

Cross-cultural adaptation of Chronic Pain Coping Inventory - Brazilian version

Adaptação transcultural do Chronic Pain Coping Inventory - versão brasileira

Layz Alves Ferreira Souza¹, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz², Lillian Varanda Pereira¹

DOI 10.5935/2595-0118.20180020

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The Chronic Pain Coping Inventory is a widely used instrument to evaluate pain coping, however, there are no Brazilian publications about this tool. The objective of the study was to adapt the Chronic Pain Coping Inventory to the Brazilian culture.

METHODS: According to the international guidelines for cross-cultural adaptation of measurement instruments, the study was developed in the stages: planning, translation, synthesis, analysis by an expert committee, back-translation, evaluation by the original author, discussion with lay people, pre-test and final evaluation.

RESULTS: A pre-test of the consensus version approved by the committee was conducted with 59 people, resulting in the Brazilian Version of the Chronic Pain Coping Inventory adapted according to the Brazilian culture. A preliminary reliability analysis showed adequate values for the subscale of protection, ask for help, seek social support, coping self-statements and exercise/stretch. Its use in clinical practice and research shows a promising future towards a multidisciplinary pain management in Brazil.

CONCLUSION: Future research is needed to determine the psychometric properties of the Brazilian version of the Chronic Pain Coping Inventory and to confirm the need to include items related to religious practices, and the use of pharmacological methods and complementary therapies as coping strategies for chronic pain.

Keywords: Adaptation psychological, Chronic pain, Pain management, Translation.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O *Chronic Pain Coping Inventory* trata-se de um instrumento largamente utilizado para a avaliação do enfrentamento de dor, no entanto, ainda não há publicações brasileiras sobre essa ferramenta. O objetivo deste estudo foi adaptar o *Chronic Pain Coping Inventory* para a cultura brasileira.

MÉTODOS: De acordo com as diretrizes internacionais para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, o estudo foi desenvolvido nas etapas: planejamento, tradução, síntese, análise por comitê de especialistas, retrotradução, avaliação pelo autor original, discussão com leigos, pré-teste e avaliação final.

RESULTADOS: Foi realizado o pré-teste da versão consensual aprovada pelo comitê em 59 pessoas, obtendo-se ao final o *Chronic Pain Coping Inventory - Versão Brasileira* adaptado conforme as nuances da cultura no Brasil. Análise preliminar da fidedignidade mostraram valores adequados para a subescala de proteção, pedido por ajuda, busca por suporte social, autoafirmações de enfrentamento e exercícios/alongamento. Seu uso na prática clínica e de pesquisa aponta futuro promissor para o avanço no manejo multidisciplinar da dor no Brasil.

CONCLUSÃO: Pesquisas futuras são necessárias para determinar as propriedades psicométricas do *Chronic Pain Coping Inventory - Versão Brasileira* e confirmar a necessidade de inclusão de itens relacionados às práticas religiosas, e ao uso de métodos farmacológicos e terapias complementares como estratégias de enfrentamento da dor crônica.

Descritores: Adaptação psicológica, Dor crônica, Mensuração da dor, Tradução.

INTRODUÇÃO

As pessoas com dor crônica (DC), um fenômeno multidimensional, podem usar diferentes estratégias de enfrentamento (EE). Enfrentar um agente estressor, como a dor, significa empreender esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas internas ou externas que surgem mediante o estresse e são avaliadas pela pessoa como algo que excede seus recursos pessoais¹.

Uma revisão sistemática da literatura publicada em 2015² identificou 23 instrumentos para medida do enfrentamento, sendo cinco específicos para avaliação do enfrentamento da dor, o *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI)³, o *Pain Coping Questionnaire* (PCQ)⁴, *Pain Coping Inventory* (PCI)⁵, *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ)^{6,7} e o *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI). Até o início do primeiro semestre de 2018, busca na literatura não identificou novas publicações de instrumentos de mensuração de enfrentamento da dor.

1. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.
2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 18 de março de 2018.

Aceito para publicação em 23 de abril de 2018.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua 227 Qd 68, S/N - Setor Leste Universitário

74605-080 Goiânia, GO, Brasil.

E-mail: layzenf@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

O VPMI não foi adaptado transculturalmente para o Brasil e apesar de já ter sido amplamente utilizado, tem caído em desuso devido a sua perspectiva dualista que foca apenas no enfrentamento ativo (adaptativo) e passivo (não-adaptativo)³, inviabilizando a avaliação do enfrentamento em diferentes contextos onde uma mesma estratégia poderia ser considerada adaptativa e em outros não-adaptativa².

O PCQ e PCI também não possuem versão brasileira. O primeiro é um instrumento específico para a avaliação do enfrentamento de dor em população de crianças e adolescentes⁴, e o segundo não possui larga recomendação de uso pois os autores não apresentam uma teoria consistente para a medida de enfrentamento da dor⁵.

O CSQ é o único instrumento para avaliação de enfrentamento de dor traduzido para o português brasileiro⁷. No entanto, o processo metodológico utilizado em sua adaptação transcultural não está claro em relação ao cumprimento dos *guidelines* sobre o tema⁸⁻¹⁰ e, até onde se conhece, não há publicações que tratem das suas propriedades psicométricas no Brasil. Além disso, na teoria que embasa o CSQ há certa confusão da medida de enfrentamento com a catastrofização, o que não reflete o enfrentamento em si, pois apesar de a catastrofização ser um importante preditor de disfunção psicológica e física, ela não é um esforço pessoal para manusear o estresse, sendo considerada uma distorção do pensamento pela teoria cognitivo-comportamental^{11,12}.

O CPCI foi elaborado nos Estados Unidos a partir da análise crítica da literatura sobre a teoria de enfrentamento e dos estudos que usaram outros instrumentos, principalmente o VPMI e CSQ^{12,13}. A necessidade de outro instrumento para mensurar o enfrentamento em pessoas com dor surgiu com a intenção de superar as limitações identificadas nos demais instrumentos¹². A teoria que fundamenta esse instrumento foi publicada em 1991, quatro anos antes da sua divulgação¹².

Uma revisão da literatura realizada em fevereiro de 2018 nas fontes de dados Pubmed, SCOPUS, *Web of Science* e PsycINFO mostrou que o CPCI já foi adaptado transculturalmente e validado para populações do Canadá (língua francesa) e França^{14,15}, Canadá (língua inglesa)^{16,17}, Suécia¹⁸, Espanha¹⁹, China²⁰⁻²², Coreia do Norte²³, Portugal²⁴, Itália²⁵ e Polônia²⁶. Nesses estudos, as amostras eram de populações de adultos e idosos, com idades médias entre 32,5 e 82,0 anos, com DC em diversos locais do corpo (lombar, lombopélvica, dores generalizadas, como na fibromialgia), em atendimento ambulatorial ou em regime de internação.

A versão inicial do CPCI, publicada em 1995, contava com 64 itens que avaliavam o uso de EE cognitivas e comportamentais¹³, mas uma revisão em 2001 excluiu a escala "Uso de medicação" e incluiu a escala "Regulação do ritmo", totalizando 70 itens. Os direitos autorais foram transferidos para uma empresa de testes em saúde, a *Psychological Assessment Resources* (PAR)²⁷.

O CPCI consiste em nove subescalas distribuídas em dois domínios, sendo eles as EE focadas na doença e as EE focadas no bem-estar. O primeiro consiste nas subescalas de proteção (restrição no uso ou no movimento de alguma parte do corpo), descanso (deitar, sentar, ou ir para um local escuro ou quieto devido à dor) e pedido por ajuda (solicitação de ajuda em alguma atividade quando está com dor, como nas tarefas de casa ou para pegar alguma coisa). No domínio de EE focadas no bem-estar, tem-se as subescalas de busca por su-

porte social (conversar ou passar tempo junto a um amigo ou pessoa amada quando vivenciando dor - o assunto da conversa pode ser sobre a dor ou não); autoafirmações de enfrentamento (pensamentos positivos propositais que inspiram esperança); regulação do ritmo (alteração no ritmo de atividades, como fazer as atividades mais vagarosamente, dar pausas, ou manter um ritmo diferente do que estava acostumado); exercício/alongamento (empenho em alguma atividade para fortalecimento muscular ou alongamento), relaxamento (uso de estratégias para relaxar como meditação, escutar música, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, imagens mentais, hipnose, entre outros); e persistência em tarefas (tendência em continuar as atividades normalmente apesar da dor)²⁷.

O CPCI pode ser utilizado por médicos, enfermeiros, psicólogos ou demais profissionais da saúde a fim de rastrear as EE usadas antes de um tratamento, para avaliar a evolução clínica e efetividade no pós-tratamento, o curso da experiência dolorosa, o sofrimento gerado pela dor, e a documentação do progresso do tratamento. Esse instrumento foi desenvolvido para mensurar estratégias que homens ou mulheres, entre 20 e 80 anos de idade, usam para enfrentar a sua dor^{13,27}.

A revisão da literatura mostrou que o CPCI ainda não foi adaptado transculturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil. No entanto, tal lacuna pode ser preenchida por um processo de adaptação em relação ao idioma, a cultura, o contexto e estilo de vida¹⁰ no Brasil, possibilitando a produção de um instrumento equivalente ao original para uso em nossa cultura⁸.

Isso posto, o objetivo desta pesquisa foi realizar a adaptação transcultural do CPCI para a avaliação do enfrentamento da dor crônica entre brasileiros.

MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico, de adaptação transcultural de um instrumento de avaliação de enfrentamento da DC, o CPCI.

O processo de adaptação transcultural foi realizado entre agosto de 2015 e outubro de 2016 orientado por diretrizes descritas na literatura^{10,28}. Adaptou-se a ordem de realização de algumas etapas metodológicas, como o pré-teste (PT) que foi realizado por três vezes a fim de se obter melhor equivalência entre o instrumento original e o brasileiro, e a retrotradução que foi realizada apenas após a conclusão de dois pré-testes²⁹. As etapas seguidas foram:

Planejamento

Envolveu a solicitação e autorização da empresa PAR para a adaptação transcultural do CPCI para a população brasileira, investigação sobre os conceitos de enfrentamento da dor e suas nuances na cultura brasileira, leitura do manual do profissional²⁷ a respeito do seu uso, e seleção e convite de especialistas para compor o comitê de avaliação da adaptação transcultural do CPCI.

Para a investigação dos conceitos de enfrentamento e sua representação para a cultura brasileira, realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, sem restrição de datas (até fevereiro de 2018), com filtro para literatura nacional, utilizando os descritores ("enfrentamento" OR "coping") AND ("dor" OR "pain") além de busca por referência cruzada em livros sobre o tema.

Tradução

Foi realizada por dois tradutores independentes (T1 e T2), bilíngues e fluentes no português brasileiro e no inglês, sendo a língua-mãe o português. Foi considerado fluente o tradutor que morou pelo menos um ano nos Estados Unidos da América, mas cuja residência fixa no momento da tradução era no Brasil³⁰. O T1 era bacharel em letras (inglês) e o T2 um tradutor profissional especializado em trabalhos acadêmicos da área de saúde, ambos leigos quanto ao CPCI.

Síntese ou reconciliação

Os dois tradutores e os pesquisadores sintetizaram, em consenso, as duas traduções (T1 e T2), gerando um único documento – a Tradução Consensual (TC). Os impasses quanto à síntese foram resolvidos pelos pesquisadores e tradutores por meio de consulta ao dicionário da língua portuguesa Aurélio e Michaelis, para assim escolherem o termo traduzido que melhor define o construto investigado, e que fosse popularmente usado na cultura brasileira. Nos casos em que não foi escolhida nenhuma das traduções, reformulou-se a sentença conforme o entendimento dos autores, utilizando sinônimos para palavras conforme proposto em dicionários. A TC foi tabulada ao lado da versão original em inglês e das versões T1 e T2. A TC foi em seguida submetida para análise de equivalências por um comitê de especialistas.

Análise por comitê de especialistas

O comitê foi formado por sete especialistas, sendo quatro profissionais bilíngues (uma doutora em psicologia especialista em comportamento humano; uma médica especialista em reumatologia, com expertise em dor; um mestre em linguística, especialista em tradução de artigos científicos na área da saúde e uma enfermeira, doutora com expertise em medidas de fenômenos subjetivos em saúde), também participaram três pesquisadores (uma doutora em enfermagem com expertise em medidas de fenômenos subjetivos em saúde, uma mestre e uma doutora em enfermagem com expertise em dor).

Os especialistas avaliaram a TC quanto à equivalência conceitual, semântica, idiomática e cultural, e realizaram a avaliação dos resultados do pré-teste (PT). Na avaliação das equivalências, os seguintes conceitos foram considerados³¹:

- *Equivalência conceitual*: referente à capacidade de transferência de sentido dos conceitos do instrumento original para a versão adaptada para assegurar os efeitos semelhantes nos respondentes das duas culturas;
- *Equivalência semântica*: manutenção dos significados do instrumento original e do traduzido para a língua alvo, de forma que a tradução tivesse representação do constructo envolvido;
- *Equivalência idiomática*: substituição de expressões populares e termos coloquiais da cultura original para outros que são equivalentes na cultura alvo;
- *Equivalência cultural*: coerência entre expressões do instrumento traduzido e do original, considerando a realidade de cada contexto cultural.

A avaliação foi realizada por meio de congruência item-objetivo³², sendo que o item julgado como equivalente recebeu o valor “+1”; na indecisão sobre a equivalência o valor foi zero “0”; e na falta de equivalência, “-1”. Para tal avaliação foi usado um instrumento elaborado para esse fim. Os itens com 75,0% ou mais de concordância entre os especialistas foram retidos³². Os demais, quando pertinente

e em conformidade com a teoria de enfrentamento de dor, foram modificados após discussões entre os pesquisadores. Como resultado desse processo, obteve-se a versão brasileira 1.0 do CPCI.

Retrotradução

Dois tradutores realizaram de forma independente a retrotradução do CPCI versão brasileira 1.0 (RT1 e RT2). Eles eram bilíngues, fluentes no português e inglês, e tinham como língua-mãe o inglês, além de serem encobertos em relação ao CPCI e ao assunto estudado. O trabalho dos retrotradutores foi remunerado.

Avaliação pela *Psychological Assessment Resources* e autor original

Ambas retrotraduções e o CPCI - versão brasileira 1.0 foram encaminhados para a PAR, que mediou o contato com o autor original. Após discussão, o instrumento sofreu algumas alterações, resultando na versão brasileira 1.1 do CPCI.

Discussão com leigos

Foi realizada uma reunião entre os pesquisadores e dois leigos, sendo uma brasileira bilíngue e um norte-americano com conhecimentos básicos do português. A primeira residia no Brasil e o segundo nos Estados Unidos, mas em visita ao Brasil. O objetivo desse encontro foi esclarecer a representação cultural de cada item para o estadunidense afim de buscar a representação equivalente para o brasileiro. Nesse momento foram discutidos os termos utilizados na versão CPCI - versão brasileira 1.1 e os leigos realizaram sugestões de adaptações, gerando a Versão Brasileira 1.2 do CPCI.

Pré-teste (PT)

Nessa etapa, buscou-se verificar a equivalência entre a versão original do CPCI no inglês e as versões brasileiras (versão brasileira 1.1, versão brasileira 1.2, e versão final). A coleta de dados para o PT foi realizada nas salas de espera dos ambulatórios de neurologia, ortopedia, fisioterapia e reumatologia de um hospital público na cidade de Goiânia, GO, Brasil. O local de estudo foi escolhido considerando as características da dor referida pelos usuários, frequentemente de origem musculoesquelética e cefaleias, buscando obter amostra semelhante ao estudo original de validação do CPCI¹³ e de outros estudos apresentados no manual de utilização do instrumento²⁷.

A amostra de conveniência foi composta por 59 pessoas com DC, atendendo a recomendação de no mínimo 30 pessoas para essa etapa do estudo^{10,28}. Foram critérios de inclusão para a participação no estudo, ter 18 anos de idade ou mais, estar em atendimento ambulatorial, relatar DC (considerada como aquela existente há seis meses ou mais, no mesmo local, com episódios mínimos a cada 15 dias)³³, ser capaz de ler e escrever em português e comunicar-se oralmente de forma independente, sem respondente substituto (acompanhante, por exemplo).

Os dados foram coletados na sala de espera, no período entre julho e outubro de 2016, por três observadores. A coleta de dados aconteceu em três etapas (PT1, PT2 e PT3):

- PT1: foi realizado em julho de 2016, com amostra de 7 participantes, com DC, sendo 5 mulheres e 2 homens, com idades entre 43 e 74 anos, e uma variação de 2 a 17 anos em relação ao estudo formal. Duas pessoas referiram dor de 1 a 5 anos, três pessoas queixaram de dor entre 5 a 10 anos e duas pessoas relataram dor

há mais de 10 anos. Foram utilizados sete questionários contendo dados socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, naturalidade, estado civil, quantidade de filhos, número de pessoas morando na casa do participante, renda mensal familiar, quantidade de anos de estudo, ocupação e religião); e características da DC quanto ao tempo de convívio com a dor (6 meses a um ano; de um a cinco anos; entre cinco e 10 anos; mais de 10 anos) e intensidade da experiência dolorosa. Além disso, o participante respondeu ao CPCI versão brasileira 1.1, sendo orientado a avaliar as instruções e os itens do instrumento quanto à clareza e inteligibilidade. A resposta referente ao entendimento das instruções e dos itens poderia ser «não entendi», «entendi parcialmente» ou «sim, entendi». Caso a resposta fosse “não entendi” ou “entendi parcialmente”, as dúvidas foram relatadas oralmente e por escrito;

- PT2: realizado em setembro de 2016, com amostra de 21 pessoas com DC, 14 mulheres e 7 homens. A idade dos participantes variou entre 24 e 73 anos de idade ($54,4 \pm 15,3$ anos) e a média de anos de escolaridade foi de $6,1 \pm 4,34$ anos. Os participantes avaliaram apenas os 12 itens da versão brasileira 1.2 do CPCI para os quais não houve consenso entre os especialistas. O questionário incluiu dados sobre a idade, ocupação, estado civil e quantidade de anos de estudo. Em seguida, após receberem instruções sobre a tarefa a ser realizada, tiveram contato com os 12 itens, em duas traduções diferentes, podendo escolher a que entendeu melhor. Para cada item, a pessoa poderia escrever observações que julgasse pertinente;

- PT3: foi realizado em outubro de 2016, com o objetivo de verificar o entendimento da Versão Brasileira Final do CPCI. Em decorrência das dificuldades dos participantes em utilizar o questionário no PT1 e PT2, no PT3 eles foram entrevistados. Participaram 31 usuários com DC, sendo 20 mulheres e 11 homens. A média de idade foi de $50,6 \pm 13,0$ anos, 21 eram casados e a média dos anos de estudo foi de $6,6 \pm 3,9$. A DC há mais de cinco anos foi referida por 18 pessoas. Durante o PT3, os participantes preencheram os dados socioeconômicos e demográficos, características da dor e o CPCI, foram questionados sobre suas dúvidas, e suas respostas anotadas pelo observador.

Avaliação da Versão Brasileira Final do *Chronic Pain Coping Inventory* por especialistas

Após a realização do PT3, os especialistas avaliaram todo o processo de adaptação transcultural por meio dos dados e relatórios produzidos pelos pesquisadores e aprovaram a versão brasileira final do CPCI. A versão assim aprovada foi revisada por profissional especializado em língua portuguesa e em seguida encaminhada, com uma nova retrotradução da versão final, para a PAR.

O processo da adaptação transcultural do CPCI para a população brasileira com DC está representado na figura 1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o parecer nº 1.339.810/2015 respeitando os princípios da resolução CNS 466/12 e da Declaração de Helsinque.

Análise estatística

A análise dos dados gerados no pré-teste foi realizada por meio de tabulação das informações no programa *Microsoft Excel* 2016 para o MacOS Sierra e a análise preliminar da fidedignidade foi realizada no pacote estatístico IBM® *SPSS Statistics*® versão 20.0.

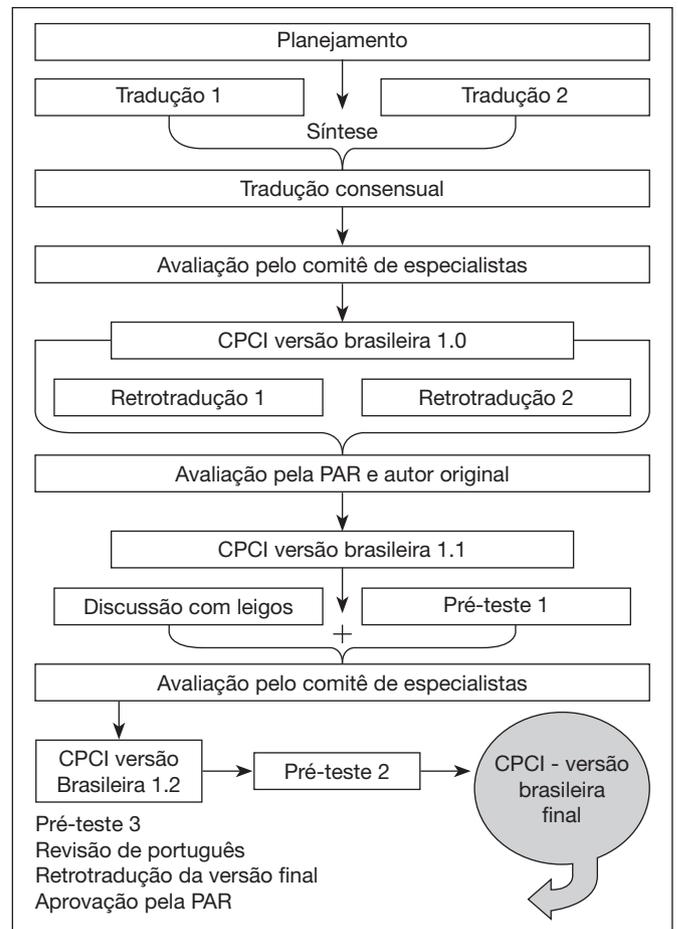


Figura 1. Fluxograma do método utilizado para a adaptação transcultural do *Chronic Pain Coping Inventory* - versão brasileira - Brasil - 2018 PAR = *Psychological Assessment Resources, Inc.*

RESULTADOS

Os resultados da adaptação transcultural do CPCI estão apresentados seguindo a ordem das etapas percorridas para a realização da pesquisa.

Planejamento

A PAR concedeu a autorização para adaptação transcultural do CPCI para a população brasileira. O CPCI avalia o construto de enfrentamento por meio de itens que abordam EE de proteção, descanso, pedidos por ajuda, busca por suporte social, regulação do ritmo de atividades, exercícios/alongamento, atividades de relaxamento, autoafirmações de enfrentamento e persistência em tarefas²⁷. A busca de estudos brasileiros sobre a temática identificou apenas 8 estudos originais que abordaram questões relacionadas ao enfrentamento da DC e que discutiram as EE apontadas pelos participantes. No total foram três dissertações de mestrado³⁴⁻³⁶, uma tese de doutorado⁷ e quatro artigos³⁷⁻⁴⁰, além de dois capítulos de livros^{41,42}.

Os estudos apontaram importantes conteúdos referentes a EE para dor entre brasileiros que não são abordados no CPCI, como a busca por tratamento farmacológico e terapias complementares, além das práticas religiosas e de espiritualidade. A análise comparativa entre os conteúdos de enfrentamento abordados nos estudos brasileiros e as subescalas do CPCI pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Análise comparativa entre conteúdos de enfrentamento da dor abordados em estudos brasileiros e as subescalas do *Chronic Pain Coping Inventory*

EE para dor utilizadas por brasileiros		Subescalas de enfrentamento da dor CPCI	
Conteúdo	Representação da EE	Conteúdo	Representação da EE
Descanso	Deitar na cama, rede ou objeto confortável, dormir, repousar ou ficar quieto em um lugar ^{39,40} .	Descanso	Itens 5, 8, 20, 43, 51, 63, 70 Descansar em cadeira ou poltrona confortável, dormir, deitar na cama ou sofá, ficar quieto em um cômodo.
Persistência em tarefas	Tolerar a dor e continuar as atividades habituais da vida ^{34,35} .	Persistência em tarefas	Itens 2, 4, 30, 37, 55, 69; seguir em frente com atividades, não deixar a dor interferir nelas, ignorar e não prestar atenção na dor.
Autoafirmações de enfrentamento	Desenvolver pensamentos positivos em relação à experiência dolorosa ^{7,34} .	Autoafirmações de enfrentamento	Itens 11, 15, 21, 23, 25, 29, 32, 40, 49, 53, 58; lembrar de coisas boas ou experiências positivas do passado, ter pensamentos otimistas.
Busca por suporte social	Envolver-se socialmente, estar com pessoas íntimas ^{37,38} .	Busca por suporte social	Itens 6, 9, 17, 22, 24, 48, 57, 61; encontrar, conversar ou passar tempo junto com amigos e familiares.
Atividades físicas	Realizar caminhadas, praticar natação e outras atividades ³⁴ .	Exercício/ Alongamento	Itens 3, 14, 19, 28, 31, 35, 41, 47, 56, 59, 65, 66; exercitar-se de forma geral ou exercitar ou alongar partes específicas do corpo ou a região dolorida.
Proteção	Apoiar-se em objetivos, esquivar-se de atividades ⁴⁰ .	Proteção	Itens 12, 16, 36, 38, 42, 44, 50, 52, 60; evitar atividades, utilizar apoio ao movimentar-se, mancar ao caminhar, entre outros.
Não abordado	Não se aplica	Pedido por ajuda	Itens 10, 27, 46, 68; solicitar ajuda ou auxílio em tarefas ou atividades
Não abordado	Não se aplica	Relaxamento	Itens 1, 13, 26, 33, 39, 54, 64; respirar lenta e profundamente, realizar auto-hipnose, meditação, entre outros.
Não abordado	Não se aplica	Regulação do ritmo	Itens 7, 18, 34, 45, 62, 67; fazer atividades pausadamente, devagar e continuamente.
Distração	Mudar o foco da dor, desviar a atenção para tentar esquecer a dor	Abordado em dois itens da subescala "Persistência em tarefas"	Itens 4, 37; ignorar ou não prestar atenção na dor ^{7,34,38,40} .
Busca por tratamento farmacológico ou terapias complementares	Medicação prescrita por médico, automedicação, fisioterapia, acupuntura, massagens e compressas locais ^{34,35,39,40} .	Não abordado	Nenhum item
Práticas religiosas e de espiritualidade	Praticar a oração ou outros ritos religiosos, ter fé em Deus ^{7,34-36,39} .	Não abordado	Nenhum item
Isolamento social	Ficar sozinho, não se envolver com pessoas ^{35,38} .	Não abordado	Nenhum item

EE = estratégias de enfrentamento; CPCI = *Chronic Pain Coping Inventory*.

Tradução

Na análise das versões T1 e T2 observou-se o uso de palavras diferentes, apesar de sinônimas, para uma mesma tradução, com a palavra "cope", onde T1 utilizou a palavra "enfrentar" e T2 traduziu como "lidar".

Síntese

Em alguns casos foi necessário mesclar a tradução de uma sentença, utilizando parte sugerida pelo T1 e parte sugerida pelo T2, como exemplo, no item 22 a versão original diz "I talked to someone close to me", T1 traduziu como "Falei com alguém íntimo", enquanto T2 propôs "Eu conversei com alguém perto de mim", na TC os autores optaram por "Conversei com alguém íntimo", utilizando o verbo proposto por T2 e o complemento verbal sugerido por T1, visto que alguém que está próximo nem sempre é íntimo.

Situações semelhantes ocorreram nas instruções do CPCI e nos itens 32, 53 e 62. Os pesquisadores não utilizaram nenhuma das traduções

propostas pelos tradutores nos itens 6, 8, 13, 18, 33, 35, 45, 47, 50, 58 e 68. Como exemplo tem-se a instrução que no original diz *on the following pages is a list of statements*, T1 traduziu como "segue, nas páginas seguintes, uma lista de declarações", T2 traduziu como "nas páginas a seguir há uma lista de comandos", a versão consensual ficou "nas páginas a seguir há uma lista de estratégias para enfrentar a dor". Após a tabulação de todas as traduções houve reconsideração da TC apenas para o item 56, onde utilizou-se o termo "alongar" enquanto o mais apropriado seria "fortalecer", conforme apontado pelo T1. Para os demais itens e instruções não houve alterações na TC.

Primeira análise por comitê de especialistas

Foram identificados problemas na congruência entre as avaliações dos especialistas (menos de 75,0% de concordância) na semântica das instruções e dos itens 26, 33, 35, 50, 57, 61, 63 e 68. Quanto às equivalências cultural e idiomática, observou-se a necessidade de modificações nos itens 1, 6, 18, 33, 35, 36, 45, 65 e 68. Problemas

na equivalência conceitual foram apontados apenas para o item 33. Os itens citados foram modificados conforme orientação do comitê. Como exemplo, tem-se o item 33 que apresentou problemas em todos os níveis de equivalência avaliados. Esse item no original diz *Listened to a relaxation tape to relax*, na TC ficou como “Ouvi uma gravação de áudio para relaxamento”. Algumas colocações foram realizadas pelo comitê, pois atualmente a população não utiliza mais fitas de áudio ou similares, devido à substituição por mídias digitais de áudio. Além disso, a versão original especifica que ouvir um áudio de relaxamento tem como objetivo relaxar. Colocadas essas considerações, o item foi modificado para «Ouvi um áudio de relaxamento para relaxar». Ao final dessa etapa obteve-se a Versão Brasileira 1.0 do CPCI.

Retrotradução

Nenhum dos retrotradutores apontou dificuldades na tradução das instruções e dos itens do CPCI- versão brasileira 1.0 para o inglês.

Avaliação pela PAR e pelo autor original

A empresa e autor realizaram observações quanto aos itens 3, 7, 13, 22, 27, 34, 36, 38, 55, 57, 62, 63 e 70. Após respostas às dúvidas existentes quanto à retrotradução, foi decidido pela necessidade de alteração na tradução dos itens 3, 34, 36, 57, 63 e 70. Após tais modificações foi gerada a versão brasileira 1.1 do CPCI.

Pré-teste - PT1

Os participantes do PT1 referiram não entendimento ou entendimento parcial das instruções e dos itens 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 17, 27, 32, 34, 39, 40, 42, 43, 47, 50, 56 e 63, totalizando 21 itens. Destaca-se entre esses o item 7 “Fui capaz de fazer mais, apenas indo um pouco mais devagar e proporcionando-me pausas ocasionais” que foi apontado como “não entendido” por todos os participantes. No entanto, quando indagados sobre o que não haviam entendido não foram capazes de responder. Adequação cultural importante foi

apontada por um participante, que sugeriu incluir a palavra “rede” como uma opção de descanso no item 43.

Discussão com leigos

Entre as sugestões realizadas pelos leigos incluiu-se mudanças importantes na tradução brasileira do item 7 que passou a ser redigida como “Fiz mais coisas, quando fiz com calma e fui parando algumas vezes” (original: “I was able to do more by just going a little slower and giving myself occasional breaks”). Os leigos sugeriram adaptações para 17 itens diferentes daqueles já apontados no PT1 e auxiliaram na compreensão e reescrita dos itens avaliados como de difícil entendimento pelos participantes do PT1, totalizando 38 alterações na versão 1.1.

Segunda avaliação pelo comitê de especialistas

Foram acatadas 22 do total de 38 sugestões de alterações feitas pelos leigos. Das 16 restantes, quatro foram resolvidas após discussão entre os pesquisadores e 12 itens permaneceram com dúvidas (itens 1, 2, 4, 7, 12, 15, 27, 34, 42, 43, 47 e 50), sendo levados para nova avaliação no PT2. Produziu-se a Versão Brasileira 1.2 do CPCI.

PT2

Dentre os 12 itens reavaliados, cinco mantiveram-se com a tradução inicial e sete com a segunda opção (da versão 1.2). Ao final dessa etapa obteve-se a versão brasileira final do CPCI.

Avaliação final

Após revisão de português teve início o PT3. Não houve dúvidas quanto ao entendimento dos itens. O comitê de especialistas e a PAR avaliaram a última versão do instrumento, bem como os dados gerados pelo pré-teste e a retrotradução, dando parecer favorável para a aplicação na população brasileira. Segue amostra de três itens do instrumento (Figura 2).

Instruções	
<p>Nas páginas seguintes há uma lista de estratégias para enfrentar a dor. Por favor, indique quantos dias você utilizou cada uma delas, ao menos uma vez ao dia, para enfrentar a sua dor, na semana passada. (Observação: você pode ter usado algumas dessas estratégias de enfrentamento nos dias em que não teve dor, a fim de preveni-la ou minimizá-la em situações futuras. Por favor, indique o número de dias em que usou cada estratégia PARA A DOR, independentemente de estar ou não sentindo dor naquele momento). Leia cada afirmação e circule o número de dias em que adotou essa estratégia durante a semana passada.</p>	
Exemplo: Descansei o máximo que pude	1 2 3 4 5 6 <u>7</u>
<p>Se você errar ou desejar alterar a sua resposta, NÃO APAGUE. Em vez disso, faça um X sobre a resposta que deseja mudar e, após, circule a resposta correta.</p>	
Exemplo: Descansei o máximo que pude	1 2 3 4 5 6 <u>7</u>
Nº	Estratégias para enfrentar a dor
7	Fiz mais coisas, quando fiz com calma e fui parando algumas vezes.
22	Conversei com alguém íntimo.
33	Ouvi um áudio de relaxamento para relaxar.

Figura 2. Inventário de Enfrentamento de Dor Crônica – versão brasileira¹: amostra de 3 itens

¹“Adaptado e reproduzido com permissão da Editora, *Psychological Assessment Resources, Inc.* (PAR), 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do CPCI de autoria de Mark P. Jensen, PhD, Judith A. Turner, PhD, Joan M. Romano, PhD and Warren R. Nielson, PhD, Copyright 1995, 2008 by PAR. A reprodução sem autorização expressa da PAR é proibida.” O uso do CPCI-Versão Brasileira em pesquisas e prática clínica pode ser realizado após autorização junto a PAR (<https://www.parinc.com>).

Análise psicométrica preliminar de fidedignidade:

A fidedignidade do CPCI-Versão Brasileira foi adequada para algumas subescalas e para outras não. O valor para o domínio das EE focadas na doença foi de 0,82. Nas subescalas pertencentes a esse domínio o valor para fidedignidade foi de 0,45 para “descanso”, 0,73 na subescala “proteção” e 0,82 em “pedido por ajuda”. No domínio de EE focadas no bem-estar o valor foi 0,85. A subescala de “suporte social” obteve alpha de 0,84, “autoafirmações de enfrentamento” 0,79, a de “regulação do ritmo” 0,65, “exercícios/alongamento” 0,95, “relaxamento” 0,54 e “persistência em tarefas” 0,47.

DISCUSSÃO

O CPCI foi adaptado para uso em pacientes com DC no Brasil, considerando as nuances culturais do país. Durante o processo, observaram-se diferenças em algumas das representações dos conceitos referentes ao enfrentamento de dor na população brasileira quando comparados aos comportamentos de enfrentamento avaliados pelo CPCI.

A análise da representação do construto “enfrentamento de dor” na população brasileira mostrou que comportamentos como descansar, persistir em tarefas, realizar autoafirmações de enfrentamento, realizar atividades físicas, exercícios ou alongamentos e comportamentos de proteção são características comuns entre as EE para dor nos brasileiros e aquelas investigadas pelo CPCI^{7,34,35,37-40}.

A adaptação transcultural do instrumento permitiu a inclusão da “rede” como objeto utilizado para descansar, juntamente com cadeira e poltrona que já estavam no instrumento original (item 43). A rede é um objeto tipicamente utilizado em algumas regiões do Brasil, desde a época de colonização, graças a influência da cultura indígena. A representação da rede como objeto de descanso apareceu tanto na análise da literatura brasileira sobre enfrentamento da dor³⁹, com também no pré-teste 1 da adaptação transcultural.

Algumas considerações devem ser feitas sobre a representação das atividades físicas como EE para dor entre brasileiros e a subescala exercício/alongamento do CPCI. Os estudos brasileiros apontam o uso de EE para dor por meio de atividades físicas diversas, principalmente caminhada, natação e hidroginástica³⁴. Observa-se que os itens do CPCI que remetem a exercícios e alongamentos possuem critérios quanto à quantidade realizada do exercício. Alongamentos, por exemplo, devem ser pelo período mínimo de 10 segundos, exercícios de fortalecimento muscular devem ter minimamente 1 minuto de duração e atividades aeróbicas devem durar ao menos 15 minutos²⁷. O exercício e o aumento do nível de atividade física constituem importante ferramenta para programas de tratamento da dor, e nesse ponto vale lembrar que o CPCI foi elaborado no contexto de um programa multidisciplinar para tratamento dessa experiência²⁷. Apesar de qualquer atividade ser considerada para fins de EE de dor, inclusive trabalhos domésticos como jardinagem, cozinhar, entre outros, esses não devem ser inicialmente o objetivo principal de reforço contingencial positivo em um tratamento por não serem passíveis de quantificação quanto ao ritmo, periodicidade e tolerância física. Por outro lado, exercícios padronizados como caminhada, pedalar em uma bicicleta fixa, subir e descer degraus e ginásticas para grupos musculares específicos podem ser quantificados e determinados quanto ao tempo e ritmo, sendo os mais indicados para programas

de tratamento da dor⁴³. Além disso, ao adquirir tolerância às atividades físicas mencionadas, a tendência é que outras atividades mais comuns também sejam melhoradas, como o trabalho doméstico⁴³. Assim, apesar de que para uma versão brasileira de um instrumento de medida de EE para dor fosse desejável a inclusão de itens que abordassem diversas atividades físicas, tal medida deve ser pensada com cautela, visto que generalizar atividades sem medir seu ritmo poderia incorrer na mensuração de um EE que não tivesse impacto no ajuste funcional do indivíduo, não corroborando com a teoria de enfrentamento da dor em questão¹². Para medir a prática da caminhada, por exemplo, seria necessário estipular a quantidade de passos ou a distância percorrida sem pausas e em um mesmo ritmo, o que pode ter uma variação na tolerância da atividade entre as pessoas. Portanto, medir alongamento, prática de exercício aeróbico por ao menos 15 minutos e exercícios de fortalecimento de grupos musculares específicos pode ser suficiente, visto que englobam de forma generalizada as atividades realizadas ao se praticar natação, hidroginástica, e outros, avaliando mesmo assim o exercício como um subdomínio do construto de enfrentamento da dor.

Os subdomínios do CPCI de “persistência em tarefas”, “autoafirmações de enfrentamento”, “busca por suporte social” e “proteção” apresentaram representações de conceitos equivalentes aos da cultura brasileira, como pode ser observado na tabela 1, sendo, portanto, pertinentes para a investigação das EE da dor entre brasileiros.

Apesar das semelhanças apontadas acima, as subescalas do CPCI “pedido por ajuda”, “relaxamento” e “regulação do ritmo” não apareceram como conteúdo de EE para dor nas publicações de estudos realizados entre os brasileiros. No entanto, isso pode ter ocorrido devido ao tipo de pergunta norteadora e/ou abordagem qualitativa realizada pelos estudos que não investigaram, na sua maioria, especificamente as EE para dor, mas sim comportamentos para o seu manejo. Ademais, as pessoas poderiam desconhecer que regular o ritmo de suas atividades, fazendo-as pausadamente, é uma ação para enfrentar a dor, não tendo, portanto, citado tal comportamento durante os estudos. De fato, na prática clínica observa-se que muitas pessoas que sofrem com dor alteram o ritmo de suas atividades na tentativa de manter suas funções na vida diária, solicitam auxílio de pessoas na execução de atividades corriqueiras e tentam relaxar para aliviar a dor. Apesar dessas observações, não é possível afirmar, sem novas investigações, se as pessoas atribuem a esses comportamentos formas de enfrentar a dor ou se os veem como inevitáveis decorrências da experiência dolorosa.

Quanto à subescala relaxamento, durante a fase de avaliação do CPCI versão brasileira 1.0 e suas retrotraduções pela PAR, os pesquisadores questionaram sobre o item 54 que trata do uso da auto-hipnose para relaxamento, visto que tal prática é desconhecida pela maior parte dos brasileiros. Talvez ocorra o mesmo na população da Espanha, considerando que na análise de propriedades psicométricas desse item na versão espanhola¹⁹ houve a sugestão de suprimir tal item. No estudo italiano de validação do CPCI também houve problemas na subescala de relaxamento, o que os autores atribuíram a uma possível diferença nos conceitos culturais sobre relaxar²⁵. Após discussão com a PAR, foi decidido pela manutenção do item até confirmação da propriedade psicométrica da subescala e do item. Ademais, meta-análises indicam o uso da hipnose como uma ferramenta com moderada eficácia no tratamento multidisciplinar^{44,45}.

Além da auto-hipnose, o CPCI aborda a imaginação guiada, relaxamento muscular, ouvir músicas ou áudios específicos de relaxamento, meditação, e a respiração lenta e profunda como EE que podem ser apontadas pelo brasileiro como ferramentas de relaxamento.

Observa-se, portanto, que o CPCI abrange os principais aspectos do enfrentamento da dor apontados nos estudos brasileiros sobre a temática. No entanto, pesquisas futuras precisam investigar se a ausência de itens relacionados às práticas espirituais e religiosas, de uso de medicamentos (automedicação ou prescritos) e de terapias complementares podem interferir na medida do construto do enfrentamento entre brasileiros, visto que o CPCI não abrange tal conteúdo. O uso de práticas espirituais ou religiosas como EE, por exemplo, já é tema bem consolidado na literatura nacional e internacional^{46,47}, sendo conceituado como os comportamentos religiosos, de espiritualidade ou de fé no sagrado e que são voltados para a solução, prevenção ou alívio de problemas e de consequências emocionais oriundos de situações estressantes⁴⁶. Apesar de muitos autores diferenciarem espiritualidade de religiosidade, atribuindo ao primeiro o conceito de busca de significados de vida e experiências transcendentais, e ao segundo um cunho mais institucionalizado e de práticas doutrinárias coletivas⁴⁶⁻⁴⁸. Vale ressaltar que estudos conceituais sobre esses construtos orientam a não se separar os conceitos de religiosidade e espiritualidade, visto que esses são interdependentes e relacionados⁴⁶⁻⁴⁸.

O uso de EE de cunho religioso/espiritual aperfeiçoa o trabalho do hipocampo e memória de defesa ao estresse, além de aumentar a quantidade de receptores serotoninérgicos no cérebro, o que resulta em regulação do humor⁴⁹. Assim, alguns dos comportamentos religiosos como buscar apoio social na comunidade religiosa, orar pelo bem-estar pessoal e dos outros, buscar ajuda e conforto em literatura religiosa, meditar, resolver problemas com a colaboração da entidade sagrada, entre outros, podem estar associados a melhores padrões de bem-estar e saúde^{47,50-52}.

Por outro lado, EE religiosas também podem desencadear disfunções como depressão e ansiedade se incluírem comportamentos de transferência, para uma entidade superior, da responsabilidade por suas próprias ações, de delegação para o objeto sagrado a resolução de problemas, ou de redefinição do estressor como punição divina ou forças do mal, dentre outros^{47,53}.

Os brasileiros mostram grande ocorrência de uso de EE focadas em práticas religiosas. Estudo realizado em oito Instituições de Longa Permanência de uma capital do centro-oeste brasileiro mostrou que 78,20% dos idosos utilizavam EE para DC focadas em práticas religiosas, como orar (88,20%), esperar que um milagre aconteça (71,10%) e se apegar à fé para superar a dor (93,20%), além de 100% dos pesquisados terem relatado praticar mais a religião desde que lhe ocorreram o problema de dor, sendo que orar ($p=0,02$) e se apegar à fé ($p=0,01$) estiveram associados à intensidade de dor³⁶. Já em outro estudo brasileiro, pesquisadores observaram que a prática religiosa e pensamentos fantasiosos foram as EE com maior média de uso entre mulheres com DC central após acidente vascular encefálico⁵⁴ e que rezar/orar é a EE mais utilizada entre pessoas com fibromialgia⁷.

Apesar das limitações metodológicas dos estudos brasileiros mencionados, principalmente por terem sido realizados com pequenas amostras, observa-se que eles indicam a importância que a religiosidade possui no enfrentamento da DC entre brasileiros. Fato esse que converge com a análise de conteúdo realizada no presente estudo so-

bre a representação do enfrentamento da DC no Brasil. Observou-se também que o CPCI não avalia esses aspectos. No entanto, isso não deve ser fator limitador para o seu uso, visto que a maior parte de seu conteúdo mostra relevância para o entendimento do construto entre os brasileiros. Sugere-se, portanto, que os estudos iniciais com o CPCI agreguem o uso de instrumentos que mensurem o enfrentamento religioso, como a Escala de Coping religioso-espiritual (CRE, versão brasileira da RCOPE)⁵⁵. Assim, após maior amadurecimento das pesquisas brasileiras sobre o enfrentamento da dor, poderá ser elaborado um banco de itens sobre todos os conteúdos de importância para a avaliação desse construto.

Quanto à investigação de EE relativas a tratamentos farmacológicos e terapias complementares, é importante observar que a primeira versão do CPCI possuía um item aberto no qual o respondente poderia indicar os tratamentos utilizados¹⁵. No entanto, durante a revisão do instrumento em 2008, esse item foi retirado com as justificativas de que não pertencia a nenhuma das subescalas do CPCI, e de que o fato de requerer resposta aberta dificultava a tabulação do dado²⁷. A investigação de tais características das EE da dor na população brasileira depende do desenvolvimento de novos itens para o CPCI.

Na investigação preliminar da fidedignidade das subescalas do CPCI versão brasileira observou-se inadequação nos valores obtidos para as subescalas de descanso ($\alpha=0,45$), regulação do ritmo ($\alpha=0,65$), relaxamento ($\alpha=0,54$) e persistência em tarefas ($\alpha=0,47$). De fato, alguns estudos já encontraram fidedignidade insuficiente para as subescalas de relaxamento ($\alpha=0,69 - 0,51$)^{26,56}, proteção ($\alpha=0,64$)⁵⁶, persistência em tarefas ($\alpha=0,69 - 0,62$)^{22,56}, autoafirmações de enfrentamento ($\alpha=0,69$)⁵⁸, mas apenas quando investigados na versão reduzida do CPCI de 42 itens. Acredita-se que tais valores no presente estudo se devam ao tamanho da amostra a qual o instrumento foi aplicado, dado que o objetivo foi a adaptação transcultural e não a avaliação das características psicométricas. Ainda assim, o CPCI versão brasileira evidencia fidedignidade nas subescalas de proteção, pedido por ajuda, busca por suporte social, autoafirmações de enfrentamento e exercícios/alongamento.

Uma das limitações do CPCI é o tamanho do instrumento (70 itens) que pode inviabilizar o seu uso na prática clínica de forma rotineira, devido ao tempo necessário para a aplicação (aproximadamente 15 minutos) e ao fato de o próprio paciente cansar-se ao responder as perguntas. No entanto, já foram desenvolvidas versões reduzidas de 42, 16 e 8 itens que, apesar de imporem fragilidade ao instrumento, permanecem válidas, possibilitando o rastreamento do enfrentamento em contextos de pesquisas do tipo “survey”, ou na prática clínica generalista^{57,58}. Para futuras reduções do CPCI - versão brasileira são necessárias novas pesquisas em sua forma completa, para traçar a relevância de cada item para a medida do construto e das suas dimensões entre os brasileiros. Também é necessário determinar as propriedades psicométricas do CPCI - versão brasileira e verificação da necessidade de inclusão de itens relacionados às práticas religiosas e uso de métodos farmacológicos e terapias complementares como EE da DC.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pela bolsa de doutorado concedida à autora princi-

pal do estudo, viabilizando a presente pesquisa. Às professoras Dra. Maria Márcia Bachion e Dra. Cibele Andrucio de Mattos Pimenta pela revisão do CPCI- versão brasileira e sugestões.

REFERÊNCIAS

- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer US; 1984. 437p.
- Kato T. Frequently used coping scales: a meta-analysis. *Stress Health*. 2015;31(4):315-23.
- Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 1987;31(1):53-64.
- Reid GJ, Gilbert CA, McGrath PJ. The Pain Coping Questionnaire: preliminary validation. *Pain*. 1998;76(1-2):83-96.
- Kraaijaat FW, Evers AW. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *Int J Behav Med*. 2003;10(4):343-63.
- Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33-44.
- Portnoi A. Stress e Coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. Universidade de São Paulo; 1999.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
- Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(4):435-41.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiology*. 1993;46(12):1417-32.
- Beck JS. Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. 413p.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*. 1991;47(3):249-83.
- Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE. The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*. 1995;60(2):203-16.
- Truchon M, Côté D. Predictive validity of the Chronic Pain Coping Inventory in subacute low back pain. *Pain*. 2005;116(3):205-12.
- Truchon M, Côté D, Irachabal S, Cote D, Irachabal S. The Chronic Pain Coping Inventory: confirmatory factor analysis of the French version. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:13.
- Hadjistavropoulos HD, MacLeod FK, Asmundson GJ. Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*. 1999;80(3):471-81.
- Nielson WR, Jensen MP, Hill ML. An activity pacing scale for the chronic pain coping inventory: development in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2001;89(2-3):111-5.
- Ektor-Andersen J, Ørbæk P, Isacson SO. Behaviour-focused pain coping: Consistency and convergence to work capability of the Swedish version of the chronic pain coping inventory. *J Rehabil Med*. 2002;34(1):33-9.
- García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Gonzalez Ramirez MT. Coping with fibromyalgia: usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*. 2007;132(Suppl 1):S68-76.
- Chang HY, Yang YL, Jensen MP, Lee CN, Lai YH. The experience of and coping with lumbopelvic pain among pregnant women in Taiwan. *Pain Med*. 2011;12(6):846-53.
- Cheng S, Cheung C, Ng V, Lim H, Leung K, Chan A, et al. Factor structure, psychometric properties, and correlates of revised Chinese version of Chronic Pain Coping Inventory among chronic pain patients in Hong Kong. *J Pain Symptom Control Palliat Care*. 2014;10(1):1-7.
- Wong WS, Jensen MP, Mak KH, Tam BK, Fielding R. Preliminary psychometric properties of the Chinese version of the Chronic Pain Coping Inventory (ChCPCI) in a Hong Kong Chinese population. *J Pain*. 2010;11(7):672-80.
- Ko YM, Park WB, Lim JY. Cross-cultural adaptation and clinimetric property of Korean version of the Chronic Pain Coping Inventory-42 in patients with chronic low back pain. *Spine*. 2010;35(6):666-71.
- Ferreira-Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen MP, Almeida R. Coping with Chronic Musculoskeletal Pain in Portugal and in the United States: A Cross-Cultural Study. *Pain Med*. 2011;12(10):1470-80.
- Monticone M, Ferrante S, Giorgi I, Galandra C, Rocca B, Foti C. Development of the Italian version of the 42-item Chronic Pain Coping Inventory, CPCI-I: Cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability and validity. *Qual Life Res*. 2013;22(6):1459-65.
- Misterska E, Jankowski R, Głowacki M. Psychometric properties of the Polish language version of the chronic pain coping inventory-42 for patients treated surgically due to herniated lumbar discs and spondylotic changes. *Med Sci Monit*. 2014;20:789-801.
- Jensen M, Turner J, Romano J, WR N. Chronic Pain Coping Inventory: Professional Manual. 1a ed. Lutz: Psychological Assessment Resources Inc; 2008.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.
- Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*. 2012. 423-32p.
- Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(4):371-8.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997;6(3):237-47.
- Soeken W. Validity of Measures. In: Waltz C, Strickland O, Lenz E, (Org.). *Measurement in nursing and health research*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005. 154-89p.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. In: *Classification of Chronic Pain*. second. Seattle: IASP Press; 1994. 1p.
- Araújo P. Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016.
- Nogueira M. Gênero: representação cognitiva e enfrentamento da dor central decorrente de acidente vascular encefálico. Universidade de São Paulo; 2010.
- Souza LAF. Análise do enfrentamento da dor crônica entre idosos de instituições de longa permanência de uma metrópole goiana, Brasil. Universidade Federal de Goiás; 2013.
- Câmara SG, Carlotto MS. Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em Estudo*. 2007. 87-93p.
- Silva DS, Rocha EP, Vandenbergh L. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*. 2010. 335-43p.
- Arcanjo GN, Silva RM, Nations MK. Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas (Monografia). 2007. 389-97p.
- Nogueira M, Casetto S. Gênero e enfrentamento da dor. *Psicol Rev*. 2006;15(2):161-76.
- Nogueira M. Gênero e enfrentamento da dor central. In: *A psicologia da dor*. 1ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. 147-57p.
- Portnoi A, Nogueira M, Maeda F. O enfrentamento da dor crônica. In: *Alves Neto O. (Org.). Dor: Princípios e Práticas*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 294-301p.
- Fordyce WE, Jensen MP. Exercise and the increase in activity level. In: *Main CJ, Keefe FJ, Jensen MP, Vlaeyen JWS, Vowles KE, (Org.) Fordyce's behavioural methods for chronic pain and illness: republished with invited commentaries*. Philadelphia, USA: International Association for the Study of Pain (IASP); 2015. 451p.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48(2):138-53.
- Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(1):1-28.
- Pargament KI. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford Press; 1997. 548p.
- Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(Suppl 1):126-35.
- Hill PC, Pargament KII, Hood RW, McCullough J. ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav*. 2000;30(1):51-77.
- Seybold KS. Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. *J Behav Med*. 2007;30(4):303-9.
- Bush EG, Rye MS, Brant CR, Emery E, Pargament KI, Riessinger CA. Religious coping with chronic pain. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 1999;24(4):249-60.
- Peres MF, Lucchetti G. Coping strategies in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(5):331-8.
- Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med*. 2007;30(4):311-8.
- Peres AM, Ciampone MH. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):492-9.
- Nogueira M, Teixeira MJ. Central pain due to stroke: cognitive representation and coping according to gender. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70(2):125-8.
- Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 2005;10(3):507-16.
- Ersek M, Turner JA, Kemp CA. Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *J Pain*. 2006;7(11):833-42.
- Jensen MP, Keefe FJ, Lefebvre JC, Romano JM, Turner JA. One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*. 2003;104(3):453-69.
- Romano JM, Jensen MP, Turner JA. The chronic pain coping inventory-42: Reliability and validity. *Pain*. 2003;104(1-2):65-73.

