

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Bianca Vieira Machado
Millena Rizza Nascimento

**Correlação entre auto-eficácia e afetos em indivíduos que sofrem com dor
persistente**

UBERLÂNDIA
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Bianca Vieira Machado

Millena Rizza Nascimento

Correlação entre auto-eficácia e afetos em indivíduos que sofrem com dor persistente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Uberlândia como pré-requisito para obtenção do título de graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Júlia Maria dos Santos

UBERLÂNDIA

2022

RESUMO

A dor persistente é um grave problema de saúde pública que gera altos custos e investimentos para seu tratamento e controle. Sabe-se que aspectos emocionais e comportamentais estão diretamente relacionados com as evoluções positivas ou negativas de um indivíduo dentro de um programa de reabilitação. Todavia, não se conhece como isso se processa. Características de enfrentamento positivo ou negativo perante as situações da vida do indivíduo, associadas a presença de dor crônica, podem afetar diretamente o sucesso ou fracasso do tratamento. O estudo tem o objetivo de avaliar as correlações entre auto-eficácia e afetos positivo/negativo em uma população que sofre com dor persistente. Estudo transversal, onde foram convidados a participar, voluntários de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos, que sofrem com dor persistente e que estejam em tratamento fisioterapêutico. Foram avaliados o perfil doloroso através da escala numérica de dor (END) aspectos emocionais/comportamentais através do questionário de auto-eficácia sobre a dor (*Pain self-efficacy questionnaire – PSEQ*) e a escala de afetos positivo e negativo (PANAS). Os dados foram analisados através do coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados mostraram correlação fraca entre auto-eficácia e afetos positivos e correlação negativa entre auto-eficácia e afetos negativos, porém, em nenhuma delas houve diferença estatística. A amostra analisada foi muito pequena, o que certamente contribuiu para a perda de poder estatístico do teste, portanto, faz-se necessário a inclusão de mais indivíduos na amostra total para que seja possível conclusão assertiva sobre tal investigação.

Palavras-chaves: Dor crônica; Auto-eficácia; Afetos; Fisioterapia.

ABSTRACT

Persistent pain is a serious public health problem that generates high costs and investments for its treatment and control. It is known that emotional and behavioral aspects are directly related to the positive or negative evolution of an individual within a rehabilitation program. However, it is not known how this takes place. Characteristics of positive or negative coping with situations in the individual's life, associated with the presence of chronic pain, can directly affect the success or failure of treatment. The study aims to assess the correlations between self-efficacy and positive/negative affect in a population that suffers from persistent pain. Cross-sectional study, in which volunteers of both sexes, between 18 and 60 years old, who suffer from persistent pain and who are undergoing physical therapy were invited to participate. Pain profile was evaluated using the Numerical Pain Scale (END), emotional/behavioral aspects through the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) and the Positive and Negative Affect Scale (PANAS). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results showed a weak correlation between self-efficacy and positive affects and a negative correlation between self-efficacy and negative affects, however, in none of them there was a statistical difference. The analyzed sample was very small, which certainly contributed to the loss of statistical power of the test, therefore, it is necessary to include more individuals in the total sample so that an assertive conclusion about such an investigation is possible.

Keywords: Chronic pain; Self-efficacy; affects; Physiotherapy.

Introdução

A compreensão acerca dos mecanismos neuropsicofisiológicos que envolvem a dor e a forma de tratamento, especialmente a dor crônica, continua sendo um obstáculo das ciências da saúde, permanecendo um desafio para clínicos de diversas especialidades.

Alguns dados estimam que cerca de 40% da população mundial sofra com dor musculoesquelética persistente (IASP, 2010). Segundo dados do Instituto Nacional de Saúde (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH– NIH, EUA), estima-se que mais de cem milhões de americanos sofrem com dor crônica e essa prevalência consome dos sistemas de saúde norte-americanos mais de 600 bilhões de dólares anualmente em custos com tratamentos (LOUW et al, 2016). No Brasil, estimativas indicam que mais de 60 milhões de brasileiros tenham dor persistente (SBED, 2014). A maioria dessas pessoas relata dor de intensidade suficiente para interferir nas atividades corriqueiras.

O conceito sobre dor, recentemente revisado é “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.” (RAJA et al, 2020). Esse conceito agrega a si dimensões sensitivo-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas, que se referem à percepção do indivíduo em relação ao fenômeno doloroso. Portanto, a dor é um fenômeno individual e quanto maior for o tempo de persistência da mesma, maiores podem tornar-se as respostas de sensibilização do sistema nervoso central.

Muitas das condições clínicas que evoluem cronicamente baseiam-se na hipótese de alterações nos sistemas de modulação central da dor e são classificadas como síndromes de sensibilização central (SC) (MONACO et al., 2017; KINDLER et al., 2011). SC é definida como uma amplificação da sinalização neural aos estímulos dolorosos, através das vias de transmissão e modulação dentro do sistema nervoso central (SNC), desencadeando hipersensitividade e hiperresponsividade à dor (WOOLF, 2011; NIJS et al., 2014). Ao fenômeno de SC acompanha-se quadro de dor desproporcional ao tipo de lesão, incongruência entre exame objetivo e subjetivo, dor de distribuição difusa ou irregular que pode estar distante da queixa original, hiperalgesia, alodinia e hipersensibilidade excessiva de outros sentidos que não se relacionam diretamente ao sistema musculoesquelético (p. ex. tátil, visual, auditivo) (NIJS et al., 2014). Essas alterações carecem de evidências instrumentais que possam, direta e proporcionalmente, explicar a severidade da dor e disfunção

apresentada por esses pacientes. Quanto maior o tempo de exposição de um indivíduo à dor, maior tendência a SC e maiores as alterações neuroplásticas patológicas no SNC. Entretanto, não se sabe até que ponto essas alterações podem ser reversíveis.

É sabido que o processamento neural da dor envolve a integração cortical de várias áreas do encéfalo que, em conjunto, produzem dor, não existindo, portanto, uma rede específica de processamento neural da dor. Isso favorece o aparecimento de uma série de comorbidades associadas aos quadros de dores crônicas, dentre as quais pode-se citar alterações neurovegetativas, os transtornos de humor do tipo ansiedade e depressão, distúrbios do sono, fadiga crônica, cinesiofobia, catastrofização e medo (VYAS et al., 2002; RADLEY et al., 2004; EISENBRUCH & WOLF 2015; BERGSTROM, 2016, TRACY et al., 2016; NIJS et al., 2017; AFOLALU et al., 2017).

Quanto mais um indivíduo desconhece sobre dor, mais ele tende a pensar que a situação é muito ameaçadora e com isso, normalmente desenvolve piores estratégias de enfrentamento, atitudes mal-adaptativas e pensamentos catastróficos. Assim sendo, tratar a dor crônica continua sendo um grande desafio para os profissionais da área da saúde.

É de amplo conhecimento científico que aspectos emocionais estão diretamente relacionados com as evoluções positivas ou negativas de um indivíduo dentro de um programa de reabilitação. Todavia, não se conhece como isso se processa. Características de enfrentamento positivo ou negativo perante as situações da vida do indivíduo, associadas a presença de dor crônica, podem afetar diretamente o sucesso ou fracasso do tratamento. Há na literatura ferramentas disponíveis para investigação do estado emocional, dentre elas escalas de autoeficácia e de afetos positivos e negativos.

Auto-eficácia é definida como a confiança do indivíduo de que pode executar com sucesso uma ação, a fim de produzir um resultado desejado (BANDURA, 1977).

Estudos de Bandura e colaboradores mostraram que indivíduos com melhores graus de auto-eficácia acreditam ser capazes de melhor lidar com os acontecimentos da vida, superar as dificuldades e se sentem mais preparados e confiantes para vencer obstáculos e obter êxito em suas realizações. Por outro lado, condições de baixa auto-eficácia resultam em menores capacidades para a resolução de problemas, pode

tornar os indivíduos mais ansiosos e ampliar a gravidade das possíveis ameaças ao bem-estar (BANDURA 1977; 1982; 1991; 1994).

Será que estados afetivos positivos ou negativos, oriundos da própria personalidade do indivíduo, podem interferir diretamente na maneira como ele enfrenta e reage às situações da vida cotidiana? Dentro de uma perspectiva cognitiva, o afeto parece assumir importante papel no julgamento e nas escolhas dependendo de suas valências – positiva ou negativa – bem como em formas específicas dessas valências, uma vez que é fundamental para a formação de emoções complexas (ZAJONC, 1980; HIGGINS, 1997; LERNER & KELTNER, 2000). Assim, essas ferramentas podem auxiliar na compreensão sobre os mecanismos que envolvem a dor persistente.

Dessa forma, o objetivo principal do estudo é correlacionar os índices de autoeficácia com índices de afetos positivos/negativos em uma população que sofre com dor persistente e que está recebendo tratamento fisioterapêutico.

Material e métodos

Estudo transversal desenvolvido no ambulatório de Ortopedia, Traumatologia e Reumatologia da clínica escola de Fisioterapia e associado ao Laboratório de Avaliação em Biomecânica e Neurociências (LABIN) do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16 (CAAE: 31064020.0.0000.5152).

Foram considerados critérios de inclusão para participação na pesquisa, indivíduos que apresentem dor por pelo menos três meses, com intensidade de pelo menos 3 na Escala Numérica de Dor (END), diagnóstico clínico de disfunção relacionada ao sistema musculoesquelético e que esteja realizando tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Ortopedia, Traumatologia e Reumatologia da clínica escola de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia. Não foram considerados para o estudo, indivíduos que apresentam histórico de lesão central e quaisquer distúrbios/desordens cognitivas que comprometam o entendimento dos procedimentos.

Após a explicação sobre os objetivos da pesquisa e uma vez preenchidos os critérios para participação na mesma, os voluntários, após aceite para participação na mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, responderam os seguintes questionários: a escala numérica de dor (END), o questionário de auto-eficácia sobre a dor (*Pain self-efficacy questionnaire – PSEQ*) e a escala de afetos positivo e negativo (PANAS), escalas estas em anexo.

Análise dos dados

A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e aplicada a correlação de Pearson como teste paramétrico. Os dados estão expressos como média \pm EPM. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Para descrever a correlação, tomou-se como base o valor absoluto do coeficiente como forte ($0,5 \leq r < 1$), moderada ($0,3 < r < 0,5$) ou fraca ($r < 0,3$).

Resultados

Os dados mostram os resultados obtidos da coleta experimental de 10 (dez) voluntários. A tabela 1 mostra o escore total dos questionários aplicados por voluntário: PSEQ 10 e PANAS, em seus domínios positivo e negativo. A tabela 2 indica o teste de normalidade realizado, onde observa-se que o valor de p é maior que 0,05 em todas as amostras e, portanto, aceita-se a hipótese nula que os dados tenham distribuição normal.

As correlações foram realizadas nas comparações entre auto-eficácia e a escala de afetos de PANAS, em ambos os domínios. Os resultados mostraram correlação fraca entre auto-eficácia e afetos positivos e correlação negativa entre auto-eficácia e afetos negativos, porém, em nenhuma delas houve diferença estatística. Esses resultados estão expressos na tabela 3.

Tabela 1: Escore total dos questionários aplicados por voluntário: PSEQ10 e PANAS.

* escore total do PSEQ10 = 60; +/++ escore total da escala de afetos, nos domínios

positivo e negativo de acordo com a Escala Panas: + escore total de afetos positivos = 50; ++ escore total de afetos negativos = 50.

PSEQ10 *	PANAS Afeto positivo		Afeto negativo Voluntário
	+	++	
1	32	47	13
2	30	44	10
3	51	38	11
4	28	40	9
5	58	41	24
6	32	16	41
7	32	33	29
8	38	36	17
9	15	30	32
10	31	28	26

Tabela 2: Teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Resultados	PSEQ10	Positivo	Negativo
Tamanho da amostra =	10	10	10
Média =	34.7	35.3	21.2
Desvio padrão =	12.0651	9.0314	10.871
W =	0.8866	0.9457	0.9228
p =	0.2023	0.5904	0.4121

Tabela 3. Correlação entre as variáveis auto-eficácia e afetos positivos e negativos. Valores expressos através do coeficiente de correlação de Pearson (r). Valor de $p > 0,05$ em ambos os grupos.

Correlação	r	p	IC95%
Auto-eficácia e afetos positivos	0.27	0.45	-0.43 a 0.77
Auto-eficácia e afetos negativos	-0.22	0.54	-0.75 a 0.47

Discussão

A dor é um grave problema de saúde pública que gera altos custos e investimentos para seu tratamento e controle. A fisioterapia convencional tem se mostrado ineficaz na abordagem completa desse indivíduo especialmente com relação à redução da intensidade da dor e melhora funcional. A literatura atual tem fortemente sugerido que sejam adicionadas intervenções que levem em conta aspectos psicossociais e emocionais do indivíduo ao tratamento. Dor é um fenômeno extremamente subjetivo, individual e complexo e compreender melhor suas correlações com estados emocionais e comportamentais pode contribuir para melhorar a abordagem a esse paciente, aprimorar aspectos da avaliação, refinar intervenções cognitivo comportamentais e melhorar os resultados dos tratamentos e a manutenção dos mesmos.

Os objetivos do estudo consistiram em avaliar as correlações entre autoeficácia e afetos positivo/negativo em uma população que sofre com dor persistente e que esteja recebendo tratamento fisioterapêutico. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas, entretanto, as análises de correlações mostraram uma correlação fraca entre índices de auto-eficácia e os afetos positivos, enquanto mostrou uma correlação negativa entre índices de auto-eficácia e afetos negativos. Esses resultados vão de encontro às hipóteses iniciais do estudo, onde se esperava de moderada a forte correlação positiva entre auto-eficácia e afetos, de modo que, melhores índices de auto-eficácia estivessem diretamente relacionados a maiores índices de afetos positivos, e da mesma forma, o contrário para os afetos negativos. Entretanto, os resultados aqui apresentados são preliminares e a amostra analisada foi muito pequena, o que certamente contribuiu para a perda de poder estatístico do teste, demonstrando uma correlação fraca. Os resultados não permitem ainda nenhuma conclusão assertiva sobre tal investigação. Faz-se necessário a inclusão de mais indivíduos na amostra total para condução mais fidedigna desse processo.

Estudos de Bandura e colaboradores mostraram que indivíduos com melhores índices de auto-eficácia acreditam ser capazes de melhor lidar com os acontecimentos da vida, superar as dificuldades e se sentem mais preparados e confiantes para vencer

obstáculos e obter êxito em suas realizações. Por outro lado, condições de baixa auto-eficácia resultam em menores capacidades para a resolução de problemas, pode tornar os indivíduos mais ansiosos e ampliar a gravidade das possíveis ameaças ao bem-estar (Bandura, 1977; 1982; 1991; 1994). Da mesma forma, o senso de auto-eficácia diminuído pode afetar fatores biológicos e alterar a capacidade do sistema imunológico em reagir a determinadas circunstâncias, uma vez que é um sistema amplamente interligado com a circuitaria emocional (Bandura, 1994).

Estudos na literatura têm observado relação entre auto-eficácia e dor. Crenças disfuncionais podem influenciar os indivíduos quanto a percepção e expressão da dor, a forma como lidam com ela e o manejo de seu tratamento (Kurita & Pimenta, 2004). Pacientes com dor crônica associaram dor com lesão tecidual e com isso, diminuíram ou aboliram a prática de atividade física (Cipher & Fernandez, 1997). Asghari e Nicholas (2001), em um estudo prospectivo, acompanharam 145 indivíduos com dor persistente por um período de nove meses e observaram que quanto menor a crença de auto-eficácia, maior a quantidade de comportamentos dolorosos e de evitação da dor. Outros estudos também mostraram correlação negativa entre auto-eficácia e comportamento doloroso em pacientes com artrite reumatóide e fibromialgia (Buescher et al, 1991; Buckelew et al., 1994).

O papel do afeto negativo na dor persistente também tem sido pesquisado. Quando sentida cronicamente, a dor provoca uma série de comportamentos e afetos negativos, que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo em desenvolver comorbidades como depressão e/ou outras desordens de humor. De forma geral, os resultados desses estudos demonstram que quando os tratamentos psicossociais destinados a reduzir os índices de afeto negativo tem sucesso, os sintomas relacionados a dor tendem a melhorar (Janssen, 2002; Wiech et al., 2009; Shackman et al, 2011; Finan & Garland, 2015).

Assim sendo, essas ferramentas podem tornar-se importantes aliadas para auxiliar na compreensão acerca dos mecanismos neuropsicofisiológicos que envolvem a dor, especialmente a dor persistente e essas investigações terão sua continuidade.

Conclusões

Foi possível observar correlação fraca entre índices de auto-eficácia e os afetos positivos e correlação negativa entre índices de auto-eficácia e afetos negativos. Esses resultados vão de encontro às hipóteses iniciais do estudo, entretanto, os resultados aqui apresentados são preliminares e a amostra analisada foi muito pequena, o que certamente contribuiu para a perda de poder estatístico do teste. Embora os resultados ainda não permitam conclusão assertiva sobre tal investigação, faz-se necessário a inclusão de mais indivíduos na amostra total para condução mais fidedigna desse processo.

Referências Bibliográficas

AFOLALU, E.F.; RAMLEE, F.; TANG, N.K.Y. Effects of sleep changes on painrelated health outcomes in the general population. A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Ver. Elsevier*, v. 39, p. 82-97, 2017.

Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain*. 2001;94(1):85-100.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*; 84:191–215, 1977. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37(2), 122–147, 1982. https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122.

Bandura, A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287, 1991. [https://doi.org/10.1016/07495978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/07495978(91)90022-L)

Bandura, A. Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of Human Behavior (Vol. 4, pp. 71-81), New York Academic Press, 1994.

BERGSTROM, H.C.The neurocircuitry of remote cued fear memory. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 71, p. 409-417, 2016.

Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, et al. Selfefficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*. 1994;59(3):377-84.

Buescher KL, Johnston JA, Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Anderson SK, et al. Relationship of self-efficacy to pain behavior. *J Rheumatol*. 1991;18(7):968-72. 17.

Cipher DJ, Fernandez E. Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. *Behav Res Ther*. 1997;35(5):437-44.

EISENBRUCH, S.; WOLF, O.T. Could stress contribute to pain-related fear in chronic pain? *Frontiers in behavioral neuroscience*, v. 9, 2015.

Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *Clin. J. Pain*. 2015 Feb;31(2):177-87. doi: 10.1097/AJP.0000000000000092.

Higgins E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280–1300. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>

International Association for the Study of Pain (IASP), 2010. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>. Acesso em: 14. Setembro.2020.

Janssen SA. Negative affect and sensitization to pain. *Scand J Psychol*. 2002; 43:131–7.

KINDLER, L.L; BENNETT, R.M.; JONES, K.D. Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Management Nursing*, v. 12, p.15–24, 2011.

Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38 (3):254-61

Lerner J. S., & Keltner D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgment and choice. *Cognition and Emotion*, 14, 473–493. <http://dx.doi.org/10.1080/026999300402763>

MONACO, A.; *et al*. Central Sensitization-Based Classification for Temporomandibular Disorders: A Pathogenetic Hypothesis. *Pain Research and Management*, 2017.

NIJS, J.; *et al*. Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain. *Pain Physician*, v.17, p. 447-457, 2014.

NIJS, J.; *et al*. Sleep disturbances and severe stress as glial activators: key targets for treating central sensitization in chronic pain patients. *Expert Opinion on Therapeutic Targets*, 2017

RADLEY, J.J.; *et al*. Chronical behavioral stress induces apical dendritic reorganization in pyramidal neurons of the medial pré-frontal córtex. *Neuroscience*, v.125, 2004.

RAJA, S.N.; *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises, PAIN, v.161 ed. 9, 2020.

Shackman AJ, Salomons TV, Slagter HA, et al. The integration of negative affect, pain and cognitive control in the cingulate cortex. Nature Reviews Neuroscience. 2011; 12:154–67. 7.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), 2014. <http://www.sbed.org.br>.

TRACY, L.M.;*et al.* Meta-analytic evidence for decreased heart rate variability in chronic pain implication parasympathetic system dysregulation. Pain, v. 157, p. 7-29, 2016.

VYAS, A.; *et al.* Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. Journal of Neuroscience, v. 22, p. 6810-6818, 2002.

Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. Neuroimage. 2009; 47:987–94.

WOOLF, C.J. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. Pain, 2011

Zajonc R. B. (1980). Feelings and thinking: Preferences need no inferences. American Psychologist, 35, 151–175. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151>

ANEXOS

ANEXO A- PSEQ.

QUESTIONÁRIO DE AUTO-EFICÁCIA SOBRE DOR (PSEQ-10)

Por favor, indique o quanto confiante você está neste momento em poder fazer as seguintes coisas apesar da sua dor. Para indicar sua resposta, circule um número em cada questão, considerando que (0) indica nem um pouco confiante e (6) completamente confiante.

Por exemplo:

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante			3			Completamente confiante

Lembre-se, este questionário não está perguntando se você tem feito estas coisas ou não. Mas sim o quanto confiante você se sente em poder fazê-las neste momento, apesar da sua dor.

1. Posso aproveitar as coisas apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

2. Posso fazer a maior parte das minhas tarefas domésticas (ex: Lavar a louça, arrumar a casa, lavar o carro....) apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

3. Continuo encontrando meus amigos e familiares com a mesma frequência que antes apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

4. Posso lidar com a dor na maior parte das situações.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

5. Posso fazer alguns trabalhos apesar da minha dor (ex: trabalhos de casa e emprego remunerado ou não).

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

6. Posso fazer muitas coisas que aprecio apesar da dor (ex: lazer, artesanato, esporte....).

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

7. Posso lidar com a dor sem usar remédios.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

8. Posso alcançar a maior parte dos meus objetivos na vida apesar da dor.

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante
9. Apesar da dor posso viver uma vida normal.						

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante
10. Posso aos poucos me tornar mais ativo apesar da dor.						

0	1	2	3	4	5	6
Nem um pouco confiante						Completamente confiante

ANEXO B- PANAS

Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)

Essa escala consiste de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta apropriada no espaço ao lado da palavra. Indique o quanto você vem se sentindo assim durante a última semana, incluindo o dia de hoje

- Afeto Negativo (Q11-Q20) = 0-50 pontos
- Afeto Positivo (Q1-Q10) = 0-50 pontos

	Muito pouco ou nada (1)	Um pouco (2)	Moderadamente (3)	Muito (4)	Excessivamente (5)
1. Ativo					
2. Alerta					
3. Atento					
4. Determinado					
5. Entusiasmado					
6. Empolgado					
7. Inspirado					
8. Interessado					
9. Forte					
10. Eufórico/animado					
11. Com medo					
12. Envergonhado					
13. Afrito					
14. Culpado					
15. Hostil					
16. Irritável					
17. Inquieto					
18. Nervoso					
19. Apavorado					
20. Chateado					