



Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,
Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE
DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PSYCHOLOGICAL
INFLEXIBILITY IN PAIN SCALE (PIPS) EM PACIENTES
BRASILEIROS COM DOR ONCOLÓGICA**

SERGIO PAULO MARIANO DE AGUIAR SALES

**São Luís
2023**

SERGIO PAULO MARIANO DE AGUIAR SALES

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE
DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PSYCHOLOGICAL
INFLEXIBILITY IN PAIN SCALE (PIPS) EM PACIENTES
BRASILEIROS COM DOR ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Processos biológicos em saúde

Orientador: Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho

Coordenador: Dr. Marcelo de Souza Andrade

São Luís

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sales, Sergio Paulo Mariano de Aguiar.

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS
PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY IN
PAIN SCALE PIPS EM PACIENTES BRASILEIROS COM DOR
ONCOLÓGICA / Sergio Paulo Mariano de Aguiar Sales. - 2024.
43 p.

Orientador(a): Almir Vieira Dibai Filho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2024.

1. Dor Crônica. 2. Dor oncológica. 3.
Inflexibilidade Psicológica. I. Filho, Almir Vieira
Dibai. II. Título.

SERGIO PAULO MARIANO DE AGUIAR SALES

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE
DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA DO PSYCHOLOGICAL
INFLEXIBILITY IN PAIN SCALE (PIPS) EM PACIENTES
BRASILEIROS COM DOR ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora da Defesa de Mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o candidato aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Cesário da Silva Souza (Examinador Externo)
Centro Universitário de Maceió

Prof. Dr. Carlos Eduardo Neves Amorim (Examinador Externo)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a Janaina de Oliveira Brito Monzani (Examinador Interno)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr Cristiano Teixeira Mostarda (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar esta dissertação as seguintes pessoas:

Minha Família minha mãe Soraya, meu pai Paulo, meu irmão e sua esposa Paulo e Ceylle, Minha avó Maria Helena vocês sempre vão ser o motivo pelo qual renovo minhas energias todas as manhãs e o amor, apoio e cumplicidade que encontro em cada um de vocês me fazem acreditar na vitória diante qualquer dificuldade. Meu amor e admiração por cada um são inquestionável e imensurável.

À minha namorada, Naara Rayane, pelo apoio e companheirismo durante toda a jornada.

Ao meu orientador Dr. Almir Vieira Dibai Filho, pela oportunidade e confiança. O senhor é exemplo de profissionalismo e competência para toda uma geração.

A família que me acolheu e prestou assistência durante a minha estadia em São Luís (MA), Grasiela, Antônio e sua filha Adrielly.

Todas as pessoas do grupo de pesquisa REMOVI que através das reuniões, debates e sugestões compuseram grande valor de conhecimento nessa trajetória.

RESUMO

Introdução: Recente estimativa mundial aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos por câncer. Muitos desses casos de câncer cursam com dor. A *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS) foi desenvolvida para medir a inflexibilidade psicológica em pessoas com dor crônica considerando dois domínios: “evitação da dor” e “fusão cognitiva”. O PIPS já foi validado em diversos países, sendo adaptado para o espanhol, alemão, persa, japonês e chinês. **Objetivo:** Traduzir, adaptar transculturalmente e analisar as propriedades de medida do PIPS em pacientes brasileiros com dor oncológica. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de tradução, adaptação transcultural e validação de questionário, realizado no setor de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer do Maranhão e Hospital do Câncer Aldenora Bello (São Luís, Maranhão), com divisão em duas fases: tradução e adaptação transcultural do PIPS, e análise das propriedades de medida da versão transculturalmente adaptada. As propriedades de medida aqui testadas foram: validade estrutural, validade de construto, confiabilidade e consistência interna. Além do PIPS, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE), Escala de Barthel (EB) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD). **Resultados:** A amostra foi composta por 122 pacientes, sendo a maior parte da amostra constituída por mulheres (65,6%), com média de idade ~49 anos, casadas (50,8%) e com ensino fundamental completo (46,7%). Observou-se que a maioria apresentou câncer de útero (23%) e leucemia (9,8%). Quanto ao quadro evolutivo dos participantes, predominou os casos sem metástase (80,3%) e em cuidado curativo (95,9%). Observou-se confiabilidade adequada para ambos domínios, com CCI de 0,8 para o domínio de fusão cognitiva e 0,95 para o domínio evitação. Notou-se correlação com magnitude superior a 0,30 com o domínio depressão da EHAD e correlações com magnitude inferior a 0,30 com domínio ansiedade da EHAD, com os domínios da PCS e com o índice de Barthel. O domínio fusão cognitiva da PIPS não se correlacionou com os instrumentos do presente estudo ($p > 0,05$), bem como também não se correlacionou com o domínio evitação, ambos domínios da PIPS, com magnitude de correlação de 0,169 ($p = 0,079$). Não foram observados efeitos teto ou piso. **Conclusão:** A versão brasileira do PIPS é confiável e válida para mensurar a evitação em pacientes com dor oncológica, no entanto, o domínio fusão cognitiva não se apresenta adequado.

Palavras-chave: Dor oncológica; Dor Crônica; Inflexibilidade Psicológica.

ABSTRACT

Introduction: A recent global estimate indicates that 18 million new cases of cancer and 9.6 million deaths from cancer occurred worldwide. Many of these cancer cases progress with pain. The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) was developed to measure psychological inflexibility in people with chronic pain considering two domains: “pain avoidance” and “cognitive fusion”. PIPS has already been validated in several countries, being adapted to Spanish, German, Persian, Japanese and Chinese. **Objective:** Translate, cross-culturally adapt and analyze the measurement properties of the PIPS in Brazilian patients with cancer pain. **Methodology:** A translation, cross-cultural adaptation and questionnaire validation study was carried out in the Pain and Palliative Care sector of the Maranhão Cancer Hospital and Aldenora Bello Cancer Hospital (São Luís, Maranhão), divided into two phases: translation and cross-cultural adaptation of the PIPS, and analysis of the measurement properties of the cross-culturally adapted version. The measurement properties tested here were: structural validity, construct validity, reliability and internal consistency. In addition to the PIPS, the following assessment instruments were applied: Pain Catastrophizing Scale (PCS), Edmonton Symptom Assessment Scale (EASE), Barthel Scale (BE) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (EHAD). **Results:** The sample consisted of 122 patients, with the majority of the sample being women (65.6%), with a mean age of ~49 years, married (50.8%) and with complete primary education (46.7%). It was observed that the majority had uterine cancer (23%) and leukemia (9.8%). Regarding the evolution of the participants, cases without metastasis (80.3%) and curative care (95.9%) predominated. Adequate reliability was observed for both domains, with an ICC of 0.8 for the cognitive fusion domain and 0.95 for the avoidance domain. There was a correlation with a magnitude greater than 0.30 with the depression domain of the EHAD and correlations with a magnitude less than 0.30 with the anxiety domain of the EHAD, with the PCS domains and with the Barthel index. The PIPS cognitive fusion domain did not correlate with the instruments of the present study ($p > 0.05$), nor did it correlate with the avoidance domain, both PIPS domains, with a correlation magnitude of 0.169 ($p = 0.079$). No ceiling or floor effects were observed. **Conclusion:** The Brazilian version of the PIPS is reliable and valid for measuring avoidance in patients with cancer pain, however, the cognitive fusion domain is not adequate.

Keywords: Cancer pain; Chronic pain; Psychological Inflexibility.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características pessoais e sociais dos indivíduos incluídos no estudo.....	24
Tabela 2. Análise descritiva e escores dos questionários e escalas utilizados no estudo.....	25
Tabela 3. Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do <i>Psychological Inflexibility in Pain Scale</i> (PIPS).....	26
Tabela 4. Validade de construto dos domínios do <i>Psychological Inflexibility in Pain Scale</i> (PIPS) e das escalas correlacionadas	26
Tabela 5. Efeitos piso e teto dos domínios da <i>Psychological Inflexibility in Pain Scale</i>	27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF	Análise Fatorial
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AP	Análise Paralela
CFI	<i>Comparative fit index</i>
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
DMD	Diferença mínima detectável
EPCD	Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor
EPM	Erro padrão da medida
EASE	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
GL	Graus de liberdade
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Correlação intraclasse
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIPS	<i>Psychological Inflexibility in Pain Scale</i>
PCS	<i>Pain Catastrophizing Scale</i>
R	Coeficiente de relação de Person
rho	Coeficiente de relação de Spearman
RDWLS	<i>Robust diagonally weighted least squares</i>
RMSEA	<i>Root mean square error of approximation</i>
SRMR	<i>Standardized root mean square residual</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item

LISTA DE SÍMBOLOS

\bar{x} : Médio de uma amostra.

σ : Desvio Padrão populacional.

n : Número de valores da amostra.

Δ : Variação do intervalo de confiança de 95% para a estimação da média da população.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Dor oncológica	14
2.2 Escalas validadas em dor oncológica	15
2.3 Propriedades psicométricas	17
3. OBJETIVO	19
3.1 Objetivo geral	19
4. METODOLOGIA	19
4.1 Desenho do estudo e aspectos éticos	19
4.2 Participantes	20
4.3 Tradução e adaptação transcultural	20
4.4 Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS)	21
4.5 Outras escalas	21
4.6 Análise Estatística	22
5. RESULTADOS	23
5.1 Tradução e adaptação transcultural	23
5.2 Caracterização da amostra	24
5.3 Confiabilidade e consistência interna	25
5.4 Validade de Construto	26
5.5 Efeito piso e teto	27
6. DISCUSSÃO	27
7. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	35
ANEXO B - ESCALA DE EDMONTON	39
ANEXO C - INDICE DE BARTHEL	40
ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	41
ANEXO E - ESCALA DE CATASTROFIZAÇÃO DA DOR	42
ANEXO F - ESCALA DE INFLEXIBILIDADE PSICOLOGICA DA DOR	43

1. INTRODUÇÃO

Recente estimativa mundial aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos por câncer (Bray et al., 2018). Muitos desses casos de câncer cursam com dor. Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a dor oncológica com um problema de emergência médica mundial. Em um estudo sobre a prevalência da dor oncológica, o sintoma foi identificado em 50,7% dos pacientes que estiveram em qualquer estágio da doença, em 55% dos pacientes durante o tratamento, em 66,4% dos pacientes com doença em estado terminal, avançado ou de metástase, em 39,3% dos pacientes após o tratamento de cura (Van den beuken-Van everdingen et al., 2016).

Para avaliação da dor em estudos, diversos instrumentos tem sido utilizados, especialmente, tendo como base a escada analgésica de dor proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Sousa- Muñoz.; 2015). Em um estudo de revisão sobre avaliação da dor oncológica, foram encontrados instrumentos que frequentemente utilizavam escalas unidimensionais. Dentre os apontados nos estudos, foram utilizadas a escala analógica visual, escala verbal numérica e a escala de faces de Wong. (Morete; Minson, 2010). O tratamento da dor pode se basear, sobretudo, no diagnóstico do mecanismo que a provoca (Rangel; Telles, 2012). Embora existam avanços na terapia da dor oncológica, o manejo adequado da dor ainda é um desafio (Money; Garber, 2018; Paice; Ferrell, 2011).

A classificação do mecanismo da dor pode ser dividida em 3 categorias, podendo ser classificada como nociceptiva, neuropático e nociplástico. Em relação a dor nociceptiva, ela ocorre, sobretudo, devida à ativação do nociceptor, embora seja processada através do sistema nervoso central (SNC), resultando geralmente em dor aguda localizada. As alterações do processamento nociceptivo, possivelmente no SNC, como aumento da excitabilidade central e/ou diminuição da inibição central, caracteriza a dor nociplástica. Por outro lado, a dor neuropática ocorre quando há lesão ou doença no sistema somatossensorial. Exemplo disso são doenças que afetam diretamente o nervo, como o diabetes. (Chimenti et al., 2018)

Outra classificação é a divisão em somática, visceral e neuropática. A primeira, geralmente, é localizada, enquanto a visceral é difusa. A neuropática tem relação

direta com uma alteração neurológica, provocando efeitos, como formigamentos, queimação e choques elétricos. (González, et al., 2023). A dor é uma complicação complexa em pacientes com câncer, podendo causar alterações na qualidade de vida e impactar negativamente a saúde mental. Somado a isso, observa-se a prevalência de fatores psicossociais, tais como estados depressivos e ansiosos, em pacientes com dor crônica (Pinheiro et al., 2014).

Nesse sentido, foi desenvolvida a escala *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS), com fundamentação na terapia de aceitação e compromisso, sendo os indivíduos psicologicamente flexíveis aqueles que conseguem cumprir seus objetivos e perseguir seus valores apesar da dor. O PIPS foi desenvolvido para medir a inflexibilidade psicológica em pessoas com dor crônica, independente da comorbidade, considerando dois domínios: “evitação da dor” e “fusão cognitiva” (Mccracken; Vowles, 2014)

Desse modo, o PIPS já foi validado em diversos países, sendo adaptado para o espanhol, alemão, persa, japonês e chinês (Barke et al., 2015; Nagasawa et al., 2021; Omidí et al., 2018; Rodero et al., 2013; Xie et al., 2021). A versão chinesa do PIPS traduziu e adaptou transculturalmente esse questionário para 389 pacientes com câncer no período de maio a setembro de 2018 na província de Hunan, apresentando como resultado adequadas propriedades psicométricas (Xie et al., 2021). Dessa maneira, evidencia-se a necessidade do uso dessa escala para estudos de dor e manejo da dor de pacientes com câncer, podendo contribuir para o manejo psicológico desses indivíduos.

No Brasil, a literatura dispõe de diversos questionários adaptados transculturalmente para avaliar principalmente a qualidade de vida de pacientes com câncer (Nunes, 2014; Faria, 2013). Contudo, considerando a dor oncológica como condição multifatorial, diversos construtos importantes na rotina avaliativa destes pacientes não possuem o respaldo científico, impactando negativamente na avaliação e não contribuindo para medidas de tratamento focais. Desta forma, considerando a inflexibilidade psicológica como importante aspecto envolvido na presença de dor crônica, justifica-se a condução de estudo de adaptação do PIPS para o português brasileiro.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Dor oncológica

O câncer é uma patologia de abrangência mundial, caracterizada por uma mutação genética no DNA. Segundo dados da OMS e da Sociedade Americana de Câncer, um relatório mostrou que, mundialmente, ocorreram um total de 18 milhões de novos casos diagnosticados de câncer, tendo sido os mais recorrentes os cânceres de pulmão (2,09 milhões de casos), mama (2,09 milhões de casos) e próstata (1,28 milhão de casos) (Mattiuzzi; Lippi, 2019).

No Brasil a incidência de câncer também é crescente. Estimativas apontam 704 mil novos casos de câncer, no ano de 2023, no Brasil (Santos et al., 2023). De acordo com Guerra (2005), os tumores mais frequentes de câncer na população brasileira masculina são próstata, pulmão, estômago, colón, reto e esôfago, enquanto no público feminino predomina o câncer de mama. Esse cenário tem se mantido semelhante nos últimos anos, visto que, consoante dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o biênio 2018-2019, os canceres de próstata (31,7%), pulmão (8,7%) e intestino (8,1%) foram mais frequentes entre os homens, e os de mama (29,5%) mais recorrentes entre as mulheres. A tendência é mantida para o ano de 2023, em que foi estimado maiores valores para o câncer de mama na população feminina e para o público masculino, o de próstata (Santos et al., 2023).

Um sintoma frequentemente associado ao câncer é a dor oncológica. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2020), “Uma sensação desagradável e experiência emocional associada ou semelhante àquela associada a tecido real ou potencial danos”. Um estudo aponta que 35-45% dos pacientes com câncer sentem dor no dia do recebimento do diagnóstico ou em uma fase precoce da doença. Além disso, 70% apresentam dor na fase avançada do câncer (Costa, et al. 2007).

Os impactos da dor oncológica na qualidade de vida abrangem vários aspectos. Em uma pesquisa realizada com pacientes com dor oncológica, os participantes relatam que a dor é algo “insuportável, triste, ruim” e impacta de forma negativa na sua vida (Menezes, et al. 2022). Além disso, Zaza e Baine (2002) observaram em 18 estudos uma associação entre dor oncológica e sentimentos como, angústia, depressão, sofrimento emocional, medo, ansiedade e preocupação.

2.2 Escalas validadas em dor oncológica

É de extrema importância, no contexto da assistência ao paciente com dor oncológica, avaliar e mensurar a qualidade de vida (QV). Tal informação se justifica, já que a dor oncológica impacta negativamente na qualidade de vida do paciente, comprometendo a eficácia do tratamento e por conseguinte, não levando a cura (Ballatori, 2003). Nesse sentido, a avaliação de diversos construtos se torna imprescindível para uma abordagem mais completa para esse paciente, resultando em uma terapêutica mais efetiva.

Embora a literatura apresente vários instrumentos para avaliação da dor, existem carência de instrumentos específicos voltado, sobretudo, para a dor crônica nos casos de câncer. Os mais utilizados são: a Escala Numérica da Dor, Escala Analógica Visual, Escala de Categoria Verbal e Escala de Faces, essas possuindo classificação como unidimensionais. Por outro lado, existem as escalas multidimensionais, as quais avaliam diferentes aspectos envolvidos na sensação dolorosa, entre os quais podemos ressaltar o Questionário de Dor McGill, *Brief Pain Inventory* e a Escala Multidimensional de Dor (Bottega; Fontana, 2010).

As escalas de dor unidimensionais têm como objetivo a avaliação da intensidade da dor. Recomenda-se o uso dessa escala em pacientes com dor aguda, uma vez que favorecem a melhor percepção da sensação subjetiva do paciente quanto à intensidade (Breivik et al. 2008). Por outro lado, Cork et al. (2003) salienta que esse método é um instrumento válido para medir tanto a dor aguda como a crônica.

A Escala Numérica da Dor possibilita quantificar a intensidade da dor usando números em uma graduação de 0 a 10, na qual o zero representa nenhuma dor, e o dez, a pior dor possível. A Escala Visual Analógica apresenta-se frequentemente em uma linha reta de 10 cm, que representa o contínuo de dor pelas palavras “sem dor” e “pior dor” em suas extremidades ou pode ser identificado por uma linha vertical ou curva com variações de comprimento. O paciente deve marcar na linha o lugar que representa a intensidade da dor vivenciada. A Escala de Categoria Verbal possibilita que o paciente quantifique a intensidade da dor usando frases, dentre as quais: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável e a pior dor possível. A Escala de Faces apresenta uma série de faces que representam crescentes níveis de dor/sofrimento (Andrade et al. 2006).

A seguir são descritas outras ferramentas relacionadas ao contexto da dor ou condição oncológica. A Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) é uma ferramenta que tem o objetivo de mensurar e identificar pensamentos característicos apresentados por pessoas que estão com dor. Ela é composta por uma lista de pensamentos catastróficos, apresentando 9 itens em uma escala de Likert que varia de 0 a 5 pontos, no qual 0 equivale a “quase nunca” e 5 equivale a “quase sempre”. O escore total é baseado na soma dos itens dividido pelo número de opções respondidas, com o mínimo e máximo variando de 0 a 5, respectivamente.

Seguindo esse raciocínio, escores mais elevados demonstram maior presença de pensamentos catastróficos. Essa escala foi validada em português por Sardá Júnior. (2008). Os dados foram coletados em uma amostra constituída por 348 pacientes com dor crônica atendidos em 9 instituições localizadas no Sul e Sudeste do Brasil. O procedimento de pesquisa consistiu de 2 etapas: I) tradução e adaptação da EPCD do Inglês para o Português e (II) coleta de dados através da aplicação de uma bateria de testes e inventários.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) é composta por 14 itens, no qual sete itens são para avaliar ansiedade e sete para mensurar depressão. Cada item é pontuado numa escala de 0 a 3, com total de 21 pontos para cada escala. Quanto maior o escore, maior os sinais de ansiedade e depressão. Essa escala foi validada em português por Botega et al. (1995).

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) apresenta como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos, apresentando a composição de nove sintomas, geralmente encontrados em pacientes com câncer (Bruera et al., 1991). Esses sintomas englobam o apetite, fadiga, náusea, depressão, sonolência, ansiedade, dor, dispneia e mal-estar, e foi utilizada pela primeira vez em 1991, para avaliar pacientes no Hospital Geral de Edmonton (Canadá). O escore desse instrumento varia de zero a 10, na qual zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação, podendo ser preenchida pelo próprio paciente, pela família ou pela equipe de saúde. Esse instrumento é de extrema relevância no âmbito da saúde, visto que possibilita o reconhecimento da frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, podendo nortear ações para garantir um plano de cuidado adequado para o paciente. A escala foi validada, de acordo com as diretrizes internacionais, utilizando uma amostra de

249 pacientes com câncer em estado avançado. (Paiva et al., 2015)

O Índice de Barthel é um instrumento largamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade. As áreas que são avaliadas é o cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência.

A versão utilizada avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Esse instrumento foi validado no Brasil para paciente idosos atendidos em ambulatórios por (Minosso et al; 2010) e para pacientes com câncer em cuidados paliativos (Dos santos barros et al;.2022)

2.3 Propriedades psicométricas

A avaliação e/ou mensuração de variáveis autorrelatadas devem ocorrer por meio de questionários ou escalas. As principais propriedades de medição para instrumentos baseados no autorrelato são: a consistência interna; confiabilidade; validade de conteúdo (incluindo validade de face); validade de construto (subdividida em validade estrutural e validade transcultural); validade de critério; responsividade e interpretabilidade (Mokkink et al., 2010; Prinsen et al., 2018).

A consistência interna é definida como o grau de interrelação entre os itens de um fator (variável latente), identificando a existência de itens redundantes ou heterogêneos, bem como até que ponto os itens em uma escala estão medindo o mesmo fator (Terwee et al., 2007). A consistência interna é obtida por meio dos valores do alfa de Cronbach que variam de 0 a 1, sendo a sua interpretação dada da seguinte forma: > 1,00 a 0,90 = excelente; 0,89 a 0,80 = bom; 0,79 a 0,70 = aceitável; 0,69 a 0,60 = questionável; 0,59 a 0,50 = pobre; < 0,50 = inaceitável (George, Mallery, 2003). O valor de alfa de Cronbach é influenciado pelo número de itens avaliados e pelas suas correlações. Fatores com poucos itens tendem a gerar alfas de Cronbach menores, enquanto uma matriz com elevadas correlações entre itens tende a

apresentar valores elevados (Cortina, 1993).

A confiabilidade analisa a proporção da variação total dos valores, determinando o grau em que os valores estão livres de erro de medição. O erro de medição é explicado como erro aleatório e sistemático de um paciente que não corresponde a mudanças reais do construto a ser medido. A confiabilidade verifica o grau de segurança das respostas de um determinado instrumento, sendo aplicado em momentos distintos (teste-reteste), por um mesmo avaliador (intra-avaliador) e por avaliadores diferentes (inter-avaliadores) (Mokkink et al., 2010). A confiabilidade é determinada pelo cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (ICC) ou índice de Kappa. O ICC é o parâmetro mais adequado para medidas contínuas e o coeficiente de Kappa deve ser usado para medidas ordinais.

A validade de construto corresponde ao grau em que as pontuações de um instrumento específico conseguem se relacionar com outras medidas de hipóteses provenientes, gerando resultados consistentes para confirmação de que o construto mede o que se propõe a medir. Validade de construto se subdivide em validade estrutural e validade transcultural. A validade estrutural avalia o grau em que a estrutura interna de um instrumento é o reflexo adequado da dimensionalidade do construto a ser medido, verificando como os itens se comportam da maneira mais adequada, determinando o número de fatores de uma escala. Comumente é avaliada pela Análise Fatorial (AF) ou pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) (Mokkink et al., 2010; Damasio, 2012).

A AF analisa toda a matriz de dados, determinando o número e a natureza das variáveis latentes (fatores), conseguindo agrupar os itens com melhor covariância em subescalas. A dimensionalidade de um instrumento é alcançada por meio de boas definições de construto, com utilização da Análise Fatorial Exploratória (AFE) seguida de Análise Fatorial Confirmatória (AFC). AFC deve ser realizada caso a estrutura fatorial do instrumento já tenha sido realizada anteriormente. Dentro da AFE, a análise paralela (AP) tem sido o método mais indicado e adequado para determinar o número de fatores a serem retidos. Todas as determinações durante a realização de uma análise fatorial devem seguir critérios metodológicos e teóricos consistentes, obtendo assim uma estrutura fatorial apropriada (Damasio, 2012; Prinsen et al., 2018).

Por sua vez, a validade transcultural é definida como o grau em que a performance dos itens de um instrumento traduzido ou culturalmente adaptado é um

reflexo adequado da performance dos itens da versão original do instrumento de medição (Terwee et al., 2007). Segundo Epstein et al. (2015), existe em torno de 30 diretrizes para tradução e adaptação transcultural. A tradução e adaptação requerem protocolos fidedignos que mantenham a validade e as medidas psicométricas do novo instrumento para a população alvo. A diretriz de adaptação transcultural mais utilizada é a publicada por Beaton et al. (2000), sendo realizado em 6 estágios: 1) tradução inicial; 2) síntese das traduções; 3) retrotradução; 4) análise de um comitê de especialistas; 5) teste da versão pré-final; e 6) versão final do questionário.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Traduzir, adaptar transculturalmente e analisar as propriedades de medida do PIPS em pacientes brasileiros com dor oncológica.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo e aspectos éticos

Realizou-se um estudo de tradução, adaptação transcultural e validação de questionário com base nas diretrizes do Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) (Prinsen et al., 2018) e do Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. (Beaton et al., 2000). A autorização para utilização do instrumento foi concedida via e-mail (Dr. Rikard K. Wicksell).

A pesquisa foi conduzida no setor de Dor e Cuidados Paliativos Hospital do Câncer do Maranhão e Hospital do Câncer Aldenora Bello (São Luís, Maranhão, Brasil). O Hospital do Câncer do Maranhão – Dr. Tarquinio Lopes Filho atende exclusivamente pacientes oncológicos. Somente no ano de 2020 já realizou mais de 1.289 cirurgias, 5.443 quimioterapias e 10.831 consultas até o mês atual.

O Hospital do Câncer Aldenora Bello foi pioneiro no tratamento do câncer no estado do Maranhão. Conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, e também um Serviço de Pronto Atendimento exclusivo para pacientes em atendimento

oncológico. São diagnosticados, nesse hospital, mais de 3500 casos novos de câncer ao ano, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o estado.

Os procedimentos deste estudo foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (protocolo número 4.711.612).

O estudo foi realizado em duas fases: 1) tradução e adaptação transcultural do PIPS, e 2) análise das demais propriedades de medida da versão transculturalmente adaptada.

4.2 Participantes

Definiu-se a amostra a partir das diretrizes do COSMIN e, portanto, foi utilizada a regra de 7 vezes o número de itens do questionário, desde que esse valor não seja inferior a 100. Tendo em vista que o PIPS possui 12 itens, a amostra mínima ficou em 100 participantes (Prinsen et al., 2018).

Os critérios de inclusão no estudo foram: pacientes com relato de dor oncológica há no mínimo 3 meses; idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos; capacidade de ler e compreender o português brasileiro; diagnóstico de câncer confirmado por biopsia; apresentar consciência do diagnóstico de câncer.

Foram excluídos da pesquisa: pacientes com diagnóstico de alteração cognitiva ou psiquiátrica grave; pacientes que não conseguem responder os questionários da pesquisa integralmente; pacientes sem dor no momento da entrevista.

4.3 Tradução e adaptação transcultural

O processo de tradução e adaptação transcultural do PIPS seguiu os critérios de Beaton et al. (2000), conforme descrito abaixo.

1) Tradução: Dois tradutores independentes, ambos com português como língua materna e fluência na língua inglesa, realizaram a tradução da versão do PIPS para o português brasileiro. Um dos tradutores não tinha formação técnica na área das ciências da saúde. Cada um dos tradutores produziu um relatório da tradução feita.

2) Síntese das traduções: Os dois tradutores fizeram discussões e revisões até chegarem em uma versão única do PIPS de forma consensual sob observação de um dos pesquisadores.

3) Retrotradução: Dois tradutores realizaram a tradução do questionário de

volta para a língua original, sem nenhum conhecimento anterior sobre a versão original do questionário. Estes tradutores apresentam o inglês como língua materna, mas fluência no idioma português brasileiro, e não possui conhecimento técnico na área da saúde.

4) Análise de um comitê de especialistas: A composição desse comitê contou com os 4 tradutores, 2 profissionais da saúde e 2 pesquisadores. Esse grupo revisou todas as versões traduzidas e retrotraduzidas para corrigir possíveis discrepâncias, com o objetivo de chegar à versão pré-final do questionário.

5) Teste da versão pré-final: A versão pré-final foi aplicada em 30 pacientes com câncer. O intuito desta fase é estabelecer o grau de compreensão dos itens da versão pré-final do PIPS. Se a compreensão de cada item for superior a 80%, a versão pré-final será definida como versão final. Caso haja algum item com compreensão inferior a 80%, esse item será modificado e testado em uma nova amostra de 30 participantes.

6) Versão final: Após todas as etapas, o coordenador da pesquisa aprovou a versão final do PIPS no português brasileiro.

4.4 Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS)

O PIPS foi desenvolvido por Wicksell et al. (2008) e possui 12 itens contendo 7 opções de resposta: 1 - Nunca verdadeira; 2 - Muito raramente verdadeira; 3 - Raramente verdadeira; 4 - Às vezes verdadeira; 5 - Frequentemente verdadeira; 6 - Quase sempre verdadeira; e 7 - Sempre verdadeira. PIPS possui dois domínios: evitação (itens 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 e 11) e fusão cognitiva (itens 3, 6, 9 e 12). O domínio evitação se relaciona à tendência do paciente de se envolver em certos comportamentos para evitar a dor e o sofrimento, enquanto o domínio fusão cognitiva avalia a frequência que cada indivíduo manifesta uma ação diante esses pensamentos manifestados como se fossem verdadeiros. Os escores do domínio evitação e fusão cognitiva variam de 8 a 56 e de 4 a 28, respectivamente.

4.5 Outras escalas

A Pain Catastrophizing Scale (PCS) é um instrumento composto de 13 itens, com o objetivo de avaliar a catastrofização da dor. Possui três subescalas: desesperança, magnificação e ruminação. Os pacientes devem responder as

questões de acordo com os pensamentos e sentimentos que desenvolvem quando acometidos pela dor. Na PCS os itens são classificados em uma escala de 5 pontos, divididos em: nem um pouco, um grau leve, um grau moderado, em grande medida e todo o tempo (Sullivan et al., 1995). Desta forma, o escore total para o domínio ruminação varia de 0 a 16, ampliação varia de 0 a 12 e desamparo varia de 0 a 24 pontos. Maiores escores, indicam maior catastrofização. PCS foi validado para o Brasil para pacientes com dor crônica não oncológica por Sehn et al. (2012).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) é composta por 14 itens, no qual sete itens são para avaliar ansiedade e sete para mensurar depressão, sendo validada para o Brasil por Botega et al. (1995). Cada item é pontuado numa escala de 0 a 3, com total de 21 pontos para cada escala. Quanto maior o escore, maior os sinais de ansiedade ou depressão.

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE) avalia a combinação de sintomas físicos e psicológicos. O escore desse instrumento varia de zero a 10, na qual zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação, podendo ser preenchida pelo próprio paciente, pela família ou pela equipe de saúde. EASE foi validado para o Brasil por Monteiro et al. (2013).

O Índice de Barthel é um instrumento largamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade. As áreas que são avaliadas é o cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência. O índice de Barthel foi validado para o Brasil em pacientes com câncer por Dos Santos Barros et al. (2022).

4.6 Análise Estatística

Os dados sociodemográficos foram descritos como média e desvio padrão (dados quantitativos) ou em número absoluto e porcentagem (dados qualitativos). A consistência interna de cada domínio foi calculada por meio do alfa de Cronbach, considerando como valores adequados a variação entre 0,70 e 0,95 (Terwee et., 2012).

A confiabilidade foi avaliada com base em um modelo teste-reteste. Foi utilizado o coeficiente de correlação intraclassa (ICC), intervalo de confiança (IC) a 95% do ICC, erro padrão da medida (EPM) e diferença mínima detectável (DMD) para

avaliação da confiabilidade do escore de cada domínio do PIPS. Foi aceitável valor de ICC maior ou igual a 0,75 (Fleiss, 1986).

Para a validade de construto por meio das correlações entre os instrumentos, a normalidade dos dados foi verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov de forma inicial. Após isto, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) para se determinar a magnitude de correlação entre o PIPS e outros instrumentos de mensuração.

A interpretação da magnitude das correlações seguiu os seguintes critérios: correlações com instrumentos que medem construtos semelhantes devem ser $\geq 0,50$; correlações com instrumentos que medem construtos relacionados, mas diferentes, devem ser de 0,30 a 0,50; e as correlações com instrumentos que medem construtos não relacionados devem ser $<0,30$ (Prinsen et al., 2018). A hipótese deste estudo é que os domínios do PIPS apresentem magnitude de correlação significativa e inferior a 0,30.

Efeitos piso e teto foram avaliados no presente estudo. Por definição, esses efeitos ocorrem quando uma quantidade dos participantes do estudo (mais de 15%) atinge como escore total do questionário o valor mínimo ou máximo, o que indica um problema quando se avalia a responsividade do instrumento.

A consistência interna, confiabilidade e correlações foram processadas no software estatístico SPSS, versão 17.0 (Chicago, IL, EUA) e foi adotado um nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

5.1 Tradução e adaptação transcultural

Durante o processo de tradução, não foi necessário realizada a adaptação de nenhum termo ou expressão para a língua portuguesa. Assim sendo, a versão pré-final da PIPS foi aplicada em 30 pacientes com dor oncológica. Apenas um paciente (3,33%) não compreendeu o item 2 e o item 10 da PIPS. Portanto, constatou-se compreensão aceitável dos itens da PIPS ($>80\%$).

5.2 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 122 pacientes, sendo a maior parte da amostra constituídas por mulheres (65,6%), com média de idade ~49 anos, casadas (50,8%) e com ensino fundamental completo (46,7%). Quanto ao tipo de câncer, observou-se que a maioria apresentou câncer de útero (23%) e leucemia (9,8%). Dentre as características do quadro evolutivo dos participantes, predominou os casos sem metástase (80,3%) e em cuidado curativo (95,9%). Outras informações estão descritas nas Tabelas 1 e 2. A Tabela 2 apresenta ainda os escores médios dos instrumentos do estudo.

Tabela 1. Características pessoais e sociais dos indivíduos incluídos no estudo (n = 122).

Variáveis	Número (%)
Sexo	
Masculino	42 (34,4%)
Feminino	80 (65,6%)
Estado civil	
Casado(a)	62 (50,8%)
Divorciado(a)	7 (5,7%)
Solteiro(a)	50 (41%)
Viúvo(a)	3 (2,5%)
Escolaridade	
Ensino básico	12 (9,8%)
Ensino fundamental	57 (46,7%)
Ensino médio	40 (32,8%)
Ensino superior	13 (10,7%)
Tipo de câncer	
Útero	28 (23%)
Leucemia	12 (9,8%)
Linfoma	9 (7,4%)
Mama	8 (6,6%)
Pâncreas	8 (6,6%)
Estômago	8 (6,6%)
Pulmão	5 (4,1%)
Ovário	5 (4,1%)
Mieloma múltiplo	5 (4,1%)
Pênis	4 (3,3%)
Fígado	3 (1,9%)
Ossos	2 (1,6%)
Vulva	2 (1,6%)
Próstata	2 (1,6%)
Outros	23 (18,9%)
Metástase	
Sim	24 (19,7%)

Não	98 (80,3%)
Tipo de tratamento	
Curativo	117 (95,9%)
Paliativo	5 (4,1%)
Modalidade de tratamento	
Quimioterapia	49 (40,2%)
Cirurgia	26 (21,3%)
Cirurgia e medicamentoso	12 (9,8%)
Cirurgia e quimioterapia	10 (8,2%)
Medicamentoso	10 (8,2%)
Quimioterapia e radioterapia	5 (4,1%)
Radioterapia	5 (4,1%)
Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	2 (1,6%)
Cirurgia, quimioterapia e medicamentoso	2 (1,6%)
Cirurgia e radioterapia	1 (0,8%)

Tabela 2. Análise descritiva e escores dos questionários e escalas utilizados no estudo.

Variáveis	Média (desvio padrão)
Idade (anos)	49,52 (15,43)
EASE	
Dor	6,68 (2,98)
Cansaço	2,87 (3,30)
Náuseas	2,48 (3,19)
Tristeza	4,31 (3,67)
Ansiedade	4,69 (3,82)
Sonolência	4,12 (3,79)
Falta de apetite	3,27 (3,40)
Falta de ar	1,35 (2,48)
Ausência bem estar	3,14 (3,25)
Índice de Barthel	77,13 (29,02)
EHAD	
Ansiedade	7,26 (4,49)
Depressão	6,68 (4,12)
PCS	
Desamparo	8,48 (5,79)
Ampliação	6,56 (4,70)
Ruminação	9,69 (4,04)
PIPS	
Fusão cognitiva	23,19 (3,71)
Evitação	34,76 (9,99)

EASE: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Escala de Catastrofização da dor; PIPS: *Psychological Inflexibility in Pain Scale*.

5.3 Confiabilidade e consistência interna

A Tabela 3 revela os valores adequados relacionados à confiabilidade teste-

reteste e consistência interna. Observou-se confiabilidade adequada para ambos domínios, com CCI de 0,8 para o domínio de fusão cognitiva e 0,95 para o domínio evitação.

Tabela 3. Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS).

Medidas	Domínios	
	Fusão cognitiva	Evitação
Teste, média (desvio padrão)	23,05 (3,26)	37,12 (9,34)
Reteste, média (desvio padrão)	23,48 (3,56)	38,28 (8,83)
CCI	0,80	0,95
EPM (escore)	1,54 (6,62%)	2,03 (5,39%)
DMD (escore)	4,27 (18,35%)	5,63 (14,94)
Alfa de Cronbach	0,70	0,74
IC a 95% do ICC	0,68 a 0,88	0,92 a 0,97

CCI: Coeficiente de correlação intraclasse; EPM: Erro padrão da medida; DMD: Diferença mínima detectável.

5.4 Validade de Construto

Na Tabela 4, com relação ao domínio evitação da PIPS, observou-se correlação com magnitude superior a 0,30 com o domínio depressão da HADS e correlações com magnitude inferior a 0,30 com domínio ansiedade da HADS, com os domínios da PCS e com o índice de Barthel. De forma inesperada, o domínio fusão cognitiva da PIPS não se correlacionou com os instrumentos do presente estudo ($p > 0,05$). Em complemento, o domínio fusão cognitiva também não se correlacionou com o domínio evitação, ambos domínios da PIPS, com magnitude de correlação de 0,169 ($p = 0,079$).

Tabela 4. Validade de construto dos domínios do *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS) e das escalas correlacionadas.

Variáveis	Fusão cognitiva		Evitação	
	rho	p	rho	p
EASE				
Dor	0,135	0,142	0,069	0,455
Cansaço	0,049	0,593	0,109	0,231
Náuseas	-0,004	0,969	0,080	0,383
Tristeza	0,057	0,534	0,116	0,204
Ansiedade	0,063	0,492	-0,008	0,929
Sonolência	0,056	0,539	-0,070	0,445
Falta de apetite	-0,117	0,201	0,084	0,356
Falta de ar	0,051	0,584	0,168	0,068

Ausência bem estar	0,111	0,231	0,152	0,101
Índice de Barthel	0,056	0,551	-0,196	0,035 *
EHAD				
Ansiedade	0,116	0,205	0,237	0,009 *
Depressão	0,018	0,846	0,358	0,001 *
PCS				
Desamparo	0,084	0,355	0,205	0,023 *
Ampliação	0,081	0,377	0,275	0,002 *
Ruminação	0,113	0,216	0,297	0,001 *

EASE: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Escala de Catastrofização da dor. *Correlação significativa ($p < 0,05$, coeficiente de correlação de Spearman).

5.5 Efeito piso e teto

Na Tabela 5, são observados os valores máximo e mínimo apresentado pelos participantes em relação aos domínios do PIPS. Nenhum domínio atingiu mais de 15% de respondentes com escores mínimos ou máximos, não sendo observado efeitos teto ou piso.

Tabela 5. Efeitos piso e teto dos domínios da *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (n = 122).

Medidas	Domínios	
	Fusão Cognitiva	Evitação
Escore mínimo	1 (8%)	1 (8%)
Escore máximo	17 (13,9%)	1 (8%)

6. DISCUSSÃO

Este estudo realizou a tradução, adaptação transcultural e validação do PIPS para o português brasileiro. Foram observados valores de confiabilidade teste-reteste e consistência interna satisfatórios. Contudo, o domínio evitação apresentou construto válido, mas o domínio fusão cognitiva não se correlacionou com nenhum dos instrumentos presentes no estudo, bem como com domínio evitação do próprio PIPS. Por fim, não foram observados efeitos piso e teto.

Com relação à confiabilidade, nosso estudo encontrou valores de CCI aceitáveis (0,80 e 0,95 para os domínios fusão cognitiva e evitação, respectivamente).

O estudo espanhol identificou valores relativamente superiores de confiabilidade, com CCI de 0,97 para ambos os domínios, no qual foram investigados pacientes com fibromialgia (Rodero et al., 2013). De forma semelhante, o estudo chinês encontrou valores superiores ao nosso, com ICC de 0,98 e 0,97 para o domínio de evitação e fusão cognitiva, respectivamente. A versão chinesa avaliou pacientes com dor crônica relacionada ao câncer (Xie et al., 2021). Contudo, é válido ressaltar que todas as versões citadas, inclusive o nosso estudo, apresentam valores de CCI dentro do aceitável, isto é, superior a 0,75.

Em relação a consistência interna, o presente estudo obteve valor de alfa de Cronbach para as subescalas de evitação e fusão cognitiva de 0,74 e 0,70, respectivamente. O estudo chinês obteve um alfa de Cronbach satisfatório (alfa de Cronbach de 0,74 para fusão cognitiva e de 0,88 para evitação) (Xie et al., 2021). De forma semelhante ao presente estudo, os estudos prévios apresentaram valores de consistência interna adequado para o domínio evitação, com alfa de Cronbach variando de 0,89 a 0,95 (Wicksell et al. 2010; Barke et al. 2015; Rodero et al. 2013; Nagasawa et al., 2021; Omidí et al., 2018; Ghomian et al., 2017). No entanto, para o domínio fusão cognitiva, a consistência interna foi inadequada na maioria das versões, com alfa de Cronbach inferior a 0,70 nas versões original (Wicksell, et al. 2010), alemã (Barke, et al. 2015), espanhola (Rodero, et al. 2013) e japonesa (Nagasawa, et al 2021).

Sobre a validade de construto, nós confirmamos parcialmente a hipótese do estudo: o domínio evitação correlacionou-se de forma esperada com ansiedade, depressão, catastrofização e independência funcional; no entanto, nós identificamos um problema no PIPS ao não identificar o construto fusão cognitiva como válido, pois não observamos correlação com as ferramentas utilizadas, nem sequer com o domínio evitação do próprio PIPS.

Nós observamos que boa parte dos estudos de validação do PIPS correlacionam o escore total do instrumento, não separando pelos domínios evitação e fusão cognitiva. A versão chinesa do PIPS é única que incluiu pacientes com câncer e encontrou correlação do escore total do PIPS com Acceptance and Action Questionnaire ($r = 0.54$) e com o Chronic Pain Acceptance Questionnaire ($r = -0.41$) (Xie et al., 2021).

Uma parte da validade de construto se relaciona com a estrutura interna do

PIPS, nesse sentido, alguns estudos conduziram análise fatorial e não encontraram índices de ajustes adequados para respaldar a estrutura com 2 domínios e 12 itens: o estudo original (Wicksell, et al. 2010) apresentou resíduos no modelo acima do adequado; o estudo japonês encontrou índices de ajuste com valores inadequados, só sendo possível o ajuste do modelo após adicionar 8 correlações entre itens do PIPS (Nagasawa, et al., 2021); o estudo grego também encontrou índices de ajuste inadequados para a estrutura bidimensional do instrumento (Vasiliou et al, 2019).

Em contrapartida, a versão espanhola encontrou estrutura interna adequada, mas utilizou como método a *principal component analysis*, que não é adequada para instrumentos com modelo reflexivo (Rodero et al., 2013). O estudo chinês também encontrou estrutura bidimensional adequada, no entanto, utilizou método de extração pouco adequado na análise fatorial para instrumentos com respostas categóricas ordinais (Xie et al., 2021). No entanto, o presente estudo apresenta como limitação a não investigação da estrutura interna do PIPS. Mesmo assim, em vista dos resultados do nosso estudo e dos estudos prévios, nós salientamos que o construto fusão cognitiva parecer ser problemático e precisa ser confirmado ou corrigido em estudos com metodologia estatística robusta.

Além da ausência da análise da estrutura interna do PIPS, o presente estudo apresenta como limitações: a heterogeneidade dos tipos de câncer na amostra estudada e a maior parte da amostra incluída não apresentava metástase ou estava em cuidado paliativos, condições comuns em quadro dolorosos mais graves.

7. CONCLUSÃO

A versão brasileira do PIPS é confiável e válida para mensurar a evitação em pacientes com dor oncológica, no entanto, o construto fusão cognitiva não se apresenta adequado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 14, p.271-6, 2006.

AARONSON, N.K. et al. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v.85, n.5, p. 365-76, 1993.

BALLATORI, E.; ROILA, F. Impacto of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. **Health Qual Life Outcomes**, v.1, n.1, p.46-50, 2001.

BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BREIVIK, H. et al. Assessment of pain. **Br J Anaesthesia**, v.101, 17-24, 2008.

BRUERA, E. et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Edmonton, v.7, n.2, p.6-9, 1991.

BOUTER, L. M.; VET, H. C. W. de. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 359-363, 1995.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um Hospital Geral. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, p.283-90, 2010.

BROWN T.A. Confirmatory factor analysis for applied research. **New York:Guilford Press**; 2006

CHENG-HSIEN, L. Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. **Behavior Research Methods**, v. 48, p. 936-49, 2016.

COSTA, C. A. et al. Dor oncológica. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 13, n. 6, p. 855–867, 1 nov. 2007

CORK, R. et al. A comparison of the verbal rating scale and the visual analog scale for pain assessment. **Internet J Anesthesiol**, v.8, p.1-3, 2008.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

DAMASIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação psicológica**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012.

DISTEFANO, C.; MORGAN, G.B. A Comparison of Diagonal Weighted Least Squares Robust Estimation Techniques for Ordinal Data. **Structural Equation Modeling**, v. 21, p. 425-438, 2014.

DOS SANTOS BARROS, Vinício et al. Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 124, 2022.

EPSTEIN, J.; SANTO, R.M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

FARIA, S.O. **Adaptação transcultural e validação da versão em português de questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer em cuidados paliativos no contexto cultural brasileiro**. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2013

FABBRO, E.D.; DALAL, S.; BRUERA, E. Symptom Control in Palliative Care - Part II: Cachexia/ Anorexia and Fatigue. **Journal of Palliative Medicine**, Texas, v.9, n.2, p.409-421, abr. 2006.

FRANCESCHINI J et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão* **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v.36, n.5, 2010.

FLEISS, J. **The design and analysis of clinical experiments**. New York: Wiley, 1986.

HUTCHESON, G. D.; SOFRONIOU, N. The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models. **London: Sage Publications**. 1999.

GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference**. 4. ed. 11.0 update. Boston: Allyn & Bacon, 2003.

GHOMIAN, Soheila et al. Característica psicométrica das versões para crianças e pais da escala de inflexibilidade psicológica na dor (PIPS) em crianças com dor crônica e seus pais. **Revista Cáspio de Pediatria**, v. 2, pág. 241-247, 2017.

GONZÁLEZ, José Obed López et al. Manejo da dor induzida por câncer metastático. **Rev. Aneste**, v. 52, não. 8, pág. 780-784, 2023.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. **Liberabit: revista de psicologia, Lima**, v. 25, n. 1, p. 99-106, jun. 2019.

JUNIOR, Jamir Sardá et al. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre

dor. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]**. Rio de Janeiro: INCA; 2018

International Association for the Study of Pain. IASP pain terminology [homepage on the Internet]. Disponível em:<http://www.haleyon.com/iasp/terms-p.html>.

MENEZES, Layla de Cassia Bezerra Bagata; MIRANDA, Monica Karla Vojta. Percepção da dor em pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10937-e10937, 2022.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura; AMENDOLA, Fernanda; ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010.

MOKKINK, L.B.; TERWEE, C.B.; PATRICK, D.L.; ALONSO J.; STRATFORD, P.W.; KNOL, D.L.; BOUTER, L. M.; VET, H. C.W. de. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of clinical epidemiology**. v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010.

MCCRACKEN, Lance M.; VOWLES, Kevin E. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. **American psychologist**, v. 69, n. 2, p. 178, 2014.

MONEY, S.; GARBER, B. Management of Cancer Pain. **Current Emergency and Hospital Medicine Reports** 2018 6:4, v. 6, n. 4, p. 141–146, 22 ago. 2018.

MORETE, Márcia Carla; MINSON, Fabíola Peixoto. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev dor**, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

MONTEIRO, Daiane da Rosa; ALMEIDA, Miriam de Abreu; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 163-171, 2013.

NAGASAWA, Yasuhiro et al. The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS): validity and reliability of the Japanese version for chronic low back pain and knee pain. **Journal of Pain Research**, p. 325-332, 2021.

NICKLASSON, M.; BERGMAN, B. Validity, reliability and clinical relevance of EORTC QLQ-C30 and LC13 in patients with chest malignancies in a palliative setting. **Qual Life Res**, v. 16, n. 6:10, p. 19-28, 2007.

NUNES, Natália Abou Hala. The quality of life of Brazilian patients in palliative care:

validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). **Supportive Care in Cancer**, v. 22, p. 1595-1600, 2014.

OMIDI, Abdollah et al. The evaluation of the construct and convergent validity and reliability of psychological inflexibility in pain scale in individuals with migraine headache. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, v. 12, n. 3, 2018.

PAICE, J. A.; FERRELL, B. The management of cancer pain. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, n. 3, p. 157–182, 1 maio 2011.

PAIVA, Carlos Eduardo et al. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLoS One**, v. 10, n. 7, p. e0132073, 2015.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DAM, organizadores. **Dor e cuidados paliativos**, São Paulo, p.124-66, 2016.

PINHEIRO, Ricardo Cardoso et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 213-219, 2014.

RAJA, S.N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n.9, p. 1976-1982, 2020.

RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 11, n. 2, 2012.

SIM, J.; WRIGHT, C. The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements. **Physical Therapy**, v. 85, n. 3, p. 257–68, 2005.

SEHN, F.; CCHACHAMOVICH, E.; VIDOR, L. P.; DALL-AGNOL, L.; DE SOUZA, I. C.; TORRES, I. L.; FREGNI, F.; CAUMO, W. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. **Pain Med.**, v.13, n.11, p.1425-35, 2012.

SOUSA-MUÑOZ, Rílvá Lopes de et al. **Prevalência de dor e adequação da terapêutica analgésica em pacientes internados em um hospital universitário**. Medicina (Ribeirão Preto), p. 539-548, 2015

SULLIVAN, M.J.L.; BISHOP, S.R.; PIVIK, J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. **Psychol Assess**, v.7, 524-32, 1995.

SCHERMELLEH-ENGEL, K.; MOOSBRUGGER, H.; MÜLLER, H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-

FitMeasures. **Methods of Psychological Research**. v.8, n. 2, p. 23-74, 2003. Disponível em:<https://psycnet.apa.org/record/2003-08119-003>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. Using Multivariate Statistics. 5. Ed. **Boston: Allynand Bacon**. 2007.

TERWEE, C. B. et al. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. **Journal of pain and symptom management**, v. 24, n. 5, p. 526-542, 2002.

JUNIOR, Guanís de Barros Vilela; VON STOCKLER, Sarah; DUVALIER, Anie Mariette. Avaliação e validação da Escala Barthel para a língua portuguesa falada no Brasil. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida- ISSN**, v. 1, n. 2, p. 2009, 2009.

VASILIOU, Vasilis S. et al. Psychological Inflexibility in Pain Scale: Greek adaptation, psychometric properties, and invariance testing across three pain samples. **Psychological Assessment**, v. 31, n. 7, p. 895, 2019.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Questionários de dor, aspectos musculares, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com câncer

Pesquisador: Almir Vieira Dibai Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44064821.5.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.711.612

Apresentação do Projeto:

Em pacientes com câncer, estima-se uma prevalência de dor entre 25 e 50% para pacientes recém-diagnosticados, entre 33 e 80% para os pacientes que estão em tratamento de sua doença, e em torno de 75 e 100% para aqueles em estado avançado e terminal. No Brasil, existem diversos questionários validados e transculturalmente adaptado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer em diversos aspectos. No entanto, no melhor do nosso conhecimento, não existe ferramenta validada para o Brasil avaliando às atitudes de pacientes oncológicos frente à presença da dor, o que justifica a condução do presente estudo. O objetivo dessa pesquisa é realizar a tradução, adaptação transcultural e validação de questionários para pacientes com câncer, e observar a correlação com medidas clínicas funcionais, aspectos musculares, qualidade de vida e capacidade funcional. O estudo será realizado no Hospital do Câncer do Maranhão. Os participantes serão abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa desde que atendam aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos; diagnosticado de câncer; capaz de ler e compreender o português; e conscientes do diagnóstico de câncer. Será realizada avaliação por meio de questionários de dor, qualidade de vida, testes de capacidade funcional, força muscular e atividade muscular. Espera-se que os resultados do presente estudo respaldem o uso dos questionários para mensuração das atitudes frente à dor dos pacientes oncológicos, tornando-se uma ferramenta embasada no conhecimento técnico-científico em relação aos pacientes com dor oncológica no Brasil, além de permitir uma melhor compreensão

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.711.612

sobre aspectos musculares e funcionais nos pacientes com câncer.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Pain Attitudes Questionnaire-Revised (PAQ-R), Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised (CPAQ-R) e Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS).

Objetivo Secundário:

Correlacionar força de preensão palmar com às atitudes em função da dor; Correlacionar circunferência de panturrilha com às atitudes em função da dor; Correlacionar qualidade de vida com às atitudes em função da dor; Correlacionar a independência funcional com às atitudes em função da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É desconhecido na literatura e não é de conhecimento dos pesquisadores a possibilidade de o questionário proposto nesta pesquisa promover algum dano à saúde do paciente. Caso seja detectado algum risco em qualquer etapa da coleta de dados, a coleta de dados será imediatamente interrompida. Poderá ocorrer um desconforto, já que será necessário investigar a dor do participante. Mesmo assim, o participante será orientado que o mesmo poderá solicitar a interrupção dos testes a qualquer momento caso não se sinta à vontade de dar seguimento.

Benefícios:

Com a validação de um novo questionário para ser utilizado no Brasil, espera-se aprofundar o conhecimento técnico-científico em relação aos pacientes com dor oncológica. Além disso, é de suma importância analisar os impactos da dor oncológica na qualidade de vida dos pacientes, servindo como base para projetar melhores estratégias na detecção e melhores intervenções na dor do paciente oncológico, sempre visando melhorias na qualidade de vida desse paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.711.612

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1703949.pdf	03/03/2021 10:32:23		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Autorizacao.pdf	03/03/2021 10:31:57	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	18/02/2021 09:00:08	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio.pdf	16/02/2021 13:23:44	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio.docx	16/02/2021 13:23:36	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.docx	16/02/2021 13:23:28	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP.pdf	16/02/2021 13:22:14	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP.docx	16/02/2021 13:22:02	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.711.612

SAO LUIS, 14 de Maio de 2021

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO B – ESCALA DE EDMONTON

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

ANEXO C – INDICE DE BARTHEL

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<p>ALIMENTAÇÃO</p> <p>0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente</p>	
<p>BANHO</p> <p>0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)</p>	
<p>ATIVIDADES ROTINEIRAS</p> <p>0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear</p>	
<p>VESTIR-SE</p> <p>0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)</p>	
<p>INTESTINO</p> <p>0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>SISTEMA URINÁRIO</p> <p>0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>USO DO TOILET</p> <p>0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</p> <p>0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</p> <p>0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) >50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS</p> <p>0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	

ANEXO D – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO E – ESCALA DE CATASTROFIZAÇÃO DA DOR

Grau	0	1	2	3	4
Significado	Nada	Leve	Moderado	Intenso	Sempre

Quando eu estou com dor...

Número	Afirmção	Grau
1	Eu fico preocupado o tempo todo se a dor vai terminar.	
2	Eu sinto que não posso continuar levando a minha vida.	
3	É terrível e eu penso que a dor nunca vai melhorar.	
4	É péssimo e eu sinto que a dor me oprime (ou me deixa desorientado ou sem rumo).	
5	Eu sinto que eu não aguento mais.	
6	Eu fico com medo da dor piorar.	
7	Eu fico pensando em outros eventos (situações) dolorosos.	
8	Eu fico ansioso para a dor ir embora.	
9	Eu não consigo parar de pensar na dor.	
10	Eu fico pensando em como dói.	
11	Eu fico pensando no quanto eu quero que a dor passe.	
12	Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.	
13	Eu me pergunto se algo de grave pode acontecer.	

ANEXO F – ESCALA DE INFLEXIBILIDADE PSICOLOGICA DA DOR

Versão Brasileira da Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS)

Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, circule um número que representa quanto cada afirmação é verdadeira para você.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1. Eu cancelo atividades planejadas quando estou com dor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Eu falo coisas como “Eu não tenho energia”, “Eu não estou bem”, “Eu não tenho tempo”, “Eu não tenho coragem”, “Eu tenho muita dor”, “Eu me sinto muito mal” ou “Eu não sinto vontade”.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Eu preciso entender o que está errado para conseguir seguir em frente.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Por causa da minha dor, não planejo mais o futuro.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Eu evito fazer atividades que possam doer ou piorar as coisas.					1 2 3 4 5 6 7	
6. É importante entender o que causa minha dor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Eu não faço coisas que são importantes para mim para não sentir dor.					1 2 3 4 5 6 7	
8. Eu adio as coisas por causa da minha dor.					1 2 3 4 5 6 7	
9. Eu faria quase qualquer coisa para me livrar da minha dor.					1 2 3 4 5 6 7	
10. Não sou eu quem controla minha vida, é a minha dor que controla.					1 2 3 4 5 6 7	
11. Eu evito programar atividades por causa da minha dor.					1 2 3 4 5 6 7	
12. É importante que eu aprenda a controlar minha dor.					1 2 3 4 5 6 7	