumentos utilizados neste estudo foram selecionados conforme orientação do “CPCI – *Chronic Pain Coping Inventory: Professional Manual*” (Jensen et al., 2008) e descritos a seguir:

O *Brief Pain Inventory* (BPI) é um instrumento que consiste na avaliação da experiência dolorosa em duas dimensões, a intensidade da dor e a interferência da dor na vida diária. Cada dimensão é avaliada por meio de uma escala de 0 a 10. O BPI foi adaptado transculturalmente para

o Brasil e mostrou-se válido. O  $\alpha$  de Cronbach = 0,91 para a dimensão de intensidade de dor; e o de 0,87 para a de interferência na vida diária indicam boa confiabilidade e a análise fatorial confirmou as dimensões testadas na versão original (Ferreira et al., 2011).

O *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (CES-D) compreende 20 itens que avaliam a ocorrência de sentimentos e comportamentos depressivos na última semana por meio de uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que 0 significa nunca ou raramente; 1 corresponde a durante pouco tempo; 2, durante moderada parte do tempo; e 3, durante a maior parte do tempo. A pontuação na escala Likert é atribuída a cada um dos 20 itens, sendo o escore total obtido pelo somatório das pontuações de cada item, com variação de 0 a 60. Na população geral estadunidense, assim como na brasileira, têm sido utilizados escores iguais ou maiores que 16 pontos para definir o rastreamento positivo para sintomas depressivos, ponto de corte adotado no presente estudo (Batistoni et al., 2010; Carleton et al., 2013; Silveira & Jorge, 2000). Esse instrumento tem se mostrado confiável e válido para utilização entre brasileiros (Batistoni et al., 2010; Silveira & Jorge, 2000).

O *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) é composto por 24 itens e objetiva detectar o nível de desempenho funcional do indivíduo diante da dor crônica (Jensen et al., 1992; Roland & Morris, 1983). O respondente é instruído a selecionar aqueles itens que indicam alguma dificuldade vivenciada nas últimas 24 horas na realização de atividades habituais. Cada item selecionado corresponde a 1 ponto e o não selecionado corresponde a 0. O escore é computado pela soma das pontuações, podendo variar de 0 – sem impacto no desempenho funcional, a 24 – máximo impacto no desempenho funcional (Roland & Morris, 1983; Smeets et al., 2011). O RMDQ foi adaptado transculturalmente para uso no Brasil e validado para aplicação em pacientes com lombalgia (Nusbaum et al., 2001) e para dor geral (Sardá et al., 2010).

A *World Health Organization Quality of Life Brief Version* (WHOQOL-BREF) é composta por 26 itens, sendo duas questões gerais sobre QV global e saúde e as demais abrangendo os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio-ambiente (Fleck et al., 2006; Moreno et al., 2006; World Health Organization [WHO], 1998). Cada item é respondido por meio de uma escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que a maior pontuação indica melhor QV. O instrumento já foi validado no Brasil para uso em diversas populações, inclusive em pessoas com dor crônica (Henrique-Fernandes et al., 2012; Stefane et al., 2013).

### Considerações Éticas

Obtivemos da empresa que detém os direitos autorais sobre o CPCI, a *Psychological Assessment Resources* (PAR), a autorização para adaptação transcultural e validação do instrumento para o português brasileiro.

Além disso, orientamos todos os participantes quanto aos objetivos, métodos da pesquisa, riscos, benefícios e confidencialidade dos dados. Também os informamos que a participação no estudo seria voluntária e sem qualquer ônus ou remuneração. Após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o parecer no 1.339.810.

### Análise Estatística

Analisamos o grau em que os escores do CPCI são consistentes com a teoria proposta por Jensen et al. (1991), o que permitiu inferir que os escores de fato podem ser interpretados em termos de enfrentamento da dor crônica. Inicialmente analisamos a correlação de Pearson entre as subescalas do CPCI e os domínios do BPI, seguida da correlação de Spearman entre o CPCI e o escore total do CES-D, o escore total de desempenho funcional do RMDQ e os domínios do WHOQOL-BREF.

Ademais, analisamos a contribuição do CPCI para os desfechos de funcionalidade física e mental por meio de blocos de regressão múltipla hierárquica. No modelo, informações sobre sexo, idade, escolaridade, intensidade e tempo de dor foram inseridas como variáveis de confusão, conforme recomendações da literatura (Ersek et al., 2006; M. Jensen et al., 2008; Nielson et al., 2001; Truchon & Côté, 2005). Consideramos os seguintes pressupostos para construir o modelo: ausência de multicolineariedade, um mínimo de 20 pessoas por variável independente, ausência de outliers, distribuição e independência dos resíduos e a presença de homocedasticidade (Abbad & Torres, 2002). Valores fora da faixa de  $\pm 3,0$  foram considerados outliers. Para avaliação da independência dos resíduos utilizamos a estatística de Durbin-Watson e admitimos como adequados os valores entre 1,5 e 2,5. Ausência de multicolineariedade foi considerada quando obtido valor da estatística *Tolerance*  $>0,10$  e *VIF*  $<10$  (Hoffmann, 2016).

Um modelo com três blocos foi usado para eventuais ajustes na análise com os escores do BPI, CES-D, RMDQ e WHOQOL-BREF. No primeiro bloco, incluímos as variáveis sexo, idade e tempo de escolaridade; no segundo, tempo e intensidade de dor; e no terceiro bloco, os domínios do CPCI. O tamanho do efeito dos resultados da regressão múltipla hierárquica foi avaliado por meio do  $f^2$  de Cohen, no qual valores  $\geq 0,02$  indicaram pequena magnitude,  $\geq 0,15$  média magnitude e  $\geq 0,35$  alta magnitude (Cohen, 1988).

Para a realização das análises foi feita através do IBM® SPSS Statistics® versão 20.0. Menos de 1% dos dados foram *missings* e por isso utilizamos uma média do item para imputar valores aos *missings*. Os dados descritivos foram analisados por meio de frequências, desvio padrão, médias e medianas. Para todos os testes considerou-se  $p < 0,05$ .

## Resultados

Dos 705 participantes do estudo, 68.4% ( $n = 482$ ) eram do sexo feminino, a média de idade foi 53.81 ( $\pm 14.26$ ), a escolaridade média foi de 7.66 ( $\pm 4.52$ ), variando de 0 a 25 anos. A queixa de dor mais prevalente foi em membros inferiores (77.2%;  $n = 544$ ) seguido de membros superiores (56.5%;  $n = 398$ ; e região lombar (54.8%;  $n=386$ ; Souza, Pereira, de Moura, et al., 2021).

A estatística descritiva das escalas do CPCI e das demais variáveis estudadas pode ser observada na Tabela 1, no Apêndice A.

Na análise das hipóteses teóricas, realizamos inicialmente a correlação entre os escores de enfrentamento (CPCI) e de depressão (CES-D), intensidade e interferência de dor nas atividades cotidianas (BPI), desempenho funcional (RMDQ) e qualidade de vida (WHOQOL). Em seguida, procedemos com a regressão múltipla hierárquica mediante inserção das variáveis em blocos, controlada pelas variáveis sexo, idade, anos de estudo, tempo e intensidade de dor. Observamos que as subescalas do CPCI explicaram sozinhas 9% da variação da intensidade de dor, 13% da interferência da dor, 27% da disfuncionalidade física, 8% dos sintomas depressivos, 12% da qualidade de vida em geral, 21% da qualidade de vida no domínio físico, 10% no psicológico, 11% nas relações sociais e 6% no meio ambiente (Tabelas 2 e 3, localizadas nos Apêndices B e C, respectivamente).

## Discussão

Os resultados mostraram adequação parcial dos dados do CPCI-Versão brasileira ao modelo teórico defendido por Jensen et al. (1991). Embora o esperado, segundo a teoria, fosse encontrar somente correlações positivas entre as escalas do domínio “enfrentamento focado no bem-estar” (CPCI) e qualidade de vida (WHOQOL-BREF; Jensen et al., 2008), a escala de relaxamento apresentou correlação

significativa e negativa com o domínio de relações sociais da QV ( $\beta = -0,10$ ;  $p < 0,05$ ;  $f^2$  de Cohen do modelo = 0.17 - efeito médio; Tabela 3), em análise multivariada.

De fato, a maior parte dos estudos disponíveis mostra que a escala de relaxamento se comporta com baixa correlação e sem significância com os construtos de funcionalidade física e mental (Romano et al., 2003; Tan et al., 2005; Tan et al., 2006; Wong et al., 2010). Em amostra de 142 coreanos, a escala de relaxamento esteve correlacionada negativamente com qualidade de vida ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ) e positivamente com intensidade de dor ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,01$ ; Ko et al., 2010). Tais achados corroboram os do presente estudo, que divergiram das hipóteses previstas para o CPCI.

Na teoria que subsidia o CPCI, as Estratégias de Enfrentamento (EE) de relaxamento compõem o domínio daquelas que estão focadas no bem-estar. Apesar de os autores reconhecerem que essa escala não parece fortemente associada a desfechos positivos de funcionalidade física e mental, assinalaram sua importância com base nos benefícios relatados por diversas pessoas em termos de estresse, sono, sensação de bem-estar e percepção de controle sobre a dor quando aplicadas as estratégias de enfrentamento de relaxamento, o que justifica sua relevância na composição do construto (Jensen et al., 1991; Jensen et al., 2008).

No presente estudo, a escala de persistência em tarefas mostrou-se plenamente em concordância com os pressupostos teóricos do instrumento, além de ser a estratégia de enfrentamento mais utilizada na amostra. Na análise multivariada, a escala de persistência em tarefas permaneceu correlacionada negativamente com interferência da dor nas atividades, incapacidade física, sintomas depressivos e positivamente com QV – geral e WHOQOL-domínio físico, WHOQOL – domínio psicológico e WHOQOL – domínio das relações sociais, corroborando os pressupostos teóricos do instrumento (Jensen et al., 1991; Jensen et al., 2008).

A maior parte dos estudos observaram correlação da persistência em tarefas com desfechos de menor intensidade de dor, melhor qualidade de vida, menos disfuncionalidade física e menos depressão, encontrando resultados semelhantes aos deste estudo (Ferreira-Valente et al., 2011; Garcia-Campayo et al., 2007; Ko et al., 2010; Raichle et al., 2007; Romano et al., 2003; Tan et al., 2001). Embora os resultados desses estudos são favoráveis à concepção teórica de que a persistência em tarefas apesar da dor produz efeitos positivos (Jensen & Karoly, 1991; Jensen et al., 1991; Jensen et al., 2008), o delineamento transversal desses estudos não permite assegurar relações de causa e efeito.

Na análise multivariada, a escala de exercícios e alongamento emergiu associada à interferência de dor nas atividades pelo BPI (Tabela 2) e ao domínio psicológico do WHOQOL (Tabela 3). Esses resultados concordam com os pressupostos teóricos, posto que essa forma de enfrentamento é capaz de prever positivamente QV e negativamente desfechos como a depressão, disfuncionalidade física e interferência da dor nas atividades. Observa-se ainda que, apesar de as correlações terem sido fracas, a magnitude dos modelos estudados apontou efeito moderado-forte, o que endossa a relevância dos exercícios e do alongamento para um enfrentamento da dor focado no bem-estar.

Contudo, a análise de outros estudos evidenciou resultados divergentes. Na versão italiana a escala de exercícios e alongamento foi associada negativamente à intensidade de dor (Monticone et al., 2013), assim como na versão francesa (Truchon & Côté, 2005). Já na Espanha, em estudo realizado com 402 participantes, houve correlação negativa com a escala de depressão do instrumento HADS ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,001$ ) e positiva com qualidade de vida, medida pelo 5-D EuroQoL ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ; Garcia-Campayo et al., 2007).

Apesar desses resultados, um estudo do próprio autor do CPCI (Jensen et al., 2007) avaliou

a manutenção de ganhos terapêuticos em 141 pessoas sob tratamento multidisciplinar para dor crônica e mostrou que o uso continuado de estratégias de enfrentamento focadas em exercícios e alongamento não esteve relacionado a ganhos significativos no tratamento ao longo de um ano de seguimento, apesar de não ter ocorrido perdas. Assim, essa escala não tem apresentado associação com desfechos de importância e, no geral, suas correlações são fracas, como observado na presente pesquisa. Todavia, na interpretação desses resultados deve-se considerar que a escala de exercícios e alongamento endossa o uso de diferentes tipos de estratégias (alongamento em diferentes regiões corporais e atividades aeróbicas). O uso de apenas uma estratégia, mesmo que diária, resultaria em uma pontuação baixa na escala de exercícios e alongamento do CPCI, o que impacta nos resultados das correlações com as variáveis de desfecho.

A escala de regulação do ritmo apresentou algumas inconsistências com a teoria que subsidia o CPCI, por ser esperado que se comportasse positivamente com os desfechos de melhora de funcionalidade física e mental, uma vez que compõe o domínio de enfrentamento focado no bem-estar (Jensen et al., 2008). No entanto, houve correlação positiva com disfuncionalidade física e relação negativa com QV no domínio físico. Uma consideração que deve ser pontuada ao se discutir essa escala é que poucos estudos a utilizaram, já que foi incluída no CPCI apenas em 2001 (Nielson et al., 2001).

Tal escala foi avaliada em estudo quase experimental (sem grupo-controle), em que foram ensinadas estratégias de regulação do ritmo das atividades para 35 pessoas com fibromialgia durante encontros conduzidos com base na Teoria Cognitivo-Comportamental. Após seis semanas de continuidade, no que se refere à funcionalidade dos participantes, não se observou qualquer alteração significativa nos níveis de incapacidade funcional, dor, fadiga física e mental (Thompson et al., 2018), corroborando outro estudo (Andrews et al., 2012).

As divergências nos estudos sobre a escala de regulação do ritmo com a teoria têm suscitado questionamentos sobre o real benefício do uso e da recomendação do uso da regulação do ritmo de atividades nos programas de tratamento de dor crônica. Autores ponderam também se a prática clínica não estaria reproduzindo ações sem evidências suficientes de seus benefícios (Karsdorp & Vlaeyen, 2009).

Em resposta a esses questionamentos, o autor do CPCI argumentou que é necessário cautela para afirmar que uma estratégia de enfrentamento é ou pode ser ineficaz, principalmente quando considerados dados de estudos transversais que impossibilitam o estabelecimento de uma relação causal. Ademais, se os dados não corresponderam ao preconizado pela teoria, deveriam buscar respostas para isso antes de afirmarem que as estratégias não são válidas (Jensen, 2009). Além disso, é necessária uma reflexão sobre a forma como a regulação do ritmo das atividades está sendo concebida por pesquisadores e pessoas com dor, ou seja, se é percebida como uma reação natural ao sintoma doloroso ou como estratégia previamente planejada diante da dor (Murphy & Clauw, 2010). Esse seria um problema do construto em si e não de sua medida.

Quando avaliada a escala de busca por suporte social observou-se, em análise multivariada, validade de construto satisfatória pela associação negativa com disfuncionalidade física e sintomas depressivos. Essa escala esteve associada positivamente a todos os domínios do WHOQOL-domínio geral; domínio físico; domínio psicológico; domínio das relações sociais e domínio do ambiente. No presente estudo, a busca por suporte social mostrou-se condizente com o proposto pela teoria do CPCI. No entanto, a literatura é divergente quanto à capacidade dessa EE predizer funcionalidade ou disfuncionalidade física e mental (Chang et al., 2011; Ferreira-Valente et al., 2011; Tan et al., 2006; Wong et al., 2010). Outros estudos já não encontraram qualquer relação significativa entre a

escala de busca por suporte social e funcionalidade física e mental (Ersek et al., 2006; Garcia-Campayo et al., 2007; Nielson et al., 2001; Romano et al., 2003; Turner et al., 2000).

O autor do CPCI ressalta que essa escala não é encorajada ou desestimulada nos programas de tratamento interdisciplinar para dor (Jensen et al., 2008). Assim, a incongruência entre os achados na literatura e os pressupostos teóricos do CPCI pode ser explicada pela possibilidade de a busca do suporte social não agregar relevância ao construto no universo do enfrentamento da dor.

Na Espanha, pesquisadores têm ratificado o papel do suporte social como preditor de funcionalidade física e mental, embora argumentem que tal suporte é uma variável independente do enfrentamento no modelo de predição de funcionalidade (López-Martínez et al., 2008).

Por fim, uma última reflexão sobre a escala de busca por suporte social diz respeito à possibilidade de os resultados divergentes decorrerem de uma inconsistência no entendimento e na vivência do “buscar e receber” suporte social (López-Martínez et al., 2008). A busca somente será uma estratégia de enfrentamento adaptativa se permite maior participação da pessoa com dor em atividades cotidianas, se encorajá-la a usar outras estratégias adaptativas ou se a pessoa que oferecer o suporte social não realizar atividades que o próprio indivíduo com dor seria capaz de fazer, ou ainda, se este suporte não incentivar o descanso e a inatividade (Jensen et al., 2008).

A próxima escala analisada, a de autoafirmações de enfrentamento, é composta pelo uso de pensamentos adaptativos diante da experiência dolorosa, sendo, portanto, pertencente ao domínio do enfrentamento focado no bem-estar. Nesse sentido, os resultados do presente estudo corroboraram parcialmente os pressupostos teóricos, dado que na análise multivariada essa escala obteve associação significativa apenas à qualidade de vida nos domínios psicológico e de relações sociais.

No geral, a literatura assinala que a escala de autoafirmações de enfrentamento caminha

na direção das hipóteses da teoria em questão. Como evidência disso, já foram observadas correlações negativas significativas com depressão, variando de -0,13 a -0,53 (Ersek et al., 2006; Garcia-Campayo et al., 2007; Monticone et al., 2013; Romano et al., 2003; Tan et al., 2005; Tan et al., 2006; Turner et al., 2000), e intensidade dolorosa ( $r = -0,17$ ;  $p < 0,01$ ; Monticone et al., 2013). Também já foi observada correlação positiva com qualidade de vida – avaliada pelo 5-D EuroQoL ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,001$ ; Garcia-Campayo et al., 2007).

Apesar do presente estudo não ter encontrado relação significativa da escala autoafirmações de enfrentamento com depressão, não se deve descartar tal relação na população brasileira, pois esse é o primeiro estudo sobre a temática, e a literatura mundial já descreveu dados consolidados sobre o tema. Os autores do CPCI ressaltam que a importância dessa escala reside justamente no fato da prática da estratégia de autoafirmações de enfrentamento ser incompatível com pensamentos negativos e mal-adaptativos (Jensen et al., 2008). Isso inclusive pode explicar o encontro de associação positiva com domínios do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF neste estudo.

Em relação às escalas pertencentes ao domínio das EE focadas na doença, observou-se, no geral, concordância com as hipóteses da teoria do CPCI. As escalas desse domínio já mostraram melhores propriedades psicométricas quando comparadas às do domínio de EE focadas no bem-estar, sendo inclusive indicadas por autores como o domínio de predileção para utilização no contexto clínico (Truchon & Côté, 2005; Truchon et al., 2006). No presente estudo, a escala de proteção confirmou todas as hipóteses teóricas do instrumento, pois, em análise multivariada, associou-se positivamente com intensidade de dor, interferência da dor, disfuncionalidade física e depressão. Entretanto, no que se refere aos domínios de qualidade de vida medidos pelo WHOQOL, as associações foram negativas e significativas para o escore geral,

no domínio físico, no psicológico e do meio ambiente. Concordando com os achados do presente estudo, diversas outras investigações confirmaram estas correlações (Chang et al., 2011; Ferreira-Valente et al., 2011; Garcia-Campayo et al., 2007; Ko et al., 2010; Kratz et al., 2011; Misterna et al., 2014; Truchon & Côté, 2005).

Fortes associações entre a escala de proteção e disfuncionalidade física já eram esperadas e podem ser explicadas pelo modelo de evitação e medo da dor (Vlaeyen et al., 2016). Isso porque normalmente o comportamento de proteção gera incapacidade e disfuncionalidade que, por meio de uma dinâmica cíclica, ocasionam mais comportamentos de proteção. Esse processo cíclico contribui também para o desenvolvimento de sintomas depressivos e angústia (Jensen et al., 2008).

Quanto à escala de pedido por ajuda, observou-se associação positiva em regressão múltipla com interferência de dor, disfuncionalidade física e depressão. Associações negativas foram estabelecidas com qualidade de vida no geral e no WHOQOL-domínio físico, concordando parcialmente com as hipóteses inicialmente levantadas para a validação do construto. Os achados deste estudo corroboram um estudo italiano quanto à relação positiva entre a prática de pedir ajuda e a escala de disfuncionalidade física de Roland Morris (Monticone et al., 2013).

Resultados semelhantes foram assinalados em idosos americanos (Ersek et al., 2006), em adultos sob tratamento multidisciplinar em hospital estadunidense (Tan et al., 2006), e em uma amostra de chineses ( $r=0,27$ ;  $p<0,01$ ; Wong et al., 2010). Além da disfuncionalidade física, alguns estudos também já mostraram correlação positiva com intensidade de dor ( $r=0,31$ ;  $p<0,001$ ; Romano et al., 2003) e negativa com qualidade de vida no geral ( $r=-0,21$ ;  $p<0,001$ ; Garcia-Campayo et al., 2007), em seus domínios físico ( $r=-0,38$ ;  $p<0,01$ ) e mental ( $r=-0,21$ ;  $p<0,05$ ; Ko et al., 2010).

A prática de enfrentar a dor solicitando ajuda ou assistência de outras pessoas deve ser

analisada com cautela. O motivo é que apesar de essa estratégia de enfrentamento poder gerar impactos na funcionalidade física e mental devido à atitude passiva, dificultando o processo de reabilitação diante da dor crônica (Jensen et al., 2008), ela pode em determinados momentos ser uma estratégia adaptativa. Por exemplo, diante de episódios de exacerbação do quadro doloroso. Portanto, a avaliação individual da pessoa com dor deve considerar o tipo de dor vivenciada, os comportamentos adotados (se prioritariamente passivos ou ativos), para, então, analisar o caráter adaptativo ou não da EE pedido por ajuda. Assim, os achados do presente estudo contribuem para a utilização da escala de pedido por ajuda na avaliação do enfrentamento da dor crônica.

Na análise da escala de descanso, os resultados encontrados corroboraram parcialmente o esperado segundo as hipóteses originais do autor do instrumento (Jensen et al., 1991). Observou-se uma associação fraca e positiva entre descanso e interferência da dor e negativa com os escores de qualidade de vida no geral. Apesar da presente pesquisa ter apresentado associações muito fracas entre descanso e as variáveis de predição de disfuncionalidade física e mental, alguns estudos têm confirmado as hipóteses do CPCI com melhores valores de correlação e associação. A exemplo disso, na Itália, a subescala de descanso apresentou valor de correlação de 0,27 com disfuncionalidade física ( $p<0,01$ ; Monticone et al., 2013). Já quando essa relação foi investigada entre 563 adultos estadunidenses, houve associação positiva entre descanso e depressão ( $\beta=0,13$ ;  $p<0,01$ ), interferência de dor ( $\beta=0,13$ ;  $p<0,01$ ) e intensidade dolorosa ( $\beta=0,14$ ;  $p<0,01$ ; Tan et al., 2006). Correlações significativas e positivas com depressão, intensidade, interferência de dor e disfuncionalidade física também foram evidenciadas em outros estudos de validação, bem como correlação negativa entre descanso e qualidade de vida (Chang et al., 2011; Ferreira-Valente et al., 2011; Garcia-Campayo et al., 2007; Jensen et al., 2003; Misterna et al., 2014;

Truchon & Côté, 2005). A escala de descanso do CPCI mede estratégias de enfrentamento contingenciais para dor, por exemplo, sentar-se ou deitar-se em decorrência dela, não abrangendo o descanso derivado de alguma atividade física, como deitar-se após algum exercício extenuante.

Nesse sentido, ressalta-se que a escala de descanso do CPCI avalia estratégias de enfrentamento não adaptativas e que potencialmente podem gerar depressão, desamparo e sensação de perda do controle sobre a própria vida (Jensen et al., 2008). A importância dessa subescala para avaliação do enfrentamento ancora-se também no modelo de evitação e medo da dor, em que o descanso como forma de evitá-la pode levar, inclusive, à depleção muscular derivada do desuso (Jensen et al., 2008; Vlaeyen et al., 2016). Além disso, pesquisadores sugerem que o descanso pode ser uma importante EE mediadora dos níveis de atividade, pois as pessoas que descansam com mais frequência têm níveis mais altos de dor relacionada à atividade, enquanto aquelas que descansam menos apresentam relação negativa entre atividade e dor (Murphy et al., 2012).

As variâncias das variáveis de disfuncionalidade física, mental e de qualidade de vida explicadas pelo CPCI em modelo de regressão no presente estudo vão ao encontro de estudos já descritos na literatura. Nesses, o CPCI mostrou contribuir de 12% a 26% para explicação da disfuncionalidade física – RMDQ, de 8% a 19% dos sintomas depressivos, de 11,4% a 18% da interferência de dor – BPI e de 4% a 22% na intensidade de dor – BPI e Escala numérica de dor (Ersek et al., 2006; Tan et al., 2005; Truchon & Côté, 2005; Wong et al., 2010).

### ***Implicações para Educação, Prática e Pesquisa em Enfermagem***

O uso do CPCI no contexto clínico permite aos profissionais de saúde avaliar as estratégias de enfrentamento já usadas pelo paciente e propor intervenções para aquelas identificadas como inadaptativas. Além disso, o uso do

instrumento permitirá avaliar a eficácia das terapêuticas instituídas, em contexto clínico e de pesquisa, principalmente daquelas baseadas na Teoria Cognitivo-Comportamental, como o treinamento de habilidades de enfrentamento (Adams et al., 2006; Broderick et al., 2014; Riddle et al., 2011; Schrubbe et al., 2016). Ademais, o estudo apontou possíveis lacunas na teoria do instrumento que podem interferir na medida do construto, fato que destaca a necessidade de pesquisas que aprofundem nas questões conceituais de cada estratégia de enfrentamento, bem como as relações com seus mediadores e os desfechos de bem-estar e doença.

### **Conclusões**

Em síntese, na análise multivariada, o CPCI contribuiu em 9% para explicar as variações na intensidade de dor-BPI, em 13% na variável de interferência de dor – BPI, em 27% na disfuncionalidade física – RMDQ, 8% na depressão – CES-D, 12% na qualidade de vida em geral – WHOQOL (Q1 e Q2), sendo 21% no domínio físico da qualidade de vida – WHOQOL, 10% no domínio psicológico – WHOQOL, 11% no domínio das relações sociais – WHOQOL e 6% no domínio do ambiente-WHOQOL.

Confirmaram-se parcialmente as hipóteses teóricas que embasaram a elaboração do CPCI, sendo que o instrumento se mostrou isoladamente um importante preditor para disfuncionalidade física, explicando em até 27% o construto. As escalas que confirmaram o modelo teórico foram as de persistência em tarefas, busca por suporte social, proteção e descanso. As duas primeiras foram correlacionadas negativamente com disfuncionalidade física/mental e positivamente com qualidade de vida. As duas últimas relacionaram-se positivamente com depressão e disfuncionalidade física e negativamente com qualidade de vida.

A escala de exercícios/alongamento apresentou pouca participação na melhora da qualidade de vida e interferência da dor, assim como

a de autoafirmações de enfrentamento. Por fim, as escalas de regulação do ritmo e relaxamento merecem mais atenção, visto que se mostraram inadaptativas, enquanto os pressupostos teóricos as apontavam como adaptativas. O desconhecimento de práticas de relaxamento como EE para dor crônica e um equívoco do construto de regulação do ritmo com incapacidade podem ter contribuído para tais achados.

Destaca-se que os dados confirmaram a importância das EE medidas pelo CPCI, sobretudo no modelo de predição de disfuncionalidade física e conseqüentemente na evitação e medo da dor. Pesquisas futuras precisam ser desenvolvidas, especialmente do tipo experimental, para consolidar as relações entre essas variáveis, visto que o presente estudo não permite inferências de causas e efeitos.

### Contribuição dos autores

*Lilian Varanda Pereira, Layz Alves Ferreira Souza e Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz* realizaram a concepção do artigo.

*Layz Alves Ferreira Souza* foi responsável pela escrita do manuscrito.

*Bruna da Silva Ferreira Tatagiba* contribuiu significativamente na revisão e coleta de dados.

*Natália de Carvalho Borges* trabalhou na revisão do texto.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

### Referências

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: Aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300004>
- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 290–300. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01304.x>
- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2012). Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(11), 2109–2121.e7. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.029>
- Batistoni, S. S. T., Néri, A. L., & Cupertino, A. P. (2010). Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF*, 15(1), 13–22. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100003>
- Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., Reed, S., & Gould, E. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, 155(9), 1743–1754. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.024>
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Teale, M. J. N., Welch, P. G., Abrams, M. P., Robinson, T., & Asmundson, G. J. G. (2013). The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A review with a theoretical and empirical examination of item content and factor structure. *PLoS ONE*, 8(3), e58067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058067>
- Chang, H. Y., Yang, Y. L., Jensen, M. P., Lee, C. N., & Lai, Y. H. (2011). The experience of and coping with lumbopelvic pain among pregnant women in Taiwan. *Pain Medicine*, 12(6), 846–853. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01151.x>
- Cheng, S., Cheung, C., Ng, V., Lim, H., Leung, K., Chan, A., & Hui, G. (2014). Factor structure, psychometric properties, and correlates of revised Chinese version of Chronic Pain Coping Inventory among chronic pain patients in Hong Kong. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care*, 10(1). 10.5580/IJPSP.22410
- Cohen J. E. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates Inc.

- Ektor-Andersen, J., Ørbæk, P., & Isacsson, S. O. (2002). Behaviour-focused pain coping: Consistency and convergence to work capability of the Swedish version of the chronic pain coping inventory. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/165019702317242686>
- Ersek, M., Turner, J. A., & Kemp, C. A. (2006). Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 7(11), 833–842. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.04.002>
- Ferreira-Valente, M. A., Pais 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, K. A., Teixeira, M. J., Mendonza, T. R., & Cleeland, C. S. (2011). Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0844-7>
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40, 785–791. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
- Garcia-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., & Gonzalez Ramirez, M. T. (2007). Coping with fibromialgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132(Suppl. 1), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.02.013>
- Hadjistavropoulos, H. D., MacLeod, F. K., & Asmundson, G. J. G. (1999, May). Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*, 80(3), 471–481. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00224-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00224-3)
- Henrique-Fernandes, M., Meira-Mascarenhas, C. H., & Ornellas-Prado, F. (2012). Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. *Revista Salud Pública*, 14(4), 668–680.
- Hoffmann, R. (2016). *Análise de regressão: Uma introdução à econometria*. ESALQ.
- Ismail, A., Moore, C., Alshishani, N., Yaseen, K., & Alshehri, M. A. (2017). Cognitive behavioural therapy and pain coping skills training for osteoarthritis knee pain management: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(12), 2228–2235. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.2228>
- Jensen, M. P. (2009). Research on coping with chronic pain: The importance of active avoidance of inappropriate conclusions. *Pain*, 147(1–3), 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.07.036>
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 431–438. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.3.431>
- Jensen, M. P., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Romano, J. M., & Turner, J. A. (2003). One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104(3), 453–469. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00076-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00076-9)
- Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B., & Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81(1), 95–104. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00005-6)
- Jensen, M. P., Strom, S. E., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1992). Validity of the Sickness Impact Profile Roland scale as a measure of dysfunction in chronic pain patients. *Pain*, 50(2), 157–162. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90156-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90156-6)
- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131(1–2), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.007>
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249–283. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-K](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-K)
- Jensen, M. P., Turner, J., Romano, J., & Nielson, W. (2008). *Chronic Pain Coping Inventory: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources Inc.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. J. A., Romano, J. M. J. M., & Strom, S. S. E. (1995). The chronic pain coping inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203–216. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00118-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00118-X)
- Karsdorp, P. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2009). Active avoidance but not activity pacing is associated

- with disability in fibromyalgia. *Pain*, 147(1), 29–35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.07.019>
- Ko, Y.-M., Park, W.-B., & Lim, J.-Y. (2010). Cross-cultural adaptation and clinimetric property of Korean version of the Chronic Pain Coping Inventory-42 in patients with chronic low back pain. *Spine*, 35(6), 666–671. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181ba7a78>
- Kratz, A. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., & Nielson, W. R. (2011). Further evaluation of the motivational model of pain self-management: Coping with chronic pain in multiple sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 391–400. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9249-6>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- 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>
- Misterska, E., Jankowski, R., & Glowacki, M. (2014). Psychometric properties of the Polish language version of the chronic pain coping inventory-42 for patients treated surgically due to herniated lumbar discs and spondylotic changes. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 20, 789–801. <https://doi.org/10.12659/MSM.889728>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., Vet, H. C. de, & Terwee, C. B. (2019). *COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments*. Department of Epidemiology and Biostatistics Amsterdam Public Health research institute Amsterdam University Medical Centers, 1–32. [https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist\\_final.pdf](https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf)
- Monticone, M., Ferrante, S., Giorgi, I., Galandra, C., Rocca, B., & Foti, C. (2013). Development of the Italian version of the 42-item Chronic Pain Coping Inventory, CPC-I: Cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability and validity. *Quality of Life Research*, 22(6), 1459–1465. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0271-y>
- Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S., & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2585–2597. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200009>
- Murphy, S. L., & Clauw, D. J. (2010). Activity pacing: What are we measuring and how does that relate to intervention? *Pain*, 149(3), 582–583. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.03.031>
- Murphy, S. L., Kratz, A. L., Williams, D. A., & Geisser, M. E. (2012). The association between Symptoms, Pain Coping Strategies, and Physical Activity Among People with Symptomatic Knee and Hip Osteoarthritis. *Frontiers in Psychology*, 3, 326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00326>
- Nielson, W. R., Jensen, M. P., & Hill, M. L. (2001). An activity pacing scale for the chronic pain coping inventory: Development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 89(2–3), 111–115. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00351-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00351-1)
- Nusbaum, L., Natour, J., Ferraz, M. B., & Goldenberg, J. (2001). Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire-Brazil Roland-Morris. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34(2), 203–210. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000200007>
- Pellino, T. A., Willens, J., Polomano, R. C., & Heye, M. (2002). The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: Role delineation study. *Pain Management Nursing*, 3(1), 2–15. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2002.29013>
- 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>
- Riddle, D. L., Keefe, F. J., Nay, W. T., McKee, D., Attarian, D. E., & Jensen, M. P. (2011). Pain coping skills training for patients with

- elevated pain catastrophizing who are scheduled for knee arthroplasty: A quasi-experimental study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(6), 859–865. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.003>
- Roland, M., & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*, 8(2), 141–144. <https://doi.org/10.1097/00007632-198303000-00004>
- Romano, J. M., Jensen, M. P., & Turner, J. A. (2003). The chronic pain coping inventory-42: Reliability and validity. *Pain*, 104(1–2), 65–73. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00466-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00466-9)
- Sardá, J. J., Jr., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A. de M., Asghari, A., & Thieme, A. L. (2010). Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Revista Dor*, 11(1), 28–36. <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1496.pdf>
- Schrubbe, L. A., Ravyts, S. G., Benas, B. C., Campbell, L. C., Cené, C. W., Coffman, C. J., Gunn, A. H., Keefe, F. J., Nagle, C. T., Oddone, E. Z., Somers, T. J., Stanwyck, C. L., Taylor, S. S., & Allen, K. D. (2016). Pain coping skills training for African Americans with osteoarthritis (STAART): Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1217-2>
- Silveira, D., & Jorge, M. (2000). Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, 26(5), 251–261.
- Smeets, R., Köke, A., Lin, C. W., Ferreira, M., & Demoulin, C. (2011). Measures of function in low back pain/disorders: Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), and Roland-Morris Disability Questionnaire. *Arthritis Care and Research*, 63(Suppl. 11), 158–173. <https://doi.org/10.1002/acr.20542>
- Souza, L. A. F., Cruz, D. de A. L. M. da, & Pereira, L. V. (2018). Cross-cultural adaptation of Chronic Pain Coping Inventory - Brazilian version. *Brazilian Journal of Pain*, 1(2). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180020>
- Souza, L. A. F., Pereira, L. V., de Moura, L. A., Díaz, L.-J. R., da Cruz, D. de A. L. M., & Aparecido da Silva, J. (2021). Structural validity of the Chronic Pain Coping Inventory—Brazilian version. *PLOS ONE*, 16(2), e0246294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246294>
- Souza, L. A. F., Pereira, L. V., Díaz, L.-J. R., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2021). A Rasch Analysis of the Chronic Pain Coping Inventory—Brazilian Version. *Journal of Nursing Measurement*, 30(1), 1–16. <https://doi.org/10.1891/JNM-D-20-00053>
- Stefane, T., Santos, A. M. dos, Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Dor lombar crônica: Intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*. 26, 14–20. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>
- Tan, G., Jensen, M. P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J. I., & Monga, T. N. (2001). Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain*, 90(1–2), 127–133. [10.1016/S0304-3959\(00\)00395-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00395-X)
- Tan, G., Nguyen, Q., Anderson, K. O., Jensen, M., & Thornby, J. (2005). Further validation of the chronic pain coping inventory. *Journal of Pain*, 6(1), 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.09.006>
- Tan, G., Nguyen, Q., Cardin, S. A., & Jensen, M. P. (2006). Validating the use of two-item measures of pain beliefs and coping strategies for a veteran population. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 7(4), 252–260. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.11.007>
- Thompson, D. P., Antcliff, D., & Woby, S. R. (2018). Symptoms of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalopathy are not determined by activity pacing when measured by the chronic pain coping inventory. *Physiotherapy*, 104(1), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.07.005>
- Truchon, M., & Côté, D. (2005). Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain*, 116(3), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.04.003>
- Truchon, M., Côté, D., Irachabal, S., Cote, D., & Irachabal, S. (2006). The Chronic Pain Coping Inventory: Confirmatory factor analysis of the French version. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-7-13>

- Turk, D. C. D., Fillingim, R. R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain, 17*(9), T21–T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- 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)
- Vlaeyen, J. W. S., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain, 157*(8), 1588–1589. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000574>.
- Wang, L., Zhang, L., Yang, L., & Cheng-Qi, H. (2021). Effectiveness of pain coping skills training on pain, physical function, and psychological outcomes in patients with osteoarthritis: A systemic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation, 35*(3), 342–355. <https://doi.org/10.1177/0269215520968251>
- World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assesment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Wong, W. S., Jensen, M. P., Mak, K. H., Tam, B. K. H., & Fielding, R. (2010). Preliminary psychometric properties of the Chinese version of the Chronic Pain Coping Inventory (ChCPCI) in a Hong Kong Chinese population. *The Journal of Pain, 11*(7), 672–680. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.10.008>

Recebido: 30/06/2024

1ª revisão: 02/09/2024

Aceite final: 18/10/2024



O(s) autor(es), 20234 Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.

## APÊNDICES

### Apêndice A

**Tabela 1**

*Medidas Descritivas dos Escores de Intensidade e Interferência da Dor nas Atividades Cotidianas, de Sintomas Depressivos, de Incapacidade Funcional, QV e de Enfrentamento da Dor Crônica - Brasil - 2016/2017*

Variável	Variação possível	Média (CI95%)	Dp	MÍN	MÁX
<b>BPI</b>					
BPI - intensidade de dor	0-10,0	5,40 (5.23 – 5.56)	2,12	0,0	10,0
BPI- interferência da dor	0-10,0	4,76 (4.55 – 4.95)	2,62	0,0	10,0
<b>CES-D</b>	0-60,0	20,64 (19.66 – 21.62)	12,81	0,0	58,0
<b>RMDQ</b>	0-24,0	14,03 (13.55-14.52)	6,48	0,0	24,0
<b>WHOQOL- BREF</b>					
Domínio geral	0-100,0	56,61 (55.07 – 58.15)	20,39	0,0	100,0
Domínio 1- Físico	0-100,0	47,48 (46.22 – 48.74)	16,73	3,57	96,43
Domínio 2- Psicológico	0-100,0	63,26 (61.96 – 64.56)	17,21	0,0	100,0
Domínio 3- Relações Sociais	0-100,0	67,45 (65.92 – 68.98)	20,22	0,0	100,0
Domínio 4 - Meio ambiente	0-100,0	54,70 (53.58 – 55.81)	14,80	6,25	96,88
<b>CPCI</b>					
Domínio Relaxamento	0-7,0	1,64 (1.55 – 1.74)	1,28	0,0	6,0
Domínio Persistência em tarefas	0-7,0	4,27 (4.13 – 4.41)	1,90	0,0	7,0
Domínio Exercícios/Alongamento	0-7,0	1,53 (1.39 – 1.66)	1,81	0,0	7,0
Domínio Busca por suporte social	0-7,0	2,37 (2.24 – 2.50)	1,76	0,0	7,0
Domínio Regulação do ritmo	0-7,0	4,06 (3.90 – 4.23)	2,25	0,0	7,0
Domínio Autoafirmações de enfrentamento	0-7,0	4,12 (4.03 – 4.30)	1,81	0,0	7,0
Domínio Proteção	0-7,0	3,30 (3.26 – 3.54)	1,83	0,0	7,0
Domínio Pedido por ajuda	0-7,0	2,23 (2.06 – 2.39)	2,22	0,0	7,0
Domínio Descanso	0-7,0	3,21 (3.07 – 3.34)	1,82	0,0	7,0

**Apêndice B****Tabela 2**

*Regressão Múltipla Hierárquica para a Análise de Hipóteses quanto às Relações entre os Domínios do CPCI-Versão Brasileira e a Avaliação de Intensidade e Interferência de Dor (BPI), Sintomas Depressivos (CES-D) e Incapacidade Física (RMDQ) – Brasil – 2016/2017*

$\beta$ (CI 95%)	BPI – intensidade de dor			BPI- interferência de dor			Sintomas depressivos – CES-D			RMDQ		
	Regressão múltipla			Regressão múltipla			Regressão múltipla			Regressão múltipla		
	SE	<i>p</i>	$\beta$ (CI 95%)	SE	<i>p</i>	$\beta$ (CI 95%)	SE	<i>p</i>	$\beta$ (CI 95%)	SE	<i>p</i>	
<b>1 Modelo 1</b>												
Sexo	-0,11	0,17	0,01	-0,17	0,17	<0,001	-0,15	0,97	0,001	-0,15	0,41	0,001
Idade	0,19	0,17	<0,001	0,12	0,17	0,002	0,20	0,97	<0,001	0,20	0,41	<0,001
Anos de estudo	-0,14	0,17	0,001	-0,08	0,16	0,06	-0,09	0,94	0,05	-0,09	0,40	0,05
<b>2 Modelo 2</b>												
Idade	-0,14		0,002	-0,19		<0,001	-0,16		0,001	-0,16		0,001
Sexo	0,19		<0,001	0,11		0,005	0,20		<0,001	0,20		<0,001
Anos de estudo	-0,14		0,001	-0,09		0,05	-0,09		0,05	-0,09		0,05
Tempo de dor	0,19	0,07	0,001	0,09	0,15	0,02	0,05	0,89	0,20	0,05	0,38	0,20
<b>3 Modelo 3</b>												
Idade	-0,14		0,001	-0,19		<0,001	-0,15		0,001	-0,15		0,001
Sexo	0,19		<0,001	0,12		<0,001	0,22		<0,001	0,22		<0,001
Anos de estudo	-0,12		0,006	-0,04		0,27	-0,05		0,22	-0,05		0,22

Tempo de dor	0,11	0,002	0,07	0,03	0,03	0,43	0,03	0,43	0,03	0,43
CPCI – RE	0,03	0,53	0,06	0,07	0,10	0,41	0,07	0,08	0,07	0,17
CPCI -PT	-0,06	0,14	-0,16	0,05	<0,001	0,26	-0,21	<0,001	-0,21	0,11
CPCI- EA	0,02	0,59	-0,05	0,04	0,15	0,26	0,004	0,91	0,004	0,11
CPCI-BSS	-0,08	0,04	-0,07	0,05	0,09	0,30	-0,15	0,001	-0,15	0,12
CPCI-PA	-0,06	0,18	0,03	0,04	0,50	0,23	-0,02	0,57	-0,02	0,10
CPCI-AE	0,02	0,63	-0,04	0,05	0,32	0,30	0	0,99	0	0,13
CPCI-DE	0,008	0,85	0,08	0,05	0,05	0,30	-0,002	0,96	-0,002	0,13
CPCI-PR	0,29	<0,001	0,33	0,04	<0,001	0,23	0,21	<0,001	0,21	0,09
CPCI-PAJ	0,06	0,14	0,16	0,05	<0,001	0,29	0,10	0,01	0,10	0,12

#### Estatísticas do modelo

Modelo 1	$R^2 = 0,05$ ; $R^2$ ajustado = 0,04; $p < 0,001$ ; F (3) = 11,33; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,05	$R^2 = 0,03$ ; $R^2$ ajustado = 0,03; $p < 0,001$ ; F (3) = 7,28; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,03	$R^2 = 0,05$ ; $R^2$ ajustado = 0,05; $p < 0,001$ ; F (3) = 12,03; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,05	$R^2 = 0,03$ ; $R^2$ ajustado = 0,02; $p < 0,001$ ; F (3) = 6,30; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,03
Modelo 2	$R^2 = 0,06$ ; $R^2$ ajustado = 0,01; $p = 0,001$ ; F (4) = 11,48; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,06	$R^2 = 0,04$ ; $R^2$ ajustado = 0,02; F (4) = 6,84; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,04	$R^2 = 0,05$ ; $R^2$ ajustado = 0,05; $p < 0,20$ ; F (4) = 9,44; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,05	$R^2 = 0,03$ ; $R^2$ ajustado = 0,02; $p = 0,04$ ; F (4) = 5,78; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,03
Modelo 3	$R^2 = 0,16$ ; $R^2$ ajustado = 0,01; F (13) = 10,15; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,19 (médio)	$R^2 = 0,28$ ; $R^2$ ajustado = 0,27; F (13) = 19,96; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,39 (alto)	$R^2 = 0,18$ ; $R^2$ ajustado = 0,17; F (13) = 11,73; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,22 (médio)	$R^2 = 0,42$ ; $R^2$ ajustado = 0,41; $p < 0,001$ ; F (13) = 37,00; $p < 0,001$ ; $f^2$ de Cohen = 0,72 (alto)

## Apêndice C

Tabela 3

Regressão Múltipla Hierárquica para a Análise de Hipóteses quanto às Relações entre os Domínios do CPCI-Versão Brasileira e a Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) – Brasil – 2016/2017

	WHOQOL- geral			WHOQOL físico			WHOQOL- psicológico			WHOQOL -social			WHOQOL -ambiente						
	Regressão múltipla			Regressão múltipla			Regressão múltipla			Regressão múltipla			Regressão múltipla						
	SE	p	β (CI 95%)	SE	p	β (CI 95%)	SE	p	β (CI 95%)	SE	p	β (CI 95%)	SE	p	β (CI 95%)				
<b>1 Modelo 1</b>																			
Sexo	0,03	1,57	0,50	0,11	1,14	0,01	0,11	1,33	0,02	0,04	1,62	0,37	0,09	1,20	0,05				
Idade	-0,09	1,58	0,02	-0,06	1,14	0,14	-0,19	1,34	<0,001	-0,13	1,63	0,001	-0,11	1,21	<0,001				
Anos de estudo	0,34	1,52	0,45	0,11	1,10	0,02	0,11	1,29	0,01	0,01	1,57	0,88	0,10	1,16	0,02				
<b>2 Modelo 2</b>																			
Idade	0,04		0,34	0,13		0,005	0,11		0,01	0,05		0,25	0,10		0,03				
Sexo	-0,08		0,03	-0,05		0,20	-0,18		<0,001	-0,12		0,002	-0,10		0,007				
Anos de estudo	0,04		0,44	0,11		0,01	0,11		0,01	0,01		0,86	0,10		0,02				
Tempo de dor	-0,07	1,44	0,09	-0,08	1,05	0,04	-0,05	1,23	0,23	-0,06	1,49	0,13	-0,07	1,11	0,07				
<b>3 Modelo 3</b>																			
Idade	0,03		0,43	0,14		0,001	0,10		0,02	0,04		0,39	0,08		0,07				
Sexo	-0,09		0,01	-0,06		0,05	-0,18		<0,001	-0,13		<0,001	-0,10		0,005				
Anos de estudo	-0,004		0,92	0,05		0,16	0,07		0,11	-0,02		0,57	0,07		0,13				

Tempo de dor	-0,06	0,10	-0,07	0,34	-0,04	0,33	-0,04	0,29	-0,06	0,13
CPCI-RE	0,05	0,66	0,25	0,48	0,03	0,55	-0,10	0,68	0,02	0,50
CPCI-PT	0,21	0,42	<0,001	0,31	0,16	0,36	0,14	0,43	0,07	0,32
CPCI-EA	0,03	0,42	0,39	0,30	0,08	0,35	0,03	0,43	0,05	0,32
CPCI-BSS	0,14	0,49	0,002	0,35	0,17	0,41	0,28	0,50	0,24	0,37
CPCI-PA	-0,05	0,38	0,25	0,27	-0,01	0,32	-0,04	0,38	0,01	0,29
CPCI-AE	0,06	0,49	0,17	0,36	0,11	0,42	0,14	0,51	0,01	0,38
CPCI-DE	-0,10	0,49	0,02	0,35	-0,05	0,41	-0,06	0,50	0,01	0,37
CPCI-PR	-0,18	0,36	<0,001	0,27	-0,16	0,31	-0,10	0,38	-0,15	0,28
CPCI-PAJ	-0,16	0,47	<0,001	0,34	-0,08	0,40	-0,06	0,48	-0,08	0,36

**Estatísticas do modelo**

Modelo 1	R <sup>2</sup> =0,01; R <sup>2</sup> ajustado=0,004; p=0,12; F(3)=1,95; p=0,12; f <sup>2</sup> de Cohen=0,01	R <sup>2</sup> =0,01; 0,01; p<0,03; F(3)= 3,08; p<0,03; f <sup>2</sup> de Cohen=0,01	R <sup>2</sup> ajustado= F(3)= de	R <sup>2</sup> =0,04; R <sup>2</sup> ajustado= 0,04; p<0,001; F(3)= 9,65; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,04	R <sup>2</sup> =0,02; R <sup>2</sup> ajustado= 0,01; p=0,01; F (3)= 3,81; p=0,01; f <sup>2</sup> de Cohen=0,02	R <sup>2</sup> =0,02; R <sup>2</sup> ajustado= 0,01; p=0,005; F(3)= 4,32; p=0,005; f <sup>2</sup> de Cohen=0,02
Modelo 2	R <sup>2</sup> =0,01; R <sup>2</sup> ajustado=0,007; p=0,09; F(4)=2,18; p=0,07; f <sup>2</sup> de Cohen=0,01	R <sup>2</sup> ajustado= do=0,01; p<0,04; F (4) = 3,43; p<0,01; f <sup>2</sup> de Cohen=0,02	R <sup>2</sup> ajustado= F(4)= de	R <sup>2</sup> =0,04; R <sup>2</sup> ajustado= 0,04; p=0,23; F(4)= 7,59; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,04	R <sup>2</sup> =0,02; R <sup>2</sup> ajustado= 0,01; p=0,13; F (4)= 3,45; p=0,01; f <sup>2</sup> de Cohen=0,02	R <sup>2</sup> =0,02; R <sup>2</sup> ajustado= 0,02; p=0,08; F(4)= 4,05; p=0,003; f <sup>2</sup> de Cohen=0,02
Modelo 3	R <sup>2</sup> =0,18; R <sup>2</sup> ajustado=0,16; p<0,001; F(13)=11,22 ; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,22 (médio)	R <sup>2</sup> ajustado= 0,32; R <sup>2</sup> ajustado= 0,31; p<0,001; F(13)= 24,30; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,47 (alto)	R <sup>2</sup> ajustado= F(13)= de	R <sup>2</sup> =0,17; R <sup>2</sup> ajustado= 0,15; p<0,001; F(13)= 10,23; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,20 (médio)	R <sup>2</sup> =0,15; R <sup>2</sup> ajustado= 0,13; p<0,001; F(13)= 8,77; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,17 (médio)	R <sup>2</sup> =0,11; R <sup>2</sup> ajustado= 0,09; p<0,001; F(13)= 6,15; p<0,001; f <sup>2</sup> de Cohen=0,12 (médio)

## **Apêndice D**

### **Breve Discussão**

Para além do enfrentamento, é preciso ampliar o olhar sobre o paciente que sofre de dor crônica para as crenças adjacentes que reforçam atitudes inadaptativas diante da dor. O estado da arte sobre a temática aponta para a necessidade de desencorajar a incapacidade, o uso excessivo de medicações e crenças apoiadas prioritariamente em aspectos emocionais. Portanto, ao abordar o enfrentamento da dor é necessário também trabalhar os aspectos relacionados às crenças e atitudes diante do fenômeno doloroso.