



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA MARIA MONIZ DUARTE

**ANSIEDADE: RELAÇÃO COM DOENÇAS
CARDIOVASCULARES E FATORES SOCIOECONÓMICOS**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

DOUTOR TIAGO MARQUES

FEVEREIRO/2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

**ANSIEDADE: RELAÇÃO COM DOENÇAS
CARDIOVASCULARES E FATORES SOCIOECONÓMICOS**

Rita Maria Moniz Duarte ¹

Orientadora: Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano ^{1,2}

Coorientador: Doutor Tiago Marques ²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Coimbra Centro

E-mail: ritaduarte.oc@sapo.pt

Índice

Abreviaturas	3
Resumo	4
Introdução.....	8
Material e Métodos	10
Resultados.....	13
Discussão	17
Conclusão.....	22
Agradecimentos.....	23
Referências Bibliográficas	24
Anexo 1 – Instrumento de avaliação: Questionário “Adjust2Pain”	27
Anexo 2 - Consentimento Informado.....	45
Anexo 3 - Parecer favorável pela Comissão de Ética para a investigação do ISPA	46
Anexo 4 - Autorização pela Comissão de ética para a Investigação da Universidade de Washington.....	47

Abreviaturas

DCV – Doenças Cardiovasculares

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

HADS – Hospital Anxiety and Depression scale

HADS-A – Hospital Anxiety and Depression scale – Anxiety

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression scale – Depression

HTA – Hipertensão Arterial

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A ansiedade é um estado fisiológico, podendo ser acompanhada de manifestações evidentes, que permite ao indivíduo estar em alerta. Esta pode tornar-se patológica, se em excesso e contínua, e assim tornar-se limitadora na vida das pessoas que a experimentam. Por um lado, parece existir uma relação entre a ansiedade e fatores socioeconómicos, cuja causalidade ainda não está totalmente estabelecida. Por outro lado, ainda não é completamente clara a relação existente entre ansiedade e doenças cardiovasculares ou fatores de risco cardiovasculares.

Objetivo: Estudar, num grupo de doentes selecionados, a relação existente entre sintomas de ansiedade e fatores de risco cardiovasculares e a doença cardiovascular e de que forma estes se influenciam. O segundo objetivo é relacionar a ansiedade com os fatores socioeconómicos como sexo, religião, rendimentos, nível de escolaridade, situação face ao emprego.

Métodos: Estudo observacional transversal, com uma amostra de 179 questionários feitos através de contacto telefónico ou via *e-mail*, a pacientes previamente selecionados pelo seu médico assistente, de diversas unidades de cuidados primários, tendo sido feita a recolha dos dados entre maio de 2020 e janeiro de 2021, após explicação ao participante do objetivo e âmbito do estudo e após recolher o consentimento para a sua participação. Foi aplicada a escala da Ansiedade (HADS-A) e, na análise dos dados, procedeu-se primeiramente a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial com recurso a testes não paramétricos como teste U de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis.

Resultados: Amostra de 179 participantes, 53.1% do sexo feminino, idade média de 51.1 ± 22.02 anos, 50.8% casados ou a viver em união de facto e a maioria com ensino secundário ou universitário (55.1%) e a trabalhar a tempo inteiro (35.8%). Percebeu-se que não existe diferença estatisticamente significativa no nível de ansiedade entre as pessoas que têm e as que não têm doença cardiovascular ($p=0.59$) nem entre as pessoas com e sem fatores de risco cardiovasculares ($p=0.37$). Relativamente aos fatores socioeconómicos, percebeu-se significativamente maior nível de ansiedade ($p=0.015$) no sexo masculino.

Discussão e Conclusão: No estudo efetuado, concluiu-se que, provavelmente, haverá outros fatores que se relacionam mais com a ansiedade do que as doenças cardiovasculares e os fatores de risco cardiovasculares, uma vez que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Estes resultados podem dever-se a estratégias de *coping*, já utilizadas e incorporadas pelos participantes, para reduzir os níveis da sua ansiedade. Relativamente aos fatores socioeconômicos, não se encontraram diferenças significativas no nível de ansiedade dos participantes exceto no sexo, podendo não ser influenciadores da ansiedade ou terem sido influenciados pelo tamanho da amostra. Consideraram-se limitações deste estudo também a forma como foram aplicados os questionários, ser uma amostra de conveniência e a recolha das doenças cardiovasculares e fatores de risco socioeconômicos ser de autorreporte.

Palavras-chave: Ansiedade; Doenças cardiovasculares; Fatores socioeconômicos; Risco Cardiovascular

Abstract

Background: Anxiety is a physiological state, which can be accompanied by evident manifestations, that allows the individual to be alert. This can become pathological if excessive and continuous and thus become limiting in the lives of the people who experience it. On one hand, there seems to be a connection between anxiety and socioeconomic factors, the cause of which has not yet been totally established. On the other hand, the connection between anxiety and cardiovascular diseases or cardiovascular risk factors is still not completely clear.

Objective: Studying, in a group of selected patients, the connection between anxiety symptoms and cardiovascular risk factors and cardiovascular disease and how they influence each other. The second objective is to relate anxiety with socioeconomic factors such as gender, marital status, religion, income, education level, employment status.

Methods: Transversal observational study, with a sample of 179 questionnaires made through cell phone contact or via email, to patients previously selected by their attending physician, from several primary care units, with data collection between May 2020 and January 2021, after explaining the objective and the purpose of the study to the participant and after obtaining consent for their participation. The Anxiety scale (HADS-A) was applied and in the data analysis, the descriptive analysis was carried out first and, followed by an inferential analysis using non-parametric tests such as the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test.

Results: Sample of 179 participants, 53.1% female, average age 51.1 ± 22.02 years old, 50.8% married or married in fact and the majority with high school or university education (55.1%) and working full time (35.8%). It was noticed that there is no statistically significant difference in the level of anxiety between people who have and who do not have cardiovascular disease ($p = 0.59$) neither in people with and without cardiovascular risk factors ($p = 0.37$). Regarding socioeconomic factors, it was noticed that there was a significantly higher level of anxiety in males.

Discussion and Conclusion: In the study carried out, it was concluded that it is probable that there are other factors that are more related to anxiety than cardiovascular diseases and cardiovascular risk factors, since there was no statistically significant difference between the groups. These results may be due to coping strategies, already used and incorporated by the participants, to reduce their anxiety levels. Regarding socioeconomic factors, there were also no significant differences in the participants' anxiety level except in the gender, meaning that they may not be influencers of anxiety or may have been influenced by the size of the sample. The way the questionnaires were applied and a convenience sample were also considered limitations of this study and the collection of cardiovascular diseases and risk factors being self-reporting.

Keywords: Anxiety; Cardiovascular disease; Socioeconomic factors; Cardiovascular risk

Introdução

A ansiedade é uma resposta fisiológica às atividades da vida diária [1], caracterizada por sentimentos de tensão e preocupação que, quando em níveis saudáveis, permite ao indivíduo estar em alerta e servir de motivação. Porém, esta pode tornar-se patológica, se acontecer de forma contínua e exagerada, passando a denominar-se de perturbação de ansiedade [1].

As perturbações de ansiedade inserem-se no grupo de patologias mentais mais comuns em todo o mundo, com elevada prevalência [2]. Nestes casos, estas patologias são caracterizadas por sentimentos de preocupação intensa que subsistem pelo menos 6 meses, tornando-se limitadoras e incapacitantes tanto a nível pessoal, profissional, como a nível da saúde [1].

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prevalência das perturbações de ansiedade, no mundo, é de 3.6% em 2015, sendo mais comuns no sexo feminino do que no sexo masculino (4.6% em comparação com 2.6%) [2]. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência de doenças psiquiátricas, sendo as perturbações de ansiedade as mais frequentes, com uma prevalência de 16.5% [3].

Esta patologia é de extrema importância, uma vez que tem elevada prevalência tanto em Portugal como no resto do mundo e tem um impacto marcadamente psicológico e emocional que pode levar a diminuição da qualidade de vida.

As doenças cardiovasculares (DCV) são patologias que afetam o coração e os vasos sanguíneos, e podem ser de vários tipos, sendo as mais preocupantes o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral [4], influenciadas por fatores de risco que, regra geral, podem ser eliminados de forma a impedir o seu aparecimento ou agravamento [5].

Segundo o estudo elaborado no Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge entre 2012 e 2014, na população portuguesa, entre os 18 e os 79 anos, cerca de 68% têm pelo menos 2 fatores de risco cardiovasculares e cerca de 22% apresenta quatro ou mais fatores de risco cardiovasculares [6]. Além disto, as DCV são a principal causa de morte, correspondendo a 31.9% dos óbitos [6].

Os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) podem ser modificáveis (diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo) ou ser não modificáveis (idade, sexo e história familiar) [4]. Um fator de risco preponderante nas DCV, considerado modificável é o stresse/ansiedade [7], podendo este ser moldado com medidas de alteração do estilo de vida e terapêutica farmacológica [5].

Parece existir uma relação entre patologia ansiosa e a doença cardiovascular [7]. Frequentemente, dão entrada no serviço de urgência doentes em que é necessário excluir DCV e cuja patologia que originou os sintomas é ansiedade [8]. Vários estudos apontam que a ansiedade, apesar de não ser a causa direta de DCV, pode originar o seu desencadeamento e agravamento [9]. Assim, a ansiedade parece aumentar o risco de DCV [10], sem que haja uma relação de causalidade [8] e origina um pior prognóstico das mesmas, uma vez que aumenta a pressão arterial e frequência cardíaca, dificulta a cicatrização e torna os doentes mais vulneráveis [9].

Os fatores socioeconômicos inerentes a cada pessoa podem também relacionar-se com fenómenos de ansiedade, nomeadamente o sexo, nível de escolaridade, rendimentos, situação face ao emprego e religião.

O objetivo fundamental do estudo é perceber a possível relação existente entre a ansiedade e os fatores de risco cardiovasculares (Hipertensão Arterial, Dislipidémia, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal) e doença cardiovascular (doença cardiovascular e doença vascular periférica) em pessoas seguidas nas diversas unidades de cuidados primários que participaram no estudo e perceber a influência de vários fatores socioeconômicos (sexo, religião, rendimentos, nível de escolaridade, situação face ao emprego) no nível de ansiedade nos mesmos.

Material e Métodos

Caracterização da investigação

Para esta investigação foi realizado um estudo observacional transversal, cujos dados foram recolhidos através de um questionário, no âmbito do projeto de investigação Adjust2Pain, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to the chronic pain” (SFRH/BPD/121452/2016). O estudo foi realizado a partir uma amostra composta por 179 utentes, seguidos em diversas Unidades de Saúde Familiar (USF) que aceitaram responder ao questionário.

População e amostra

Neste estudo, foram recolhidos, ao longo de todo o processo, 179 questionários, sendo 53.1% das pessoas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos. Para a participação dos utentes, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas adultas, maiores de 18 anos e pessoas que aceitassem participar na investigação.

Instrumentos métricos e colheita de dados

Como ferramenta de colheita de dados foi usado um questionário, inserido no projeto Adjust2Pain (anexo 1). Neste questionário, foram recolhidos dados socioeconómicos (sexo, idade, estado civil, situação face ao emprego, nível de escolaridade, rendimentos). Foram, também, recolhidos dados referentes a Ansiedade (HADS-A) e Depressão (HADS-D) e autorreporte de fatores de risco cardiovascular (Hipertensão Arterial, Dislipidémia, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal) e doença cardiovascular (Doença Cardiovascular e Doença Vascular Periférica).

Ansiedade e Depressão

Neste estudo, a ansiedade foi avaliada pela versão portuguesa da escala da ansiedade (HADS) - *Hospital Anxiety and Depression scale* [10,11]. Esta escala de rastreio permite avaliar sintomas de ansiedade e depressão, que tenham ocorrido na semana anterior à do preenchimento do questionário, a partir de 14 itens de resposta, sendo dividida em duas dimensões: Ansiedade (HADS-A) e Depressão (HADS-D). Cada uma das dimensões referidas anteriormente é constituída por 7 itens cuja resposta é dada através de uma escala de tipo Likert de 4 pontos. A pontuação obtida pelo participante em cada dimensão está compreendida entre 0 e 21 pontos, sendo os valores superiores indicativos de maior severidade dos sintomas ansiosos ou depressivos. Se a pontuação obtida está entre 0 e 7 indica ansiedade/depressão

“normal”, se está entre 8 e 10 indica ansiedade/depressão “leve”, se está entre 11 e 14 indica ansiedade/depressão “moderada” e, por último, se a pontuação for superior a 15 pontos indica ansiedade/depressão “severa”. Quando a pontuação é igual ou superior a 11 considera-se ansiedade/depressão clinicamente significativa [10]. Segundo, a literatura já existente, a versão original e portuguesa desta escala é válida e fiável (HADS-A: $\alpha=0,76$; HADS-D: $\alpha=0,81$) [11]. Neste estudo, apenas foi usada a sub-escala HADS-A.

Recolha de dados

A recolha dos dados ocorreu entre maio de 2020 e janeiro de 2021. O contacto com os participantes, para o preenchimento dos questionários, foi feito por contacto telefónico ou via *e-mail*, com duração de 20 a 30 minutos cada, feito pelos investigadores devidamente identificados como alunos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Os participantes foram previamente selecionados e abordados pelos seus médicos assistentes nas diversas USF onde foram recrutados, por apresentarem os critérios de inclusão do estudo em questão. Sendo assim, foram incluídos utentes de USF Coimbra Centro, USF Caminhos do Cértoma na Pampilhosa - Mealhada, USF Manuel Cunha, USF Vita Saurium e USF As Gândras.

Antes da realização de cada questionário, foi explicado a cada utente o âmbito, objetivo e procedimentos deste estudo, foram esclarecidas todas as dúvidas que surgiram acerca do mesmo e foi apresentado o consentimento informado (anexo 2). A participação dos utentes neste estudo foi anónima, uma vez que durante o preenchimento do questionário não há questões relativas à identidade da pessoa que o preenche. Foi, também, confidencial, voluntária e com possibilidade de desistência a qualquer momento. Os participantes que aceitaram colaborar não receberam qualquer retribuição.

O presente estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética para a investigação do Centro de Investigação do ISPA a 6 de abril de 2018 (anexo 3), autorização pela Comissão de ética para a Investigação da Universidade de Washington a 21 de maio de 2018 (anexo 4), autorização dos Centros Hospitalares de Coimbra, Lisboa Central e Gaia e obteve, também, a autorização dos coordenadores das diversas unidades de saúde onde foram recrutados os participantes que responderam ao questionário, cumprindo assim todas as normas éticas.

Análise estatística

O tratamento dos dados e análise estatística do estudo foi elaborada com recurso ao programa SPSS.

Inicialmente, foi elaborada uma análise estatística descritiva de forma a caracterizar a amostra, nomeadamente os fatores socioeconómicos, DCV e FRCV e, posteriormente, foi usada análise estatística inferencial após testada a normalidade da distribuição da variável da escala de ansiedade, através do teste Kolmogorov-Smirnov. Nesta análise percebeu-se que a escala de ansiedade não tem uma distribuição normal em alguns dos grupos do estudo ($p < 0.05$) e, por isso, foram utilizados testes não-paramétricos: U de Mann-Whitney para a comparação variáveis com dois grupos e o teste Kruskal-Wallis para comparar variáveis com mais de dois grupos. O valor definido como estatisticamente significativo foi de $p < 0.05$. Os valores omissos foram excluídos da análise estatística.

Resultados

A amostra recolhida por conveniência foi constituída por 179 participantes. Nestes dados, a maioria foram mulheres ($n=95$; 53.1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos ($M=51.05$; $DP=22.02$) e cerca de metade dos participantes deste estudo eram casados ou a viver em união de facto ($n=91$; 50.8%). Relativamente à escolaridade, a maioria tinha o ensino secundário ou universitário completo ($n=97$; 55.1%), sendo a maior parte, também, trabalhador a tempo inteiro ou reformados com igual proporção ($n=63$; 35.8%). Praticamente todos os participantes tinham como língua materna a portuguesa ($n=177$; 98.9%) e praticamente nenhum participante relatou pertencer a um grupo minoritário ($n=169$; 94.4%). Em termos de religião, a maioria diz ter religião Cristã ($n=154$; 87.5%) e, por último, a maior fatia dos participantes tinha um rendimento do agregado familiar superior a 1786€ ($n=43$; 24.4%).

Na tabela 1, encontra-se a caracterização da amostra estudada, relativamente aos fatores socioeconómicos.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=179)

Variável	Valores	N	%
Sexo	Masculino	84	46.9
	Feminino	95	53.1
Estado civil	Solteiro	65	36.3
	Casado(a)/união de facto	91	50.8
	Divorciado(a)/viúvo(a)	23	12.9
Nível de escolaridade	Muito baixo (analfabeto/não completou 4º ano)	56	31.8
	Médio (do 5º ao 9º ano)	23	13.1
	Alto (ensino Secundário ou Superior completo)	97	55.1
Situação face ao emprego	Trabalhador(a) a tempo inteiro	63	35.8
	Trabalhador(a) a tempo parcial	6	3.4
	Trabalhador(a) familiar/não remunerado(a)	1	0.6
	Desempregado(a)	6	3.4
	Reformado(a)	63	35.8
	Estudante	37	21
Língua mãe	Português	177	98.9
	Outra	1	0.6
Grupo minoritário	Sim	6	3.4
	Não	169	94.4

	Prefere não responder	3	1.7
Religião	Religião católica	154	87.5
	Outra religião/Não religioso	21	11.9
Rendimentos do agregado familiar	Inferior a 1029€	29	16.5
	Entre 1030 e 1785€	32	18.2
	Superior a 1786€	43	24.4
	Prefere não responder	72	40.9

Na tabela 2, apresenta-se a caracterização da amostra face à doença cardiovascular e aos fatores de risco cardiovasculares estudados, nomeadamente doença cardiovascular, doença vascular periférica, hipertensão arterial (HTA), dislipidémia, diabetes Mellitus e insuficiência renal.

Relativamente aos fatores de risco cardiovasculares, para uma amostra de 179 participantes, 48% autorreportaram HTA ($\eta=86$), 43.6% dislipidémia ($\eta=78$), 33.5% Diabetes Mellitus ($\eta =60$) e 3.9 Insuficiência renal ($\eta =7$). Quanto a doença cardiovascular estabelecida, 21.8% reportaram Doença Cardiovascular ($\eta=39$), e 1.7% Doença Vascular Periférica ($\eta=3$).

Tabela 2 - Caracterização da amostra (n=179)

Variável	Valores	n	%
HTA	Presente	86	48
	Ausente	93	52
Dislipidémia	Presente	78	43.6
	Ausente	101	56.4
Diabetes Mellitus	Presente	60	33.5
	Ausente	119	66.5
Insuficiência Renal	Presente	7	3.9
	Ausente	172	96.1
Doença Cardiovascular	Presente	39	21.8
	Ausente	140	78.2
Doença Vascular Periférica	Presente	3	1.7
	Ausente	176	98.3

Relação entre ansiedade e as variáveis em estudo

Para análise do objetivo principal, usou-se o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, para perceber a significância da diferença entre a média na escala de ansiedade segundo presença ou não de doença cardiovascular e fatores cardiovasculares.

Encontrou-se uma média de ansiedade inferior na presença de DCV (19.05 ± 3.01) em relação à sua ausência (19.35 ± 2.43), sem diferença estatisticamente significativa, parecendo haver uma tendência para que as pessoas com DCV tenham nível inferior de ansiedade. Também não se encontrou diferença estatisticamente significativa na ansiedade entre os dois grupos dos FRCV (presença e ausência de FRCV) e, sendo a média superior na presença de FRCV (19.41 ± 2.75), encontrou-se uma tendência para maior nível de ansiedade na presença dos mesmos, ainda que não significativa. Por último, avaliou-se a diferença de ansiedade entre dois grupos com as pessoas com DCV e FRCV ou sem nenhum destes e também não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre eles, sendo a média superior no grupo em que estão presentes DCV e FRCV (19.40 ± 2.69) o que traduz uma tendência não significativa de maior ansiedade quando estamos perante FRCV e DCV.

Tabela 3 - Relação entre ansiedade e restantes variáveis

Variável	Valores	Média/desvio padrão	p
Doença Cardiovascular	Presente	19.05±3.01	0.59
	Ausente	19.35±2.43	
Fatores de risco cardiovasculares	Presente	19.41±2.75	0.37
	Ausente	19.10±2.30	
Doença cardiovascular e fatores de risco cardiovasculares	Presente	19.40±2.69	0.41
	Ausente	19.09±2.37	

Para estudo do objetivo secundário, foi analisada a relação entre o nível de ansiedade e diversos fatores socioeconómicos como sexo, nível de escolaridade, situação face ao emprego, rendimentos e religião, utilizando o teste U de Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis.

Relativamente aos fatores socioeconómicos estudados, existe diferença estatisticamente significativa no nível de ansiedade apenas no sexo dos participantes ($p=0.02$), sendo que os participantes do sexo masculino apresentaram níveis de ansiedade superiores aos participantes do sexo feminino (19.83 ± 2.26). Todos os outros fatores socioeconómicos não apresentaram esta diferença significativa, contudo parecem existir algumas tendências. Quanto à religião, pessoas com outras religiões que não a Cristã ou pessoas não religiosas têm tendência a um nível de ansiedade mais elevado. Relativamente ao nível de escolaridade, o grupo com tendência para a ansiedade em níveis mais elevados é o que tem escolaridade média, do 5º ao 9º ano. Quanto à situação face ao emprego, o grupo com tendência para um nível superior de ansiedade é o grupo dos participantes com emprego a tempo parcial. Por último, quanto ao rendimento, é no grupo dos rendimentos intermédios 1030€ e 1785€ que há uma tendência para maior nível de ansiedade.

Tabela 4 - Relação entre Ansiedade e fatores socioeconómicos

Variável	Valores	Média/desvio padrão	p
Sexo	Masculino	19.83±2.26	0.02
	Feminino	18.78±2.74	
Nível de escolaridade	Muito baixo (analfabeto/não completou 4º ano)	19.29±2.86	0.61
	Médio (do 5º ao 9º ano)	19.78±2.76	
	Alto (ensino secundário ou superior completos)	19.15±2.35	
Situação face ao emprego	Trabalhador a tempo inteiro	19.32±2.13	0.34
	Trabalhador a tempo parcial	20.00±2.28	
	Trabalhador familiar/não remunerado	16.00	
	Desempregado	19.67±2.58	
	Reformado	19.59±2.89	
	Estudante	18.59±2.67	
Rendimentos	Inferior a 1029€	19.03±3.19	0.82
	Entre 1030€ e 1785€	19.44±2.44	
	Superior a 1786€	19.05±2.17	
Religião	Religião Cristã	19.26±2.63	0.56
	Outras religiões/não religioso	19.57±2.09	

Discussão

O estudo apresentado tem como objetivo principal perceber a relação entre o nível de ansiedade, através da escala da ansiedade (HADS-A), e a presença de DCV ou FRCV, numa amostra de conveniência recolhida em diversas USF. O objetivo secundário é perceber a relação existente entre o nível de ansiedade e fatores socioeconômicos.

Os resultados apresentados anteriormente mostram que não há diferença estatisticamente significativa no nível de ansiedade entre os participantes que tem DCV e os que não as têm. Isto pode querer dizer que haverá fatores que influenciam mais o nível de ansiedade do que as DCV. O nível de ansiedade foi medido através da escala da ansiedade (HADS-A) e concluiu-se que, apesar de não haver diferença significativa, há uma tendência para que pessoas com DCV tenham um nível de ansiedade menor. Este dado, obtido no presente estudo, é contraditório em alguma bibliografia já existente. Há estudos que afirmam uma clara associação entre a ansiedade e o aumento da doença coronária em população saudável [7]. Pessoas saudáveis, seguidas durante 10 anos, com níveis de ansiedade superiores tiveram um risco de DCV fatal superior às pessoas com níveis mais baixos [7]. Porém, outros estudos afirmam que uma relação entre níveis de ansiedade muito elevados e eventos adversos em pacientes com DCV ainda não é totalmente claro, uma vez que ainda não são evidentes as vias fisiológicas que poderiam explicar a sua associação com fatores psicológicos [12]. Uma hipótese para a associação entre ansiedade patológica e eventos cardiovasculares prende-se na redução da variabilidade da frequência cardíaca, podendo trazer consequências a longo prazo e por isso a necessidade de arranjar estratégias alternativas para melhorar a saúde dos indivíduos [12]. Por outro lado, há estudos que defendem que a depressão, mais do que a ansiedade, contribui para um aumento do risco de DCV [13] e que um tratamento adequado para a depressão e ansiedade diminui este risco, apesar de referir que seriam necessários mais estudos para perceber a relação entre DCV e benzodiazepinas [13;14]. Outro estudo em população vietnamita refere, também, que doentes com DCV têm uma qualidade de vida inferior dado serem mais propensos a ter dores e manifestar ansiedade [15].

Neste estudo não foi averiguado se as pessoas tinham ou não diagnóstico prévio de ansiedade clínica e se estariam ou não medicadas, o que poderia influenciar o nível de ansiedade medido pela escala utilizada e dessa forma introduzir um importante viés nesta relação. Por outro lado, os participantes podem, ao longo do tempo, ter arranjado estratégias de *coping* para lidar com os níveis de ansiedade aumentados do dia-a-dia e assim diminuí-los com vista a aumentar a qualidade de vida. Estas estratégias podem

ser treinar a respiração profunda, técnicas de relaxamento, alimentar pensamentos positivos e eliminar os negativos ou fazer meditação, todas elas estratégias que ultimamente tem sido bastante divulgadas e com cada vez maior número de praticantes.

Além disso, estamos perante uma amostra de conveniência, em que a maioria das pessoas tinham uma literacia superior, nomeadamente licenciatura ou mestrado, o que poderia levar a um maior nível de responsabilidade nos empregos e conseqüentemente maior stresse que a população em geral. Outra explicação é o facto de ser uma amostra pequena com apenas 179 questionários respondidos.

Nos resultados deste estudo, concluiu-se, também, que não há diferença estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade em pessoas com e sem FRCV. Os estudos já existentes são escassos quando se trata de analisar a relação do nível de ansiedade com fatores de risco cardiovasculares no global, nos quais a maioria trata da relação da ansiedade com cada fator de risco cardiovascular em específico e, mesmo esses, muitas vezes são contraditórios ou não são conclusivos. Assim, um estudo que correlaciona a ansiedade e depressão, com base na escala da ansiedade (HADS), e a HTA concluiu que há uma prevalência maior de ansiedade nas pessoas que têm HTA [16]. Este mesmo estudo também confirma uma relação positiva entre a Diabetes Mellitus e a ansiedade em hipertensos [16]. Outro estudo afirma que as evidências entre ansiedade e HTA são muito limitadas e não é possível extrair uma conclusão [14].

No presente estudo, concluiu-se que apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa, pareceu haver uma tendência para que as pessoas com FRCV tenham níveis de ansiedade mais elevados do que as pessoas que não os têm. Isto pode dever-se a sentimentos de preocupação ou incerteza acerca do seu estado de saúde e de qual será o futuro das suas doenças [16], que levam a tensão interna contínua e exagerada e, assim, aumentam os níveis de ansiedade para níveis não fisiológicos. Ou, por outro lado, a ansiedade pode ter gerado mecanismos fisiológicos que levam, por exemplo, a aumento da tensão arterial, e hábitos inadequados que potenciam os fatores de risco cardiovasculares.

Relativamente à relação existente entre o sexo do participante e o nível de ansiedade, concluiu-se que a diferença é significativa e que no sexo masculino a ansiedade era maior do que no sexo feminino. Isto é contraditório com informações já existentes que afirmam que o sexo feminino tem maior prevalência de ansiedade [2]. Neste estudo, isto pode dever-se ao facto de a amostra ser de pequenas dimensões e não ser representativa da população portuguesa. Outra razão para este resultado é o facto desta amostra ter um elevado nível de estudos e, na atualidade, muitos dos cargos superiores são os que envolvem níveis de ansiedade maiores e estão ocupados por

indivíduos do sexo masculino, podendo assim este estudo contrariar a bibliografia já existente pela amostra seletiva que apresenta.

É sabido que a escolaridade influencia não só comportamentos, como também estados de saúde, uma vez que esta fornece informação, novos conhecimentos e também estratégias para melhorar tanto a saúde mental como a física [17]. Desta forma, segundo o Serviço Nacional de Saúde, indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados estão menos sujeitos a doenças crónicas, incluindo patologias do foro psicológico, como é o caso da ansiedade patológica [17]. No outro extremo estão as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos. Há poucos estudos que se foquem na ansiedade e baixo nível de escolaridade, contudo este é um fator que pode gerar ansiedade [18]. Níveis de escolaridade mais baixos são atualmente mais frequentes nos idosos, pois são a população que teve menos acesso à educação na sua época [18]. Esta baixa escolaridade conduz a diminuição da qualidade de vida, frequentemente incapacidade de ler, dificuldades nas necessidades de vida diárias por baixos rendimentos, no acesso à saúde ou manipulação de medicamentos que podem conduzir a um maior nível de ansiedade [18]. Isto não foi observado com o nosso estudo, uma vez que se encontrou uma tendência de que maior nível de ansiedade pareça relacionar-se com nível de escolaridade intermédio, o que pode ter sido aleatório.

Relativamente a rendimentos, em Portugal, indivíduos com menores rendimentos retratam a sua saúde de forma negativa, tanto física como mental [17], contudo no estudo apresentado o grupo de participantes com menores rendimentos é o que possui uma menor tendência a maior ansiedade. Isto pode dever-se ao facto de ter sido estudada uma amostra pequena e não representativa da população, ou porque é nos grupos que tem rendimentos maiores que se encontram as profissões com maior nível de ansiedade, como é o caso de piloto de aviões ou executivos [19]. Uma vez que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na ansiedade em função dos rendimentos, isto pode querer dizer que esta é ditada por um conjunto variável de fatores na vida das pessoas que a experimentam e, assim, os rendimentos não terem, no global, uma importância preponderante no nível de ansiedade, dada importância mais decisiva de outros.

A situação face ao emprego é, também, um dos fatores que mais pode influenciar a saúde mental e física dos indivíduos [17], podendo estar diretamente relacionada com os rendimentos. No presente estudo, concluiu-se que não há diferença significativa relativamente a este aspeto, contudo o grupo com maior tendência para a ansiedade é o grupo de trabalho em tempo parcial seguido do grupo desempregado. Outros estudos existentes afirmam que a insegurança na estabilidade laboral, nos tempos da atual pandemia da Covid-19 e também antes dela, levam a nível elevados de ansiedade e,

os indivíduos que perdem os seus empregos têm um maior risco de patologia mental, em jovens dos Estados Unidos da América [20]. Sabe-se também que condições precárias de emprego relacionam-se com pior qualidade de vida o que traz consequências para a saúde mental dos indivíduos [21]. Normalmente, pessoas desempregadas ou a trabalhar em tempo parcial têm rendimentos inferiores, o que leva a menor acesso a cuidados de saúde e a diminuição da saúde física e mental. Conclui-se, assim, que esta junção dos rendimentos e da situação face ao emprego está correlacionada com os níveis de ansiedade e que a situação financeira existente nestas realidades pode conduzir a ansiedade patológica [22]. Isto corrobora o estudo apresentado, já que os grupos de participantes com maior nível de ansiedade são os desempregados e os trabalhadores a tempo parcial, igualmente associados a menores rendimentos, apesar de não ter sido verificada diferença estatisticamente significativa entre a ansiedade e as diversas situações face ao emprego.

Vários estudos ao longo dos anos analisaram a influência da religião na saúde mental, tendo sido estudadas várias patologias [23]. Os resultados têm sido contraditórios neste ponto [23] e, como tal, ainda muito se deve fazer a este nível de forma a chegar-se a uma conclusão mais uniforme, válida e que possa ser extrapolada para toda a população. Na bibliografia existente, é de salientar uma possível correlação entre a ansiedade e a religião [23] e, não menos importante, é de salientar o papel da religião em indivíduos que estão a cumprir tratamento dirigido à sua ansiedade. Integrar a religião nestes tratamentos pode ajudar na recuperação dos doentes [23], uma vez que, independentemente da religião, esta tem um papel importante na vida da maioria das pessoas que tentam incorporar nas suas vidas os seus aspetos mais positivos. Isto está de acordo com o estudo presente, que afirma que o grupo com nível de ansiedade superior é o que engloba as pessoas não religiosas, apesar desta diferença não ser significativa estatisticamente. Esta tendência pode dever-se ao facto de que as pessoas mais religiosas vêem na sua religião um escape para tensões e preocupações do dia-a-dia, e também como forma de reflexão e relaxamento que pode levar a diminuição dos níveis de ansiedade.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, é importante referir a presença de possíveis limitações que podem ter influência na interpretação do mesmo. Primeiramente, este estudo caracteriza-se como sendo transversal, ou seja, avalia-se o participante em apenas um momento e, por isso, poderá ser difícil de aferir uma relação causal entre as diversas variáveis. Seriam precisos estudos longitudinais para perceber o carácter causal da relação. Em segundo lugar, pode considerar-se um viés de seleção, uma vez que se utilizou uma amostra de conveniência relativamente pequena de pessoas (n=179). Esta amostra, devido às suas características, não é representativa da

população portuguesa, por exemplo, havia uma literacia mais elevada do que na população portuguesa, que é das mais baixas da União Europeia [24], ou seja, grande número de participantes com licenciatura ou mestrado, o que pode ser motivo de enviesamento. Deve, também, referir-se um viés de desejabilidade, uma vez que o questionário teve um carácter anónimo mas foram os investigadores que registaram as respostas dos mesmos, podendo isto ter levado os participantes, de alguma forma, a responderem o desejável e não a sua realidade. O facto de o nível de ansiedade ter sido medido através de uma escala, por isso não avaliada clinicamente, assim como a DCV e os FRCV terem sido obtidos por autorreporte e não terem sido avaliados de forma plena, ficando alguns possíveis por avaliar, pode levar a viés relevantes no estudo, porque as pessoas podem não saber de forma correta as suas patologias. O facto de os questionários serem colhidos numa fase de pandemia também poderá ter influenciado o nível basal de ansiedade dos participantes que, na ausência desta situação, teriam os seus níveis diminuídos ou estabilizados e por isso não serem representativos temporalmente.

Tendo isto em conta, no futuro, deveriam ser feitos estudos nesta área com autopreenchimento do questionário, com amostras maiores, mais equilibradas e representativas da população em estudo, em que se utilizassem os dados claramente diagnosticados e cujo estudo fossem feito numa altura não pandémica, de forma a reduzir ao máximo possíveis viés.

Conclusão

A presente investigação foi realizada com recurso a um questionário constituído pela versão portuguesa da escala da ansiedade (HADS-A), que permitiu perceber na amostra recolhida a possível relação existente entre a ansiedade, a DCV e os FRCV e fatores socioeconómicos.

Da relação entre ansiedade com DCV e com FRCV, conclui-se que não foi encontrada diferença entre grupos. As pessoas com DCV estão associadas a um menor nível de ansiedade e as pessoas com FRCV estão associadas a um maior nível de ansiedade, podendo isto dever-se à incerteza do seu estado de saúde, associada ao perigo eminente desses FRCV se traduzirem numa DCV evidente e com consequências que podem ser graves para a sua saúde.

Relativamente à relação entre a ansiedade e os fatores socioeconómicos, apenas se encontrou uma diferença significativa no nível de ansiedade na variável do sexo, sendo o masculino mais ansioso, podendo isto dever-se à sua vida profissional, uma vez que na sociedade atual, cargos mais elevados são maioritariamente ocupados por homens. Relativamente à religião, rendimentos, escolaridade e situação face ao emprego, não foi encontrada uma diferença entre grupos no nível de ansiedade, que pode dever-se a uma amostra de pequenas dimensões e que não é de todo representativa da população em estudo.

Será importante continuar a investigação nesta área, com recolha de dados numa área geográfica maior e numa amostra mais ampla e de forma longitudinal, para se conseguir obter uma amostra representativa da população portuguesa, e por isso estudar melhor a relação existente entre o nível de ansiedade e a presença de DCV e FRCV, uma vez que são patologias muito frequentes na população portuguesa e que, eventualmente, podem influenciar-se mutuamente, podendo trazer complicações para a saúde global das pessoas, diminuindo a sua qualidade de vida. Serem os participantes a preencher os seus próprios questionários e fora de uma época de pandemia poderiam ser também fatores que diminuiriam possíveis viés. Poder-se-ia, assim, buscar novo conhecimento e procurar estratégias para uma melhor saúde, tanto física como mental.

Agradecimentos

Agradeço a Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano pela orientação e colaboração neste trabalho, por toda a disponibilidade e apoio mostrados, pela simpatia e ajuda constante que foi essencial para a sua elaboração.

Agradeço ao Doutor Tiago Marques pela coorientação, disponibilidade e ajuda sempre presente.

Agradeço à Doutora Alexandra Valente pela ajuda e colaboração neste trabalho, permitindo que se concretizasse.

Agradeço a todos os participantes que de forma voluntária, anónima e amável aceitaram participar no estudo e que permitiram a realização deste projeto.

Agradeço aos meus pais, Hélder e Fátima, pelo apoio incondicional e incentivo, por estarem sempre presentes no meu percurso académico e permitirem que seja possível atingir todos os meus objetivos.

Agradeço à minha irmã, Raquel Duarte, por me acompanhar sempre, pelo apoio e entusiasmo constantes.

Agradeço ao meu namorado, Hugo Gonçalves, pela ajuda e disponibilidade constantes, paciência, amor e por fazer-me sempre acreditar em mim.

Agradeço à professora Isabel Moura e ao João Santos por toda a ajuda na elaboração deste trabalho.

Agradeço às minhas amigas e amigos por toda a compreensão, companheirismo, força e incentivo ao longo deste percurso e na realização deste trabalho.

Referências Bibliográficas

- [1] Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental – Perturbações de Ansiedade. [Internet]. Available from: <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacoes-de-ansiedade/> [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [2] World Health Organization – Depression and Other Common Mental Disorders. 2017. [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> [Acedido em 31 de dezembro 2020].
- [3] Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental – Perturbação Mental em números. Available from: <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/> [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [4] Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Doenças Cardiovasculares. 2016. [Internet]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf> [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [5] Fundação Portuguesa de Cardiologia – Fatores de Risco. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/> [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [6] Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. 2020. [Internet]. Available from: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [7] Thurston R, Rewak M, Kubzansky L. Na Anxious Heart: Anxiety and the Onset of Cardiovascular Diseases. *Progress in cardiovascular disease*. 2013; 6(55): 524-37.
- [8] Tully P, Harrison N, Cheung P, Cosh S. Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. *Curr Cardiol*. 18(12):120.
- [9] Fundação Portuguesa de Cardiologia – Stress. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/stress/> [Acedido em 31 de dezembro de 2020].
- [10] - Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67(6), 361–70.

- [11] Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health Medicine*. 2007; 12(2): 225-35.
- [12] Ouakinin S. Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Front Psychiatry*. 2016; 24 (7): 25.
- [13] Seldenrijk A, Vogelzangs N, Batelaan N, Wieman I, Schaik D, Penninx B. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 78: 123-29.
- [14] Player M, Peterson L. *Int J Psychiatry Med*. 2011; 41(4):365-77.
- [15] Tran B, Moir M, Thai T, et al. Socioeconomic Inequalities in health-Related Quality of Life among Patients with Cardiovascular Disease in Vietnam. *BioMed Research International*. 2018; 2018.
- [16] Hamrah M, Hamrah M, Ishii H, et al. Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City. *International Journal of Hypertension*. 2018; 2018.
- [17] Ministério da Saúde – Retrato da Saúde 2018. [Internet]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf [Acedido em 25 de janeiro de 2021].
- [18] Maximiano-Barreto M, Fermoseli A. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/al. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017; 18(3): 801-13.
- [19] Expresso – As 10 profissões mais stressantes. 2013. [Internet]. Available from: <https://expresso.pt/queroestudarmelhor/gemnoticias/as-10-profissoes-mais-stressantes=f780435> [Acedido em 27 de janeiro de 2021].
- [20] Ganson K, Tsai A, Weiser S, Benabou S, Nagata J. Job Insecurity and Symptoms of Anxiety and Depression Among U.S. Young Adults During COVID-19. *Journal of Adolescent Health*. 2021; 68(1): 53-6.
- [21] Ferrante G, Fasanelli F, Gigantesco A, et al. Is the association between precarious employment and mental health mediated by economic difficulties in males? Results from two Italian studies. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):869.

[22] Dijkstra-Kersten S, Biesheuvel-Leliefeld K, Wouden J, Penninx B, Marwijk H. Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69(7):660-5.

[23] Shreve-Neiger A, Edelstein B. Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clin Psychol Ver*. 2004; 24(4):379-97.

[24] Observatório das desigualdades – Nível de escolaridade. 2018. [Internet]. Available from: <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/2018/06/14/nivel-de-escolaridade/?print=print> [Acedido em 2 de fevereiro de 2021].

Anexo 1 – Instrumento de avaliação: Questionário “Adjust2Pain”



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

Sexo: Feminino Masculino

Idade: ___ anos

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

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

Área de residência:
Distrito _____ Concelho _____
Freguesia _____

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

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

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

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

Por favor, indique a sua profissão/ocupação (se respondeu “desempregado/a” ou “reformado/a”, por favor refira-se à sua última profissão/ocupação): _____

Língua mãe:

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

Pertence a um grupo minoritário em Portugal, pela nacionalidade, cor da pele ou etnia?
 (Se autoriza o tratamento da informação responda à questão com “sim” ou “não”, se não autoriza assinale a opção “recuso-me a responder”)

Sim
 Não
 Prefiro não responder

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

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

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

Sim
 Não

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

Artrose
 Artrite reumatóide
 Osteoporose
 Dor associada a trauma ou fratura
 Lesão/doença no/do joelho(s)
 Lesão/doença no/do ombro
 Torcicolo/rigidez do pescoço
 Doença/lesão do(s) disco(s) intervertebrais ou vértebras
 Doença/lesão do(s) da coluna não especificada(s)
 Ciática (dor do nervo ciático)
 Escoliose
 Síndrome do túnel cárpico
 Fibromialgia
 Enxaqueca ou outra dor de cabeça crónica
 Cancro
 Doença vascular periférica
 Dor associada a intervenção(ões) cirúrgica(s)
 Diabetes
 Doença de Crohn ou Colite ulcerativa
 Lesão medular
 Amputação de membro
 Endometriose
 Dor devido a outro problema de saúde
 Nenhum dos anteriores Prefiro não responder

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

Sim
 Não

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

Fármaco(s)/ Medicamento(s) _____

Fisioterapia _____

Hidroterapia _____

Acupuntura _____

Osteopatia _____

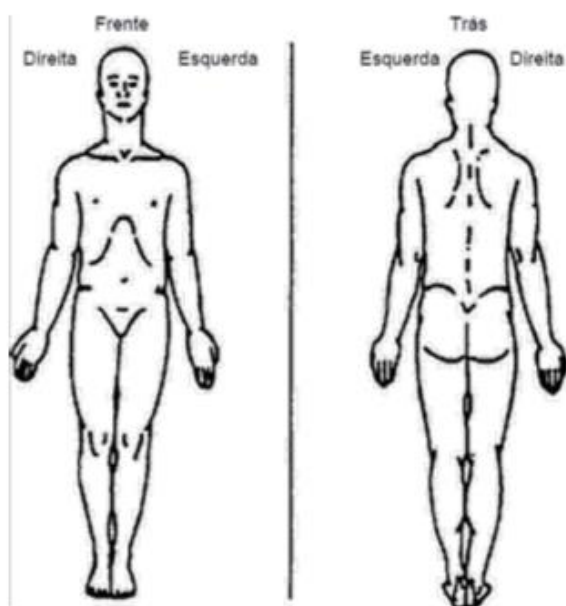
Relaxamento _____

Hipnose _____

Psicoterapia _____

Outro(s). Qual(is)? _____

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



Tem dor todos os dias ou quase? Sim Não

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

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

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

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



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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Pior dor que se pode imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Pior dor que se pode imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Pior dor que se pode imaginar

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Pior dor que se pode imaginar

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

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Nenhum Alívio
alívio completo

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

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

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

Ansiedade

Depressão

Outro problema emocional/psicológico

Nenhum dos anteriores Prefiro não responder

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

Desejo de pôr termo à (terminar com a) sua vida

Tentou pôr termo à (terminar com a) sua vida

Nenhum dos anteriores Prefiro não responder

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

Por exemplo:

0	1	2	3	4	5	6
Nada confiante						Totalmente confiante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sinto-me tenso/a ou nervoso/s:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

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

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

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

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

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

Tenho a cabeça cheia de preocupações:

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

Sinto-me animado/a:

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

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

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

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

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

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

De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

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

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

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

Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca

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

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

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

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

Andar mais de 1km

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

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

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

Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades
(por exemplo, foi preciso mais esforço) Sim Não

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

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

Fez menos do que queria Sim Não

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

- Absolutamente nada Um pouco Moderadamente Bastante Imenso

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

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

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

Se sentiu muito nervoso/a?

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

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

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

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

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

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

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

- Animista
- Budista
- Cristã Anglicana
- Cristã Baptista
- Cristã Calvinista
- Cristã Luterana
- Cristã Ortodoxa
- Cristã Católica
- Outra Cristã. Qual? _____
- Hinduísta
- Islâmica
- Judaica
- Xintoísta
- Taoísta
- Outra. Qual? _____

- Sou não religioso/a agnóstico/a
- Sou não religioso/a Ateu/ateia
- Nenhuma das opções anteriores Prefiro não responder

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

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

- Não se aplica

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

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

- Não se aplica

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

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

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

As minhas crenças religiosas são o fundamento da minha vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Prefiro não responder

To be fulfilled by the research team.

SUBID _____

INSTID _____

Anexo 2 - Consentimento Informado



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

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

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

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

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

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

Anexo 3 - Parecer favorável pela Comissão de Ética para a investigação do ISPA



Comissão de Ética de Investigação
ISPA - Instituto Universitário de Ciências
Psicológicas, Sociais e da Vida
Rua Jardim do Tabaco, 34,
1149-041 Lisboa
Telefone: (351) 218 811 700
Fax: (351) 218 860 954

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

I/005/03/2018

Título do projeto: Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain.

Investigador responsável: Alexandra Ferreira Valente

Instituição/Curso: ISPA- Instituto Universitário

Telefone para contato:

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos a ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário

(Assinatura do Presidente da CE)

Lisboa, 5 de Abril de 2018.

Anexo 4 - Autorização pela Comissão de ética para a Investigação da Universidade de Washington



IRB APPROVAL OF APPLICATION

May 21, 2018

Dear Mark Jensen:

On 5/21/2018, University of Washington IRB Committee B reviewed the following application:

Type of Review:	Initial Study
Title of Study:	ADJUST2PAIN: Effects of Beliefs and Coping in the Adjustment to Pain
Investigator:	Mark Jensen
IRB ID:	STUDY00004728
Funding:	Name: Fundacao Para A Ciencia E A Tecnologia, Grant Office ID: N/A - grant not administered through OSP, Funding Source ID: SFRH/BPD/121452/2016
IND, IDE, or HDE:	None

IRB Approval

Under FWA #00006878, the IRB approved your activity from 5/21/2018 to 5/20/2019.

- Your application qualified for expedited review ("minimal risk"; Categories 3 and 7).
- This approval applies only to the activities described in your application (including any references to specific grant sections). It does not include other activities that may be described in your grant or contract.
- Depending on the nature of your study, you may need to obtain other approvals or permissions to conduct your research. For example, you might need to apply for access to data (e.g., to obtain UW student data). Or you might need to obtain permission from facilities managers to approach possible subjects or conduct research procedures in the facilities (e.g., Seattle School District; the Harborview Emergency Department).

Determinations, waivers, and regulations

The IRB made the determinations and waivers listed in the table below. Note that any granted waivers of consent or parent permission do not override a subject's refusal to provide broad consent.

Requirement	Determination or Waiver
Consent	<ul style="list-style-type: none"> Waived for accessing records to identify potential subjects Waived for asking non-consenters their reasons for not participating
Required elements of consent	Waived for phone screening: questions, rights, injury contact; refuse, discontinue with no loss
Documentation of consent	Waived for phone screening
HIPAA Authorization	<ul style="list-style-type: none"> Waived for accessing records to identify potential

4333 Brooklyn Ave. NE, Box 359470 Seattle, WA 98195-9470
 main 206.543.0098 fax 206.543.9218 hsdinfo@u.washington.edu www.washington.edu/research/hsd
 Implemented 01/12/2018 - Version 1.6 - Page 1 of 2

	subjects • Waived for subjects who provide oral consent during the phone screening to access their medical records to ensure eligibility
--	---

Location of documents

Use the consent forms that were approved and stamped by the IRB. They can be downloaded from the Final column under the Documents tab in Zipline.

In addition, HSD has uploaded the following documents to the Documents tab in Zipline:

- Confidentiality Agreement (the original document will be sent in hard copy)

Thank you for your commitment to ethical and responsible research. We wish you great success!

Sincerely,

Galen Basse
Team Operations Lead, IRB B
206.683.1211
gbasse@uw.edu