



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

SENTIDO DE VIDA EM PESSOAS COM DOR
CRÓNICA

SOFIA DUARTE PIO RODRIGUES PEREIRA

Orientador de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA ALEXANDRA
VALENTE

Professor de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA ALEXANDRA
VALENTE

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM Psicologia Clínica

2023/2024

Dissertação de Mestrado realizada
sob a orientação de
professora doutora Alexandra
Valente, apresentada no Ispa –
Instituto Universitário para
obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia Clínica
.....

Resumo

Enquadramento: A dor crónica é uma dor que persiste além do tempo normal de recuperação, normalmente a mais de 3 meses. É reportado que esta dor é influenciada por diversos fatores, incluindo do foro psicológico, emocional e espiritual. Daí nasce a possibilidade do sentido de vida como um preditor às características da dor crónica, tópico cuja revisão irá abordar. Métodos: Os critérios de elegibilidade incluem estudos em adultos (≥ 18 anos) com dor crónica não oncológica há pelo menos 3 meses, através da medição do sentido de vida ou sentido de coerência e aspectos relacionados à dor. Na pesquisa serão utilizadas as palavras-chave relevantes em quatro bases de dados de saúde diferentes. A seleção e análise dos dados envolverão instrumentos que avaliam a dor e o sentido da vida e dois leitores independentes serão responsáveis por selecionar os estudos elegíveis e a qualidade metodológica de cada. Discussão: A revisão tem como objetivo destacar a importância do sentido da vida no ajustamento à dor crónica, enfatizando o seu papel no desenvolvimento do tratamento e no alívio do sofrimento, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos com dor crónica. É esperado que quanto maior o sentido de vida, maior o ajustamento à dor.

Palavras-chave: Dor crónica; Sentido de vida; Sentido de Coerência; Funcionalidade; Revisão Sistemática.

Abstract

Background: Chronic pain is pain that persists beyond the normal recovery period, usually lasting more than 3 months. This pain is reported to be influenced by various factors, including psychological, emotional, and spiritual aspects. Hence, there arises the possibility of meaning in life as a predictor of chronic pain characteristics, a topic that this review will address. **Methods:** Eligibility criteria includes studies on adults (≥ 18 years) with non-cancer-related chronic pain for at least 3 months, assessed through measurements of meaning in life or sense of coherence and aspects related to pain. Relevant keywords will be used across four different health databases in the search process. Data selection and analysis will involve instruments assessing pain and life meaning, with two independent reviewers responsible for selecting eligible studies and evaluating the methodological quality of each. **Discussion:** The review aims to highlight the importance of meaning in life in the adjustment to chronic pain, emphasising its role in the development of treatment and alleviation of suffering, thereby improving the quality of life of individuals with chronic pain. It is expected that a greater sense of life meaning will correspond with better pain adjustment.

Keywords: Chronic Pain; Meaning in Life; Sense of Coherence; Function; Systematic Review.

Índice

1. Introdução	1
2. Métodos	4
2.1. Protocolo de Revisão e Registo	4
2.2. Critérios de Elegibilidade	5
2.3. Estratégia de Pesquisa	5
2.4. Seleção dos Estudos.....	5
2.5. Gestão e Extração de Dados	6
2.6. Avaliação da Qualidade Metodológica	6
2.7. Análise de Dados	7
3. Resultados.....	7
3.1. Seleção de estudos	7
3.2. Descrição dos estudos Incluídos	8
3.2.1. Setting e Desenho de Investigação.....	8
3.2.2. Características dos Participantes	8
3.2.3. Natureza dos Resultados e Análises Estatísticas de Interesse	14
3.3. Instrumentos Utilizados nos Estudos Incluídos.....	15
3.3.1. Medidas de sentido de vida	15
3.3.2. Medidas de Severidade ou Intensidade da dor	15
3.3.3. Medidas de Funcionalidade Física	15
3.3.4. Medidas de Funcionalidade Psicológica	16
3.3.5. Outras Medidas associadas à dor.....	17
3.4. Qualidade Metodológica	17
3.5. Resultados de estudos que envolvem associações	19
3.5.1. Associação entre o sentido de vida e a intensidade ou severidade da dor.....	19
3.5.2. Associação entre o sentido de vida e a funcionalidade física	19
3.5.3. Associação entre o sentido de vida e a funcionalidade psicológica	19
3.5.4. Associação entre o sentido de vida e outras variáveis associadas à dor	25
3.6. Outros Resultados	25
3.6.1. Intervenções com efeito positivo.....	25
4. Discussão	25
5. Referências	29
6. Anexos	36
6.1. Anexo I: Medidas de Sentido de Vida	36
6.2. Anexo II: Medidas de Intensidade ou Severidade da Dor	37
6.3. Anexo III: Medidas de Funcionalidade Física	38
6.4. Anexo IV: Medidas de Funcionalidade Psicológica	40

6.5. Anexo V: Outras Medidas relacionadas com a Dor	43
6.6. Anexo VI: Descrição de Intervenções	45

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características dos estudos Incluídos	10
Tabela 2: Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos	18
Tabela 3: Resultados de estudos que envolvem associações	20
Tabela 4: Outros Resultados (Eficácia de Intervenções).....	24

Lista de Figuras

Figura 1: Fluxograma do Processo de Triagem	9
---	---

Introdução

A dor consiste numa experiência desagradável quase universal (Linton, 2005). A dor está habitualmente associada a uma lesão – real ou potencial – ou é experienciada como se essa lesão (real ou potencial) existisse (cf. definição da dor da *International Association for the Study of Pain*, revista em 2019; Raja et al., 2020). Apesar de ser incómoda, e de na generalidade não gostarmos de a experienciar, a dor tem um carácter funcional adaptativo que é essencial para a sobrevivência do organismo, quer em humanos, quer em outros animais. A dor, nomeadamente a dor aguda, atua como um sinal de alerta para o perigo de uma lesão, agravamento de uma lesão, ou existência de uma doença que necessita de cuidados. Este carácter funcional da dor é crucial para a preservação da segurança e integridade física do organismo, ajudando a evitar determinados estímulos que podem ser prejudiciais à sobrevivência do mesmo (Ferreira-Valente & Mendoza, 2021).

Contudo, quando a dor é recorrente e persiste por um período de tempo superior ao que se considera necessário para a cura da lesão ou doença que a causou, esta dor diz-se crónica (Dezutter et al., 2015; Friedrichsdorf et al., 2016; Treede et al., 2015; Turk & Okifuji, 2001). A dor crónica é, normalmente, definida como aquela que perdura por mais de 3 a 6 meses (ibidem). Diferente da dor aguda, que cumpre uma função protetora, a dor crónica perde esse valor adaptativo, tornando-se uma experiência difícil de gerir, com impactos significativos na vida individual, familiar, económica e societal (Grichnik & Ferrante, 1991). O seu efeito é amplo, interferindo na capacidade de realizar atividades diárias e afetando profundamente a qualidade de vida (Dydyk & Conermann, 2023). De facto, a dor crónica é a principal causa de anos vividos com incapacidade (Mills et al., 2019).

Para além de ser uma condição, potencialmente, com elevado impacto negativo, a dor crónica é bastante prevalente, atingindo entre os 20 a 30% da população geral (Goldberg & McGee, 2011), sendo de 37% na população adulta em Portugal (Azevedo et al., 2012). Cerca de 14% dos participantes no estudo epidemiológico desenvolvido mais recentemente em Portugal, experienciava dor com uma intensidade moderada a severa, sendo a dor crónica, na população portuguesa em idade adulta, mais recorrente em pessoas mais velhas (Azevedo et al., 2012). Esta é também mais frequentemente reportada em mulheres, sendo que fatores hormonais, genéticos e diferenças na percepção da dor desempenham um papel importante nessas disparidades (Greenspan et al., 2007).

No passado, a dor era vista como meramente uma consequência direta de uma lesão ou doença, e diretamente proporcional à sua severidade. Todavia, hoje sabemos que esta é um processo subjetivo e multidimensional muito mais complexo, que varia de pessoa para pessoa,

sendo dependente de vários determinantes biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (Gatchel et al., 2007). Entre os fatores psicológicos conhecidos que influenciam a experiência de dor, e o ajustamento à dor crônica, encontram-se o estado emocional, a atenção, as expectativas face às experiências anteriores de dor, a catastrofização, as atribuições e crenças relativas à dor, as estratégias de coping utilizadas para lidar com a dor, a resiliência, entre outros (Ferreira-Valente et al., 2014; Ferreira-Valente & Mendoza, 2021; Meints & Edwards, 2018).

Vários autores procuraram também entender o papel de fatores existenciais, tais como o sentido de vida (ou sentido na vida), ou o sentido de coerência, na experiência e ajustamento à dor (Dezutter et al., 2016; Park, 2010; Smith et al., 2009; Dezutter et al., 2015). O sentido de vida, ou, por outras palavras, o propósito ou significado da nossa existência, está relacionado com as crenças e objetivos individuais e depende da maneira como a pessoa compreende e interpreta diferentes situações (Park, 2010; Dezutter et al., 2016). Com um papel cognitivo e motivacional fundamental ao funcionamento humano, este pode ser construído ou desconstruído ao longo do tempo, dependendo de diferentes eventos de vida (Park, 2010; Park & Folkman, 1997; Vehling et al., 2010; Dezutter et al., 2016).

Steger et al. (2006) distinguiram o sentido em dois domínios: a “Presença de Sentido” e a “Procura de Sentido”. A “Presença de Sentido” refere-se a um estado de realização e bem-estar, refletindo a percepção de valor ou propósito que um indivíduo atribui à sua vida, ou seja, o quão sente que tem um objetivo significativo. Este conceito está geralmente associado a um maior bem-estar, satisfação com a vida e resiliência emocional (Steger et al., 2011). Por outro lado, a “Procura de Sentido” caracteriza-se como um processo angustiante, mas imprescindível ao funcionamento, que envolve o esforço para construir e aprofundar este sentido. Este último conceito tem mostrado *outcomes* ambivalentes: por um lado, está ligado a menos bem-estar e satisfação com a vida, bem como a mais sintomas de ansiedade e depressão (Chen et al., 2021; Scrignaro et al., 2014; Steger et al. 2008b), mas ao mesmo tempo está associado a uma maior abertura a novas ideias e uma curiosidade mais acentuada (Dezutter et al., 2015; Steger et al. 2008a). Contrariamente Baumeister (1991), considerou o sentido de vida como um construto cultural adquirido socialmente, sendo a criação do próprio sentido impossível e disfuncional.

Já Frankl (1959/2006), similarmente a Steger et al. (2006), creditava a procura pelo sentido de vida como um processo natural e crucial para a saúde, tendo-o definido como uma força primária motivacional individual de procura de significado nas experiências de vida e, cuja ausência pode resultar numa intensa angústia emocional. Frankl (2006) traduziu esta teoria de forma a beneficiar a prática clínica ao desenvolver a logoterapia, uma forma de psicoterapia existencial que auxilia o indivíduo a encontrar o seu propósito de vida. Khatami et al. (1987)

provou que a logoterapia pode ser uma intervenção eficaz para utentes com dor crónica, evidenciando uma redução significativa dos níveis de dor, depressão, ansiedade, hostilidade, bem como no uso de medicação após um ano da intervenção.

Outra forma de avaliar o sentido de vida é por meio do conceito de “sentido de propósito”, que Crumbaugh e Maholick (1964, p. 201) definem como “o significado ontológico da vida do ponto de vista do indivíduo que o experiencia”. Esta dimensão tem sido amplamente associada a um melhor bem-estar psicológico, mostrando correlações com a redução dos sintomas depressivos e o aumento da resiliência (Almeida et al., 2019). Esse sentido parece ajudar os indivíduos a encontrar força emocional para enfrentar situações de stress e adversidade (Ryff & Singer, 2008).

Por outro lado, Aaron Antonovsky (1987) propôs também o construto de sentido de coerência no âmbito dos estudos sobre a associação entre saúde e sentido de vida. Este desenvolveu o modelo salutogénico, que visa a procura pela origem da saúde invés de se focar na doença, defendendo que esta origem é encontrada no sentido de coerência (SOC), isto é, conseguimos perceber se um indivíduo é saudável dependendo da maneira como este vê a sua própria existência. Este conceito é definido por “uma orientação global que expressa a medida em que uma pessoa possui uma sensação de confiança duradoura e dinâmica” (Antonovsky, 1987; p. 19) e divide-se em três aspetos: a “Compreensibilidade” (*Comprehensibility*), - a capacidade de perceção dos eventos de vida como estruturados, previsíveis e compreensíveis, - a “Geribilidade” (*Manageability*), - os recursos internos e externos presentes para enfrentar as dificuldades ocorrentes na vida- e a “Significância” (*Meaningfulness*) – a capacidade para encontrar significado/motivação na sua experiência de vida.

Segundo Antonovsky (1993), indivíduos com um sentido de coerência mais elevado lidam mais eficazmente com *stressores*, o que contribuiria para o seu bem-estar. Para exemplificar, podemos considerar: o estudo de Moksnes & Espnes (2020) onde demonstraram que um SOC elevado é um melhor mecanismo de defesa para a saúde mental de adolescentes; ou a revisão sistemática de Masanotti et al. (2020) que relatou que um SOC baixo está associado a um maior estado depressivo, a uma baixa satisfação com o trabalho e a *burnout* em enfermeiros.

O sentido de vida – nas suas diferentes facetas e dimensões – estaria associado ao ajustamento aos diferentes *stressores* que enfrentamos. Com efeito, diferentes estudos sugerem que um elevado sentido de vida está associado a uma maior resiliência (Steger et al., 2006; Park, 2010), o que poderia explicar o porquê do sentido de vida estar associado a melhores resultados na saúde mental em diversas populações (*ibidem*). A associação entre o sentido de vida e a experiência de dor crónica e o ajustamento a esta condição tem sido menos estudada. A dor, em

particular a dor crónica, emerge como um *cluster de stressores* (Gatchel et al., 2007), que incluem a experiência de dor em si mesma, e o impacto negativo que esta tem, a diferentes níveis, na vida do sujeito. Daí que possamos supor que, também no caso da dor crónica, o sentido de vida – nas suas diferentes facetas e dimensões – esteja associado ao ajustamento a esta condição (Dezutter et al., 2016), caracterizado por menor severidade de sintomas depressivos e de ansiedade, por uma maior capacidade funcional, e por uma melhor integração social (Dydyk & Conermann, 2023; Mills et al., 2019). Segundo Dezutter et al. (2016), um sentido de coerência elevado em pessoas com dor crónica resultaria numa maior capacidade para compreender, gerir e encontrar significado em diferentes experiências ao longo da vida. Se assim for, se o sentido de vida – nas suas diferentes facetas e dimensões – estiver associado ao ajustamento à condição em pessoas com dor crónica, seria de esperar que as intervenções psicoterapêuticas que promovam a presença do sentido de vida e o sentido de coerência, aumentariam a resiliência destes indivíduos e, por essa via, seriam promotoras do ajustamento a esta condição (Steger et al., 2006; Park, 2010).

Tendo isto em consideração, esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo mapear e sintetizar os resultados dos estudos quantitativos que avaliam o sentido de vida em indivíduos com dor crónica, considerando as suas várias facetas, componentes e dimensões. Pretende-se explorar não apenas a relação entre o sentido de vida e a dor crónica, mas também identificar se o sentido de vida atua como um fator promotor de uma melhor adaptação à dor mais de 3 meses. Com base nisto, o objetivo é compreender se o sentido de vida pode ser considerado um construto fundamental a ser integrado em intervenções terapêuticas voltadas para a gestão e tratamento da dor crónica, promovendo, assim, um maior bem-estar e qualidade de vida para estes indivíduos. Com esta revisão sistemática conseguimos agrupar diversas variáveis quantitativas incorporadas em diferentes estudos que representam ou contribuem num todo para a capacidade funcional (física ou psicológica) da pessoa e outros processos relacionados com a adaptação à dor.

Métodos

Protocolo de Revisão e Registo

Esta revisão sistemática segue as recomendações do *The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020)*, para a realização de revisões sistemáticas da literatura, e do *PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)* (Page et al., 2021) no reporte dos resultados e conclusões desta revisão.

Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade dos estudos nesta revisão de literatura são: (1) os participantes serem humanos adultos (idade maior ou igual a 18 anos); (2) que relatam ter dor não oncológica; (3) por um período de tempo superior ou igual a 3 meses; (4) usar pelo menos uma medida quantitativa para avaliar a funcionalidade física e/ou a funcionalidade psicológica, sendo estas as variáveis de critério desta revisão de literatura; (5) ter pelo menos uma medida quantitativa para avaliar sentido de propósito ou sentido de vida ou sentido de coerência; (6) ser um estudo observacional ou (quase-) experimental; (7) ter sido publicado até a 31 de janeiro de 2024 inclusive; (8) em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou italiana. Apesar da restrição a estes idiomas impor limitações à generalização das conclusões desta revisão sistemática, estas foram escolhidas com base nas competências linguísticas disponíveis entre os investigadores deste estudo.

Estratégia de Pesquisa

As pesquisas foram realizadas em quatro bases bibliográficas: *SCIELO Citation Index*, *PUBMED*, *Scopus* e *LILACS*. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: (1) “*chronic pain*” AND (2) “*sense of purpose*” OR “*meaning in life*” OR “*sense of coherence*”. As pesquisas por estes termos foram restritas aos campos “Título” e “Resumo”, e as pesquisas limitadas a estudos com participantes humanos com pelo menos 18 anos de idade publicados num dos idiomas referidos acima.

As pesquisas exploratórias foram realizadas a 1 de dezembro de 2023, com o intuito de refinar a estratégia de pesquisa. Após estabilização da estratégia de pesquisa, as pesquisas de literatura foram realizadas a 05 de fevereiro de 2024. Foram realizadas novas pesquisas de literatura pré-submissão desta revisão sistemática a 4 de maio de 2024, para aferir a existência de estudos publicados entre janeiro e abril de 2024 e que não foram abrangidos pelas pesquisas de fevereiro de 2024.

Seleção dos Estudos

Os estudos identificados pelas pesquisas nas bases bibliográficas foram adicionados ao *Zotero*, e os duplicados foram identificados e eliminados. A referência bibliográfica, título, palavras-chave e resumo das fontes identificadas foram exportadas para uma folha de Excel, de onde constavam ainda colunas referentes a cada um dos critérios de elegibilidade dos estudos. Dois revisores independentes rastream os títulos, palavras-chave e resumos de cada estudo, de forma a verificar a elegibilidade destes. O texto integral dos estudos para os quais se verificaram

os critérios de elegibilidade, ou relativamente aos quais permaneceram dúvidas acerca da elegibilidade, foram lidos por ambos os revisores para confirmar a sua elegibilidade. A falta de consenso entre os dois revisores independentes foi resolvida durante uma reunião de consenso. Na impossibilidade de chegar a um consenso, foi consultada a orientadora para chegar a uma decisão final acerca da elegibilidade do estudo.

Gestão e Extração de Dados

Obtiveram-se os textos integrais dos estudos elegíveis. Foi devolvida uma folha de Excel para a extração dos dados relevantes de cada estudo incluído na revisão de literatura, incluindo: (1) referência; (2) país de origem; (3) desenho de investigação; (4) tamanho da amostra; (5) percentagem de participantes do sexo feminino; (6) idade (média e desvio-padrão) dos participantes; (6) nível de escolaridade dos participantes; (7) estatuto face ao emprego, ocupação e rendimento dos participantes; (8) etiologia da dor; (9) duração da dor; (10) médias e desvios padrão nas medidas de funcionalidade física (e.g., intensidade e interferência da dor, e incapacidade funcional associada à dor) e psicológica (e.g., ansiedade, depressão, somatização, *distress* psicológico, bem-estar subjetivo), e de sentido de propósito, de sentido de vida ou de sentido de coerência; (11) medidas estatísticas de associação entre as medidas usadas para avaliar as variáveis de critério e as medidas de sentido de propósito, de sentido de vida ou de sentido de coerência. Os dados foram extraídos por dois revisores independentes. A falta de consenso entre os dois revisores independentes foi resolvida durante uma reunião de consenso. Na impossibilidade de chegar a um consenso, foi consultada a orientadora para chegar a uma decisão final acerca da elegibilidade do estudo.

Avaliação da Qualidade Metodológica

A presença de risco de viés foi avaliado por dois revisores independentes por recurso à ferramenta “*JBI Critical Appraisal Checklist For Analytical Cross-Sectional studies*”, um questionário de 8 itens com o intuito de avaliar a eficiência dos métodos usados (JBI, 2020). A falta de consenso entre os dois revisores independentes foi resolvida de forma similar ao acima descrito. Os resultados foram convertidos em percentagens, sendo que cada item foi respondido com “Sim” (=1), “Não” (=0) ou “Inconclusivo” (=?) de forma a calcular uma pontuação total. Destas percentagens, abaixo de 50% representava uma qualidade baixa, de 50 a 80% uma qualidade média e acima de 80% uma qualidade alta (Ferreira-Valente et al., 2022).

Análise de Dados

Foi realizada uma síntese qualitativa da literatura de acordo com a abordagem desenvolvida pelo *UK Economic and Social Research Council* para a realização de sínteses narrativas em revisões sistemáticas da literatura (Popay et al. 2006), a qual foi adaptada com vista às finalidades da presente revisão da literatura. Esta síntese qualitativa teve como finalidade descrever as características metodológicas dos estudos incluídos nesta revisão, assim como descrever as suas limitações e pontos fortes, e sumariar os resultados e conclusões associados ao objetivo desta revisão sistemática. O primeiro passo consistiu na redação de sínteses preliminares dos resultados dos estudos incluídos relativamente à pergunta de investigação de interesse desta revisão sistemática. O segundo passo prendeu-se com a exploração de relações entre os dados. O terceiro passo consistiu na avaliação da robustez da síntese narrativa. Utilizaram-se, como instrumentos auxiliares da síntese narrativa, a elaboração do resumo textual dos estudos, de tabelas sumário das características e resultados dos estudos, o agrupamento dos estudos segundo a natureza dos resultados encontrados, e a análise de subconjuntos de estudos de acordo com as suas características metodológicas.

Resultados

Seleção de estudos

Como apresentado na figura 1, as pesquisas de literatura resultaram num total de 92 artigos, sendo que havia 31 duplicados, que foram excluídos. Leram-se os resumos e títulos dos 61 potenciais artigos. Com base nos critérios de elegibilidade, rejeitaram-se 31. Através da versão completa dos restantes artigos, excluíram-se mais 17 artigos. Após esta triagem, restaram 13 artigos que representam a literatura analisada nesta revisão sistemática. Contudo um dos artigos (Nost et al, 2018a) era uma avaliação de follow-up de um outro artigo também incluído (Nost et al., 2018b). Para todos os estudos com falta de informação ou acesso, tentou-se contactar os respectivos autores para clarificar os dados em falta ou obter o artigo completo, porém não foram obtidas respostas. Três estudos foram excluídos pelo facto de os participantes não serem humanos adultos; sete pelo facto de terem dor oncológica; 17 por não ter sido possível confirmar que a dor tinha uma duração igual ou superior a três meses; 20 pelo facto de o estudo não incluir nenhuma medida quantitativa de dor, funcionalidade física e/ou a funcionalidade psicológica, ou de sentido de vida; e oito por não serem estudos observacionais ou (quase-) experimentais.

Descrição dos estudos Incluídos

Setting e Desenho de Investigação

A tabela 1 sumaria as características dos estudos incluídos nesta revisão de literatura. Como se pode ver, estes estudos foram publicados entre 1990 e 2020, sendo que 8 de 12 foram publicados nos últimos 10 anos (Bergstrom et al., 2014; Dezutter et al., 2015; Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Lillefjell et al., 2015; Nøst et al., 2018a/b; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015). A maioria dos estudos foram realizados na Europa ($n=9$; Anke et al., 2013; Bergstrom et al., 2014; Dezutter et al., 2015; Heden et al., 2020; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Nøst et al., 2018a/b; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015), sobretudo na Noruega ($n=4$; Anke et al., 2013; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Nøst et al., 2018a/b) e na Suécia ($n=3$; Bergstrom et al., 2014; Heden et al., 2020; Rashid et al., 2018), tal como na Bélgica (Dezutter et al., 2015) e no Reino Unido (Richardson & Morley, 2015). Os restantes estudos foram realizados nos Estados Unidos ($n=2$; Chumbler et al., 2013; Garland et al., 2019) e na Nova Zelândia (Petrie & Azariah, 1990).

Nove dos estudos incluídos são longitudinais (Bergstrom et al., 2014; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Nøst et al., 2018a/b; Petrie & Azariah, 1990). Quatro estudos são estudos observacionais quantitativos (Anke et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015), quatro são ensaios clínicos não-aleatorizados envolvendo intervenções (Bergstrom et al., 2014; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Petrie & Azariah, 1990), e quatro são ensaios clínicos aleatorizados (Chumbler et al., 2013; Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Nøst et al., 2018a/b).

Características dos Participantes

Os estudos incluídos nesta revisão envolveram um total de 3051 participantes, com amostras com tamanho compreendido entre 30 (Heden et al., 2020) e 1665 (Lillefjell et al., 2015) participantes ($M=254,25$; $DP=450,21$). Onze dos estudos tiveram maioritariamente participantes mulheres, um dos quais incluiu exclusivamente mulheres (Rashid et al., 2018) ($M=69,63\%$ mulheres). Um estudo incluiu na sua amostra maioritariamente homens (Chumbler et al., 2013). A média das idades dos participantes variou entre os 41 anos (Bergstrom et al., 2014) e os 84 anos de idade (Heden et al., 2020) ($M=53$ anos), sendo que um dos estudos somente incluiu pessoas com mais de 65 anos (Heden et al., 2020). Os participantes de seis estudos tinham dor

Figura 1.

Fluxograma do Processo de Triagem

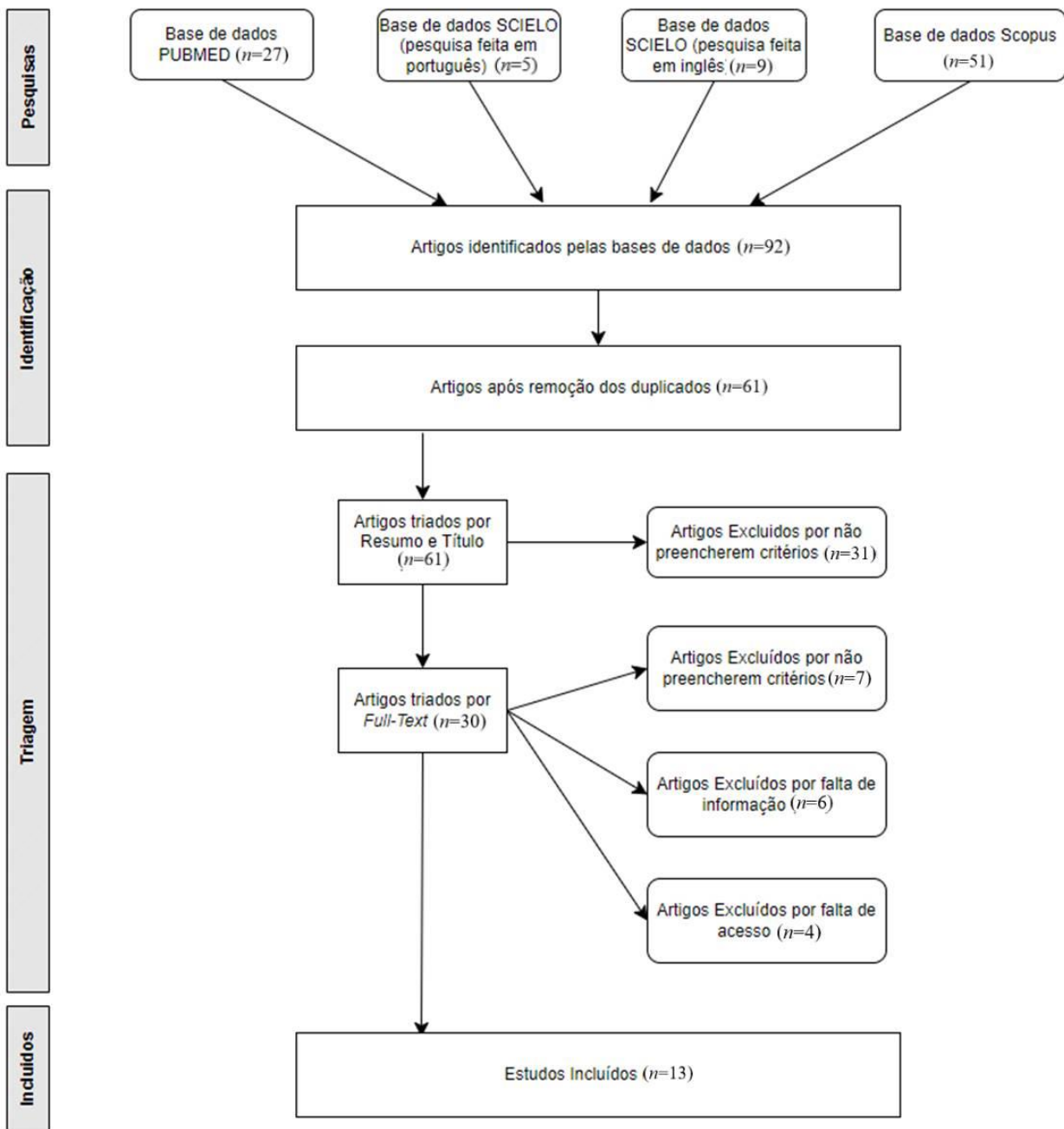


Tabela 1

Características dos estudos Incluídos

Autor (ano)	País de Origem	Desenho	População	Amostra	Medidas Sentido de vida:	Medidas Intensidade/ Severidade da dor:	Medidas Funcionalidade Física:	Medidas Funcionalidade Psicológica:	Outras Medidas associadas à dor:
				<i>N</i> = 229					
Anke et al. (2013)	Noruega	Quantitativo Observacional Transversal	Utentes com dor musculoesquelética localizada	53% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 42; desconhecido Duração da Dor (%): > 6 meses: 100%; > 1 ano: 90%; > 10 anos: 23%	SOC-13	Numeric Rating Scale (NRS)		Hopkins Symptom Check List Life Satisfaction (LiSat-9) checklist	Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES): subscale of pain (SEP)
				<i>N</i> = 39					
Bergstrom et al. (2014)	Suécia	Quantitativo Ensaio Clínico Não-Aleatorizado Longitudinal	Pessoas com dor crónica à pelo menos 3 meses	80% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 41; desconhecido Duração da Dor (<i>M, DP</i>): desconhecido	SOC-13		Nottingham Health Profile (NHP)	Nottingham Health Profile (NHP)	Body Awareness Scale (BAS)
				<i>N</i> = 250					
Chumbler et al. (2013)	Estados Unidos da América	Quantitativo Experimental Longitudinal - Ensaio Clínico Aleatorizado	Utentes diagnosticados com dor musculoesquelética localizada ou generalizada	17,2% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 55,1; 8,5; Duração da Dor (%): 3-12 meses: 2%; 1-5 anos: 26,4%; 6-10 anos: 19,2%; +10 anos: 52,4%	SOC	Brief Pain Inventory (BPI)	Brief Pain Inventory (BPI) Short-Form Health Survey (SF12) Short-Form Health Survey (SF36)	The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Short-Form Health Survey (SF12) Short-Form Health Survey (SF36)	Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) Coping Strategies Questionnaire (CSQ)
				<i>N</i> = 125					
Dezutter et al. (2015)	Bélgica	Quantitativo Observacional Longitudinal	Utentes com dor crónica não-especificada	69% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 53; 13; Duração da Dor (<i>M, DP</i>): 19; 13; (anos)	Meaning in Life Questionnaire (MLQ)	Numeric Rating Scale (NRS)		Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Satisfaction with Life Scale (SWLS)	

Tabela 1 (continuação)

Autor (ano)	País de Origem	Desenho	População	Amostra	Medidas Sentido de vida:	Medidas Intensidade/ Severidade da dor:	Medidas Funcionalidade Física:	Medidas Funcionalidade de Psicológica:	Outras Medidas associadas à dor:
Garland et al. (2019)	Estados Unidos da América	Quantitativo Experimental Longitudinal - Ensaio Clínico Aleatorizado	Utentes que foram prescritos opiodes para dor crónica	<i>N</i> = 95	<i>Meaning in Life Questionnaire</i> (MLQ)	<i>Brief Pain Inventory</i> (BPI)			<i>Positive and Negative Affect Scale</i> (PANAS)
				67% Mulheres					Idade (<i>M, DP</i>): Grupo Controlo 57,64, 11,95; Grupo Experimental 55,94, 11,51;
				Duração da Dor (<i>M, DP</i>): Grupo Controlo 216,43, 160,18; Grupo Experimental 186,56, 118,57; (meses)					<i>Non-dual Awareness Dimensional Assessment</i> (NADA)
Heden et al. (2020)	Suécia	Quantitativo Experimental Longitudinal - Ensaio Clínico Aleatorizado	Adultos com mais de 65 anos que vivem com dor musculoesquelética não-especificada à pelo menos 3 meses em casa	<i>N</i> = 30	SOC-13	<i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) <i>Brief Pain Inventory</i> (BPI)	<i>Brief Pain Inventory</i> (BPI)		<i>Geriatric Depression Scale 20</i> (GDS-20)
				70% mulheres					Idade (<i>M, DP</i>): 84; desconhecido
				Duração da Dor (<i>M, DP</i>): desconhecido					
Lillefjell & Jakobsen (2007)	Noruega	Quantitativo Ensaio Clínico Não-Aleatorizado Longitudinal	Utentes com dor musculoesquelética não-especificada pertencentes a um centro de reabilitação	<i>N</i> = 153	SOC-13	<i>Visual Analogic Scale</i> (VAS)	<i>Visual Analogic Scale</i> (VAS): Experiência de dor		<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)
				65,1% mulheres					Idade (<i>M, DP</i>): 45,6; 9,1;
				Duração da Dor (<i>M, DP</i>): 15,3; desconhecido (anos)					

Tabela 1 (continuação)

Autor (ano)	País de Origem	Desenho	População	Amostra	Medidas Sentido de vida:	Medidas Intensidade/ Severidade da dor:	Medidas Funcionalidade Física:	Medidas Funcionalidade Psicológica:	Outras Medidas associadas à dor:
Lillefjell et al. (2015)	Noruega	Quantitativo Ensaio Clínico Não-Aleatorizado Longitudinal	Utentes de baixa com dor musculoesquelética não-especificada por pelo menos 3 meses pertencentes a um centro de reabilitação privado	<i>N</i> = 1665 75,4% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 45,2; 9,1; Duração da Dor (<i>M, DP</i>): desconhecido	SOC-13	Visual Analogic Scale (VAS)	Visual Analogic Scale (VAS): Experiência de dor COOP WONCA charts (Estatuto de Saúde Funcional)*	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	
Nøst et al. (2018) a/b	Noruega	Quantitativo Experimental Longitudinal - Ensaio Clínico Aleatorizado	Pessoas com dor crónica auto-reportada à pelo menos 3 meses	<i>N</i> = 104 88% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 53; 11,7; Duração da Dor (%): 7-11 meses: 1,7%; 1-5 anos: 19,9%; 6-9 anos: 15,7%; ≥ 10 anos: 63%	SOC-13	Brief Pain Inventory (BPI) Visual Analogic Scale (VAS)	Brief Pain Inventory (BPI) EuroQoL (EQ-5D-5L) Saúde global auto-reportada	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) The Arizona Integrative Outcomes Scale (AIOS)	Patient Activation Measure (PAM) Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)
Petrie & Azariah (1990)	Nova Zelândia	Quantitativo Ensaio Clínico Não-Aleatorizado Longitudinal	Utentes com dor crónica a participar no curso de gestão da dor	<i>N</i> = 107 77% mulheres Idade (<i>M, DP</i>): 54,7; 13,9; Duração da Dor (<i>M, DP</i>): 11,9, 10,1; (anos)	SOC-29			Mental Health Inventory	Coopersmith's Self-Esteem Inventory Pain Behaviour Checklist

Tabela 1 (continuação)

Autor (ano)	País de Origem	Desenho	População	Amostra	Medidas Sentido de vida:	Medidas Intensidade/ Severidade da dor:	Medidas Funcionalidade Física:	Medidas Funcionalidade Psicológica:	Outras Medidas associadas à dor:
Rashid et al. (2018)	Suécia	Quantitativo Observacional Transversal	Mulheres de baixa com dor musculoesquelética localizada na lombar, no pescoço ou nos ombros	N = 208 100% mulheres Idade (M, DP): 49,63, 9,71 Duração da Dor (M,DP): 83,63, 99,64; (meses)	SOC-13	Multidimensional Pain Inventory (MPI- S)		Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Life Satisfaction questionnaire (LiSat- 11) Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)	General Self-Efficacy (GSE) Coping Strategies Questionnaire (CSQ) Work Ability Index (WAI)
Richardson & Morley (2015)	Reino Unido	Quantitativo Observacional Transversal	Utentes com dor crónica	N = 46 73,91% mulheres Idade (M, DP): 60,8; 12,43; Duração da Dor (M, DP):14,59, 10,64; (anos)	Meaningful Life Measure (MLM)	Brief Pain Inventory (BPI)	Brief Pain Inventory (BPI)	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Chronic Pain Acceptance Questionnaire – versão revista (CPAQ-R) Life Orientation Test revised version (LOT-R) Action Identification for Pain (AIP)

Nota. *Dartmouth COOP (cooperative) - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

crônica musculoesquelética (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Heden et al., 2020; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Rashid et al., 2018). Os restantes estudos eram omissos quanto à etiologia da dor crônica dos seus participantes. A duração da dor, em média, nos estudos em que essa informação era patente, variou entre 83,63 meses (Rashid et al., 2018) a 228 meses (Dezutter et al., 2015).

Natureza dos Resultados e Análises Estatísticas de Interesse para esta Revisão de Literatura

A maior parte dos estudos ($n=8$) avaliou a associação entre alguma medida de sentido de vida e medidas de severidade/intensidade da dor ($n=7$; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Petrie & Azariah, 1990; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015), ou funcionalidade/saúde física ($n=4$; Chumbler et al., 2013; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Richardson & Morley, 2015), ou funcionalidade psicológica ($n=6$; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015), ou outras medidas de variáveis psicológicas associadas à experiência de dor (i.e., catastrofização, auto-eficácia, estratégias de coping, aceitação, otimismo e identificação da ação; $n=3$; Chumbler et al., 2013; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015). Sete estudos (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Petrie & Azariah, 1990; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015) avaliaram estas associações através de pelo menos uma análise de correlação e/ou análise de regressão e em dois estudos (Chumbler et al., 2013; Lillefjell et al., 2015) os autores conduziram análise de diferenças de médias comparando grupos com elevado vs. baixo sentido de coerência relativamente às demais variáveis de interesse. Um estudo (Anke et al., 2013) comparou o sentido de coerência de quatro clusters de participantes, segundo os seus níveis de satisfação com a vida e intensidade da dor (satisfação com a vida elevada e intensidade da dor leve; satisfação com a vida elevada e intensidade da dor severa; satisfação com a vida baixa e intensidade da dor leve; satisfação com a vida baixa e intensidade da dor severa). E por último, um estudo investigou a relação de causalidade através de uma *cross-lagged path analyses* e, com uma ANOVA Bivariada comparou clusters com diferentes níveis de sentido de vida, tal como o efeito de interação destes com diferentes tempos de aplicação.

Restaram três ensaios clínicos aleatorizados e dois não aleatorizados que avaliaram a eficácia de intervenções em diferentes tempos, através do Teste de Wilcoxon ($n=2$; Bergstrom et al., 2014; Heden et al., 2020), ANOVA de medições repetidas ($n=2$; Heden et al., 2020; Lillefjell

& Jakobsen, 2007), uma análise *two-level linear mixed-effects* ($n=1$; Nøst et al., 2018a/b) e uma análise de Equações Estruturais ($n=1$; Garland et al., 2019).

Instrumentos Utilizados nos Estudos Incluídos

Medidas de sentido de vida

A partir do Anexo I, apresentamos um resumo dos instrumentos usados para avaliar medidas de sentido de vida ou sentido de coerência. Maioritariamente, foi utilizada a Escala de Sentido de Coerência ($n=9$) para medir a forma como a pessoa percebe o mundo, considerando três dimensões: a Compreensibilidade, a Geribilidade e a Significância. Destes, sete estudos aplicaram a versão curta com 13 itens (Anke et al., 2013; Bergstrom et al., 2014; Heden et al., 2020; Lillefjell et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Nøst et al., 2018a/b; Rashid et al., 2018), um utilizou a versão original com 29 itens (Petrie & Azariah, 1990) e outro a versão abreviada com 3 itens (Chumbler et al., 2013). Dois estudos aplicaram o *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) (Dezutter et al., 2015), um dos quais aplicou apenas a Subescala da Presença de Sentido (Garland et al., 2019) e um artigo usou o *Meaningful Life Measure* (MLM) para avaliar o sentido de vida (Richardson & Morley, 2015).

Medidas de Severidade ou Intensidade da dor

Para quantificar a severidade e intensidade da dor, como podemos ver no Anexo II, três estudos recorreram à Escala de Avaliação Numérica (NRS) (Anke et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Heden et al., 2020), cinco à Subescala de Severidade da Dor do *The Brief Pain Inventory* (BPI) (Chumbler et al., 2013; Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Nøst et al., 2018a/b; Richardson & Morley, 2015), três à Escala Visual Analógica (VAS) para igualmente categorizar a intensidade num continuum (Lillefjell et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Nøst et al., 2018a/b) e, por último, um à *Multidimensional Pain Inventory* (MPI-S) (Rashid et al., 2018;). Estes instrumentos revertem-se a períodos de dor diferentes, nomeadamente, seis referem-se à dor no presente (Dezutter et al., 2015; Heden et al., 2020; Lillefjell et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Rashid et al., 2018), quatro à última semana (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015) ou à semana passada (Nost et al., 2018a/b), dois às últimas 24 horas (Nøst et al., 2018; Richardson & Morley, 2015) e um para a dor em média sem especificação (Garland et al., 2019).

Medidas de Funcionalidade Física

Como demonstrado no Anexo III, a funcionalidade física foi avaliada mediante variados instrumentos: Quatro estudos usaram a Subescala da Interferência da Dor do BPI (Chumbler et al., 2013; Heden et al., 2020; Nøst et al., 2018a/b; Richardson & Morley, 2015), sendo que um dos estudos utilizou também um item adicional do BPI relacionado ao alívio da dor por medicação (Nøst et al., 2018a/b); Outros dois utilizaram o VAS para categorizar a experiência de dor, isto é, o quão incomoda a pessoa considerava a sua dor (Lillefjell et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007); um a saúde global auto-reportada, através da pergunta “Como descreveria a sua saúde: má, não tão boa, boa, muito boa ou excelente?” (Nøst et al., 2018a/b); foram também usados o Sumário do Componente Físico do *Short-Form Health Survey* 12 (SF-12; Chumbler et al., 2013) e a Subescala da Saúde Geral da *Short-Form Health Survey* 36 (SF-36; Chumbler et al., 2013); um teste de atividade física, que visa avaliar a capacidade da pessoa de se levantar da cadeira em 30 segundos para medir a força dos membros inferiores (Nøst et al., 2018a/b); o EuroQoL (EQ-5D-5L), que quantifica a qualidade de vida (Nøst et al., 2018a/b); os Quadros de Aptidão Física, Atividades Diárias, Mudanças na Saúde e Saúde Geral do COOP WONCA (*Dartmouth COOP (cooperative) functional health assessment charts - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) (Lillefjell et al., 2015); e as Subescalas da Dor, Qualidade do Sono, (In)capacidade Funcional e o Nível de Energia do *Nottingham Health Profile* (NHP) (Bergstrom et al., 2014).

Medidas de Funcionalidade Psicológica

As medidas de funcionalidade psicológica estão representadas no Anexo IV. O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi o instrumento mais usado ($n=4$) para medir a presença de sintomas de depressão e de ansiedade (Lillefjell et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Nøst et al., 2018a/b; Rashid et al., 2018). Houve vários instrumentos apenas utilizados por um estudo, nomeadamente, o Sumário do Componente Mental do SF-12 (Chumbler et al., 2013) e as Subescalas da Vitalidade e Funcionamento Social do SF-36 (Chumbler et al., 2013), os Quadros do COOP WONCA relativos aos Sentimentos e Atividades Sociais (Lillefjell et al., 2015), a Escalas do Estado Positivo e Negativo de Saúde Mental Geral do *Mental Health Inventory* (Petrie & Azariah, 1990), o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Richardson & Morley, 2015), as Subescalas da Depressão, Ansiedade e Somatização do *Hopkins Symptom Checklist* (Anke et al., 2013), a *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (Dezutter et al., 2015), as Reações Emocionais e o Isolamento Social do *Nottingham Health Profile* (NHP) (Bergstrom et al., 2014) e a *Geriatric Depression Scale* 20 (GDS-20) (Heden et al., 2020).

Para além disso, três estudos analisaram a satisfação com a vida, através do *Life Satisfaction* (LiSat-9) *checklist* (Anke et al., 2013), *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Dezutter et al., 2015) e o *Life Satisfaction questionnaire* (LiSat- 11) (Rashid et al., 2018) e dois o Bem-estar, por meio da *The Arizona Integrative Outcomes Scale* (AIOS) (Nøst et al., 2018a/b) e da *Numeric Rating Scale* (NRS) (Heden et al., 2020). Foi também medido o distress no trabalho com a *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ) (Rashid et al., 2018).

Outras Medidas associadas à dor

Foram também consideradas outras variáveis associadas à dor. Como exposto no Anexo V, quatro estudos abordaram a auto-eficácia, através do *Arthritis Self-Efficacy Scale* (ASES) (Chumbler et al., 2013), um deles usando somente a Subescala da Dor (Anke et al., 2013), o *General Self-Efficacy* (GSE) (Rashid et al., 2018) e o *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ) (Nøst et al., 2018a/b). Mensuraram igualmente outros construtos através da Subescala das Crenças de Dor Catastrofizada (Chumbler et al., 2013) e a Subescala das Estratégias de Coping (Rashid et al., 2018) ambas pertencentes ao *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ), a capacidade no trabalho com *Work Ability Index* (WAI) (Rashid et al., 2018), o envolvimento do doente na gestão da própria doença crónica através da *Patient Activation Measure* (PAM-13) (Nøst et al., 2018a/b), a auto-estima através da *Coopersmith's Self-Esteem Inventory* (CSEI) (Petrie & Azariah, 1990), as consequências comportamentais da dor crónica com a *Pain Behaviour Checklist* (PBC) (Petrie & Azariah, 1990), a aceitação da dor com a *Chronic Pain Acceptance Questionnaire – revised version* (CPAQ-R) (Richardson & Morley, 2015), o otimismo disposicional através da *Life Orientation Test revised version* (LOT-R) (Richardson & Morley, 2015), a identificação das ações pelo *Action Identification for Pain* (AIP) (Richardson & Morley, 2015), a consciência corporal com o *Body Awareness Scale* (BAS) (Bergstrom et al., 2014), as qualidades afetivas positivas pelo *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS) (Garland et al., 2019), os métodos de prolongar experiências positivas com a *Momentary Savoring Scale* (MSS) (Garland et al., 2019), o estado de transcendência através da *Non-dual Awareness Dimensional Assessment* (NADA) (Garland et al., 2019) e, por fim, os comportamentos de uso indevido de opióides através da *Current Opioid Misuse Measure* (COMM) (Garland et al., 2019).

Qualidade Metodológica

A tabela 2 apresenta os resultados da avaliação do risco de viés (o contrário de qualidade metodológica) dos estudos incluídos nesta revisão. A qualidade metodológica dos estudos incluídos variou entre 50% (média) e 100% (alta). Cinco estudos apresentaram uma qualidade

Tabela 2*Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos*

Autor (ano)	<i>Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?</i>	<i>Were the study subjects and the setting described in detail?</i>	<i>Was the exposure measured in a valid and reliable way?</i>	<i>Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?</i>	<i>Were confounding factors identified?</i>	<i>Were strategies to deal with confounding factors stated?</i>	<i>Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</i>	<i>Was appropriate statistical analysis used?</i>	Total	%
Anke et al. (2013)	1	1	1	1	1	0	1	1	7	88%
Bergstrom et al. (2014)	0	0	1	1	1	0	1	1	5	63%
Chumbler et al. (2013)	1	0	1	1	1	1	1	1	7	88%
Dezutter et al. (2015)	0	1	1	1	1	0	0	1	5	63%
Garland et al. (2019)	1	0	1	1	1	1	1	1	7	88%
Heden et al. (2020)	0	1	1	0	1	0	1	1	5	63%
Lillefjell & Jakobsen (2007)	0	0	1	1	1	0	1	1	5	63%
Lillefjell et al. (2015)	0	0	1	1	1	1	1	1	6	75%
Nøst et al. (2018)	1	1	1	0	1	1	1	1	7	88%
Petrie & Azariah (1990)	0	0	1	1	0	0	1	1	4	50%
Rashid et al. (2018)	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%
Richardson & Morley (2015)	1	0	1	1	0	0	1	1	5	63%

Nota. *Sim=1; Não=0; ?=Inconclusivo (Qualidade baixa <50%;Qualidade média 50%-80%; Qualidade alta >80%).

metodológica alta (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Garland et al., 2019; Nøst et al., 2018; Rashid et al., 2018), enquanto que, os restantes revelaram uma qualidade metodológica média (Bergstrom et al., 2014; Dezutter et al., 2015; Heden et al., 2020; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Petrie & Azariah, 1990; Richardson & Morley, 2015).

Resultados de estudos que envolvem associações

Os resultados dos estudos que realizaram medidas de associação para averiguarem a relação entre sentido de vida e a funcionalidade ou intensidade da dor agrupam-se na Tabela 3.

Associação entre o sentido de vida e a intensidade ou severidade da dor

Oito estudos investigaram a associação entre uma medida de sentido de vida ou sentido de coerência e a intensidade ou severidade da dor (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Petrie & Azariah, 1990; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015), resultando em 35 possíveis associações estudadas. A maioria das associações entre intensidade/severidade da dor e o sentido de vida (67%) não foram estatisticamente significativas. Das 12 associações que foram estatisticamente significativas, 10 eram negativas (Anke et al., 2013; Dezutter et al., 2015), e duas positivas (Lillefjell et al., 2015; Rashid et al., 2018).

Associação entre o sentido de vida e a funcionalidade física

Dos quatro estudos que avaliaram a relação com a funcionalidade física (Chumbler et al., 2013; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Richardson & Morley, 2015), realizaram 25 associações, das quais 10 reportaram-se significativas. Nove destas indiciam que pessoas com maior sentido de vida têm melhor funcionalidade física.

Associação entre o sentido de vida e a funcionalidade psicológica

Foram estudadas 76 possíveis associações entre o sentido de vida e a funcionalidade psicológica, nos sete estudos que abordaram esta relação (Anke et al., 2013; Chumbler et al., 2013; Dezutter et al., 2015; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Lillefjell et al., 2015; Rashid et al., 2018; Richardson & Morley, 2015). Destas, 57 (75%) eram associações estatisticamente significativas, das quais 46 sugerem que um maior sentido de vida está associado a uma melhor funcionalidade psicológica. Contudo, por exemplo no estudo de Dezutter et al (2015), a elevada procura de sentido (Subescala do MLQ) estava associada a maior sintomatologia depressiva, ao passo que a

Tabela 3

Resultados de estudos que envolvem associações

Autor (ano)	Estatística de Interesse	Intensidade/ Severidade da dor e Sentido de vida	Funcionalidade física e Sentido de vida	Funcionalidade psicológica e Sentido de vida	Outras variáveis associadas a dor e Sentido de vida
Anke et al. (2013)	Análise de <i>Clusters</i> : C1: Elevada Satisfação com a vida e Leve Intensidade da dor C2: Elevada Satisfação com a vida e Severa Intensidade da dor C3: Baixa Satisfação com a vida e Leve Intensidade da dor C4: Baixa Satisfação com a vida e Severa Intensidade da dor		SOC (C1>C2): $p<0,05$ SOC (C1>C3): $p<0,01$ SOC (C1>C4): $p<0,01$ SOC (C2 vs. C3): ns SOC (C2>C4): $p<0,05$ SOC (C3>C4): $p<0,05$		N/A
	Análise de Regressão Múltipla	N/A	N/A	Satisfação com a Vida (LiSat-9) <i>Life as a whole</i> : $\beta=0,399$; $p<0,001$ <i>Partner relationship</i> : $\beta=0,274$; $p<0,001$ <i>Family life</i> : $\beta=-0,419$; $p<0,001$ <i>Sexual life</i> : $\beta=0,283$; $p<0,001$ <i>Activities of daily living</i> : ns <i>Contacts with friends</i> : $\beta=0,296$; $p<0,001$ <i>Leisure situation</i> : $\beta=0,293$; $p<0,01$ <i>Vocational situation</i> : $\beta=0,228$; $p<0,001$ <i>Financial situation</i> : $\beta=0,329$; $p<0,001$	N/A
Chumble r et al. (2013)	Teste T de student para amostras independentes (diferenças entre as médias de grupos com SOC Elevado vs. SOC Baixo)	BPI Severidade da dor: ns	BPI Interferência da dor (Elevado SOC < Baixo SOC): $p=0,004$ SF-36 Saúde Geral (Elevado SOC > Baixo SOC): $p<0,001$ SF-12 Physical Component Summary: ns	SF-36 Vitalidade (Elevado SOC > Baixo SOC): $p<0,001$ SF-36 Funcionamento Social (Elevado SOC > Baixo SOC): $p<0,001$ SF-12 Mental Component Summary (Elevado SOC > Baixo SOC): $p<0,001$ PHQ-9 Depressão Major (Elevado SOC < Baixo SOC): $p<0,001$	Auto-eficácia (ASES) (Elevado SOC > Baixo SOC): $p<0,001$ CSQ Catastrofização da dor (Elevado SOC < Baixo SOC): $p<0,001$
	Análise de Regressão	BPI Severidade da dor: ns	BPI Interferência da dor: ns SF-36 saúde geral: $B=7,503$; $p=0,034$	SF-36 Vitalidade: $B=10,683$; $p<0,001$ SF-36 Funcionamento Social: $B=12,924$; $p<0,001$ SF-12 <i>Mental Component Summary</i> : $B=8,280$; $p<0,001$ **	Auto-eficácia (ASES): $B=0,702$; $p=0,008$ CSQ Catastrofização da dor: $B=-2,95$; $p=0,003$

Tabela 3 (Continuação)

Autor (ano)	Estatística de Interesse	Intensidade/ Severidade da dor e Sentido de vida	Funcionalidade física e Sentido de vida	Funcionalidade psicológica e Sentido de vida / SOC	Outras variáveis associadas a dor e Sentido de vida
Dezutter et al. (2015)	Análise de Correlação T1: 1º ano (2012) T2: 2º ano (2013) T3: 3º ano (2014)	Intensidade da dor T1 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=-0,25$; $p<0,01$ T1 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns T2 MLQ <i>Presence of meaning</i> : ns T2 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns T3 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=-0,18$; $p<0,05$ T3 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns	N/A	Sintomas Depressivos T1 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=-0,54$; $p<0,001$ T1 MLQ <i>Search for meaning</i> : $r=0,23$; $p<0,01$ T2 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=-0,40$; $p<0,001$ T2 MLQ <i>Search for meaning</i> : $r=0,20$; $p<0,05$ T3 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=-0,39$; $p<0,001$ T3 MLQ <i>Search for meaning</i> : $r=0,31$; $p<0,01$ Satisfação com a Vida T1 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=0,60$; $p<0,001$ T1 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns T2 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=0,56$; $p<0,001$ T2 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns T3 MLQ <i>Presence of meaning</i> : $r=0,46$; $p<0,001$ T3 MLQ <i>Search for meaning</i> : ns VD: Sintomas Depressivos VI: <i>Presence of meaning</i> T1 vs. T2: $\beta=-0,10$; $p<0,05$ T2 vs. T3: $\beta=-0,10$; $p<0,05$ VI: <i>Search for meaning</i> T1 vs. T2: $\beta=0,14$; $p<0,01$ T2 vs. T3: $\beta=0,14$; $p<0,01$ VD: Satisfação com a Vida VI: <i>Presence of meaning</i> T1 vs. T2: ns T2 vs. T3: ns VI: <i>Search for meaning</i> T1 vs. T2: ns T2 vs. T3: ns	N/A
	Cross-lagged path analyses	VD: Intensidade da dor VI: <i>Presence of meaning</i> T1 vs. T2: ns T2 vs. T3: ns VI: <i>Search for meaning</i> T1 vs. T2: ns T2 vs. T3: ns	N/A	Sintomas Depressivos T1: $F=15,91$; $p<0,001$ (C2;C1;C3 > C5 > C4) T2: $F=10,32$; $p<0,001$ (C2 > C1;C3 > C5 > C4) T3: $F=19,44$; $p<0,001$ (C2 > C1;C3 > C5 > C4) Efeito de Interação: ns Satisfação com a Vida T1: $F=18,67$; $p<0,001$ (C4;C5 > C3;C1;C2) T2: $F=29,00$; $p<0,001$ (C5;C4 > C3 > C2;C1) T3: $F=21,03$; $p<0,001$ (C4;C5 > C3 > C1;C2) Efeito de Interação: $F=2,35$; $p<0,05$	N/A
	ANOVA Bivariada (efeito de interação) - Comparação de Clusters: C1: Baixa Presença de sentido + Baixa Procura de sentido; C2: Baixa Presença de sentido + Elevada Procura de sentido; C3: Moderada Presença de sentido + Moderada Procura de sentido; C4: Elevada Presença de sentido + Baixa Procura de sentido; C5: Elevada Presença de sentido + Elevada Procura de sentido;	T1: $F=4,55$; $p<0,05$ (C2;C1;C3 > C5;C4) T2: $F=6,68$; $p<0,001$ (C2;C1;C3 > C5;C4) T3: $F=3,99$; $p<0,01$ (C1 > C3;C5;C4) Efeito de Interação: ns	N/A		

Tabela 3 (Continuação)

Autor (ano)	Estatística de Interesse	Intensidade/Severidade da dor e Sentido de vida	Funcionalidade física e Sentido de vida	Funcionalidade psicológica e Sentido de vida	Outras variáveis associadas a dor e Sentido de vida
	Análise de Correlação	Intensidade da dor SOC <i>Meaningfulness</i> : ns SOC <i>Comprehensibility</i> : ns SOC <i>Manageability</i> : ns	Experiência da dor: SOC <i>Meaningfulness</i> : ns SOC <i>Comprehensibility</i> : ns SOC <i>Manageability</i> : ns	HADS Ansiedade SOC <i>Meaningfulness</i> : $r=-0,49$; $p<0,01$ SOC <i>Comprehensibility</i> : $r=-0,56$; $p<0,01$ SOC <i>Manageability</i> : $r=-0,63$; $p<0,01$ HADS Depressão SOC <i>Meaningfulness</i> : $r=-0,37$; $p<0,01$ SOC <i>Comprehensibility</i> : $r=-0,43$; $p<0,01$ SOC <i>Manageability</i> : $r=-0,49$; $p<0,01$	N/A
Lillefjell & Jakobsen (2007)	Análise de Regressão: T1 (1ª semana) e T3 (follow-up- 57 semanas)	Intensidade da dor T1 <i>Meaningfulness</i> : ns T1 <i>Comprehensibility</i> : ns T1 <i>Manageability</i> : ns T3 <i>Meaningfulness</i> : ns T3 <i>Comprehensibility</i> : ns T3 <i>Manageability</i> : ns	Experiência da dor T1 <i>Meaningfulness</i> : ns T1 <i>Comprehensibility</i> : ns T1 <i>Manageability</i> : ns T3 <i>Meaningfulness</i> : ns T3 <i>Comprehensibility</i> : ns T3 <i>Manageability</i> : ns	Ansiedade T1 <i>Meaningfulness</i> : ns T1 <i>Comprehensibility</i> : ns T1 <i>Manageability</i> : ns T3 <i>Meaningfulness</i> : ns T3 <i>Manageability</i> : ns Depressão T1 <i>Meaningfulness</i> : ns T1 <i>Comprehensibility</i> : ns T1 <i>Manageability</i> : ns T3 <i>Meaningfulness</i> : $\beta=-0,84$; $p<0,01$ T3 <i>Comprehensibility</i> : ns T3 <i>Manageability</i> : ns	Reentrada no trabalho T1 <i>Meaningfulness</i> : ns T1 <i>Comprehensibility</i> : ns T1 <i>Manageability</i> : ns T3 <i>Meaningfulness</i> : ns T3 <i>Comprehensibility</i> : ns T3 <i>Manageability</i> : ns
Lillefjell et al. (2015)	Teste <i>t</i> de student para amostras independentes (diferenças entre as médias de grupos com SOC Elevado vs. SOC Baixo em T1- pré-teste e T2- pós-teste)	Intensidade da dor T1: (Baixo SOC < Elevado SOC) $T=3,40$; $p=0,001$ Intensidade da dor T2: ns	T1 VAS Experiência da dor: (Baixo SOC < Elevado SOC) $T= 3,36$; $p=0,001$ COOP WONCA <i>Physical fitness</i> : ns COOP WONCA <i>Daily activities</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-7,80$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Changes in health</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-23,25$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Overall health</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-15,18$; $p=0,000$ T2 VAS Experiência da dor: ns COOP WONCA <i>Physical fitness</i> : ns COOP WONCA <i>Daily activities</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-3,30$; $p=0,001$ COOP WONCA <i>Changes in health</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-16,05$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Overall health</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-8,19$; $p=0,000$	T1 HADS Ansiedade: (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-46,6$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Feelings</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-35,90$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Social activities</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-19,00$; $p=0,000$ T2 HADS Ansiedade: (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-34,9$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Feelings</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-24,39$; $p=0,000$ COOP WONCA <i>Social activities</i> : (Baixo SOC > Elevado SOC) $T=-13,25$; $p=0,000$	N/A

Tabela 3 (Continuação)

Autor (ano)	Estatística de Interesse	Intensidade/Severidade da dor e Sentido de vida	Funcionalidade física e Sentido de vida	Funcionalidade psicológica e Sentido de vida	Outras variáveis associadas a dor e Sentido de vida
Petrie & Azariah (1990)	Análise de Regressão	SOC <i>Meaningfulness</i> Intensidade da dor*	N/A	N/A	N/A
Rashid et al. (2018)	Análise de Correlação	SOC Intensidade da dor: $r=0,32$; $p=0,01$	N/A	SOC HADS Ansiedade: $r=0,25$; $p=0,01$ HADS Depressão: $r=0,35$; $p=0,01$	SOC GSE Auto-eficácia: ns CSQ Desviar a atenção: ns CSQ Ignorar sensações: ns CSQ Aumentar as atividades comportamentais: ns
	Análise de Regressão	N/A		SOC LiSat-11 Bem-estar: $\beta = 0,17$; $p=0,04$	SOC <i>Work ability</i> : ns
Richardson & Morley (2015)	Análise de Correlação	MLM Sentido de Vida Intensidade da dor: ns	MLM Sentido de vida Interferência da dor: $r=-0,39$; $p=0,006$	MLM Sentido de vida PHQ-9 Depressão: $r=-0,53$; $p<0,001$	MLM Sentido de vida CPAQ-R <i>Acceptance</i> : $r=0,46$; $p=0,003$ LOT-R <i>Optimism</i> : $r=0,54$; $p<0,001$ AIP <i>Action identification</i> : $r=0,31$; $p=0,039$

Nota. *Os autores não reportaram os betas associados a cada uma das variáveis independentes introduzidas no modelo de regressão hierárquica múltipla, mas apenas o coeficiente de regressão de cada modelo de regressão.

Tabela 4

Outros Resultados (Eficácia de Intervenções)

Autor (ano)	Design	Info	Estatística de Interesse	Sentido de vida / SOC
Bergstrom et al. (2014)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Diferença entre as médias T1 (pré-teste) vs. T2 (pós-teste) T1 (pré-teste) vs. T3 (follow-up 1 ano) Diferenças entre Subgrupos (T1 vs. T3): Baixa consciencia corporal Moderada/alta consciencia corporal	Teste de Wilcoxon	T1 vs T2 SOC: ns T1 vs T3 SOC: ns Diferenças entre Subgrupos (T1 vs. T3): Baixa consciencia corporal SOC: ns Moderada/elevada consciencia corporal SOC: $p=0.002$
Garland et al. (2019)	Ensaio Clínico Aleatorizado	Diferença entre as médias : Controlo vs. Experimental	Análise de Equações Estruturais	MLQ: 95% IC 2,62; $p=0,005$
Heden et al. (2020)	Ensaio Clínico Aleatorizado	Intervenção T1 (Pré-teste) vs. T2 (Pós-teste) Intervenção T1 (Pré-teste) vs. T3 (<i>Follow-up</i> 6 meses) Intervenção vs. Controlo (T3)	Teste de Wilcoxon ANOVA de Medições Repetidas	Intervenção T1 vs. T2 SOC: ns Intervenção T1 vs. T3 SOC: $F(1,27) = 4,803, p = 0,037$ (Interação) Intervenção vs. Controlo (T3) SOC: ns
Lillefjell & Jakobsen (2007)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Diferença de médias em diferentes tempos: T1 (1ª semana), T2 (5 semanas depois) e T3 (57 semanas depois)	ANOVA de medições Repetidas	T1 vs. T2 vs. T3 <i>Meaningfulness</i> : $T1 < T2 < T3$; $p < .01$ <i>Comprehensibility</i> : $T1 < T2 < T3$; $p < .05$ <i>Manageability</i> : $T1 < T2 < T3$; $p < .01$ SOC: $T1 < T2 < T3$; $p < .01$
Nøst et al. (2018)a - Efeito após 3 meses		Diferença entre as médias T1 (pré-teste) vs. T2 (<i>follow-up</i> 3 meses) Intervenção vs controlo (T2)		Intervenção T1 vs T2 SOC: ns Controlo T1 vs T2 SOC: ns Intervenção vs. Controlo (T2) SOC: ns
Nøst et al. (2018)b - Efeito após 6 e 12 meses	Ensaio Clínico Aleatorizado	Diferença entre as médias T1 (pré-teste) vs. T3 (<i>follow-up</i> 6 meses) T1 (pré-teste) vs. T4 (<i>follow-up</i> 12 meses) Intervenção vs controlo (T4)	Análise <i>two-level linear mixed-effects</i>	Intervenção: T1 vs. T3 SOC: ns Controlo: T1 vs. T3 SOC: ns Intervenção: T1 vs. T4 SOC: ns Controlo: T1 vs. T4 SOC: ns Intervenção vs controlo (T4) SOC: ns

a presença de sentido (Subescala do MLQ) estava associada a menor sintomatologia depressiva. Esta relação unidirecional evoluiu de igual forma ao longo do tempo.

Associação entre o sentido de vida e outras variáveis associadas à dor

Sobre as outras variáveis relacionadas com a dor consideradas em quatro estudos, resultaram 16 associações, cujas cinco foram estatisticamente significativas, nomeadamente a associação entre o sentido de vida e a catastrofização da dor (CSQ; negativa; Chumbler et al., 2013), a aceitação (CPAQ-R *Acceptance*; positiva; Richardson & Morley, 2015), o optimismo (LOT-R *Optimism*) e o estilo de identificação de ações (AIP *Action identification*; positiva; Richardson & Morley, 2015).

Outros resultados

Na tabela 4, expomos os resultados de três ensaios clínicos aleatorizados (Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Nøst et al., 2018a/b) e dois ensaios clínicos não-aleatorizados (Bergstrom et al., 2014; Lillefjell & Jakobsen, 2007) que não representam associações entre a variável critério e as medidas de dor.

Intervenções com efeito positivo

As características das intervenções dos estudos experimentais encontram-se apresentadas no Anexo VI. Apenas cinco estudos avaliaram os efeitos das intervenções no sentido de vida (Bergstrom et al., 2014; Garland et al., 2019; Heden et al., 2020; Lillefjell & Jakobsen, 2007; Nøst et al. (2018)a/b), tal que o *mindfulness* e a psico-educação (Garland et al., 2019; Lillefjell & Jakobsen, 2007) aumentaram o sentido de vida dos participantes, medido através do MLQ e do SOC, respetivamente.

Discussão

A presente revisão sistemática teve como principal objetivo mapear e sintetizar a literatura existente relativa ao sentido de vida em adultos com dor crónica. Especificamente, procurou-se explorar as possíveis associações entre estas variáveis e vários aspetos da experiência de dor, incluindo a intensidade ou severidade da dor, a funcionalidade física, a funcionalidade psicológica e outras variáveis frequentemente associadas à dor. Além disso, o estudo também teve como finalidade abordar estudos com intervenções, onde foram avaliadas as variáveis em questão.

Tomados no seu conjunto, os resultados dos estudos incluídos nesta revisão sugerem que existe uma associação entre sentido de vida – nas suas diferentes facetas e dimensões – com a

funcionalidade psicológica, tal que pessoas com dor crónica com maior presença de sentido de vida, sentido de propósito e sentido de coerência, e menor procura de sentido de vida, têm melhor funcionalidade psicológica. Face à maior heterogeneidade nos resultados relativos à associação entre o sentido de vida e as demais variáveis critério consideradas, parece ser que a associação entre sentido de vida e funcionalidade psicológica é mais frequente e mais forte que a associação entre o sentido de vida e a intensidade/severidade da dor, a funcionalidade física e as demais variáveis de critério consideradas.

A mais forte e frequente associação entre sentido de vida e a funcionalidade psicológica, pode estar, hipoteticamente, associada ao efeito positivo que o sentido de vida poderá ter sobre a resiliência e otimismo dos indivíduos (Eriksson & Lindstrom, 2006; Simonsson et al., 2008). O sentido de vida pode ter um efeito amortecedor face aos *stressores*, tal que, à medida que estes teriam um impacto menor sobre o funcionamento psicológico (e.g., bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico, sintomas depressivos, ansiedade) em pessoas com maior presença de sentido de vida, sentido de propósito e sentido de coerência, e de pessoas com menor procura de sentido (Ferreira-Valente & Pereira, 2021).

O sentido de vida parece atuar como um fator protetor, favorecendo o ajustamento psicológico ao *cluster* de *stressores* associados à condição de dor crónica. Contudo, nem todas as dimensões do sentido de vida. Dezzuter et al. (2015) observaram que embora a presença de sentido esteja associada a menor sintomatologia depressiva, a procura de sentido tem uma relação direta com a sintomatologia depressiva. Estes resultados são congruentes com aqueles patentes em estudos anteriores, com outras populações (Chen et al., 2021; Steger et al., 2008b), sugerindo que a procura intensa de sentido pode estar relacionada com experiências psicológicas desafiadoras, em linha com o pensamento de Viktor Frankl (2006) segundo o qual a procura de sentido gera angústia existencial. Frankl argumenta que a falta de sentido leva inevitavelmente à necessidade de o procurar, o que pode causar um aumento temporário da ansiedade ou dos sintomas depressivos, mas que esse processo é essencial para encontrar um novo sentido de vida (Frankl, 2006).

Se por um lado, estes resultados sugerem que o sentido de vida é relevante para o ajustamento em pessoas com dor crónica, sendo, pois, relevante promovê-lo, por outro, os dois ensaios clínicos que avaliaram o efeito de um programa de intervenção baseado no *mindfulness* e os efeitos de programas psicoeducativos no sentido de vida sugerem que diferentes abordagens terapêuticas podem ser úteis para promover a presença de sentido de vida e sentido de coerência, respetivamente. Embora as abordagens terapêuticas existenciais, tal como a logoterapia, foquem-se especificamente no sentido de vida, é possível que a sua promoção possa ser um resultado

indireto também de outras abordagens psicoterapêuticas. Esta hipótese é consistente com os resultados da meta-análise realizada por Manco & Hamby (2021). Nesta meta-análise, os autores compararam os efeitos de diferentes intervenções no sentido de vida, em pessoas com variadas doenças ou a experienciar adversidades, tendo concluído que as intervenções baseadas no *mindfulness* e a terapia narrativa parecem ser eficazes na promoção do sentido de vida. Contudo, é necessária mais investigação para compreender e comparar o efeito dos diferentes programas de intervenção psicológicos dirigidos a pessoas com dor crónica mais comumente usados e já testados (e.g., comportamental, cognitivo, cognitivo comportamental, terapia da aceitação e compromisso) e os programas de intervenção focados no sentido (e.g., logoterapia), no sentido de vida; avaliar se o sentido de vida será um dos mecanismos (i.e., mediadores) que explicam a eficácia destes programas; e se é um mecanismo comum aos diferentes programas de intervenção ou específico de apenas alguns destes.

Seria importante realizarem-se mais estudos transversais e longitudinais, mais homogêneos do ponto de vista metodológico, que avaliem esta associação a fim de que se possa ter mais segurança nas conclusões acerca da associação entre o sentido de vida e a intensidade/severidade da dor e funcionalidade física e outras variáveis critério de interesse em pessoas com dor crónica, e concluir da utilidade (ou não) das intervenções focadas no sentido em pessoas com dor crónica.

Limitações

Existem algumas limitações a considerar. Em primeiro lugar, a revisão incluiu apenas 13 estudos, o que restringe a representatividade da amostra e limita a generalização dos resultados obtidos. A seleção das bases de dados foi restrita, o que pode ter levado à exclusão de estudos relevantes. Os estudos incluídos tiveram uma grande heterogeneidade estatística, o que dificultou a comparação dos resultados.

Conclusão

Apesar destas limitações, a presente revisão sistemática destacou a complexa relação entre o sentido de vida e a experiência de dor crónica. Os resultados sugerem que o sentido de vida e a funcionalidade psicológica estão frequentemente associados, podendo o primeiro ser promovido, através de diferentes abordagens terapêuticas (incluindo aquelas baseadas no *mindfulness* e a psicoeducação), a fim de potenciar o ajustamento à condição em pessoas com dor crónica. São necessários mais estudos, com rigor metodológico e que usem métodos mais parecidos, a fim de determinar a generalizabilidade destas conclusões, e estabelecer conclusões mais consistentes

acerca da associação entre o sentido de vida e a intensidade/severidade da dor, a funcionalidade física, e outras variáveis habitualmente associadas ao ajustamento em pessoas com dor crónica. É ainda necessária mais investigação para compreender e comparar o efeito no sentido de vida dos diferentes programas de intervenção psicológicos dirigidos a pessoas com dor crónica mais comumente usados e aqueles focados no sentido, avaliar se o sentido de vida será um dos mecanismos que explicam a eficácia destes programas, e se é um mecanismo comum aos diferentes programas de intervenção ou específico de apenas alguns destes.

Referências

- Almeida, V. M., Carvalho, C. & Pereira, M. G. (2019). The contribution of purpose in life to psychological morbidity and quality of life in chronic pain patients. *Psychology, health & medicine*, 25 (2), 160-170. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1665189>
- Anke, A., Damsgård, E. & Røe, C. (2013). Life satisfaction in subjects with long-term musculoskeletal pain in relation to pain intensity, pain distribution and coping. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45 (3), 277-285. <https://doi.org/10.2340/16501977-1102>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky A (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 36 (6):725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bair, M., J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Baumeister, R. (1991). *Meanings in life*. Guilford.
- Bergstrom, M., Ejelöv, M, Mattsson, M. & Stålnacke, B. (2014). One-year follow-up of body awareness and perceived health after participating in a multimodal pain rehabilitation programme - A pilot study. *European Journal of Physiotherapy*, 16 (4). <https://doi.org/10.3109/21679169.2014.935802>
- Chen, Q., Wang, X., He, X., Ji, L., Liu, M. & Ye, B. (2021). The relationship between search for meaning in life and symptoms of depression and anxiety: Key roles of the presence of meaning in life and life events among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorder*, 282, 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.156>
- Chumbler, N., Kroenke, K., Outcalt, S., Bair M., Krebs, E., Wu, J. & Yu, Z. (2013). Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health and quality of Life Outcomes*, 11, 216. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-216>
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207.

- Cuschieri, S. (2019). The CONSORT statement. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(1), 27-30. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_559_18
- Dezutter, J., Dewitte, L. & Vanhooren, S. (2016). Chronic Pain and Meaning in Life: Challenge and Change. In S. Rysewyk (Eds), *Meanings of Pain* (pp. 211-226). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-49022-9>
- Dezutter, J., Luyckx, K. & Wachholtz, A.(2015). Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 384–396. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9614-1>
- Dydyk, A. M. & Conermann, T. (2023). Chronic Pain. [Updated 2023 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9614-1>
- Eden, J., Levit, L. & Berg, A. (2011). *Finding what works in health care: Standards for systematic reviews*. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13059>
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Ferreira-Valente, A. & Mendoza, M. E. (2021). Dor: Da Teoria à Prática Clínica em Psicologia da Saúde. In I. Leal & J. P. Ribeiro (Ed.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 293-302). PACTOR.
- Ferreira-Valente, A. & Pereira, A. S. (2021). Espiritualidade, Religião e Religiosidade em Psicologia da Saúde. In I. Leal & J. P. Ribeiro (Ed.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 163-168). PACTOR.
- Ferreira-Valente, A., Sharma, S., Torres, S., Smothers, Z., Pais-Ribeiro, J., Abbott, J. & Jensen, M. (2022). Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *Journal of Religion and Health*, 61, 2331-2385. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00914-7>
- Frankl, V. E. (1963) *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. Washington Square Press, New York.
- Frankl, V. E. (1959/2006). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press.
- Friedrichsdorf, S. J., Giordano, J., Dakoji, K., Warmuth, A., Daughtry, C. & Schulz, C. A. (2016). Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints. *Children (Basel)*, 3(4), 42.

<https://doi.org/10.3390/children3040042>

- Garland, E., Hanley, A., Riquino, M., Reese, S., Baker, A., Salas, K., Yack, B., Bedford, C., Bryan, M., Atchley, R., Nakamura, Y., Froeliger, B. & Howard, M. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via analgesic and positive psychological mechanisms: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87 (10), 927-940. <https://doi.org/10.1037/ccp0000390>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gauntlett-Gillbert, J. & Brook, P. (2018). Living well with chronic pain: the role of pain-management programmes. *BJA Education*, 18 (1), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.09.001>
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>
- Goldberg, D. & McGee, S. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11 (770). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Greenspan, J., Craft, R., LeResche, L., Arendt-Nielsen, L., Berkley, K., Fillingim, R., Gold, M., Holdcroft, A., Lautenbacher, S., Mayer, E., Mogil, J., Murphy, A. & Traub, R. (2007). Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 132, S26-S45.
- Grichnik, K. P. & Ferrante, F. M. (1991). The difference between acute and chronic pain. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 58(3), 217-220.
- Heden, L., Berglund, M. & Gillsjö, C. (2020). Effects of the Intervention “Reflective STRENGTH-Giving Dialogues” for Older Adults Living with Long-Term Pain: A Pilot Study. *Journal of Aging Research*. <https://doi.org/10.1155/2020/7597524>
- Higgins, J., Savović, J., Page, M. & Sterne, J. (2019). *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) Short Version (Cribsheet)*. Consultado em 23 de abril de 2024 através de <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
- JBI (2017). *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. Consultado em 23 de abril de 2024 através de https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf

- JBI (2020). *Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*.
 Consultado em 23 de abril de 2024 através de https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Systematic_Reviews_and_Research_Syntheses.pdf
- Khatami, M. (1987). Logotherapy for chronic pain. *International Forum Logotherapy*, 10(2), 85–91.
- Lillefjell, M. & Jakobsen, K. (2007). Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (3), 222-231. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.222>
- Lillefjell, M., Jakobsen, K. & Ernsten, L. (2015). The impact of a sense of coherence in employees with chronic pain. *Work*, 50 (2), 313-322. <https://doi.org/10.3233/WOR-141838>
- Linton, S. (2005). *Understanding Pain for Better Clinical Practice: A Psychological Perspective*. Elsevier Health Sciences.
- Manco, N. & Hamby, S (2021). A Meta-Analytic Review of Interventions That Promote Meaning in Life. *American Journal of Health Promotion*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/0890117121995736>
- Masanotti, G., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C. & Caricato, M. (2020). Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (6), 1861. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061861>
- Meints, S. & Edwards, R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 87, 168-182.
- Mills, S., Nicolson, K. & Smith, B. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273-e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>
- Moksnes, U. & Espnes, G. (2020). Sense of Coherence in Association with Stress Experience and Health in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (9), 3003. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093003>
- Nøst, T., Steinsbekk, A., Bratås, O. & Grønning, K. (2018a). Short-term effect of a chronic pain self-management intervention delivered by an easily accessible primary healthcare service: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8 (12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023017>

- Nøst, T., Steinsbekk, A., Bratås, O. & Grønning, K. (2018b). Twelve-month effect of chronic pain self management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service- a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3843-x>
- Page, M., J., McKenzie, J., E., Bossuyt, P., M., Boutron, I., Hoffmann, T., C., Mulrow, C. D., et al (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Petrie, K. & Azariah, R. (1990). Health-Promoting Variables as Predictors of Response to a Brief Pain Management Program. *The Clinical Journal of Pain*, 6 (1), 43-46. <https://doi.org/10.1097/00002508-199003000-00008>
- Popay, J., Roberts, H. & Sowden, A. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. ESRC Methods Programme. <https://doi.org/10.13140/2.1.1018.4643>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rashid, M., Kristofferzon, M., Heiden, M. & Nilsson, A. (2018). Factors related to work ability and well-being among women on sick leave due to long-term pain in the neck/shoulders and/or back: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5580-9>
- Richardson, H. & Morley, S. (2015). Action identification and meaning in life in chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 9 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.04.024>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Scrignaro, M., Bianchi, E., Brunelli, C., Miccinesi, G., Ripamonti, C., Magrin, M. & Borreani, C. (2014). Seeking and experiencing meaning: Exploring the role of meaning in promoting mental adjustment and eudaimonic well-being in cancer patients. *Palliative and Supportive*

Care, 1, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000406>.

- Simonsson, B., Nilsson, K., Leppert, J. & Diwan, V. (2008). Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. *BioPsychoSocial Medicine*, 2, 4. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-2-4>
- Sluka, K. A. (2016). *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, B., Tooley, E., Montague, E., Robinson, A., Cosper, C. & Mullins, P. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *Journal of Pain*, 10(5), 493–500. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.11.007>
- Steger M, Frazier P, Oishi S, Kaler M (2006) The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M., Oishi, S. & Kesebir, S. (2011) Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *Journal of Positive Psychology*, 6, 173–180. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.569171>
- Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B. & Lorentz, D. (2008a). Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style, and the Dynamic Between Seeking and Experiencing Meaning. *Journal of Personality*, 76 (2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Steger, M., Kawabata, Y., Shimai, S. & Otake, K. (2008b) The meaningful life in Japan and the United States: Levels and correlates of meaning in life. *Journal of Research in Personality*, 42, 660–678. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.09.003>
- Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 43–52. <https://doi.org/10.1080/17439760802303127>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156 (6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies. In Loeser D, Butler SH, Chapman J. J., Turk D. C. (eds.). *Bonica's Management of Pain* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins. pp. 18–25.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2010). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(4),

513–520. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0845-6>

Anexos

Anexo I.

Medidas de Sentido de Vida

Autor (ano)	Medidas	Subscala	Nº de itens	Significado dos resultados
Chumbler et al. (2013)	Escala de Sentido de Coerência (SOC) - Versão Abreviada	<i>Comprehensibility;</i> <i>Management;</i> <i>Meaningfulness</i>	3	< Pontuação = > SOC
Lillefjell & Jakobsen (2007)				
Lillefjell et al. (2015)		<i>Comprehensibility;</i>		
Nøst et al. (2018)				
Rashid et al. (2018)	Escala de Sentido de Coerência (SOC) - 13	<i>Management:</i>	13	> Pontuação = > SOC
Heden et al. (2020)				
Anke et al. (2013)		<i>Meaningfulness</i>		
Bergstrom et al. (2014)				
Petrie & Azariah (1990)	Escala de Sentido de Coerência (SOC) - 29	<i>Comprehensibility;</i> <i>Management;</i> <i>Meaningfulness</i>	29	> Pontuação = > SOC
Dezutter et al. (2015)	<i>Meaning in Life Questionnaire (MLQ)</i>	<i>Presence of meaning</i>	10	> Pontuação = > Sentido de Vida
Garland et al. (2019)		<i>Search For Meaning</i>		
		<i>Presence of meaning</i>	5	
		<i>Exciting life;</i>	5	
		<i>Accomplished life;</i>	5	
Richardson & Morley (2015)	<i>Meaningful Life Measure (MLM)</i>	<i>Principled life;</i>	5	> Pontuação = > Sentido de Vida
		<i>Purposeful life;</i>	4	
		<i>Valued life.</i>	4	

Anexo II

Medidas de Intensidade ou Severidade da Dor

Autor (ano)	Medidas	Detalhes	Subescalas	Nº de itens	Significado dos resultados
Dezutter et al. (2015)		No momento e na última semana: " <i>no pain at all</i> " to " <i>very high levels of pain</i> "	Intensidade da Dor	3	
Anke et al. (2013)	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>	Na última semana: " <i>no pain</i> " to " <i>worst pain imaginable</i> "	Intensidade da dor em repouso (PI-R)	1	
			Intensidade da dor em atividade (PI-A)	1	
Heden et al. (2020)		" <i>no pain</i> " to " <i>worst imaginable pain</i> "	Intensidade da Dor	1	
Chumbler et al. (2013)		" <i>no pain</i> " to " <i>pain as bad as you can imagine</i> "	Subscala da severidade	4	
Richardson & Morley (2015)	<i>The Brief Pain Inventory (BPI)</i>	Nas últimas 24 horas; " <i>no pain</i> " to " <i>pain as bad as you can imagine</i> "	Subscala da severidade	4	< Pontuação = < Dor
Garland et al. (2019)		Em média: " <i>no pain</i> " to " <i>pain as bad as you can imagine</i> "		1	
Nøst et al. (2018)		Nas últimas 2-4 horas; " <i>no pain</i> " to " <i>pain as bad as you can imagine</i> "	Subscala da severidade	4	
Lillefjell & Jakobsen (2007)	<i>The Visual Analogue Scale (VAS)</i>	Na semana passada; " <i>no pain</i> " to " <i>intolerable pain</i> "	Intensidade da Dor	1	
Lillefjell et al. (2015)		No presente: " <i>no pain</i> " to " <i>unbearable pain</i> "	Intensidade da Dor	1	
Rashid et al. (2018)	<i>Multidimensional Pain Inventory (MPI-S)</i>	" <i>no pain</i> " to " <i>extreme pain</i> "	Subscala da Intensidade da Dor	3	

Anexo III

Medidas de Funcionalidade Física

Autor (ano)	Medidas	Subscales	Nº de itens	Construto medido	Detalhes	Significado dos resultados
Chumbler et al. (2013)	<i>Short-Form Health Survey</i> (SF-12)	Sumário do Componente Físico	12*	Qualidade de Vida / Saúde		> Pontuação = > Saúde
	<i>Short-Form Health Survey</i> (SF-36)	Saúde Geral	36*			
Heden et al. (2020)	<i>The Brief Pain Inventory</i> (BPI)	Interferência da dor	4	Interferência da dor	Nas últimas 24 horas; " <i>no pain</i> " a " <i>pain as bad as you can imagine</i> "	< Pontuação = < Dor
Richardson & Morley (2015)		Pain relief	1	Percentagem de alívio da dor por analgésicos		> Percentagem = > Alívio da dor por analgésicos
Nøst et al. (2018)		Atividade física			Capacidade Física	30 segundos de cadeira para de pé teste
	EuroQoL (EQ-5D-5L)		5 níveis	Qualidade de vida / Saúde	" <i>Perfect health</i> " a " <i>death</i> "	> Pontuação = > Saúde
	Saúde global auto-reportada		1	Saúde Global	" <i>Poor</i> " a " <i>Excellent</i> "	Nível auto-reportado de saúde

Anexo III (Continuação)

Autor (ano)	Medidas	Subscales	Nº de itens	Construto medido	Detalhes	Significado dos resultados
Lillefjell & Jakobsen (2007)	<i>The Visual Analogue Scale (VAS)</i>	Experiência da dor	1	Experiência da dor	No presente: " <i>not troublesome</i> " a " <i>extremely troublesome</i> "	< Pontuação = Experiência < Problemática
Lillefjell et al. (2015)	COOP WONCA (<i>Dartmouth COOP (cooperative) functional health assessment charts</i>)	Aptidão Física Atividades Diárias Mudanças na Saúde Saúde Geral	4 quadros	Estado de Saúde Funcional	" <i>no limitation at all</i> " a " <i>severely limited</i> "	< Pontuação = < Limitações
Bergstrom et al. (2014)	<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	Dor Distúrbios de Sono Capacidades Físicas Nível de Energia	38*	Qualidade de Vida		>Pontuação = < Saúde

Nota.

*Número de itens do instrumento completo.

Anexo IV

Medidas de Funcionalidade Psicológica

Autor (ano)	Medidas	Subscales	Nº de itens	Construto medido	Detalhes	Significado dos resultados
Richardson & Morley (2015)	<i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-9)		9	Sintomas Depressivos/ Depressão Major	Nas últimas duas semanas	< Pontuação = < Sintomas depressivos ≥ 10 pontos = Considerar transtorno depressivo
Chumbler et al. (2013)	<i>Short-Form Health Survey</i> (SF-12)	Sumário do Componente Mental	12*	Qualidade de Vida / Saúde		> Pontuação = > Saúde
	<i>Short-Form Health Survey</i> (SF-36)	Vitalidade Funcionamento Social	36*			
Nøst et al. (2018)a/b	<i>The Arizona Integrative Outcomes Scale</i> (AIOS)		1	Bem-estar	No último mês. "Worst you have ever been" a "best you have ever been"	> Pontuação = > Bem-estar
Lillefjell & Jakobsen (2007)	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	Escala de Depressão	7	Sintomas de Depressão		< Pontuação = < Sintomas
Rashid et al. (2018)**		Escala da ansiedade	7	Sintomas de Ansiedade		
Lillefjell et al. (2015)	COOP WONCA charts	Sentimentos Atividades Sociais	2 quadros	Estado de Saúde Funcional	"no limitation at all" a "severely limited"	< Pontuação = < Limitações

Anexo IV (Continuação)

Autor (ano)	Medidas	Subscales	Nº de itens	Construto medido	Detalhes	Significado dos resultados
Petrie & Azariah (1990)	<i>Mental Health Inventory</i>	Estado Positivo de saúde mental geral Estado Negativo de saúde mental geral	38	Saúde Mental		> Pontuação = > Saúde Mental
Anke et al. (2013)	<i>Hopkins Symptom Check List</i>	Escala de depressão Escala de ansiedade Escala de somatização	25	Distress Psicológico	"Not at all" a "very much"	< Pontuação = < Sintomas
	<i>Life Satisfaction (LiSat-9) checklist</i>		9	Satisfação com a vida	"Very dissatisfied" a "very satisfied"	> Pontuação = > Satisfação com a vida
Dezutter et al. (2015)	<i>Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i>		8	Recorrência de sintomas de depressão	Última semana	< Pontuação = < Distress psicológico
	<i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i>		5	Satisfação com a vida	"Strongly disagree" a "Strongly agree"	> Pontuação = > Satisfação com a vida
Bergstrom et al. (2014)	<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	Reações Emocionais Isolamento Social	38*	Qualidade de Vida / Saúde		> Pontuação = < Saúde

Anexo IV (Continuação)

Autor (ano)	Medidas	Subscales	Nº de itens	Construto medido	Detalhes	Significado dos resultados
Heden et al. (2020)	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>		1	Bem-estar	"lowest level of wellbeing" to "highest level of wellbeing"	> Pontuação => Bem-estar
	<i>Geriatric Depression Scale 20 (GDS-20)</i>		15	Depressão em idosos	Última Semana: "Sim" ou "Não"	< Pontuação = < Sintomas depressivos
Rashid et al. (2018)**	<i>Life Satisfaction questionnaire (LiSat-11)</i>		11	Bem-estar / Satisfação com a vida	"Very dissatisfied" a "very satisfied"	> Pontuação => Satisfação com a vida
	<i>Demand Control Support Questionnaire (DCSQ)</i>	Necessidades psicosociais Discrição de competências Autoridade de Decisão Apoio no trabalho	17	Distress no trabalho	"Strongly agree" a "Strongly disagree"	< Pontuação = < Tensão no Trabalho

Nota.

* Número de itens do instrumento completo.

** Mesmo artigo mencionado duas vezes na mesma tabela.

Anexo V

Outras Medidas relacionadas com a Dor

Autor (ano)	Medidas	Subescalas	Construto medido	Nº Itens	Significado dos resultados
	<i>General Self-Efficacy (GSE)</i>		Auto-eficácia	10	> Pontuação => Auto-eficácia
	<i>Work Ability Index (WAI)</i>		Capacidade no trabalho	7	> Pontuação => Capacidade no Trabalho
Rashid et al. (2018)	<i>Coping Strategies Questionnaire (CSQ)</i>	Desviar a atenção	Estratégias de Coping	18	> Pontuação => Estratégias de Coping
		Aumentar as atividades comportamentais			
Chumbler et al. (2013)	<i>Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)</i>	Catastrofização da dor	Cognições de dor catastrofizada	6	< Pontuação =< Catastrofização
Anke et al. (2013)		Subscala da dor (SEP)	Auto-eficácia	5	> Pontuação => Auto-eficácia
Nøst et al. (2018)	<i>Patient Activation Measure (PAM-13)</i>		Envolvimento do utente na gestão da doença crónica	13	> Pontuação => Envolvimento do utente
	<i>Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)</i>		Auto-eficácia	10	> Pontuação => Auto-eficácia
Petrie & Azariah (1990)	<i>Coopersmith's Self-Esteem Inventory (CSEI)</i>		Auto-estima	50	> Pontuação => Auto-estima
	<i>Pain Behaviour Checklist (PBC)</i>	Envitamento Reclamação Comportamento de procura de ajuda	Consequências comportamentais da dor crónica	49	< Pontuação =< Comportamentos consequentes

Anexo V (Continuação)

Autor (ano)	Medidas	Subescalas	Construto medido	Nº Itens	Significado dos resultados
	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire – revised version (CPAQ-R)</i>		Aceitação da dor	20	> Pontuação = > Aceitação da dor
Richardson & Morley (2015)	<i>Life Orientation Test revised version (LOT-R)</i>	<i>Affirming optimism</i>		3	> Pontuação = > Otimismo
		<i>Disaffirming pessimism</i>	Otimismo disposicional	3	
		<i>Filler</i>		4	
	<i>Action Identification for Pain (AIP)</i>		Identificação de ações	40	Nível da Identidade da Ação
Bergstrom et al. (2014)	<i>Body Awareness Scale (BAS)</i>	<i>BAS-I (Interview)</i>	Consciência corporal		< Pontuação = > Consciência Corporal
		<i>BAS-Obs (Observation)</i>			
	<i>Positive and Negative Affect Scale (PANAS)</i>	Efeito Positivo	Qualidades afetivas positivas	10	> Pontuação = > Qualidades Afetivas
	<i>Momentary Savoring Scale (MSS)</i>		Métodos de intensificar ou prolongar experiências positivas	4	> Pontuação = > Savoring
Garland et al. (2019)	<i>Non-dual Awareness Dimensional Assessment (NADA)</i>		Experiências de dissolução do eu e estados de transcendência	13	> Pontuação = > Sentido de Transcendência
	<i>Current Opioid Misuse Measure (COMM)</i>		Comportamentos relacionados com o uso indevido de opióides	17	> Pontuação = > Risco

Anexo VI

Descrição de Intervenções

Autor (ano)	Desenho	Intervenção	Componentes de intervenção	Objetivo	Duração	Frequência	Grupo ou individual	Modalidade da Intervenção	Grupo de Controlo
Bergstrom et al. (2014)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Programa de Reabilitação Multimodal (MMRP)	Psico-educação (Ritmo e movimento, Relaxamento, <i>Ergonomics, Coping</i>) B BAT: <i>Basic Body Awareness Therapy</i>	Mais consciência corporal e melhor perceção da própria saúde. Redução da baixa médica e retorno ao trabalho.	32 sessões	5 semanas	Grupo/Individual	Presencial	N/A
Chumbler et al. (2013)	Ensaio Clínico Aleatorizado	<i>Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness</i> (SCOPE)	Monitorização automática de sintomas (por chamadas ou videochamadas) e gestão analgésica otimizada de acordo	Melhores Cuidados Primários (mais eficazes)	12 meses	?	Individual	Remota/Presencial	Cuidados primários normais
Garland et al. (2019)	Ensaio Clínico Aleatorizado	<i>Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement</i> (MORE)	Treino <i>Mindfulness</i> Psico-educação Terapia de grupo	Aumentar os processos psicológicos positivos e, conseqüentemente, reduzir a intensidade da dor e, assim, diminuir o risco de uso indevido de opioides	8 sessões	?	Grupo	Presencial	Discussão sobre tópicos pertinentes à dor crónica e ao uso de opioides
Heden et al. (2020)	Ensaio Clínico Aleatorizado	Diálogo refletivo <i>STRENGTH</i>	Dar temas de reflexão a idosos	Orientar e apoiar idosos que vivem com dor crónica em casa, de forma a preservar o bem-estar e o sentido de vida.	150 sessões	?	Individual	Domiciliário	Sem tratamento

Anexo VI (Continuação)

Autor (ano)	Desenho	Intervenção	Componentes de intervenção	Objetivo	Duração	Frequência	Grupo ou individual	Modalidade	Grupo de Controlo
Lillefjell & Jakobsen (2007)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Programa de Reabilitação Multidisciplinar	Psico-educação	Reabilitação: Aumentar a capacidade funcional, diminuir o sofrimento afetivo, educar os participantes sobre o processo positivo de saúde e aumentar as taxas de retorno ao trabalho.	57 semanas	5 semanas: período intensivo (4 dias por semana) 52 semanas: <i>follow-up</i> (1 a 3 dias por semana)	Individual	Presencial	N/A
Lillefjell et al. (2015)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Programa de Reabilitação Multidisciplinar	Reforço de recursos existentes	Reabilitação	12 semanas	1 a 4 dias por semana	Grupo	Presencial	N/A
Nøst et al. (2018)	Ensaio Clínico Aleatorizado	Curso de Auto-gestão da dor crónica	Psico-educação Treino de <i>skills</i> Exercícios de psicomotricidade	Auto-gestão da dor	6 sessões	Semanal	Grupo	Presencial	Atividade física de baixo impacto em grupo semanalmente. Sem componente educativo.
Petrie & Azariah (1990)	Ensaio Clínico Não-Aleatorizado	Curso de gestão da dor	Psico-Educação, auto-controlo de stress, e treino de relaxamento	Auto-gestão da dor	2 dias	2 dias	Grupo	Presencial	N/A

Nota. ?: Não mencionado