

**Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,
Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
Mestrado Acadêmico**

PPGEF

**Programa de Pós-Graduação
em Educação Física - UFMA**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DO PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE PARA
O PORTUGUÊS BRASILEIRO EM PACIENTES COM DOR
ONCOLÓGICA**

César Leonardo Ribeiro Guedes

**São Luís
2024**

CÉSAR LEONARDO RIBEIRO GUEDES

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO
DO PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE PARA O
PORTUGUÊS BRASILEIRO EM PACIENTES COM DOR
ONCOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre(a) em Educação Física.

Área de Concentração: Biodinâmica do movimento humano

Linha de Pesquisa: Análise do desempenho humano e esportivo

Orientador: Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho

São Luís
2024

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

Ribeiro Guedes, César Leonardo.

Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do Pain Attitudes Questionnaire Para o Português Brasileiro em Pacientes Com Dor Oncológica / César Leonardo Ribeiro Guedes. - 2024.

52 f.

Orientador(a): Almir Vieira Dibai Filho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Educação Física/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, 2024.

1. Dor Oncológica. 2. Estudo de Validação. 3. Inquéritos. 4. Questionários. I. Vieira Dibai Filho, Almir. II. Título.

CÉSAR LEONARDO RIBEIRO GUEDES

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO
DO PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE PARA O
PORTUGUÊS BRASILEIRO EM PACIENTES COM DOR
ONCOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre(a) em Educação Física.

A banca examinadora da dissertação de mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o(a) candidato(a) aprovado(a) em: ___/___/_____.

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

Prof. Dra. Maria Cláudia Gonçalves (Examinador Externo)
Universidade Ceuma

Prof. Dra. Andréa Dias Reis (Examinador Interno)
Universidade Federal do Maranhão

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

Prof. Dra. Danielle da Silva Dias (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial aos meus pais Júlio César, Vera Luce, Raimundo Mendes, Maria José Mendes, a minha esposa Juliana Bittencourt, aos meus irmãos Júlio Guedes Jr e Adriana Guedes, aos meus sobrinhos, Lucas Gabriel e Júlia Gabriella, aos meus cunhados Ana Paula Bittencourt, Samira Guedes e Ramiston Guedes, aos meus sogros Fernando e Rosa Amélia.

Sem vocês, nenhuma conquista teria valido a pena!

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder o dom da vida e por estar sempre presente em minha vida e por permitir essa conquista.

Agradeço aos meus quatro pais, Júlio César e Vera Luce, Raimundo Mendes e Maria Jose, pela minha criação, por todo cuidado, paciência, dedicação e sacrifícios em todos os momentos em minha vida.

Aos meus irmãos, Adriana Guedes e Júlio Guedes, agradeço por todo companheirismo, incentivo e apoio de sempre.

À minha esposa, Juliana Bittencourt, obrigado pelo companheirismo, dedicação, carinho e incentivo de sempre para que eu me torne uma pessoa melhor diariamente, muito obrigado por tudo. Te amo!

Aos meus sobrinhos, Júlia Gabriella e Lucas, obrigado por serem sobrinhos maravilhosos, contem comigo, sempre estarei aqui para orienta-los e educa-los.

Aos meus cunhados, Samira, Ana Paula e Ramiston, muito obrigado por sempre estarem presentes em minha vida.

Aos meus sogros, Fernando e Rosa, muito obrigado por todo carinho e cuidado que destinam a mim.

Agradeço a todos os colegas do grupo de pesquisa REMOVI por toda ajuda nessa pesquisa, em especial ao Vinício Barros e a Letícia que estiveram desde o início não medindo esforços para colaborar na pesquisa.

Agradeço meu orientador Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho, por ter me dado essa oportunidade de realizar esse sonho, por acreditar, me encorajar sempre com muita paciência e sabedoria me conduzindo para realização dessa pesquisa. Professor Almir muito obrigado por tudo, sinto-me honrado por ter o senhor como meu

orientador, o senhor me fez crescer como pessoa e profissionalmente, por você tenho grande admiração e respeito. Sinto-me honrado por ter sido orientado por alguém tão brilhante.

Ao Programa de Pós-graduação em Educação Física (PPGEF) e aos professores, pelo apoio e disponibilidade no decorrer da formação.

A todos os colegas do Hospital de Câncer do Maranhão que colaboraram com essa pesquisa.

Aos meus queridos pacientes que se colocaram à disposição para participar e colaborar com essa pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do *Pain Attitudes Questionnaire – Revised* (PAQ-R) em pacientes com dor oncológica. **Métodos:** A pesquisa foi realizada no Hospital de Oncologia do Maranhão e Hospital Aldenora Bello São Luís, MA, Brasil, após aprovação no comitê de ética em pesquisa. Além do PAQ-R, foram aplicados os seguintes instrumentos: Índice de Barthel, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) e *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). As propriedades de medida avaliadas no presente estudo foram: validade transcultural, validade estrutural, validade de construto, confiabilidade e consistência interna. **Resultados:** A pesquisa foi composta por 165 pacientes com câncer. A média de idade dos indivíduos da pesquisa foi de 49 anos, com predomínio de mulheres (63,0%), casadas (59,9%) e com ensino básico (53,3%). Foram identificados 33 tipos diferentes de câncer, sendo os mais prevalentes o câncer de colo de útero (23,0%) e câncer de mama (9,1%). A estrutura interna do PAQ-R com 5 domínios e 23 itens mostrou-se adequada. Foi observada confiabilidade teste-reteste e consistência interna adequadas. Na validade de construto, nós observamos magnitude de correlação esperada entre todos os domínios do PAQ-R e independência funcional, entre o domínio força estoica do PAQ-R e depressão, e entre a catastrofização e os domínios força estoica, superioridade estoica e dúvida cautelosa do PAQ-R. Não foram observados efeitos piso e teto na amostra estudada. **Conclusão:** A versão brasileira do PAQ-R com 5 domínios e 23 itens apresentou validade de construto, confiabilidade e consistência interna adequadas para pacientes com dor oncológica.

Palavras-chave: Dor Oncológica, Inquéritos e Questionários, Estudo de Validação.

ABSTRACT

Objective: To carry out the translation, cross-cultural adaptation and validation into Brazilian Portuguese of the Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R) in cancer pain patients. **Methods:** The research was carried out at the Cancer Hospital of Maranhão and Aldenora Bello Hospital (São Luís, MA, Brazil), after approval by the institution's research ethics committee. In addition to the PAQ-R, the following instruments were applied: Barthel Index, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Pain Catastrophizing Scale (PCS). The measurement properties evaluated in the present study were: cross-cultural validity, structural validity, construct validity, reliability and internal consistency. **Results:** The research consisted of 165 cancer patients. The average age of the individuals in the research was 49 years old, with a predominance of women (63%), married (59.9%) and with basic education (53.3%). 33 different types of cancer were identified, the most prevalent being cervical cancer (23%) and breast cancer (9.1%). The internal structure of the PAQ-R with 5 domains and 23 items proved to be adequate. Adequate test-retest reliability and internal consistency were observed. In construct validity, we observed the expected magnitude of the correlation between all domains of the PAQ-R and functional independence, between the stoic strength domain of the PAQ-R and depression, and between catastrophizing and the domains of stoic strength, stoic superiority and cautious doubt of the PAQ-R. No floor and ceiling effects were observed in the studied sample. **Conclusion:** The Brazilian version of the PAQ-R with 5 domains and 23 items presented adequate construct validity, reliability and internal consistency for patients with cancer pain.

Keywords: Cancer Pain, Surveys and Questionnaires, Validation Study

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de caminho com as cargas fatoriais da Pain Attitudes Questionnaire – Revised. (PAQ-R)	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estruturas internas do Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R) testadas na amostra do estudo (n = 165).....	30
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo.	31
Tabela 3 – Caracterização clínica da amostra do estudo.	32
Tabela 4 – Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do escore Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R).	33
Tabela 5 – Validade de construto dos domínios do Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R) mediante correlação com instrumentos relacionados.....	33

LISTA DE SIGLAS

COSMIN - *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments*

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

EHAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

GL – Graus de Liberdade

IASP – *International Association for the Study of Pain*

IC – Intervalo de Confiança

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização mundial de saúde

PAQ-R – *Pain Attitudes Questionnaire – Revised*

PCS – *Pain Catastrophizing Scale*

r – Correlação de Pearson

rho – Correlação de Spearman

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivo Específicos	19
3	HIPÓTESE	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1	Desenho do Estudo	21
4.2	Autorização para realização do Estudo	21
4.3	Tradução e Adaptação transcultural	21
4.3	Local da Realização do Estudo	23
4.4	Participantes	23
4.5	Cálculo Amostral	24
4.6	Instrumentos de coleta de dados	24
4.7	Análise estatística	26
5	RESULTADOS	28
5.1	Tradução e adaptação transcultural	28
5.2	Validade estrutural	28
5.3	Características da amostra	29
5.4	Confiabilidade teste-reteste e consistência interna	32
5.5	Validade de construto	32
5.6	Efeitos piso e teto	33
6	DISCUSSÃO	34
7	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	39
	APÊNDICE A – FICHA DE ANAMNESE	40
	APÊNDICE B – VERSÃO BRASILEIRA DO PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (PAQ-R)	41
	ANEXOS	43
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	44
	ANEXO B – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM	48

ANEXO C – THE PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)	49
ANEXO D – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	50
ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL	51

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo uma das maiores causas de morte prematura antes dos 70 anos (Sung et al., 2021). Nos países com alto índice de desenvolvimento humano, observa-se a redução da mortalidade por câncer por meio de ações para combate ao câncer com intervenções eficazes para prevenção, detecção precoce e tratamento específico. Em contrapartida, em países em desenvolvimento, as taxas seguem aumentando ou se mantendo estáveis. O desafio dos países de baixo e médio desenvolvimento é, portanto, utilizar melhor os recursos e os esforços para tornar mais efetivo o controle do câncer e das suas repercussões (Ferlay et al., 2020; Sung et al., 2021).

No Brasil, na última década, observou-se uma melhora expressiva na disponibilidade e na qualidade das informações sobre incidência e mortalidade por câncer. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima para o Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%), próstata, com 72 mil (10,2%), cólon e reto, com 46 mil (6,5%), pulmão, com 32 mil (4,6%), e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos (INCA, 2022).

Estima-se ainda que os tipos de câncer mais frequentes em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos, próstata, com 72 mil (21,0%), cólon e reto, com 22 mil (6,4%), pulmão, com 18 mil (5,3%), estômago, com 13 mil (3,9%), e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%), mama, com 74 mil (20,3%), cólon e reto, com 24 mil

(6,5%), colo do útero, com 17 mil (4,7%), pulmão, com 15 mil (4,0%), e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos, figurarão entre os principais (INCA, 2022).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é uma experiência sensitiva ou emocional, que pode estar diretamente ou parcialmente associada a um evento real ou potencial de lesão tecidual, com características multifatoriais e biopsicossociais, podendo ser influenciada por diversos componentes, tais como ansiedade, tristeza e frustrações (RAJA et al. 2020). Na oncologia, o conceito de dor foi inicialmente definido como “dor total”, segundo o qual a dor é constituída por vários componentes, sendo eles o físico, social, mental e espiritual. A dor no paciente com câncer pode estar relacionada ao tumor, presença de metástases, pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além da terminalidade da doença (Boulay, 1996).

A *Oncology Nursing Society* divulgou que, no momento do diagnóstico, cerca de 20% a 75% dos pacientes com câncer já apresentam queixa de dor. Ressalta-se ainda que a gravidade da dor e a prevalência desse sintoma têm aumentado, com relativa quantidade de pacientes desafiadores quanto ao alívio da dor (Blackburn et al., 2018).

A dor é uma condição difícil de ser estudada e tratada, sua principal implicância está na sua natureza subjetiva, ou seja, apenas quem a vivencia é capaz de descrevê-la (Bayman et al., 2021). A dor crônica é definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta (Texeira, et al., 2001). Em pacientes com câncer, a dor crônica é um dos fatores mais desafiadores e que impõe maior dificuldade na abordagem clínicas, de forma que avaliações dentro do contexto multidimensional permitem um melhor direcionamento clínico para manejo da dor (Altiparmak; Cil; Celebi, 2019).

Dor em pacientes com câncer é um dos sintomas mais comuns, angustiantes e desafiadores, afetando de 49 a 57% dos pacientes com câncer curável e 56 a 75% dos pacientes com doença avançada (Hui; Bruera, 2014). A dor no paciente com câncer geralmente estar relacionado devido a invasões tumorais, compressão extrínseca, obstrução visceral, ulceração cutânea e fraturas (Ferrian; Prado, 2017).

Apesar da dor no paciente oncológico fazer parte da rotina clínica, seja durante a internação ou no tratamento ambulatorial, os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades em relação à mensuração, manuseio e tratamento adequado da dor (Ferreira et al., 2015).

Os instrumentos de autorrelato são ferramentas imprescindíveis na avaliação de um paciente com dor, haja vista que a subjetividade e individualidade estão presentes de forma consistente nessa condição clínica (Holmes et al., 2017). A literatura científica apresenta estudos utilizando alguns desses questionários em pacientes com dor, como no caso do Questionário de Dor de McGill (Ruela et al., 2017). Os instrumentos mais utilizados para a mensuração da dor são: Escala Numérica de Dor (que 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), Escala Verbal de Dor (no qual o paciente quantifica a intensidade da experiência dolorosa usando frases como nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável e a pior dor possível) e Escala de Faces (apresenta um conjunto de faces que expressam níveis progressivos de sofrimento e o paciente escolhe a face que melhor representa a sua dor) (Andrade et al. 2006).

A maioria dos instrumentos adaptados e validados no Brasil para pacientes com câncer investigam a qualidade de vida e qualidade de assistência (Vartanian et al., 2006). No entanto, em pacientes com dor oncológica, uma avaliação multidimensional

e focada no modelo biopsicossocial permite ao profissional da saúde compreender melhor as características da dor e da resposta aos tratamentos para o câncer e para a sintomatologia dolorosa.

Nesse contexto, destaca-se a importância do *Pain Attitudes Questionnaire – Revised* (PAQ-R) como ferramenta que avalia as atitudes mediante à presença da dor. PAQ-R é um questionário desenvolvido por Yong et al. (2003), composto por 23 itens divididos em 5 domínios: força estóica (disposição para exercer coragem diante da dor), ocultação estóica (disposição para revelar a dor aos outros), superioridade estóica (crença no controle superior da dor), dúvida cautelosa (confiança em fazer julgamento de dor) e relutância cautelosa (disposição de rotular algo como doloroso).

No Brasil, no melhor do nosso conhecimento, não existe ferramenta validada e adaptada avaliando as atitudes de pacientes com câncer frente à presença da dor. A versão validada poderá ajudar a analisar e aprimorar a assistência prestada ao paciente com câncer. Assim, estes aspectos justificam a condução do presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do PAQ-R em pacientes com câncer.

2.2 Objetivo Específicos

- ✓ Definir a versão final do PAQ-R após a tradução e adaptação transcultural;
- ✓ Analisar a confiabilidade da versão transculturalmente adaptada do PAQ-R;
- ✓ Realizar a validade estrutural e do construto do PAQ-R;
- ✓ Identificar a presença de efeitos *plano* e *teto* do PAQ-R.

3 HIPÓTESE

A versão transculturalmente adaptada do PAQ-R para o português brasileiro apresenta propriedades de medida adequadas para mensurar atitudes relacionadas à presença de dor em pacientes com câncer.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de validação de questionário realizado conforme o Guidelines for the Process of Cross-cultural Adaptation of Self-Report Measures (Beaton et al., 2000) e Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (Terwee et al., 2018).

4.2 Autorização para realização do Estudo

A autorização para realização da tradução e validação do PAQ-R para o português brasileiro foi concedida via e-mail por um dos criadores do questionário (Dr. Hua-Hie Yong).

4.3 Tradução e Adaptação transcultural

O processo de tradução e adaptação transcultural do PAQ para o português brasileiro foi realizado em 6 estágios, seguiu os critérios de Beaton et al. (2000), conforme descrito abaixo:

1) Tradução: A tradução foi composta por dois tradutores independentes (um fisioterapeuta com experiência na área de saúde e um professor de inglês com experiência em traduções há 20 anos sem conhecimentos técnicos de assuntos na área da saúde), ambos tradutores com português brasileiro como a língua mãe e com

fluência na língua inglesa, realizaram a tradução da versão original do PAQ para o português brasileiro.

2) Síntese das traduções: após discussões e revisões, os dois tradutores, sob observação de um dos pesquisadores, sintetizaram as duas versões do questionário traduzidas de forma independente e produziram uma única versão do PAQ de forma consensual.

3) Retrotradução: A retrotradução foi composta por dois tradutores independentes, ambos com o inglês como a língua mãe e com fluência na língua portuguesa, realizaram a tradução da versão em português do PAQ de volta para o inglês, sem nenhum prévio conhecimento sobre a versão original do questionário.

4) Análise de um comitê de especialistas: foi realizada por quatro profissionais especialistas na área de oncologia, em conjunto com os quatro tradutores revisaram todas as versões traduzidas e retrotraduzidas, para avaliar possíveis discrepâncias. Assim, obteve-se a versão pré-final do PAQ de forma acordada entre todos os membros do comitê.

5) Teste da versão pré-final: a versão pré-final do PAQ foi aplicada em 30 pacientes com câncer, os participantes leram e preencheram o questionário e, ao final do preenchimento, estabeleceram a sua compreensão da versão pré-final do PAQ. Para ser considerado com grau de compreensão adequado, os itens devem ser compreendidos por, no mínimo, 80% dos participantes.

6) Após análise da versão pré-final, o coordenador do processo de adaptação estabeleceu, assim, a versão final do PAQ no português brasileiro.

4.3 Local da Realização do Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital de Oncologia do Maranhão e Hospital Aldenora Bello (São Luís, MA, Brasil). O presente estudo foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), CAAE: 44064821.5.0000.5087 e parecer nº 4.711.612 (ANEXO A).

4.4 Participantes

A aplicação dos questionários foi realizada de maneira presencial e individualizada, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: presença de dor no momento da avaliação (intensidade de dor mínima de 3 pontos no momento da avaliação), dor há mais de 3 meses, idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos; diagnóstico de câncer confirmado por biópsia; capacidade de ler e compreender o português brasileiro; possuir capacidade cognitiva preservada de acordo com o laudo da equipe de psicologia extraído do prontuário; consciência do diagnóstico de câncer. Foram excluídos do estudo os pacientes que não conseguiram responder aos questionários integralmente, bem como pacientes que não eram nativos do Brasil.

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo, procedimentos metodológicos, riscos, benefícios e aspectos éticos relacionados à pesquisa, incluindo o anonimato. Em seguida, foi solicitado dos voluntários a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Cálculo Amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a regra de 7 vezes o número de itens do questionário. Considerando que o PAQ-R apresenta 23 itens, a amostra mínima adequada foi estabelecida em 161 pacientes (Terwee et al., 2018; Mokkink et al., 2019).

4.6 Instrumentos de coleta de dados

4.6.1 Ficha de Anamnese

Foram coletados dados sociodemográficos como data de nascimento, estado civil, gênero, escolaridade, e características clínicas como diagnóstico primário, presença de comorbidades, data do diagnóstico, presença de metástase, tempo de tratamento e sinais e sintomas (APÊNDICE A).

4.6.2 Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R)

O PAQ-R é um questionário desenvolvido por Yong et al. (2003). É composto por 23 itens divididos em 5 domínios. Assim, para cada item, são possíveis respostas que variam de discordo totalmente (escore 1) e concordo totalmente (escore 5) (APÊNDICE B). Para o cálculo do escore por domínio, deve ser utilizado os seguintes procedimentos: domínio força estóica (disposição para exercer coragem diante da dor), deve-se somar os escores dos itens 14, 15, 16, 19 e 20, e dividir por 5; domínio ocultação estóica (disposição para revelar a dor aos outros), deve-se somar os itens

2, 4, 17, e 21, e dividir por 4; para o domínio superioridade estóica (crença no controle superior da dor), deve-se somar os escores dos itens 6, 9, 18, e 22, e dividir por 4; para o domínio dúvida cautelosa (confiança em fazer julgamento de dor), deve-se somar os escores dos itens 1, 3, 5, 7, 8 e 10, e dividir por 6; para o domínio relutância cautelosa (disposição de rotular algo como doloroso), deve-se somar os escores dos itens 11, 12, 13 e 23, e dividir por 4.

Para a análise de confiabilidade teste-reteste, foi utilizada uma subamostra de 66 participantes que responderam ao (PAQ-R) em dois momentos, com intervalo de 7 dias (Bassi et al., 2018).

4.6.3 Outros instrumentos

A *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) mensura os sintomas dor, atividade, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. Para cada sintoma é possível assinar uma escala que varia de 0 a 10, onde zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma em sua mais forte manifestação. Esta escala foi validada para o Brasil por Monteiro et al. (2013) (ANEXO B). Neste estudo, ela foi utilizada apenas para caracterizar a amostra.

A *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) foi criada por Sullivan et al. (1995) essa escala é composta por 13 itens e 3 domínios: ruminação (pensamentos ruminantes, preocupação e incapacidade de inibir pensamentos relacionados à dor), ampliação (aumento da sensação desagradável relacionada a situações de dor e expectativas de resultados negativos), e desamparo (incapacidade de lidar com situações dolorosas), essa escala tem por objetivo de investigar a catastrofização (ANEXO C).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) é uma escala validada para a população brasileira por Marcolino et al. (2007), utilizada para identificar sintomas de ansiedade e/ou depressão. Ela é composta por 14 perguntas divididos em dois domínios: 7 itens contemplando o domínio ansiedade (EHAD-A) e 7 itens no domínio depressão (EHAD-D). O escore para cada item varia de 0 a 3 pontos e a pontuação total para os domínios EHAD-A e EHAD-D varia de 0 a 21 pontos, de forma que quanto maior o escore, maior a sintomatologia (ANEXO D).

O Índice de Barthel é uma escala validada por Barros et al. (2022). Essa escala é composta por 10 itens que avaliam o nível de dependência ou independência dos indivíduos na atividade diárias, com escore que varia de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, maior dependência (ANEXO E).

4.7 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 foi calculada por meio do alfa de Cronbach, considerando como valores adequados a variação entre 0,70 e 0,95 (Terwee et al., 2012).

A confiabilidade foi avaliada com base em um modelo teste-reteste, intervalo de 3 a 7 dias entre as avaliações. Foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (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 PAQ. Foi considerado 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 inicialmente por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Após isto, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) para se determinar a magnitude de correlação entre os domínios do PAQ-R e os escores do EHAD, PCS e Índice de Barthel. A hipótese a priori é que sejam observadas correlações inferiores a 0,30 e significativas ($p < 0,05$) (Prinsen et al., 2018).

Efeitos teto e piso 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 foi processada no software estatístico SPSS, versão 17.0 (Chicago, IL, EUA) e foi adotado um nível de significância de 5%.

Para a validade estrutural, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizado por meio do software R Studio (Boston, MA, EUA), utilizando os pacotes lavaan e semPlot. O PAQ-R utiliza escala *Likert*, por isso, foi implementada matriz de correlação policórica e o método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS). O ajuste do modelo foi avaliado pelos seguintes índices e pontos cortes: *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) $\leq 0,08$, sendo apresentado também o intervalo de confiança (IC) de 90% desse índice; *Comparative Fit Index* (CFI) e Tucker-Lewis index (TLI) $\geq 0,90$; e Qui-quadrado/graus de liberdade (GL) ≤ 3 (Schermele-Engel et al., 2003; Brown, 2006). Nós consideramos como estrutura original a proposta de Yong et al. (2003) com 5 domínios e 23 itens.

5 RESULTADOS

5.1 Tradução e adaptação transcultural

Durante o processo a síntese de tradução, os dois tradutores envolvidos nesse processo adaptaram o termo “*stiff upper lip*” para “eu não me abalo” de maneira consensual. Essa foi a única adaptação transcultural realizada. A versão pré-final traduzida e adaptada foi então aplicada em 30 pacientes com dor oncológica, no qual 1 participante (3,3%) não compreendeu os itens 7, 17 e 21. Neste caso, houve mais de 80% de compreensão da versão pré-final PAQ-R, sendo assim, estabelecida a versão final do instrumento.

5.2 Validade estrutural

Nós testamos inicialmente a estrutura interna proposta pelos autores que criaram o PAQ-R (isto é, 5 domínios e 23 itens) e observamos índices de ajuste adequados adicionando uma covariância entre os itens 2 e 21: CFI = 0,95, TLI = 0,94, RMSEA (IC a 90%) = 0,08 (0,07, 0,09), Qui-quadrado/GL = 2,04. Além disso, a Figura 1 apresenta as cargas fatoriais dos domínios e seus respectivos itens.

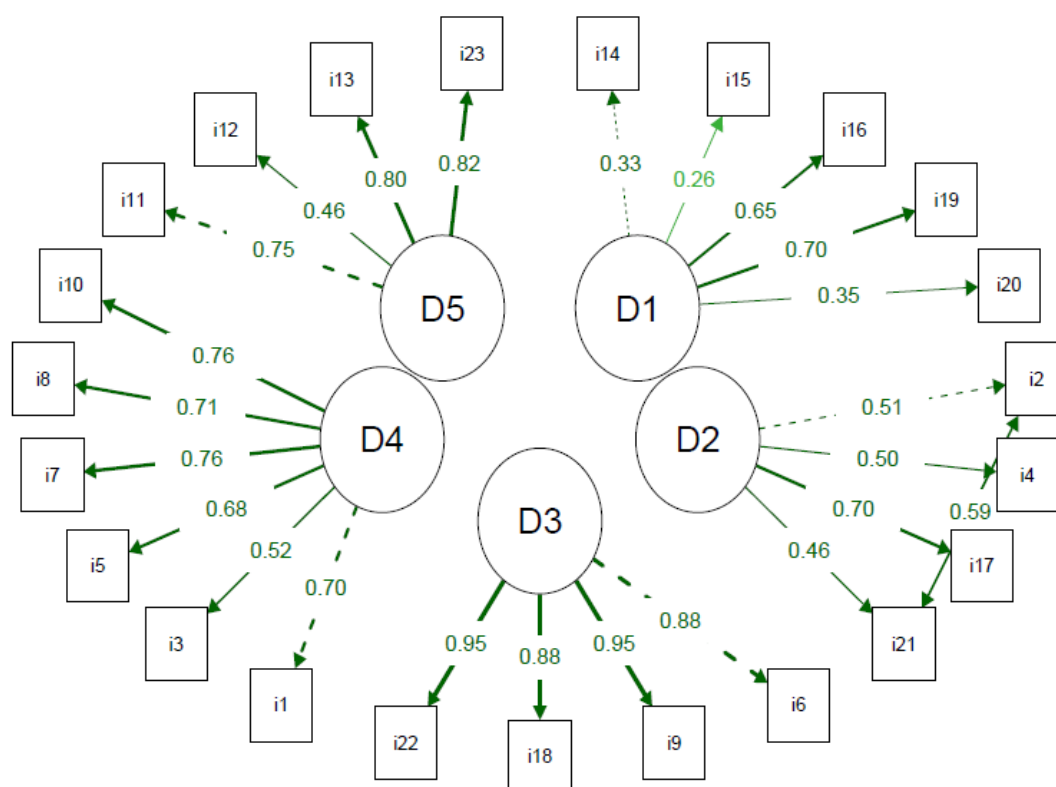


Figura 1. Diagrama de caminho com as cargas fatoriais da Pain Attitudes Questionnaire – Revised. (PAQ-R). Todas as cargas fatoriais acima de 0,25. Foi adicionada uma covariância entre os itens 2 e 21. A linha pontilhada indica o primeiro item do fator. Quanto mais espessa a linha, maior será a carga fatorial. D1: Domínio força estóica; D2: Domínio ocultação estóica; D3: Domínio superioridade estóica; D4: Domínio dúvida cautelosa; D5: Domínio relutância cautelosa. Correlação entre os domínios: D1 vs. D2 = 1,00; D1 vs. D3 = 0,57; D1 vs. D4 = 0,45; D1 vs. D5 = 0,13; D2 vs. D3 = 0,65; D2 vs. D4 = 0,71; D2 vs. D5 = 0,39; D3 vs. D4 = 0,42; D3 vs. D5 = 0,33; D4 vs. D5 = 0,87.

5.3 Características da amostra

A pesquisa foi composta por 165 pacientes com câncer. A média de idade dos indivíduos da pesquisa foi de 49 anos, com predomínio de mulheres (63,0%), casadas (59,9%) e com ensino básico (53,3%), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sóciodemográfica da amostra do estudo.

Variáveis	Média (desvio padrão) ou n (%)
Idade (anos)	49,2 (14,9)
Gênero	
Feminino	104 (63,0%)
Masculino	61 (37,0%)
Estado civil	
Casado	89 (53,9%)
Solteiro	61 (37%)
Divorciado	11 (6,7%)
Viúvo	4 (2,4%)
Escolaridade	
Ensino Básico	88 (53,3%)
Ensino Médio	61 (37%)
Ensino Superior	16 (9,7%)

Conforme mostra a Tabela 2, a maioria dos pacientes participantes da pesquisa apresentaram o câncer de colo de útero (23%), seguido do câncer de mama (9,1%). Foram observadas metástases em 25,5% dos pacientes avaliados, sendo prevalente o uso do tratamento curativo (97%). Os valores dos escores dos instrumentos empregados neste estudo também estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra do estudo.

Características clínicas	Média (desvio padrão) ou n (%)
Tipos de câncer	
Colo de útero	38 (23,0%)
Mama	15 (9,1%)
Leucemias	13 (7,9%)
Gástrico	12 (7,3%)
Pênis	11 (6,7%)
Próstata	11 (6,7%)
Linfoma	10 (6,1%)
Pâncreas	9 (5,5%)
Ósseo	6 (3,6%)
Ovário	6 (3,6%)
Pulmão	6 (3,6%)
Cabeça e Pescoço	5 (3,0%)
Mieloma múltiplo	5 (3,0%)
Fígado	4 (2,4%)
Outros	14 (8,5%)
Metástase	
Sim	42 (25,5%)
Não	123 (74,5%)
Tipo de Tratamento	
Curativo	160 (97,0%)
Paliativo	5 (3,0%)
ESAS (escore, 0-10)	
Dor	6,8 (2,7)
Cansaço	3,0 (3,1)
Náusea	2,5 (2,9)
Tristeza	4,4 (3,4)
Ansiedade	4,5 (3,6)
Sonolência	3,6 (3,7)
Falta de apetite	3,2 (3,1)
Ausência de bem estar	3,3 (3,0)
Falta de ar	1,4 (2,4)
EHAD (escore, 0-21)	
Ansiedade	8,3 (4,4)
Depressão	7,7 (4,4)
PCS	
Ruminação (escore, 0-16)	10,1 (3,9)
Ampliação (escore, 0-12)	6,9 (4,5)
Desamparo (escore, 0-24)	9,0 (5,6)
Índice de Barthel (escore, 0-100)	71,0 (30,0)
PAQ-R (escore, 1-5)	
D1	2,4 (0,7)
D2	1,9 (0,7)
D3	2,3 (1,0)
D4	2,2 (0,8)
D5	2,9 (1,0)

ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Pain Catastrophizing Scale; PAQ-R: Pain Attitudes Questionnaire – Revised; D1: Domínio força estóica; D2: Domínio ocultação estóica; D3: Domínio superioridade estóica; D4: Domínio dúvida cautelosa; D5: Domínio relutância cautelosa

5.4 Confiabilidade teste-reteste e consistência interna

Foi observada confiabilidade teste-reteste adequada (CCI >0,75) para todos os domínios da PAQ-R, com CCI variando de 0,82 a 0,89. Em relação a consistência interna, também foi considerada adequada em todos os domínios, com alfa de Cronbach variando de 0,70 a 0,94 (Tabela 3).

Tabela 3 – Confiabilidade teste-reteste e consistência interna do escore Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R).

Medidas	Domínios do PAQ-R				
	D1	D2	D3	D4	D5
Teste, média (desvio padrão)	2,44 (0,71)	1,78 (0,77)	2,17 (1,09)	1,95 (0,81)	2,53 (1,09)
Reteste, média (desvio padrão)	2,36 (0,71)	1,68 (0,68)	1,97 (1,02)	1,91(0,80)	2,39 (1,17)
CCI	0,82	0,83	0,83	0,89	0,86
IC	0,71 a 0,89	0,73 a 0,90	0,73 a 0,90	0,82 a 0,93	0,78 a 0,92
EPM (escore)	0,30	0,30	0,43	0,27	0,42
DMD (escore)	0,83	0,83	1,21	0,74	1,17
Alfa de Cronbach	0,70	0,76	0,94	0,90	0,91

CCI: Coeficiente de correlação intraclass; IC: intervalo de confiança; EPM: Erro padrão da medida; DMD: Diferença mínima detectável. D1: Domínio força estoica; D2: Domínio ocultação estoica; D3: Domínio superioridade estoica; D4: Domínio dúvida cautelosa; D5: Domínio relutância cautelosa

5.5 Validade de construto

Os construtos do PAQ-R não apresentam similaridade com instrumentos já validados para o Brasil, sendo assim, foi considerado aceitável valores de correlação significativos ($p < 0,05$) e inferiores a 0,30, seja correlação positiva ou negativa. Assim, conforme mostra a Tabela 4, foram observados valores significativos entre o domínio força estoica e depressão, catastrofização e independência funcional; entre o domínio ocultação estoica e independência funcional; entre o domínio superioridade estoica e catastrofização e independência funcional; entre o domínio dúvida cautelosa e catastrofização e independência funcional; e entre o domínio relutância cautelosa e independência funcional.

Tabela 4 – Validade de construto dos domínios do Pain Attitudes Questionnaire – Revised (PAQ-R) mediante correlação com instrumentos relacionados.

Instrumentos	D1		D2		D3		D4		D5	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
EHAD										
Ansiedade	-0,123	0,121	0,033	0,677	0,001	0,986	0,067	0,402	0,057	0,475
Depressão	-0,229	0,004*	-0,026	0,748	-0,057	0,477	0,033	0,677	0,105	0,190
PCS										
Ruminação	-0,267	0,002*	0,158	0,068	-0,384	0,001*	-0,227	0,008*	-0,151	0,080
Ampliação	-0,187	0,030*	-0,068	0,436	-0,210	0,015*	-0,242	0,005*	-0,110	0,207
Desamparo	-0,218	0,012*	0,071	0,414	-0,183	0,034*	-0,067	0,443	0,037	0,669
Índice de Barthel	0,324	<0,001*	0,186	0,018*	0,195	0,014*	0,188	0,017*	0,204	0,010*

D1: Domínio força estóica; D2: Domínio ocultação estóica; D3: Domínio superioridade estóica; D4: Domínio dúvida cautelosa; D5: Domínio relutância cautelosa. EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Pain Catastrophizing Scale. *Valor de p significativo ($p < 0,05$).

5.6 Efeitos piso e teto

Conforme mostra a Tabela 5, não observamos efeitos teto ou piso, pois em nenhum domínio do PAQ-R houve mais de 15% de respostas máximas ou mínimas.

Tabela 5 – Efeitos piso e teto na amostra estudada.

Domínios do PAQ-R	% de escore mínimo	% de escore máximo
D1	1 (0,6%)	0%
D2	1 (0,6%)	0%
D3	1 (0,6%)	4 (2,4%)
D4	1 (0,6%)	0%
D5	1 (0,6%)	0%

PAQ-R: Pain Attitudes Questionnaire – Revised; D1: Domínio força estóica; D2: Domínio ocultação estóica; D3: Domínio superioridade estóica; D4: Domínio dúvida cautelosa; D5: Domínio relutância cautelosa.

6 DISCUSSÃO

Este estudo realizou a tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do PAQ-R, observando-se estrutura interna válida com 5 domínios e 23 itens, construtos válidos, confiabilidade teste-reteste e consistência interna adequadas.

Até o presente momento, no melhor do nosso conhecimento, apenas dois estudos avaliaram as propriedades de medida do PAQ-R (Yong et al, 2003; Mah et al., 2017). Sobre a validade estrutural, estudo com pacientes com dor crônica (Yong et al, 2003) identificou que a estrutura com 5 domínios e 23 itens é adequada, com valores dos índices de ajuste (Qui-quadrado/GL = 2,05, CFI = 0,90, e RMSEA = 0.056) semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Outro estudo verificou as propriedades de medida do PAQ-R em pacientes com câncer avançado e identificaram índices de ajuste adequados em jovens (Qui-quadrado/GL = 1,74, CFI = 0,94, TLI = 0,93 e RMSEA = 0.07) e idosos (Qui-quadrado/GL = 1,67, CFI = 0,93, TLI = 0,92 e RMSEA = 0.08) para a estrutura com 5 domínios. Os achados do estudo prévio (Mah et al., 2017) são semelhantes aos nossos resultados, no entanto, nós não realizamos análise fatorial em diferentes faixas etárias e a maioria dos pacientes incluídos no nosso estudo não estavam com câncer avançado, demonstrando a estabilidade da estrutura do instrumento mesmo diante de diferentes características clínicas.

Com relação a confiabilidade, não existem estudos prévios investigando essa propriedade de medida do PAQ-R. Sobre a consistência interna, o estudo com pacientes com dor crônica (Yong et al, 2003) apresentou alfa de Cronbach (variando de 0,73 a 0,80) semelhante ao presente estudo (variando de 0,70 a 0,94). O estudo com pacientes com câncer em estágio avançado não avaliou a consistência interna.

Sobre a validade de construto, apenas o estudo com pacientes com câncer avançado apresenta resultados dessa propriedade de medida: houve correlação entre os domínios do PAQ-R com intensidade de dor, habilidade de caminhar, relações com outros e sono do Brief Pain Inventory (BPI) (magnitude de correlação de 0,10 a 0,20). Nosso estudo correlacionou com escore do EHAD, PCS e índice de Barthel, encontrando magnitude de correlações maiores (variando de 0,186 a 0,384).

Nossos resultados se aplicam apenas a dor oncológica, não sendo possível extrapolar os dados para pacientes com dores não oncológica, tais como dores musculoesqueléticas ou articulares. Os pacientes aqui incluídos estavam em fase de tratamento curativo e poucos estavam com o câncer avançado. A coleta de dados foi realizada em hospitais especializados no tratamento do câncer, assim, a aplicação em pacientes com câncer em atendimento ambulatorial ou domiciliar pode apresentar variações nas propriedades de medida.

7 CONCLUSÃO

A versão brasileira do PAQ-R com 5 domínios e 23 itens apresentou validade de construto, confiabilidade e consistência interna adequadas para pacientes com dor crônica oncológica.

REFERÊNCIAS

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

BLACKBURN, Lisa M; BURNS, Kathy; DIGIANNANTONI, Elizabeth; et al. Pain Assessment: Use of the Defense and Veterans Pain Rating Scale in patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 22, n. 6, 2018.

BOULAY, S. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders**. 4 ed. Norfolk: RMEP, 1996.30p.

BROWN, Timothy A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. [s.l.]: Guilford publications, 2015.

FERLAY, Jacques; COLOMBET, Murielle; SOERJOMATARAM, Isabelle; et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. **International Journal of Cancer**, v. 149, n. 4, p. 778–789, 2021.

FERREIRA, Vânia Tie Koga; GUIRRO, Elaine Caldeira de Oliveira; DIBAI-FILHO, Almir Vieira; et al. Characterization of chronic pain in breast cancer survivors using the McGill Pain Questionnaire. **Journal of bodywork and movement therapies**, v. 19, n. 4, p. 651–655, 2015.

FERRIAN, Andréa Malta; PRADO, Bernard Lobato. **MOC Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos**. São Paulo: Dendrix, 2017. Disponível em: <https://mocbrasil.com/moccuidados-paliativos/cuidados-paliativos/3-Dor-oncologica/>. Acesso em: 20/01/2024.

HOLMES, Michelle M; LEWITH, George; NEWELL, David; et al. The impact of patient-reported outcome measures in clinical practice for pain: a systematic review. **Quality of Life Research**, v. 26, p. 245–257, 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos**. Controle da dor. Ministério da Saúde, 2022.

MAH, Kenneth; TRAN, Kim T.; GAUTHIER, Lynn R.; et al. Psychometric evaluation of the Pain Attitudes Questionnaire-Revised for people with advanced cancer. **The Journal of Pain**, v. 18, n. 7, p. 811–824, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590017304868>>. Acesso em: 6 fev. 2024. doi: 10.1016/j.jpain.2017.02.432.

MOKKINK, Lidwine B; PRINSEN, CA; PATRICK, Donald L; et al. **COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments**. Amsterdam, The Netherlands, p. 1–32, 2019.

RAJA, Srinivasa N; CARR, Daniel B; COHEN, Milton; 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.

RUELA, Ludmila de Oliveira; SIQUEIRA, Yeda Maria Antunes de; GRADIM, Clícia Valim Côrtes. Pain evaluation in patients under chemotherapy: application of McGill pain Questionnaire. **Revista Dor**, v. 18, p. 156–160, 2017.

SCHERMELLEH-ENGEL, Karin; MOOSBRUGGER, Helfried; MÜLLER, Hans. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. **Methods of psychological research online**, v. 8, n. 2, p. 23–74, 2003.

SUNG, Hyuna; FERLAY, Jacques; SIEGEL, Rebecca L.; et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TERWEE, Caroline B; PRINSEN, C; CHIAROTTO, Alessandro; et al. **COSMIN methodology for assessing the content validity of PROMs–user manual**. Amsterdam: VU University Medical Center, 2018.

VARTANIAN, Jose Guilherme; CARVALHO, Andre Lopes; YUEH, Bevan; et al. Brazilian–Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. **Head & neck**, v. 28, n. 12, p. 1115–1121, 2006.

YONG, Hua-Hie; BELL, Richard; WORKMAN, Barbara; et al. Psychometric properties of the Pain Attitudes Questionnaire (revised) in adult patients with chronic pain. **Pain**, v. 104, n. 3, p. 673–681, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE ANAMNESE

- Data:
- Nome:
- Telefone:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Gênero: () Feminino () Masculino
- Profissão:
- Escolaridade:
- Diagnóstico primário:
- Comorbidades:
- Tratamento atual:
- Data do diagnóstico inicial:
- Algum local com metástase atualmente?
- Há quanto tempo está em tratamento para o câncer?
- Sinais e sintomas que justificam a internação:

APÊNDICE B – VERSÃO BRASILEIRA DO PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (PAQ-R)

Instruções: por favor, classifique quanto você concorda ou discorda de cada afirmação abaixo utilizando a escala fornecida com opções de respostas variando de 1 a 5, em que o número 1 equivale a “discordo totalmente” e o número 5 equivale a “concordo totalmente”. Não há respostas certas ou erradas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Eu demoro muito para decidir se uma sensação é dolorosa ou não.	1	2	3	4	5
2. Quando estou com dor, devo guardar para mim essa sensação.	1	2	3	4	5
3. Quando a sensação é leve, tendo a não confiar em mim para decidir se é dolorosa ou não.	1	2	3	4	5
4. Eu não me abalo quando estou com dor.	1	2	3	4	5
5. Não tenho confiança para decidir se a sensação é dolorosa ou não.	1	2	3	4	5
6. Eu acho que posso tolerar mais dor do que outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Preciso de tempo para decidir se a sensação é dolorosa ou não.	1	2	3	4	5
8. Prefiro não tomar uma decisão sobre a dor quando é difícil decidir se essa sensação é dolorosa ou não.	1	2	3	4	5
9. Eu acho que posso controlar minha dor melhor do que outras pessoas.	1	2	3	4	5
10. Eu evito tomar uma decisão sobre a dor quando não tenho certeza se a sensação é considerada dolorosa ou não.	1	2	3	4	5

		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
11.	Eu tomo muito cuidado para evitar rotular uma sensação como dolorosa, a menos que esteja muito certo disso.	1	2	3	4	5
12.	Quando tenho sensações estranhas, necessariamente não acho que elas são dolorosas.	1	2	3	4	5
13.	Eu tenho tendência a evitar rotular uma sensação como dolorosa, a menos que esteja muito certo disso.	1	2	3	4	5
14.	Eu raramente me emociono quando estou com dor.	1	2	3	4	5
15.	Eu não vejo nada de bom em reclamar quando estou com dor.	1	2	3	4	5
16.	Eu ajo como se nada tivesse acontecido quando estou com dor.	1	2	3	4	5
17.	Eu mantenho meu orgulho e não me abalo quando estou com dor.	1	2	3	4	5
18.	Eu tenho um bom controle sobre minha dor em comparação com os outros.	1	2	3	4	5
19.	Eu menosprezo a dor, recuso-me a levar muito a sério a situação quando estou com dor.	1	2	3	4	5
20.	Eu continuo a levar vida apesar de estar com dor.	1	2	3	4	5
21.	Eu escondo minha dor dos outros.	1	2	3	4	5
22.	Eu acho que posso suportar mais dor do que outras pessoas.	1	2	3	4	5
23.	Eu preciso ter certeza absoluta de que uma sensação é dolorosa antes de rotulá-la como dolorosa.	1	2	3	4	5

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



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 – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM

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)		

Quadro 3 – ESAS-r na versão brasileira. Porto Alegre, RS, 2011.

FONTE: Monteiro et al. (2013).

ANEXO C – THE PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)

Todas as pessoas passam por situações dolorosas em algum momento de suas vidas. Essas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dente, dores nas articulações ou musculares. As pessoas estão frequentemente expostas a situações que podem causar dor tais como doenças, ferimentos, procedimentos odontológicos ou cirurgia.

Instruções

Nós estamos interessados nos tipos de pensamentos e sentimentos que o Sr(a) tem quando está com dor. Há treze afirmações abaixo que podem estar associadas à dor. Usando a escala abaixo, por favor indique o grau com que o Sr(a) tem esses pensamentos e sentimentos quando está sentindo dor.

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

Quando eu estou com dor...

Número	Afirmação	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.	

FONTE: Sullivan et al. (1995).

ANEXO D – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Quadro 1 – 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.

- | | |
|---|---|
| <p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Atualmente um pouco menos</p> <p>2 () Atualmente bem menos</p> <p>3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> | <p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais</p> <p>2 () Bastante</p> <p>1 () Um pouco</p> <p>0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>3 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Um pouco menos do que antes</p> <p>2 () Bem menos do que antes</p> <p>3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento</p> <p>2 () Várias vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre</p> <p>1 () Várias vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Quase nunca</p> |
|---|---|

FONTE: Marcolino et al. (2007).

ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL

ALIMENTAÇÃO

(10) Independente. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.

(5) Ajuda. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

(0) Dependente.

BANHO

(10) Independente. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.

(0) Dependente.

VESTUÁRIO

(10) Independente. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.

(5) Ajuda. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade da tarefa em tempo razoável.

(0) Dependente.

HIGIENE PESSOAL

(10) Independente. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.

(0) Dependente.

DEJEIÇÕES

(10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

(0) Incontinente.

MICÇÃO

(10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.

(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

(0) Incontinente.

USO DO VASO SANITÁRIO

(10) Independente. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.

(5) Ajuda. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.

(0) Dependente.

TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA

(15) Independente. Não necessita de nenhuma ajuda; se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

(10) Ajuda mínima. Necessita de ajuda ou supervisão mínima.

(5) Grande ajuda. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.

(0) Dependente.

DEAMBULAÇÃO

(15) Independente. Pode caminhar sem ajuda por até 50m, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.

(10) Ajuda. Pode caminhar até 50m, mas necessita de ajuda ou supervisão.

(5) Independente em cadeira de rodas. Movimenta-se na cadeira de rodas por, pelo menos, 50m.

(0) Dependente.

ESCADAS

(10) Independente. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.

(5) Ajuda. Necessita de ajuda física ou supervisão.

(0) Dependente.

TOTAL: ____

FONTE: Barros et al. (2022).