UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RODRIGO RAMON FALCONI GOMEZ

**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na
Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do
conceito de dor total**

Ribeirão Preto

2019

FALCONI GOMEZ,
RODRIGO RAMON

**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da
Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIADOR-
QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do
conceito de dor total**

Doutorado

USP

RODRIGO RAMON FALCONI GOMEZ

Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental.

Linha de Pesquisa: Ciência e Tecnologia em
Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Dra. Fátima Aparecida
Emm Faleiros Sousa.

Ribeirão Preto

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Falconi Gomez, Rodrigo Ramon

Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total / Rodrigo Ramon Falconi Gomez; orientadora, Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa. – 2019

315p.: il. + 5CDRom

Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019

Versão original

1. Dor, Pain, Dolor
2. Qualidade de vida, Quality of life, Calidad de vida
3. Avaliação, Evaluation, evaluación
4. Psicofísica, Psychophysics, Psicofísica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rodrigo Ramon Falconi Gomez

Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Ciência e Tecnologia em
Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA (S)

À todos os seres que percebem suas dores e as interferências na vida acarretadas por elas, que seu coro possa ser ouvido e que com ele possam compartilhar suas experiências dolorosas e que possam, ainda, serem cantados em suas belezas profundas. Em especial agradeço a todos aqueles oferecerem elementos tão importantes para a compreensão da interferência da dor na qualidade de vida, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da ciência.

À Jacqueline, minha amada, que tantas dores pode compartilhar e, com carinho, sabedoria, humildade me ajudou e me ajuda a elaborá-las e inspirando-me a ser uma pessoa melhor.

Ao meu querido pai José com seus cabelos brancos, reflexo de velhos anos de estrada, por ter me apoiado e acreditado em mim.

À minha mãe Alzira que, sempre foi abnegada, abrindo mão de muitos sonhos e seu tempo para atribuir valor inestimável aos meus passos rumo ao meu crescimento e ao conhecimento.

À todos que, impedidos em suas possibilidades, não tiveram a oportunidade de estudar, que foram e que são discriminados por qualquer motivo que seja, isolados, e sofredores de incommensuráveis dores.

À Profa. Fátima pela condução, partilha e intenso afeto direcionado ao desenvolvimento deste trabalho e no meu desenvolvimento enquanto estudante e na vida.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, que proporcionou com afeto tudo o que foi necessário para o desenvolvimento dessa pesquisa. Obrigado pelo apoio, pela sua competência e pelo seu carinho que geraram em mim momento inesquecíveis aos quais eu somente devo gratidão.

À Deus que se manifesta de diversas forma possibilitando que eu pise firme e possa cirandar na terra, que eu possa saciar minha sede e me inundar na água viva, que eu possa me aquecer na pele e na alma diante do fogo da sabedoria e que eu possa rodopiar como passarinho no ar ao som do farfalhar das folhas. Agradeço pela minha existência, por guiar meus caminhos e iluminar com ciência meu caminho.

À minha família, por ser o suporte para que eu pudesse alçar voo desconhecidos pelos nossos ancestrais. A minha mãe pela sua fortaleza, respeito, acolhimento e amor incondicional. Ao meu pai amável, humilde, trabalhador, amigo, brincalhão, alegre e companheiro. As minhas irmãs pelo compartilhar dessa vida, dessa família e me propiciar ser tio dessas maravilhosas e virtuosas crianças.

À toda equipe do laboratório de Psicofísica Clínica, cujos membros foram pela história e, ainda, são parceiros e irmãos. Minha eterna gratidão a todos que passaram e que lá estão.

Em especial à Simone Saltareli amiga brincalhona, confiável, solícita e inteligente e protetora; à Talita de Cássia Raminelli da Silva companheira, amiga sensível e confiante e a Hilze Benigno, amiga protetora, carinhosa, bondosa, sábia, justa e meiguinha-brabinha.

À Universidade de São Paulo e todos os professores que fizeram parte da minha formação e aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial aos funcionários do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Pós-graduação, do Comitê de ética em Pesquisa e, claro à nossa querida, faladora e imensamente afetuosa Lucimara.

Às Agências de fomento CAPES pela bolsa de mestrado e a FAPESP, pelas bolsas de Mestrado (2015/00798-8) e de Doutorado Direto (Nº processo 2016/12539-0) sem as quais essa pesquisa não poderia ter sido realizada.

Ao ambulatório de dor, por disponibilizar e autorizar a coleta de dados do estudo.

A todos os participantes desse estudo que colaboraram para o desenvolvimento dessa tese de doutorado.

A minha apaixonante e maravilhosa, namorada, amada e companheira Jacqueline Figueiredo, que acompanhou todo esse caminhar. Pelo seu apoio, cumplicidade, paciência, amorosidade e carinho eu lhe agradeço.

À todos os meu amigo que são muitos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

O agradecimento especial é para pessoa mais importante no desenvolvimento deste trabalho, Profa. Fátima.

Querida Profa. Fátima que é mulher, intelectual, formadora, pensadora, valente e altruísta. Agradeço do fundo do meu coração por sua sabedoria, percepção, orientação, dedicação e apoio durante esses longos anos.

Agradeço pela sua motivação e incentivo para que eu fosse me tornando sempre uma melhor versão de mim mesmo. Obrigado pelas partilhas de histórias e de experiências que mostraram por onde devo e não devo caminhar. Agradeço ainda pela confiança em meus potenciais e pelos seus ricos estímulos, eles foram essenciais e mudaram minha vida. Agradeço pelo amor que você sente por mim e digo que é recíproco. Obrigada por ser minha mãe intelectual que sempre faz questionamentos, estimula à criticidade e abre caminhos brilhantes. Gostaria muito que além da tese eu possa carregar comigo a sementeira algumas das suas inúmeras qualidades e tenho certeza que elas foram fecundas em mim.

Você sempre diz que nós nos encontramos no outro e em você me encontrei cientista e aprendi como trilhar meu caminho para me tornar um sério pesquisador, como ser e não ser professor, como trabalhar em equipe, enfim você extraiu o melhor de mim. Nossa trajetória foi muito especial ela deixou uma marca na minha vida e vida acadêmica e isso sempre levarei comigo no meu coração.

Espero que possamos compartilhar mais muitos anos. Beijo querida Profa.

RESUMO

FALCONI-GOMEZ, Rodrigo Ramon. Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total. 2019. 315f. Tese (Doutorado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2019.

A literatura aponta o crescente interesse acerca da interferência da dor na qualidade de vida. Concernente com o conceito de dor total e com o referencial da psicofísica, o presente estudo teve como objetivo elaborar a Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA). Participaram do estudo 312 indivíduos com dor, considerando os diferentes métodos, sendo 42 participantes nos grupos focais, 210 no método de estimação de categorias e 60 no método de estimação de magnitude (numérica e comprimento de linha) e, estes foram divididos em dois grupos denominados de Paciente em Manejo e Profissionais de Saúde. Os dados da estimação e magnitude foram usados para a validação psicofísica da escala por meio do método de emparelhamento intermodal. Em relação ao levantamento de itens para o instrumento foram realizadas pesquisa na literatura nacional e internacional em conjunto com os grupos focais. Em relação aos grupos focais foram realizadas 5 grupos focais mediados por dois pesquisadores com a seguinte questão norteadora: “Como a dor interfere na sua vida?” nesses grupos obtivemos dado referentes aos domínios físico, psíquico, sistêmica familiar, interação do casal, relações de trabalho, financeiro, lazer, relações com a comunidade, espiritualidade, manejo, relação com profissionais e com o serviço de saúde. Em relação à aplicação da escala EMAIDOR-QUALIVIDA pelo método de estimação de categorias, os cinco itens de maior atribuição entre todos os grupos foram: “Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor” ($8,53 \pm 2,48$), “Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor” ($8,83 \pm 1,91$), “Apesar da dor eu sinto que a vida vale a pena” ($8,39 \pm 2,58$), “Devido a minha dor tenho dificuldades em realizar atividades físicas” ($8,29 \pm 2,30$) e “Devido à dor eu me sinto cansado(a), desanimado (a)” ($8,21 \pm 2,08$). Os itens se referem às dimensões: Psíquico/Afetiva - no primeiro, segundo, terceiro e quinto itens e Físico-funcional/Afetiva – no quarto item. Em relação à Estimação de Magnitude (EM) e de Comprimento de Linha (CL) do grupo PM os cinco itens de maior atribuição se referiram às dimensões: Psíquico/Afetiva – no primeiro item, no segundo, no terceiro e no quinto itens e Físico ou funcional/Afetiva – no quarto item. Em relação à estimação de magnitude e de comprimento de linha do grupo PS os cinco itens de maior atribuição se referiram às dimensões: - no primeiro, segundo, terceiro e quinto itens e Físico-funcional/Afetiva – no primeiro, no segundo e no terceiro itens e Psíquico/Afetiva - no quarto item e no quinto itens, cabendo ressaltar que nestes dois métodos somente houve inversão da ordem segundo maior atribuição entre os quarto e quinto itens. Em relação à validação psicofísica da escala obtivemos expoentes muito próximo a 1 o que representa que qualquer alteração no estímulo produziria alterações semelhantes nos julgamentos realizados por meio das duas modalidades, validando a escala do ponto de vista da psicofísica. Decorrente da análise do conjunto de métodos foi possível perceber a multidimensionalidade e complexidade do fenômeno seus diversos atributos, representados pelos itens da escala e as dimensões, quais sejam, Físico-Funcional/Afetiva, Psíquico/Afetiva, Social/Afetiva, Familiar/Afetiva, Espiritual/Afetiva e Financeiro/Afetiva.

Palavras-chave: Dor, Avaliação, Psicofísica, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

FALCONI-GOMEZ, Rodrigo Ramon. Development of the Multidimensional Pain Interference Assessment Scale on Quality of Life (EMAIDOR-QUALIVIDA): a new conception from the perspective of the concept of total pain. 2019. 315f. Thesis (Ph.D.) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. 2019.

The literature points to the growing interest about the interference of pain on quality of life. Concerning the concept of total pain and the psychophysical framework, this study aimed to elaborate the Multidimensional Pain Interference Assessment Scale on Quality of Life (EMAIDOR-QUALIVIDA). The study included 312 individuals with pain, considering the different methods, 42 participants in the focus groups, 210 in the category estimation method and 60 in the magnitude estimation method (numerical and line length), and these were divided into two groups. Patient Management and Health Professionals. Estimation and magnitude data were used for psychophysical validation of the scale by the intermodal pairing method. Regarding the survey of items for the instrument, research was conducted in the national and international literature together with the focus groups. Regarding the focus groups, five focus groups were conducted, mediated by two researchers with the following guiding question: "How does pain interfere with your life?" In these groups we obtained data referring to the physical, psychic, family systemic domains, couple interaction, relationships of work, financial, leisure, relationships with the community, spirituality, management, relationship with professionals and the health service. Regarding the application of the EMAIDOR-QUALIVIDA scale by the category estimation method, the five highest-rated items among all groups were: "I would do anything to get rid of pain" (8.53 ± 2.48), "I am aware of the importance of being treated for pain" (8.83 ± 1.91), "Despite the pain I feel that life is worth it" (8.39 ± 2.58), "Due to my pain I have difficulties in performing physical activities" (8.29 ± 2.30) and "Due to the pain I feel tired, discouraged" (8.21 ± 2.08). The items refer to the dimensions: Psychic / Affective - in the first, second, third and fifth items and Physical-Functional / Affective - in the fourth item. Regarding the Estimation of Magnitude (EM) and Line Length (CL) of the PM group, the five most attributed items referred to the dimensions: Psychic / Affective - in the first item, in the second, third and fifth items and Physical. or functional / Affective - in the fourth item. Regarding the estimation of magnitude and line length of the PS group, the five most attributed items referred to the following dimensions: - in the first, second, third and fifth items and Physical-Functional / Affective - in the first, second and third items and Psychic / Affective - in the fourth and fifth items, it should be emphasized that in these two methods there was only inversion of the second highest order between the fourth and fifth items. Regarding the psychophysical validation of the scale we obtained exponents very close to 1 which represents that any change in the stimulus would produce similar changes in the judgments made through both modalities, validating the scale from the point of view of psychophysics. As a result of the analysis of the set of methods, it was possible to perceive the multidimensionality and complexity of the phenomenon, its various attributes, represented by the scale items and the dimensions, namely, Physical-Functional / Affective, Psychic / Affective, Social / Affective, Family / Affective, Spiritual / Affective and Financial / Affective.

Keywords: Pain, Evaluation, Psychophysics, Quality of Life.

RESUMEN

FALCONI-GOMEZ, Rodrigo Ramon. Desarrollo de la Escala multidimensional de evaluación de la interferencia del dolor en la calidad de vida (EMAIDOR-QUALIVIDA): una nueva concepción desde la perspectiva del concepto de dolor total. 2019. 315f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2019.

La literatura señala el creciente interés sobre la interferencia del dolor en la calidad de vida. Con respecto al concepto de dolor total y el marco psicofísico, este estudio tuvo como objetivo elaborar la Escala de evaluación de la interferencia del dolor multidimensional sobre la calidad de vida (EMAIDOR-QUALIVIDA). El estudio incluyó a 312 individuos con dolor, considerando los diferentes métodos, 42 participantes en los grupos focales, 210 en el método de estimación de categoría y 60 en el método de estimación de magnitud (numérico y longitud de línea), y estos se dividieron en dos grupos. Gestión de pacientes y profesionales de la salud. Los datos de estimación y magnitud se utilizaron para la validación psicofísica de la escala mediante el método de emparejamiento intermodal. Con respecto a la encuesta de ítems para el instrumento, la investigación se realizó en la literatura nacional e internacional junto con los grupos focales. Con respecto a los grupos focales, se llevaron a cabo cinco grupos focales, mediados por dos investigadores con la siguiente pregunta guía: "¿Cómo interfiere el dolor con su vida?" En estos grupos obtuvimos datos que se refieren a los dominios físicos, psíquicos, sistémicos familiares, interacción de pareja, relaciones de trabajo, finanzas, ocio, relaciones con la comunidad, espiritualidad, gestión, relación con profesionales y el servicio de salud. Con respecto a la aplicación de la escala de EMAIDOR-QUALIVIDA por el método de estimación de categoría, los cinco ítems mejor calificados entre todos los grupos fueron: "Haría cualquier cosa para deshacerme del dolor" (8.53 ± 2.48), "Soy consciente de la importancia de recibir tratamiento para el dolor" (8.83 ± 1.91), "A pesar del dolor, siento que la vida vale la pena" (8.39 ± 2.58), "Debido a mi dolor Tengo dificultades para realizar actividades físicas" (8.29 ± 2.30) y "Debido al dolor me siento cansado, desanimado" (8.21 ± 2.08). Los ítems se refieren a las dimensiones: Psíquico / Afectivo - en el primero, segundo, tercero y quinto ítems y Físico-Funcional / Afectivo - en el cuarto ítem. Con respecto a la Estimación de magnitud (EM) y Longitud de línea (CL) del grupo PM, los cinco elementos más atribuidos se refieren a las dimensiones: Psíquico / Afectivo: en el primer elemento, en el segundo, tercer y quinto elemento y físico. o funcional / afectivo: en el cuarto elemento. Con respecto a la estimación de la magnitud y la longitud de la línea del grupo PS, los cinco ítems más atribuidos se refieren a las siguientes dimensiones: - en el primero, segundo, tercero y quinto ítems y físico-funcional / afectivo - en el primero, segundo y tercero ítems y psíquico / afectivo: en el cuarto y quinto ítem, debe enfatizarse que en estos dos métodos solo hubo una inversión del segundo orden más alto entre el cuarto y el quinto ítem. Con respecto a la validación psicofísica de la escala, obtuvimos exponentes muy cercanos a 1, lo que representa que cualquier cambio en el estímulo produciría cambios similares en los juicios realizados a través de ambas modalidades, validando la escala desde el punto de vista de la psicofísica. Como resultado del análisis del conjunto de métodos, fue posible percibir la multidimensionalidad y la complejidad del fenómeno, sus diversos atributos, representados por los ítems de la escala y las dimensiones, a saber, físico-funcional / afectivo, psíquico / afectivo, social / afectivo, familiar / afectivo, Espiritual / afectivo y financiero / afectivo.

Palabras clave: dolor, evaluación, psicofísica, calidad de vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendrograma de classes gerados pelo Iramuteq pela análise das transcrições dos Grupos Focais, Ribeirão Preto, 2019.....	48
Figura 2 - Dendrograma de classes gerados pelo Iramuteq pela análise das transcrições dos Grupos Focais segundo seu tamanho, ordem e co-ocorrência de palavras em ordem decrescente.....	49
Figura 3 - Distribuição da porcentagem das religiões da amostra dos participantes do estudo, 2019.	136
Figura 4 - Distribuição da frequência absoluta das cidades de origem da amostra dos participantes do estudo, 2019.	136
Figura 5 - Distribuição da porcentagem das religiões da amostra dos participantes (n=30) do estudo, 2019.....	175
Figura 6 - Distribuição da frequência absoluta das cidades de origem da amostra dos participantes (n=30) do estudo, 2019.	176
Figura 7 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para os grupos PM+PS - Ribeirão Preto,	200
Figura 8 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM - Ribeirão Preto, 2019.....	200
Figura 9 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PS - Ribeirão Preto, 2019	201
Figura 10 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM+PS - Ribeirão Preto, 2019.	202
Figura 11 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM - Ribeirão Preto, 2019.	203
Figura 12 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PS - Ribeirão Preto, 2019.	203

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total - Ribeirão Preto, 2019.	39
Tabela 2 - Informações dos Grupos Focais, Ribeirão Preto, 2019.	45
Tabela 3 - Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total e as atribuições dos juízes no processo de validação aparente e de conteúdo, Ribeirão Preto, 2019.....	113
Tabela 4 - Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total e selecionados após análise dos juízes e revisão pela equipe de pesquisadores - Ribeirão Preto, 2019.....	133
Tabela 5 - Distribuição do nível escolar dos participantes em porcentagem, Ribeirão Preto, 2019.	137
Tabela 6 - Distribuição das Profissões dos participantes por frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	137
Tabela 7 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	139
Tabela 8 - Distribuição da quantidade de patologias simultâneas referidas pelos participantes segundo porcentagem e frequência - Ribeirão Preto, 2019.	140
Tabela 9 - Distribuição dos tipos de tratamentos segundo a frequência referida pelos participantes - Ribeirão Preto, 2019.	141
Tabela 10 - Distribuição da quantidade de medicamentos em uso segundo as frequências referidas pelos participantes e a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.....	141
Tabela 11 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.....	141
Tabela 12 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de maior atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição decrescente, decorrente da aplicação EMAIDOR-QUALIVIDA - Ribeirão Preto, 2019.	151
Tabela 13 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de média atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição decrescente no instrumento na forma definitiva - Ribeirão Preto, 2019.	152
Tabela 14 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de menor atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição crescente no instrumento na forma definitiva - Ribeirão Preto, 2019.	153
Tabela 15 - Distribuição das Profissões dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	176
Tabela 16 - Distribuição dos estados civis dos participantes (n=30), segundo a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	177
Tabela 17 - Distribuição dos números de filhos, segundo percentagem - Ribeirão Preto, 2019.	177
Tabela 18 - Distribuição do nível escolar dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	177

Tabela 19 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	178
Tabela 20 - Distribuição da quantidade de patologias simultâneas referidas pelos participantes (n=30), segundo porcentagem e frequência - Ribeirão Preto, 2019.	178
Tabela 21 - Distribuição dos tipos de manejos, segundo a frequência referida pelos participantes (n=30) - Ribeirão Preto, 2019.	179
Tabela 22 - Distribuição da quantidade de manejos simultâneos, segundo a frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	179
Tabela 23 - Distribuição da quantidade de medicamentos em uso, segundo as frequências referidas pelos participantes (n=30) e a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.....	180
Tabela 24 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.....	180
Tabela 25 - Distribuição decrescente dos itens da EMAIDOR-QUALIVIDA do experimento de estimação da magnitude do grupo PM (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.	181
Tabela 26 - Distribuição em ordem decrescente dos itens do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de comprimento de linha do grupo PM (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.....	184
Tabela 27 - Distribuição das religiões da amostra dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem, 2019.....	187
Tabela 28 - Distribuição das profissões dos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.	187
Tabela 29 - Distribuição dos estados civis dos participantes (n=30), segundo a frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.....	188
Tabela 30 - Distribuição dos números de filhos, segundo a frequência absoluta e percentagem - Ribeirão Preto, 2019.....	188
Tabela 31 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes (n=30), segundo a frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.	189
Tabela 32 - Distribuição dos tipos de tratamentos, segundo a frequência referida pelos participantes (n=30) - Ribeirão Preto, 2019.	189
Tabela 33 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.....	190
Tabela 34 - Distribuição em ordem decrescente dos atributos do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de estimação de magnitude do grupo PS (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.....	190
Tabela 35 - Distribuição em ordem decrescente dos atributos do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de comprimento de linha do grupo PS (n=30), segundo Média Geométrica (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.....	193
Tabela 36 - Distribuição dos atributos do EMAIDOR-QUALIVIDA, segundo os métodos de Estimação de Categorias, de Estimação de Magnitudes e de Comprimento de Linha e de maior atribuição em ordem decrescente - Ribeirão Preto, 2019.....	198
Tabela 37 - Distribuição dos atributos do EMAIDOR-QUALIVIDA, segundo os métodos de Estimação de Categorias, de Estimação de Magnitudes e de Comprimento de Linha e de menor atribuição em ordem crescente - Ribeirão Preto, 2019.	199

LISTA DE SIGLAS

CL – Comprimento de Linha

DAP - diferenças perceptíveis ao estímulo padrão

DP - desvio padrão

EC – Estimação de Categorias

EM – Estimação de Magnitude

EMADOR - Escala Multidimensional de Avaliação da Dor

GF - Grupo Focal

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

INSS- Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MA - Médias Aritméticas

MG - Médias Geométricas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PM - Participantes em Manejo

PS - Profissionais da Saúde

ST - Segmentos de Texto

WHO – World Health Organization

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	20
2.1. Problema e justificativa	20
2.2. A percepção de dor e da qualidade de vida em seres humanos	23
2.3. Psicofísica	24
2.3.1. Lei de Stevens ou de potência	25
2.3.2 O método de estimação de categoria x magnitude	26
2.3.3 O método de emparelhamento intermodal	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. Geral	28
3.2. Específicos	28
4. MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1. Identificação de atributos	29
4.2. Tradução dos itens	32
4.2.1. Procedimento	32
4.2.2. Participantes	32
4.3. Validação aparente e de conteúdo dos itens.	32
4.3.1. Participantes	32
4.3.2. Procedimento	33
4.4. Teste Piloto	33
4.4.1. Participantes	33
4.4.2. Critérios de inclusão	33
4.4.3. Procedimento	34
4.5. Aplicação da Escala em sua forma definitiva	34
4.5.1. Participantes	34
4.5.2. Critérios de inclusão e de exclusão	34
4.5.3. Procedimento	34
4.6. Validação psicofísica	35
4.6.1. Participantes	35
4.6.2. Critérios de inclusão e de exclusão	35
4.6.3. Procedimento	35
4.7. Período	36
4.8. Aspectos éticos	36

4.9. Materiais	36
4.10. Análises dos dados	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Sobre o levantamento de atributos	38
5.1.1 Sobre o levantamento de atributos nas bases de dados	38
5.1.2. Sobre o levantamento de atributos por meio do Grupo Focal	43
5.2. Sobre a validação aparente e de conteúdo dos atributos (itens)	112
5.3. Teste Piloto	135
5.4. Resultados da Estimação de Categorias	135
5.4.1. Indicadores sociodemográficos	135
5.4.2. Indicadores Clínicos	138
5.5. Resultados do Experimento de Estimação de Magnitude e de Comprimento de Linha	174
5.5.1. Indicadores sociodemográficos do grupo PM.....	174
5.5.2. Indicadores clínicos do Grupo PM	178
5.5.3. Aplicação do EMAIDOR-QUALIVIDA no Grupo PM.	181
5.5.4. Indicadores sociodemográficos do grupo PS	186
5.5.5. Indicadores clínicos do Grupo PS.....	188
5.6. Validação Psicofísica.....	199
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
7. REFERÊNCIAS	211
APENDICES e ANEXO	231

1. APRESENTAÇÃO

A formação científica/acadêmica exige muita dedicação e longa jornada se objetivar construir-se em fundamentos sólidos e de qualidade.

Essa jornada começou a muito tempo, pois desde infância me apresentei como um criança imensamente curiosa, venho de uma família de baixa renda, mas meus pais nunca deixaram de me incentivar aos estudo e nem que faltasse os subsídios para tal.

Já na adolescência fiquei encantado por mitologia e pouco mais tarde pelos filósofos pré-socráticos e o interesse por compreender o ser humano, seus significados e suas metáforas foi crescendo cada vez mais e, assim, no início da minha vida adulta no ano de 2010 ingressei no curso de Psicologia pela Universidade Paulista como bolsista do PROUNI. Logo no primeiro ano da faculdade já sabia o que queria, iniciação científica, uma das minhas professores me disse que a professora Fátima Faleiros estava procurando um aluno de iniciação e que poderia me candidatar. Resultado em outubro do mesmo ano pedi demissão do trabalho e ingressei na iniciação científica. Essa foi uma grande oportunidade que percebi e fui motivado a estudar a temática dor nós dois projetos de iniciação que desenvolvi um relacionado a dor isquêmica e a segunda e que me encantou relacionada a dor do câncer em crianças e adolescentes.

Já imbuído do sonho de trilhar a carreira docente, no final de 2014, conclui minha graduação e antes de seu fim eu já havia passado no processo seletivo do mestrado na Universidade de São Paulo. Ingressante no mestrado e frente a uma trajetória de quase 5 anos com pesquisa e orientação da Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa fui aprovado no exame de qualificação do mestra e a banca sugeriu minha mudança de nível devido ao meu histórico e a complexidade do projeto. Sem dúvida tal conquista pode se justificar pela condução realizada pela minha orientadora na minha formação com compromisso científico, ético e social.

Desde então, a investigação foi desenvolvida e aos poucos, a Profa. Fátima foi lapidando o tema, o foco e o delineamento da investigação, produzindo, assim a Tese que, foi estruturada da seguinte forma: 1-Apresentação; 2 – Introdução, apresentando o problema e justificativa, a percepção de dor e da qualidade de vida em seres humanos, possibilidades de manejos, bem como aspectos relacionados ao paradigma da psicofísica; 3- Objetivos gerais e específicos, explicitando a proposta da investigação; 4 – Métodos e participantes, tendo sido descrito todo o percurso percorrido no desenvolvimento da investigação, assim como, os instrumentos e estratégias utilizadas para tal; 5- Resultados e discussões, relevando como os

participantes percebem e expressão a interferência da dor na qualidade de vida e suas formas de manejá-la; 6- Considerações finais, retomando-se os objetivos propostos e resultados obtidos revelando as contribuições percebidas com a investigação.

Ensejamos que o produto da investigação possa contribuir para a ciência e para comunidade geral, evidenciando a experiência da interferência da dor na qualidade de vida de maneira ampla, bem como, ampliar as possibilidades de manejo desse fenômeno. Alentamos ainda, que esta pesquisa sirva como base e motivação para que pesquisas futura possa possam se desenvolver.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Problema e justificativa

A dor é uma sensação desagradável que o ser humano percebe por meio de estímulos e que pode afetar a qualidade de vida dele em relação as suas diversas dimensões. A dor crônica compromete a qualidade de vida do indivíduo dificultando o sono e o humor, interferindo nas atividades laborais, sociais, econômicas, de relacionamento, dentre outras (ANTUNES, 2013, GORE et al, 2012; GUCLU et al, 2012, PIMENTA, CRUZ; KURITA, 2004).

Ainda, a dor não é somente a sensação objetiva, mas também é entendida como constructo multidimensional, como deixa claro o conceito de Dor Total introduzido por Saunders (1991), a qual destaca a necessidade de se ampliar a visão de ser humano como ser bio-psico-social-espiritual para que seja possível compreender a complexidade do fenômeno doloroso.

Em relação à incidência do fenômeno doloroso, foi identificado em estudo colaborativo, feito pelos membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), que entre 5,3% e 33% dos indivíduos residentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento possuem dor persistente (WHO, 2006). A dor explica mais de 80% do total da procura de atendimento médico e é responsável por cerca de 80 bilhões de dólares anuais gastos em cuidados, além de ser causa de perda de dias e de horas de trabalho, o que acarreta sérios prejuízos pessoais e econômicos à população (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006, KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006). Ademais, a soma disso aos processos médicos pode perfazer total de 120 bilhões de dólares anuais. Cumpre mencionar que foram citados dados americanos, pois não há estudos rigorosos no Brasil que abranjam esses achados epidemiológicos.

Esse cenário revela a necessidade de que esse fenômeno seja adequadamente avaliado e mensurado, tornando possível a determinação dos riscos de um dado manejo interdisciplinar, considerando-se que esse supere significativamente os danos oriundos da condição não só clínica como também social; desse modo, permitindo escolha, construção e manejo o mais adequado e o mais seguro possível.

Avaliar adequadamente significa considerar seus impactos na saúde e na qualidade de vida das pessoas em toda sua extensão, assim, refletindo sobre o conceito de dor total, no qual se considera a sistêmica da dor sensitiva, psíquica, ética, moral, social, familiar, cultural, dentre outras. A dor total é um fenômeno influenciado por variáveis como cultura, contexto social, familiar e de trabalho, atenção, motivação, emoção, doença mental, história de vida,

diferentes personalidades, memória e outras variáveis psicológicas e sociais, cuja resposta do indivíduo é única e incomparável, contextualizada pela experiência, interna, complexa e pessoal, que certamente interfere em diversos aspectos de sua qualidade de vida (PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 2007a; PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 2007b; FALEIROS SOUSA et al, 2010).

Estudos sobre a percepção da dor vão além das experiências sensitivas, nos quais são focadas as complexidades das dimensões dolorosas de forma ampla, incluindo os aspectos afetivos, sociais, psíquicos, éticos, motivacionais, respeitando a individualidade e a totalidade de cada ser humano. Considerando a complexidade e a multidimensionalidade da percepção de dor, com base no conceito de Dor Total, torna-se necessário o desenvolvimento de novas ferramentas válidas e fidedignas para a determinação sobre a interferência da dor na qualidade de vida em seres humanos, acometidos por diferentes condições que geram a percepção dolorosa. (HORTENSE; ZAMBRANO; FALEIROS SOUSA, 2008; GARBI et al., 2014; SAUNDERS 1991; PELEGRIN et al., 2014; PEDROSA et al., 2014; FALEIROS SOUSA et al., 2012; COLHADO et al., 2013)

Dadas as características que envolvem a *interferência da dor na qualidade de vida* serem abstratas e subjetivas, utilizamos métodos de medida indireta, como questionários, observações, escalas e entrevistas para avaliá-la. Instrumentos para a medida da *interferência da dor na qualidade de vida* não foram ainda elaborados, portanto não são utilizados pelos observadores externos, pesquisadores e profissionais, nos quais se acredita existir a capacidade de identificar modificações durante o processo de manejo multidisciplinar em saúde e, assim, basear a avaliação, a evolução, a eficácia, os riscos e a necessidade de continuidade e/ou interrupção do manejo, avaliando a efetividade da atuação desses profissionais, a aderência pelo cliente e, também, examinando a natureza, as origens e os correlatos da dor, em função da sua interferência na qualidade de vida.

Cumprе mencionar que a avaliação e a medida desta experiência subjetiva permitem acompanhamento e análise do mecanismo de ação de diferentes drogas farmacológicas e terapias e que o próprio indivíduo tenha a opção de relatar, descrever e avaliar a sua percepção, minimizando a possibilidade de ser mal compreendida e/ou subestimada, o que pode acarretar manejo inadequado e interferir, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo.

Existe, sim, uma variedade de instrumentos, segundo o Patient-Reported Outcome and Quality of life Instruments Database (PROQOLID), (EMERY, PERRIER, ACQUADRO, 2005), exemplificado com o Survey of Pain Attitudes (SOPA), elaborado por Jensen, Karoly e Huger (1987), os traduzidos e/ou validados para língua portuguesa como o WHOQOL-100 e

WHOQOL-bref por Fleck et al. (1999) e Fleck et al. (2000), o SF-36 por Ciconelli, (1999), o Inventário de atitudes frente a dor (SOPA-Brief) (PIMENTA; CRUZ, (2006); GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007; PIMENTA et al., 2009), que são aplicados para aqueles que sofrem de dor e para avaliação da percepção de estado de saúde ou de qualidade de vida relacionada à saúde, não relacionado à percepção da *interferência da dor na qualidade de vida*.

Adicionado a isso, tais instrumentos possibilitam avaliar os impactos de doenças crônicas sobre a vida do paciente, oferecendo resultados baseados na percepção do próprio indivíduo sobre seu estado geral de saúde. A partir disso, torna-se possível elaborar manejos mais coerentes com a situação e condições do indivíduo (DINIZ; SCHOR, 2006), porém, quando apresentam itens específicos relacionados à dor, consideram apenas o domínio físico e/ou o mínimo de atributos desse fenômeno multidisciplinar, complexo que, como já citamos acima, envolve a necessidade de considerar abrangência complexa de suas multidimensões, em especial contextualizando-as no conceito de dor total. Decorrente desse conceito, é preciso transcender na compreensão desse homem não só biopsicossocial, considerando-o um homem inteiramente homem, único, complexo, inserido em um sistema também extremamente complexo.

Avaliar, para melhor manejar a percepção da dor, sua multidimensionalidade e sua interferência na qualidade de vida, representa um imenso desafio, pois não basta conhecer apenas a etiologia da dor, antes é preciso estar atento ao sofrimento humano a partir da percepção e da expressão de quem vivencia a experiência dolorosa, independente de que forma essa dor se apresenta ao ser humano (FALEIROS SOUSA et al., 2010).

Desse modo, considerando que a dor causa impacto negativo na vida das pessoas a qualidade de vida pode atuar como um indicador competente na avaliação dos resultados dos serviços de saúde utilizados pelos clientes em decorrência do processo saúde-doença, bem como pelos procedimentos terapêuticos e de manejos do estado do cliente (ALMEIDA et al, 2013; ANTUNES et al., 2013; BENTSEN; MIASKOWSKI; RUSTØEN, 2014; CIANCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI, 1998; FALAVIGNA et al., 2010; GARBI et al., 2014; GATER et al., 2014; LEADLEY et al., 2014; MARTINS et al., 2012; MCBETH; LACEY; WILKIE, 2014; OHARA et al., 2012; PEDROSA et al., 2014; ROCHA et al., 2011; SERPELL et al., 2014; STEFANE et al., 2013; WACHHOLZ et al., 2014). Ainda faz-se necessário a apropriação da perspectiva de quem se submete ao processo terapêutico e de manejo na avaliação dos resultados das intervenções que a caracterizam.

A proposta desta pesquisa pauta-se no princípio doutrinário de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca o reconhecimento de que cada pessoa é um todo

único, indivisível e integrante de uma comunidade, ponderando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, desse modo, as ações de avaliação, promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, o manejo forma também um todo indivisível que não pode ser segregado ou compartimentalizado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; FRACOLLI, 2011; JUNQUEIRA, 2005).

O manejo integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada. A integralidade é o ponto de partida do caminho que busca um manejo ampliado, transformador, centrado no indivíduo e não aceita a redução do mesmo nem à doença, nem ao aspecto biológico (FALEIROS SOUSA et al., 2010; FONTOURA, 2006; SILVA; SENA, 2008).

Dessa forma, pode-se inferir que a construção e a validação dessa escala nos permitirá avaliar a interferência da dor na qualidade de vida desses clientes e, desse modo, contemplar melhor a complexidade dos fenômenos envolvidos em suas multidimensionalidades e em suas interdimensionalidades. Esse instrumento poderá ampliar o conhecimento em relação às interferências na qualidade de vida proporcionados pelo fenômeno doloroso, subsidiando novas propostas de investigações e intervenções relacionadas à temática. A presente investigação pode possibilitar uma melhor e mais ampla avaliação da dor que interfere na qualidade de vida, proporcionando um melhor manejo no contexto clínico e de pesquisa, uma vez que abrirá espaço e oferecerá um instrumento que considere aspectos negligenciados da experiência dolorosa e de sua interferência na vida das pessoas, proporcionando o contemplar da integralidade da experiência dolorosa independente de sua origem etológica.

2.2. A percepção de dor e da qualidade de vida em seres humanos

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2010) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que se acha associada à ocorrência de lesão tecidual ou que é referida em tais termos. A percepção da dor é única, pessoal, subjetiva e exclusiva para cada indivíduo e está sendo influenciada por fatores sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (FALEIROS SOUSA, 2002; FALEIROS SOUSA; DA SILVA, 2002; ARNTZ; CLAASSENS, 2004; FALEIROS SOUSA; DA SILVA, 2005).

Os estudos sobre a percepção da dor vão além das experiências sensitivas e focam as complexidades das dimensões dolorosas de forma ampla, que incluem os aspectos afetivos, motivacionais e avaliativos (HORTENSE; FALEIROS SOUSA, 2009).

O World Health Organization – WHO (1996, p. 5), propõe que a qualidade de vida é a *“percepção dos indivíduos em sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, o que nos mostra a multidimensionalidade do fenômeno e a importância em considerar a percepção da qualidade de vida para cada pessoa.

Um dado fundamental para se estabelecer a qualidade de vida é a percepção individual do ser humano em relação ao seu estado físico, emocional e social e serve como indicador para avaliar os impactos de ordem física e psicossocial decorrente da condição geral ou específica dos indivíduos e, assim, possibilitando um melhor conhecimento acerca deste (BARROS, 2001; CARVALHO, 2012).

Para Fleck et al. (1999; 2000), apesar de não existir ainda um conceito que defina com exatidão o que é a qualidade de vida, existem três aspectos a serem considerados: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (mobilidade) e dimensões negativas (dor).

Diversos trabalhos indicam associação entre a dor e a qualidade de vida, demonstrando que a dor tem impacto negativo sobre esta e que essa relação ocorre independente da classificação nosológica da qual a dor se origina, dessa maneira o indivíduo experimenta mudanças no seu estilo de vida que, muitas vezes, reverberam em sofrimento, maior dificuldade na realização das atividades diárias, o uso constante de fármacos, etc. (ANTUNES, et al., 2013; FALAVIGNA et al., 2010; GARBI et al., 2014;; MARTINS, et al., 2012; OHARA, et al., 2012; PEDROSA et al., 2014; ROCHA et al., 2011; STEFANE et al., 2013).

2.3. Psicofísica

No século XIX surgiu a psicofísica, um ramo da ciência baseada na psicologia que irá sugerir a primeira medição psicológica das sensações, no qual Fechner reúne a doutrina do panpsiquismo, a metodologia experimental que correlaciona estímulos e sensações percebidas e, por último, um conjunto de leis matemáticas (FERREIRA, 2003).

A psicofísica trabalha as relações entre o mundo material (corpo) e o mundo espiritual (mente), ou seja, do físico e do psicológico, sendo esse caso a quantificação das sensações e percepções para relacionar aos estímulos físicos e aos eventos ocorridos na mente. Portanto, é o estudo do estímulo e da sensação, entre elas a físico-sensorial, a psico-sensorial e a interação dessas mensurações com correlatos neurais. Desse modo, pode ser aplicada em

vários campos de atuação, tanto na mensuração de atributos sociais quanto na mensuração dos atributos clínicos (FALEIROS SOUSA; DA SILVA, 1996; DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

2.3.1. Lei de Stevens ou de potência

No século XVII, o físico Fechner, baseado na lei de Weber ($\Delta E / E = k$), estudou as relações entre as sensações e os estímulos e propôs que quando ocorre a adição das diferenças (ΔE), denominadas diferenças perceptíveis ao estímulo padrão (DAP), ocorreria um aumento da magnitude da resposta relativa à magnitude do estímulo dado. Sendo DAP uma constante, o estímulo aumentaria geometricamente, enquanto a resposta aumentaria aritmeticamente, gerando uma função logarítmica representada por $R = K \cdot \log E$, na qual R significa o julgamento do observador, K uma constante e E o estímulo realizado (STEVENS, 1975).

No século seguinte, Stevens descobriu que os DAP não eram constantes, então uma nova lei da psicofísica foi sugerida, denominada Lei de Stevens e também conhecida como Lei de Potência, que propunha uma relação entre os estímulos e respostas, que foi representada por uma função de potência: $R = K \cdot E^n$, na qual R significa a magnitude da resposta, K uma constante arbitrária, E a magnitude física de estímulo e o n o expoente da função ou o índice de sensibilidade perceptiva (STEVENS, 1975).

Segundo Stevens (1975), o **n** é o parâmetro mais importante da função, pois em um gráfico ele determinará a forma da curva ou a inclinação de uma reta, resultados dos dados em coordenadas logarítmicas. Quando **n** é igual a 1 (um), a relação é representada na forma de uma linha reta e se **n** for menor que 1 (um), a representação gráfica será uma curva com a concavidade voltada para baixo, já se o **n** for maior que 1 (um), a curva terá a concavidade voltada para cima. A função de potência pode ser reescrita ao se utilizar os logaritmos de ambos os termos da equação para a obtenção de uma equação linear, sendo contemplados propósitos estatísticos, e para determinar os parâmetros da função de potência ajustados aos dados. A equação descrita será: $\log R = \log K + n \log E$.

Segundo Yilmaz e Little (1964), ao estudar a percepção da brilhancia pelo paradigma da psicofísica, temos a Lei logarítmica como sendo intuitiva, pois dela irá depender os valores da sensação relativa ao estímulo e não dos valores absolutos, portanto, essa lei pode permitir muitas possibilidades, o que dependerá das respostas que o cérebro combina ao receber as informações relativas à sensação.

As escalas para a avaliação de dor são ferramentas úteis que devem ser validadas por métodos de estimação de magnitude e de emparelhamento intermodal, desenvolvidos especificamente para verificar o expoente obtido por meio desses dois métodos e que devem ser próximos a um (HORTENSE; ZAMBRANO; FALEIROS SOUSA, 2008).

2.3.2 O método de estimação de categoria x magnitude

O Método de Estimação de categoria, também denominado como julgamento absoluto, é designado para mensurar atributos psicológicos num nível intervalar e envolve mais julgamentos de estímulos do que a comparação relativa entre estímulos. Cabe ao observado assinalar uma categoria a cada um dos vários estímulos, de modo que as categorias sejam equidistantes no contínuo psicológico. Tais categorias podem ser numéricas, como, por exemplo, escala de estimativa numérica ou adjetivos, descritores verbais de intensidade da dor - encontrado no instrumento EMADOR (STEVENS, 1975).

Com a finalidade de medir diretamente as sensações, Stevens (1957) desenvolveu a técnica baseada na Psicofísica conhecida como estimativa de magnitude, sendo um método de escalonamento que obtém medidas precisas para a mensuração de fenômenos subjetivos. Nesse método, aplica-se no indivíduo uma série de estímulos no qual se fará o julgamento para cada um dos estímulos realizados e pelo qual obteremos uma escala de razão.

Logo, o método de estimação de magnitude é um tipo de emparelhamento em que os sujeitos atribuem valores numéricos aos estímulos apresentados pelo pesquisador, de forma a equipará-los aos números (STEVENS, 1975).

Ao estimar a magnitude, podemos estabelecer um módulo (um valor numérico) e atribuí-lo a um estímulo considerado padrão; posteriormente, serão apresentados aos sujeitos novos estímulos que deverão receber valores proporcionais ao primeiro estímulo apresentado considerado como sendo padrão. Existe também a estimativa de magnitude sem o estabelecimento de um módulo (valor numérico), nesse modelo o sujeito fica livre para realizar o seu julgamento e atribuir o seu próprio estímulo padrão (STEVENS, 1975).

2.3.3 O método de emparelhamento intermodal

Esse método foi criado por Stevens com intuito de confirmar a Lei de Potência e validar as escalas de magnitude ao utilizar-se de números para realizar esse tipo de emparelhamento (STEVENS, 1975).

Destarte, ao construir um aparelho que estimulava diversas modalidades ao mesmo tempo, Stevens demonstrou a existência de um tipo de mensuração por meio de emparelhamento de dois contínuos sensoriais e não somente um contínuo sensorial relacionado a números. Assim, o observador manipulava um aparelho que emitia estímulos e permitia controlá-los (como a intensidade de luz), até que a sensação percebida fosse igual àquela provocada por outro estímulo (como a intensidade do som), proporcionando um teste de transitividade da escala sensorial em que temos a seguinte relação: se $A=B$ e $A=C$, logo $C=B$ (STEVENS, 1975).

Em uma situação na qual essa propriedade é aplicada para um indivíduo que realizou a estimação de magnitudes em dois contínuos diferentes, como força dinamométrica (f) e som (s), emparelhados a R , tem-se que $R_f = f(E_f)$ e $R_s = s(E_s)$, então, $f(E_f) = s(E_s)$ que, ajustando a funções de potência, tem-se $R_f = E_f^a$ e $R_s = E_s^b$ sendo a e b expoentes da função para força dinamométrica e som, respectivamente. Reescrevendo os parâmetros da função, baseadas no logaritmo, obtém-se a seguinte representação: $a \log E_f = b \log E_s$ ou $\text{Log de } E_f = a/b \log E_s$.

O emparelhamento intermodal tem sido utilizado em Experimentos que envolvem contínuos métricos, sociais e clínicos; sendo que, nesse tipo de Experimento, os sujeitos devem emparelhar dois contínuos quaisquer (som, força dinamométrica, comprimento de linhas, etc) aos atributos sociais, psicológicos ou clínicos.

Hortense, Zambrano e Faleiros Sousa (2008); Hortense e Faleiros Sousa (2009), escalonaram, ordenaram e validaram a escala de razão a utilizando os métodos psicofísicos de estimação de categorias (utilizando escala de 1 a 7), de magnitude e de emparelhamento intermodal. Cada um dos 30 pacientes, 30 médicos e 30 enfermeiros julgaram os 20 tipos diferentes de dor neuropática e nociceptiva pelos três métodos. Os três grupos elegeram a dor do câncer a mais intensa. Além dessa, também apareceram as dores no infarto do miocárdio, por cólica renal e por queimadura como sendo intensas, obtendo a concordância entre os métodos utilizados. A escala psicofísica também foi validada pelos métodos de estimação de magnitude e de emparelhamento intermodal, na qual obtiveram a média geométrica para o expoente de 0,96 entre os três grupos.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

- Elaborar a Escala Multidimensional de Avaliação da *Interferência da Dor na Qualidade de Vida* (EMAIDOR-QUALIVIDA).

3.2. Específicos

-Identificar atributos (itens) da interferência da dor na qualidade de vida, considerando-se a relação entre esses dois fenômenos complexos.

-Traduzir da EMAIDOR-QUALIVIDA em sua forma inicial.

-Validar de forma aparente e de conteúdo a EMAIDOR-QUALIVIDA.

-Aplicar a EMAIDOR-QUALIVIDA em sua forma definitiva.

-Realizar validação psicofísica a escala EMAIDOR-QUALIVIDA.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo abordará seis (06) etapas, sendo a primeira referente à identificação de atributos para elaboração do instrumento, constando instruções e a escala; a segunda, à tradução dos atributos; a terceira, à validação aparente e de conteúdo; a quarta, ao teste piloto da escala já validada em sua forma aparente e de conteúdo; a quinta, aplicação da escala pelo método de estimação de categorias; e a sexta, validação psicofísica da escala em sua forma definitiva.

4.1. Identificação de atributos

Na primeira etapa desta investigação foram levantados, em base de dados nacionais e internacionais, instrumentos relacionados à qualidade de vida, especificamente de pessoas com queixas de dor, podendo ser aguda ou crônica; após o levantamento desses instrumentos, foi realizada a identificação de atributos do fenômeno. Foram encontrados 225 instrumentos relacionados à qualidade de vida e dor, dentre os quais 34 genéricos e 191 específicos, assim, identificados 6752 atributos, cuja seleção, devido a repetições, resultou em 250 atributos, tendo sido feitas as devidas traduções destes.

Também foi utilizada a técnica de Grupo Focal (GF), com o objetivo de ampliar a compreensão da interferência da dor na qualidade de vida, dessa forma, auxiliando na elaboração dos itens que comporam o instrumento. Os grupos focais podem ser definidos como uma técnica de pesquisa para coleta dados por meio de interações grupais, que ocorre ao se refletir e discutir um tópico específico. O autor aponta que essa técnica caracteriza-se em uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista em profundidade e atua como um recurso que possibilita a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (MORGAN, 1997; VEIGA; GONDIM, 2001).

A quantidade de sessões a serem realizadas varia de acordo com o objetivo da pesquisa, desse modo, não há um número específico de sessões, sendo que serão realizadas tantas quantas forem necessárias para responder ao objetivo proposto. Esse aspecto foi explicado e acordado com os participantes (GATTI, 2005; MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Na análise dos dados do grupo focal, levou-se em consideração cada grupo como um sujeito coletivo e se utilizou como procedimento a conjugação de dois recursos: a análise de

conteúdo temático, proposta por Minayo (2010) e Aguiar (2002), e a análise lexical, realizada com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, 2009). Desse modo, esse recurso foi utilizado com o objetivo de identificar as tendências gerais das concepções e das percepções dos participantes.

O IRAMUTEQ é um software informático que faz análises estatísticas básicas e multivariadas sobre corpus textuais, distribuindo os vocabulários de forma clara, organizada e compreensível (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A utilização do software foi escolhida visto que ele auxilia para a composição das categorias ou classes representativas das falas dos participantes. Esta análise, que será apresentada, se trata dos resultados obtidos por meio da utilização desse software, porém será realizada conjuntamente análise qualitativa do corpus como um todo e de material pertinente que por ventura não tenha sido utilizado pela unicidade de seu teor. Ainda é pertinente ressaltar que essa conjunção de recursos oferece mais robustez na análise, permitindo potencializar o entendimento do material coletado (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006), além de poder confirmar ou reorganizar e resignificar as categorias geradas pelo software em questão.

Por meio dos recursos estatísticos utilizados sobre a coocorrência de palavras nos segmentos de texto (ST), esse programa atua no sentido de distinguir as classes que representem formas distintas dos discursos em relação ao tópico ou tópicos de interesse da pesquisa (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Em relação ao funcionamento do programa IRAMUTEQ e suas análises, pode-se apresentar as seguintes etapas: preparo do material mediante a inserção do corpus textual que, nesta pesquisa, consistem nas transcrições das sessões dos grupos focais; divisão dos Seguintes de Textos (ST), que são dimensionadas em função do tamanho do corpus de análise e da pontuação; realização de cálculos que classificam os ST com base nas palavras que as compõem, operação feita por meio de matrizes de frequências que cruzam as palavras do vocabulário com os STs do corpus em análise – nessa etapa é utilizado o método de classificação hierárquica descendente, por meio do qual os STs são divididas em classes, de acordo com o vocabulário de maneira que se atinja o maior valor possível pela prova do Qui-quadrado; e fornecimento dos STs mais característicos, o que possibilita a contextualização de seus respectivos vocábulos.

Em relação à análise de conteúdo temática, esta foi realizada simultaneamente à coleta dos grupos focais, devido à escolha pela estratégia de saturação de dados. Para Minayo (2010)

e Aguiar (2002), a análise de conteúdo se define na construção de categorias segundo as temáticas que essas representam. Minayo (2010) aponta que é um método que, ao ser utilizado, permite a construção de categorias, assim, podendo revelar os conteúdos próprios de cada categoria, bem como a maneira como tais categorias se relacionam entre si. As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir da Análise de Conteúdo Temática.

Segundo Minayo (2010), dentre os procedimentos do método de análise de conteúdo, considerando critério qualitativo, são destacados os seguintes: *categorização, inferência, descrição e interpretação*.

Primeiramente, há a necessidade do primeiro contato com o material com objetivo de conhecê-lo, embora ainda sem muita profundidade (CAMPOS; TURATO, 2009). Quando da captura dos aspectos centrais dos relatos, cabe ao pesquisador identificar os temas, os conteúdos e as questões centrais apresentadas no relato do participante, não tanto pela frequência, mas pela importância, centralidade, motivação e emoção presentes no relato. Há também, dependendo do intuito da investigação, a possibilidade de avaliar conteúdos que não tenham sido colocados como importantes ou relevantes no relato do participante, considerando aspectos da compreensão do objeto a ser pesquisado (AGUIAR, 2002).

As inferências compreensivas sobre os conteúdos são construídas com base na observação dos conteúdos relatados, realizando um movimento de aproximação da fala dos participantes ao seu próprio ponto de vista sobre um determinado fenômeno e não da cosmovisão do pesquisador, desse modo, conservando a representatividade dos dados. Nesse processo, leva-se em conta o paradigma acadêmico da análise e o contexto sociohistórico geral do participante (CAMPOS; TURATO, 2009; AGUIAR, 2002).

Posteriormente, é realizada a categorização do conteúdo, com base em sua relevância para o objetivo da investigação. Nesse momento, objetiva-se a organização dos dados para comunicação dos conteúdos, sendo que estes podem ser apresentados de maneira didático-científica (CAMPOS; TURATO, 2009; AGUIAR, 2002).

A partir dessa fase, pode-se obter a organização do conteúdo e as falas já foram descritas e interpretadas em categorias temáticas que são apresentadas como enunciados que organizam os relatos e as comunicações realizadas. Então, advém a análise de conteúdo, podendo caminhar por diversas veredas que buscam a relação do material com as produções científicas vigentes (CAMPOS; TURATO, 2009).

Todo esse processo analítico é produtor de um conhecimento que se realiza nas bases de um paradigma cuja explicitação é fundamental pela necessidade da expressão do posicionamento do pesquisador diante da realidade investigada. Desse modo, os recursos

teóricos contêm o diverso das representações, porém sem a pretensão de esgotar o objeto investigado. Sendo assim, a teoria é utilizada de maneira significativa para a análise, porém sem ser considerada como um conjunto rígido, permitindo abertura para perceber e assimilar o que o momento empírico apresenta (AGUIAR, 2002).

4.2. Tradução dos itens

4.2.1. Procedimento

Foi realizada a tradução dos atributos identificados por meio do levantamento das bases de dados.

4.2.2. Participantes

A tradução foi realizada, individualmente, por dois brasileiros com experiência e domínio na língua inglesa.

4.3. Validação aparente e de conteúdo dos itens.

4.3.1. Participantes

Foram convidados, para a validação aparente e de conteúdo, seis (06) juízes (PASQUALI, 2009), sendo eles profissionais e docentes ligados às universidades federais e estaduais, que atuam em instituições de saúde e possuem experiência frente à área. Os participantes foram médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e áreas afins.

Na construção das escalas, faz-se necessária a realização de validações dos atributos identificados do fenômeno. Uma dessas validações é a validação aparente e de conteúdo que, segundo Anastasi (1977), deve ser realizada por juízes ou peritos, com objetivo de verificar a clareza dos itens que qualificam o fenômeno (atributos), podendo também acrescentar ou modificar os atributos. Esse processo tem o propósito fundamental de verificar e garantir que o instrumento meça o constructo que pretende medir.

Segundo Pasquali (2011), a validação de aparente e de conteúdo tem como propósito produzir análise com especialistas na área do constructo pesquisado, verificando a adequação da representação que os itens oferecem e garantindo que a forma como os itens estão

construídos ofereça a melhor compreensão possível dos itens e da tarefa solicitada para os participantes, possibilitando, assim, que o participante responda à tarefa de maneira que sua resposta e sua percepção do fenômeno corroborem.

Para a realização deste estudo, foram elencados seis (06) juízes que realizaram a validação aparente e de conteúdo dos itens do instrumento. Para seleção dos itens, é utilizado como critério geral a concordância de 50% dos juízes acerca de um dado item, como proposto por Da Silva e Ribeiro-Filho (2006).

4.3.2. Procedimento

Os juízes convidados a fazer a validação aparente e de conteúdo foram instruídos, individual e verbalmente, para julgarem os itens da escala de modo a verificarem a clareza das informações, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação dos itens. Desse modo, buscou-se garantir que estes medissem adequadamente o que se pretendia, além de concordarem ou não quanto à retirada, acréscimo ou modificação de itens (APÊNDICE I).

4.4. Teste Piloto

Foi realizado com o propósito de maximizar a possibilidade de compreensão dos participantes, no que se refere à instrução específica da tarefa solicitada e à validade subjetiva do instrumento de coleta de dados (instrução+escala). Como não houve necessidade de adaptações ou modificações, os participantes do teste piloto compõem a amostra da aplicação da escala em sua forma definitiva.

4.4.1. Participantes

Participaram 06 portadores de dores agudas e de dores crônicas.

4.4.2. Critérios de inclusão

Foram incluídos aqueles participantes, com idade a partir de 18 anos, que procuraram manejo em hospitais públicos.

4.4.3. Procedimento

Os participantes responderam ao instrumento composto por indicadores sociodemográficos, indicadores clínicos e à aplicação da escala em sua forma definitiva.

4.5. Aplicação da Escala em sua forma definitiva

4.5.1. Participantes

Participaram portadores de dores agudas e de dores crônicas. O número de participantes foi três (03) vezes o número de itens da escala na sua forma definitiva.

4.5.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos aqueles participantes, na faixa etária a partir de 18 anos, que procuraram manejo em hospitais públicos. Foram excluídos aqueles que apresentaram dificuldades de compreensão das instruções e das tarefas solicitadas.

4.5.3. Procedimento

Os participantes responderam a um instrumento composto por indicadores sociodemográficos, indicadores clínicos e à Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA) (APÊNDICE II). Para responder a este instrumento, os participantes analisaram cada afirmativa de acordo com seu julgamento. Os participantes atribuíram um valor que demonstra o quanto concorda com cada item do instrumento. Para isso, utilizou-se a escala numérica da seguinte forma: quanto menos concordassem, menor deveria ser a nota atribuída, ou seja, mais próxima de 0 (zero). Da mesma forma, quanto mais concordassem, maior deveria ser a nota atribuída, ou seja, mais próxima de 10 (dez). Todas as notas entre 0 (zero) e 10 (dez) puderam ser assinaladas, mas representaram o quanto o participante concordou com cada afirmação, não deixando de utilizar, quando fosse o caso, as notas intermediárias, ou seja, de 1 (um) a 9 (nove).

4.6. Validação psicofísica

4.6.1. Participantes

Para validação psicofísica da escala, foram convidados 30 profissionais, que atuam na área de saúde em hospitais públicos e/ou privados, e 30 clientes com queixa de dor aguda e dor crônica.

4.6.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro composto por clientes que buscam instituições públicas de saúde para tratamento clínico e/ou cirúrgico, com idade a partir de 18 anos. Foram excluídos aqueles que apresentaram dificuldades de compreensão das instruções e das tarefas solicitadas. O segundo grupo foi composto por profissionais atuantes na área da saúde.

4.6.3. Procedimento

Os participantes responderam a um instrumento composto por indicadores sociodemográficos, indicadores clínicos a escala em sua forma definitiva, sendo o método utilizado o de emparelhamento intermodal, com as modalidades de estimação de magnitudes (APÊNDICE III) e de comprimentos de linhas (APÊNDICE IV).

Nesses escalonamentos de razão, os sessenta (60) participantes tiveram duas tarefas para procederem ao julgamento psicofísico. Todos os participantes realizaram individualmente ambos os julgamentos psicofísicos (Estimação de Magnitudes - EM e de Comprimentos de Linhas – CL).

No primeiro método, a tarefa do participante consistiu em assinalar um número que fosse proporcional a cada um dos itens da escala elaborada; sendo o primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida, designado previamente como estímulo padrão, ao qual foi estabelecido um valor arbitrário de cem (100). Dessa forma, se o participante julgasse, por exemplo, que um dado item possuiu duas vezes maior atribuição do que outro item de interferência da dor na qualidade de vida, ele deveria assinalar a ele um número duas vezes maior (200). Caso o participante julgasse que um dado item de interferência da dor na

qualidade de vida possuísse metade da atribuição do estímulo padrão, o participante deveria atribuir a ele um número que fosse a metade do atribuído ao item anterior (50).

Na modalidade de comprimento de linha, a tarefa dos participantes consistiu em emparelhar um comprimento de linha a cada item do instrumento que fosse proporcional aos próximos itens apresentados. Ao primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida, designado previamente como estímulo padrão, foi estabelecido um valor arbitrário de cinquenta centímetros (50 cm). Dessa forma, se o participante julgasse, por exemplo, que um dado item de interferência da dor na qualidade de vida possuiu um valor duas vezes maior do que o primeiro item apresentado, ele deveria emparelhar a ele um comprimento de linha duas vezes maior (100 cm). Se ele julgasse que um dado item possuísse metade do valor do primeiro item apresentado, ele deveria emparelhar um comprimento de linha que fosse metade do valor atribuído (25 cm) àquele primeiro item.

4.7. Período

O projeto se iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

4.8. Aspectos éticos

As orientações éticas foram direcionadas pela Resolução 466/12 para pesquisa com seres humanos, em cuja coleta de dados os participantes são esclarecidos sobre a pesquisa e assinam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES V, VI, VII, VIII, IX), respectivo a cada amostra e de acordo com a tarefa solicitada, uma vez que o projeto já foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o parecer número 1.672.079 (Anexo I).

4.9. Materiais

Foram utilizados blocos de papel, contendo na primeira página instruções e itens sobre os dados sociodemográficos, indicadores clínicos e Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da dor na Qualidade de Vida (EMAIDOR-QUALIVIDA), caneta, computador e uma trena de 3m/10' de comprimento/largura.

4.10. Análises dos dados

Foram calculados médias aritméticas (MA) e desvio padrão (DP) para os dados qualitativos sociodemográficos e clínicos. Para os dados quantitativos, foram calculadas as médias geométricas (MG) e desvio padrão geométricos (DP) e expoente da função de potência para a validação psicofísica do instrumento. Demais análises estatísticas dependeram da tendência dos dados. Esses valores são apresentados em tabelas e gráficos para cada amostra e método.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Sobre o levantamento de atributos

5.1.1 Sobre o levantamento de atributos nas bases de dados

Foi realizado levantamento de instrumentos referentes à qualidade de vida e à dor nas bases de dados nacionais e internacionais (SOUSA et al., 2010;WOLF; CUNHA, 2018). Nessa etapa, foram identificados 225 instrumentos relacionados à qualidade de vida e à dor, dentre os quais 34 são genéricos e 191 são específicos.

Dentre os específicos, 43 são relacionados ao câncer, 14 às doenças cardiovasculares, 14 relacionados a doenças ortopédicas, 13 às doenças gastrointestinais, 12 às doenças dermatológicas, 11 às doenças neurológicas, 11 às doenças psiquiátricas, 10 às doenças reumáticas, 10 às doenças oftalmológicas, 09 às doenças endócrinas, 08 são relacionados à dor, 08 às doenças respiratórias, 05 às doenças pediátricas, 04 às doenças otorrinolaringológicas, 03 às doenças vasculares, 02 às doenças urológicas, 03 às doenças ginecológicas e 11 que são relacionados a outras doenças e condições de saúde.

No total, obtiveram-se, por meio desse levantamento, 6752 atributos relacionados à qualidade de vida e à dor. As referências e os instrumentos obtidos foram apresentados em tabela apresentada no APÊNDICE X.

5.1.1.1. Tradução

Foram feitas comparações entre as versões original e traduzida (BEATON et al., 2000, DUARTE; BORDIN, 2000) e os resultados se mostraram congruentes, não tendo sido encontradas alterações que modificassem o significado dos itens entre as versões.

5.1.1.2. Análise dos itens obtidos no levantamento na literatura

Esses itens foram submetidos à análise inicial, na qual foram realizadas comparações entre itens de acordo com alguns critérios, quais sejam: verificação de itens repetidos, priorizando uma escrita mais clara; e itens que melhor qualificavam o fenômeno, considerando o conceito de Dor Total (SAUNDERS, 1991). Após essa análise, foram eliminados itens e 250 atributos se adequaram a esses critérios.

Após esse momento, os 250 atributos foram analisados e alocados em domínios definidos a partir do conceito de Dor Total, proposto por Saunders (1991), quais sejam o sofrimento físico (advindo de lesão orgânica), o psíquico (que pode ser proveniente de diversos sentimentos, como insegurança, medo, perdas, etc.), o social (relacionado à forma como o sujeito percebe suas relações, como dependência, isolamento, alteração nos papéis sociais, etc.), o espiritual (com questionamentos relativos à morte, sentido da vida, preocupações com o pós-morte, etc.), o financeiro (adicionado posteriormente à lista e referente às dificuldades financeiras de várias ordens), o familiar (relacionado à forma como as pessoas significativas da família lidam com a dor), o provocado na equipe de saúde (especialmente em casos de cuidados paliativos) e foi acrescentado o moral. Entende-se, portanto, que esta seja uma conceituação didática e que, embora o conceito seja concomitante às experiências do humano, a dor, nesses domínios, varia de intensidade de acordo com as diversas situações e com o manejo da dor do existir.

Após esse procedimento, os 250 itens foram reanalisados com o objetivo de verificação de itens que se repetissem ou que apresentassem pequenas alterações de escrita que não resultavam na existência de um item diferente. Essa análise priorizou os itens que apresentassem uma escrita mais clara, itens que melhor representassem a interferência da dor na qualidade de vida, além de ter como base o conceito de Dor Total.

Após essa reanálise e seleção dos atributos retirados dos instrumentos levantados na literatura, foram identificados 209 atributos, estes já estavam alocados nos domínios definidos a partir do conceito de Dor Total, proposto por Saunders (1991), citados anteriormente.

Esses 209 itens, bem como suas devidas alocações nos domínios, foram resultados preliminares e sofreram alterações, adequações e inserções ou exclusões em procedimentos subsequentes: o desenvolvimento dos grupos focais, a validação aparente e de conteúdo e aplicação do piloto. Após esses procedimentos, os atributos foram reanalisados para verificação de alterações nos itens ou nas alocações destes em cada domínio.

Segue abaixo tabela que apresenta os itens alocados em cada domínio específico.

Tabela 1 - Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total - Ribeirão Preto, 2019.

DOMÍNIOS	ATRIBUTOS
FÍSICO	8 - Estou completamente dependente de outros fisicamente (para comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-me, locomover-me, curvar-me, inclinar-me, ajoelhar-me, cuidar da minha aparência, tenho dificuldade em dirigir de dia, no escuro ou quando está chovendo, pentear o cabelo, cortar as unhas, etc); 9B - Devido a minha dor, tenho dificuldades e não consigo

	<p>fazer tarefas manuais e domésticas: (por exemplo, preparar alimentos, fazer jardinagem, limpar a casa, ouvir o rádio, atender ao telefone ou lavar o carro, costurar, usar o computador, ler rótulos, abrir embalagens, usar aparelhos domésticos, fazer compras, trabalhos manuais ou artesanato, varrer e esfregar, trocar lençóis da cama, abrir torneiras, carregar objetos, pregar botões, torcer toalhas, descascar vegetais ou frutos, abrir o trinco ou girar a maçaneta, usar uma tesoura, usar o abridor de lata, espremer uma esponja, pegar uma moeda em superfícies planas, escrever com lápis ou caneta, usar ferramentas); 10 – Devido a dor, tenho dificuldade auditiva (p. ex. ouvir rádio); 11 – Devido a dor, tenho dificuldades visuais (ler um jornal); 11b - Devido a minha dor, tenho alterações no olfato; 12 – Devido a minha deficiência física (auditivo, visual, locomoção, comunicação verbal (falar) e escrita, eliminação, etc), eu sinto dor; 13 - Tenho falta de ar; 17 – Eu tenho dor, a dor diminui o volume/clareza da minha voz, ganho de peso, alteração no paladar; 20 – Eu não me sinto saudável e com energia ou vitalidade devido a minha dor (1 - “eu não tenho nenhuma energia”, “eu não estou bem”, “não me atrevo, eu tenho muito dor, eu me sinto muito mal” “me sinto fadigado/cansado”); 21 - Meu estado de saúde tem efeito adverso na minha atividade sexual (problema de ereção, interesse sexual, dificuldade em ter orgasmo, satisfação sexual, lubrificação inadequada, dor na relação sexual, expectativa na vida amorosa, na experiência de fazer amor, dificuldade em sentir prazer nas relações sexuais); 22 - Tenho dores diversas (artrite, lombalgia, cefaleia, dor ou desconforto na área do estômago, nas costas, dor nos sinus, osteoartrite, artrose, dores nas nádegas, dores constantes, dores intermitentes ...); 26 – Não conto com medicamentos ou ajuda (por meio de óculos, aparelho auditivo, andador, cadeiras de rodas, próteses, etc); 31 – Já experimentei dor ou desconforto diversas vezes na vida; 368 – devido à dor, tenho dificuldade na micção e na defecação (intestino e bexiga); 395 – devido ao meu problema de saúde, eu tenho sentido dor; 450 – devido a minha dor, eu sinto tontura e vertigens; 496 – devido à dor, eu gasto muito tempo para fazer as coisas; 499 – atividade física faz com que a dor piore; 617 – devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia na cama, sofá, cadeira; 619 – devido a minha dor, eu não consigo conduzir um automóvel; 1075 – Tenho problemas para correr distâncias de qualquer longitude; 1114 – Tenho dificuldades de realizar meu trabalho com precisão; 1119 – Tenho limitações por conta do meu estilo de vida, por conta da insuficiência cardíaca, como para me vestir, tomar banho, caminhar, trabalhar, carregar peso, subir escadas, etc.; 1174 – Devido a minha dor, tenho dificuldades e indisposição para realizar atividades de lazer e físicas, como para caminhar na mata, trabalhar no jardim, fazer trabalho manual pesado, esportes vigorosos, etc.; 1206 - Durante a última semana, tive dificuldade em permanecer acordado, com sonolências constantes durante o dia; 1316 – Estou incomodado com tremores e espasmos nos membros superiores e inferiores; 1620 – Tenho problemas com ronco durante a noite; 1796- Devido a minha dor, não estou seguindo corretamente um plano de refeição ou dieta; 1803 – Devido a minha dor, não estou seguindo o melhor cuidado possível para minha saúde, acelerando meus problemas de saúde (p. ex. oculares, renais, nos pés, nas artérias, cardíaco, de saúde); 1894 – Não estou satisfeito com minhas relações sociais, trabalho, aparência, tempo que gasto para me exercitar, tempo de lazer; (social, psíquico); 1961 – Me preocupo com efeitos não desejados de medicações para dor; 3971 – minha dor me faz buscar uma dieta “nutricionalmente” saudável; 4072 – minha dor faz com que eu tenha cuidado com o físico; 4287 *- devido à dor, já tentei me automedicar; 4746 – devido a minha dor, as condições ambientais da região onde moro me afetam negativamente; 5229 – devido à dor, tenho dieta restrita; 5698 – a minha dor é pior à noite; 5962 – o exercício diminui a intensidade de dor que sinto; 6507 – eu tenho sentido dor enquanto ingiro comida; 6547 – devido à dor, levo muito tempo para terminar as refeições.</p>
PSÍQUICO	<p>3 – Eu evito as coisas quando há um risco de me ferir ou piorar a dor; 5 – Eu adio as coisas por causa da minha dor; 6 – Eu faria quase qualquer coisa para livrar-me da dor; 7 – Não sou eu quem controla minha vida, é a dor; 9 – Estou completamente dependente de outros,</p>

	<p>psicologicamente (...); 15 – Devido à dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente; 16 – Devido à dor, minha memória não funciona bem; 18 – Devido à dor, eu me sinto triste, infeliz, chateado, isolado, solitário, melancólico, frustrado ou deprimido, inútil, não aprecio as experiências; 18b -Devido à dor, eu me sinto ansioso, impaciente, agitado, com raiva, tenso, estressado, nervoso ou irritado, confuso; 18c - Devido à dor, eu me sinto desesperado, com medo, inseguro; 18d - Devido à dor, eu me sinto cansado, desanimado, desencorajado, oprimido, vulnerável; 18e - Devido à dor, eu me sinto mal-humorado, perdendo a esperança, me sinto injustiçado, mal interpretado, amargo; 18f - Devido à dor, eu me sinto envergonhado, evito estar perto de pessoas; 18g - Devido à dor, eu sinto dificuldades para lidar com a vida, dificuldade de tomar decisão, preocupação de ter dificuldade em cuidar de mim mesmo no futuro; 18h - Feliz, satisfeito, gratificado com sua vida, otimista, animado, esperançoso, calmo, tranquilo; 18i - amado, importante ou produtivo, seguro; 23 – Não aprecio as coisas que faço; 22 - Sinto-me um fardo para os outros; 30 – Não posso lidar com os problemas da vida; 32 – Minha aparência física (estética) causa problemas na vida pessoal, na social e na sexual; 34 – tenho problemas com minha autoimagem; 294 - eu gosto de quem eu sou; 297 – devido a minha dor, eu desisto muito facilmente; 298 – eu tenho dificuldade de concentração; 320 - eu não confio em mim mesmo; 325 – devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro (pensar); 329 – devido à dor, eu me sinto menos confiante sobre oportunidades de emprego; 356 – a minha dor altera como eu me vejo; 367 – devido à dor, eu não como ou aprecio minha comida; 370 – devido à dor, eu me preocupo com minha saúde; 389 – eu me sinto mais sensível à dor do que as outras pessoas; 390 – eu tenho medo da dor; 398 – eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas; 408 – eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor; 413 – Eu acho que há algo errado com minha mente devido à dor; 415 – a minha dor é a maior dificuldade da minha vida; 428 – eu tenho dificuldade para relaxar devido a minha dor; 444 – eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim; 482 – eu me preocupo com o próximo ataque doloroso; 541 - devido a minha dor eu sinto medo de morrer; 556 – eu quero passar o tempo sozinho, devido à dor; 608 – eu me sinto incomodado em ter que seguir um tratamento e tomar remédios; 627 – eu me sinto satisfeito com a assistência que tenho recebido; 632 – eu estou satisfeito com minha vida; 794 – apesar da dor, eu gosto da vida; 796 – apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena; 853 – apesar da dor, me sinto em paz; 934 – devido a minha dor, eu espero que minha vida melhore; 951 - a dor interfere no meu prazer de viver; 1166 - Eu me sinto insatisfeito com a assistência médica(...); 1166b - Eu me sinto insatisfeito com o tratamento recebido pelo médico a respeito de dor; 1215 - Me sinto mais doente e vulnerável a doenças do que outras pessoas; 1228 – Eu tenho dificuldades em relação a minha vida sexual, como meu interesse pelo sexo, relaxamento e desfrutação do sexo, ter um orgasmo, me manter excitado, manter uma ereção, etc.; 1449 – Sou insatisfeito com a vida que tive no passado; 1459 – Estou insatisfeito com a vida que acho que vou viver no futuro; 1514 – Minha vida não tem sido interessante para mim; 1964 – Não estou disposto a continuar meu tratamento com medicações que tenham efeitos não desejados severos, tais como a insulina; 3198 – eu gostaria de receber mais informações; 3201 – eu gostaria de receber menos informações; 3261 - a doença foi um fardo pra mim; 3262 – o tratamento foi um fardo pra mim; 3390 – eu tenho pensado no meu bem-estar físico; 3852 – eu estou preocupado com minha saúde; 4324- eu tenho consciência da importância de ser tratado; 4470 – devido a minha dor, eu não tenho privacidade; 4664 – devido à dor, estou perdendo a minha independência; 4677- devido a minha dor, me sinto como um prisioneiro na minha própria casa; 4701 - mesmo com minha dor, estou satisfeito com o que eu posso fazer; 4705 – mesmo com a minha dor, sou capaz de me divertir; 4707 – eu sou capaz de me perdoar pelos meus fracassos; 4708 - mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa; 4735 - a minha dor altera minha sensibilidade aos sentimentos dos outros; 4754 – devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções; 4756 – devido à dor, tenho</p>
--	---

	<p>falta de confiança; 4757 – devido a minha dor, tenho que me esforçar para fazer as coisas; 4759 – por causa da minha dor, eu sinto que decepção as pessoas; 4761 – devido à dor, me sinto desgastado mesmo quando não fiz nada; 4875 - devido a minha dor, não tenho liberdade; 4881 – Devido a minha dor, eu não consigo desfrutar de coisas agradáveis e bonitas; 4925 - sinto que a dor e o tratamento limitam minha vida; 4935 – Eu posso entender porque alguém não iria querer namorar comigo devido a minha dor; 4943 – devido a minha dor, fui impedido de começar coisas novas; 5168 - devido à dor, senti falta de iniciativa; 5202 – estou preocupado que minha dor nunca se cure; 5203 – estou farto com a quantidade de tempo que leva para tratar a minha dor; 5308 – eu me preocupo com o que os outros pensam sobre minha dor; 5517 – eu sinto que tudo é um esforço devido à dor; 5698 – a minha dor é pior à noite; 5702 – a minha dor faz eu me sentir deficiente; 5706 – minha dor me faz sentir incompetente; 5815 – Devido à dor, minha vida é sem graça; 5954 – eu aprendi a controlar minha dor; 5955 – eu acredito que a medicina possa curar minha dor; 5957 – A minha dor não me deixa levar uma vida fisicamente ativa; 5959 – há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor; 6233 – a dor faz eu me sentir mal comigo mesmo; 6375 – Eu me preocupo em me tornar dependente dos outros por causa da minha dor; 6377 – eu me sinto esperançoso de que minha dor vai melhorar; 6378 – eu me sinto positivo sobre minha dor; 6387 – Eu me sinto menos Bonita(o) devido a minha dor e ao tratamento; 6528 – me senti menos homem devido à dor ou ao tratamento; me senti menos mulher devido à dor ou ao tratamento; 6551 – tenho pensado em minha dor; 6717 – minhas crenças pessoais me dão força para enfrentar minha dor; 6719 – minhas crenças pessoais me ajudam a entender minha dor.</p>
SOCIAL	<p>23 – Não consigo ter atividades sociais (reunir com amigos ou parentes, participar de festas, ir ao cinema, teatro, igreja, clube, esportes, boliche, jogar golfe, reuniões, atividades de lazer, menos capaz de me divertir e participar de atividades recreativas em geral); 24 – Devido à dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho remunerado, doméstico ou escolar; 29 – Tenho dificuldades em relacionamentos pessoais com amigos, parceiros, filhos, parentes, colegas de trabalho, etc.; 30 – Tenho dificuldades em meus papéis na comunidade, como cônjuge, como mãe, como pai, como filho, como trabalhador, etc.; 310 – devido à dor, eu fico em casa, no hospital ou em um lar de idosos; 335 – eu tenho apoio de meus amigos...; 411 – eu costumo tentar explicar aos outros como me sinto; 430 - devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas; 1077 – Tenho dificuldade de conviver com pessoas, tanto em relacionamentos quanto familiarmente falando; 1630 – Devido ao meu problema com dor, tive problemas de saúde, sociais e desconforto com locais que expunham minha doença; 2025 – Meu problema de saúde me impede de fazer qualquer trabalho doméstico, ter emprego, negócios; 3177 – eu recebi informações suficientes sobre minha dor e tratamento (possível causa, exames, procedimentos, benefício do tratamento, possíveis efeitos colaterais na saúde, na vida social, sexual, sobre reabilitação, sobre o manejo em casa, sobre o apoio dos profissionais, sobre locais de atendimento, etc); 3733 – minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes); 3763 - eu confio na competência e experiência dos profissionais que realizam meu manejo (explicações, atenção, respeito fornecido por eles, capacidade de me tranquilizar); 3863 - eu tenho dificuldade em cuidar ou brincar com as crianças; 4383 - devido à dor, tive que me ausentar da escola; 4891 - a minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida.</p>
ESPIRITUAL	<p>4069 – minha dor dificulta minha relação com Deus (minha dor ajuda minha relação com Deus); 4709 – mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito.</p>
FINANCEIRO	<p>400 - devido à dor, eu tenho problemas financeiros; 1409 – Devido a minha situação financeira, não tenho condições de pagar as despesas mensais; 4880 – Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.; 6579 – a minha dor e</p>

	o tratamento me trouxeram dificuldade financeira.
FAMILIAR	336 - eu tenho apoio da minha família; 371 - a minha família tem histórico de dor; 1219 - Estou insatisfeito com o suporte e compreensão que dou ao meu relacionamento e a minha família; 4072 B - Tenho dificuldades com a sistêmica de relacionamento de minha família; 5873 - a minha dor impacta negativamente na saúde da minha família; 5873 B - A saúde da minha família impacta a minha dor. (elaborar melhor); 6577 - a minha dor ou o meu tratamento médico tem interferido em minha vida familiar.
MORAL	380 - eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado.
MISTO	27 - Preciso de tratamento médico regular ou outro profissional de saúde; 35 - Eu evito me colocar em situações em que a minha dor possa aumentar; 36 - Eu considero minha saúde, em geral, boa; 324 - O resultado do meu tratamento fez minha vida, em geral, melhorar; 494 - eu não tenho férias longas por causa da dor; 1931 - Me preocupo que não irei me casar, 1931b - Me preocupo que não irei ter filhos; 1931c - Me preocupo que não terei seguro; 1931d - Me preocupo que não completarei a educação; 1931e - Me preocupo que não irei ao trabalho; 1931 f - Me preocupo que não tirarei férias; 1972 - Não tenho escolha das minhas atividades físicas, sociais, diárias e atividades impulsas de momento; 3389 - foi difícil responder esse questionário; 3697 - eu sou capaz de fazer coisas que eu gosto (ver tv, ler e ouvir música, ficar no jardim, etc); 3750 - eu tenho acesso aos cuidados necessários para meu tratamento (apoio psicológico, cirurgia, quimio e radio terapia, tenho oportunidade de falar com alguém sobre meus problemas); 4255 - devido à dor, planejo as minhas atividades com mais cuidado; 4290 - devido à dor, tenho que realizar um tratamento temporário ou permanente; 4300 - meu tratamento já foi tão insuportável que tive que pará-lo; 4640 - devido à dor, é difícil planejar atividades porque eu nunca sei como será minha saúde física; 4840 - a dor do meu filho impacta negativamente minha vida nos aspectos sociais, financeiros, conjugais, familiares, etc.; 4937 - minha dor traz prejuízos quanto a novas oportunidade de trabalho; 5026 - eu tenho dor quase todo o tempo; 5106 - devido à dor, eu preciso me proteger durante qualquer atividade; 5166 - devido à dor, eu não completo as atividade que começo; 5601 - devido à dor, tive que mudar meu estilo de vida; 5602 - eu sinto dor em todas as partes; 5699 - a minha dor me faz perder o rendimento; 5997 - a dor que sinto é insuportável; 6282 - a dor reduziu a minha disposição; 6363 - a dor não teve alívio com o tratamento; 6603 - minha carreira foi afetada pela minha dor; 6663 - devido a minha dor, eu sou dependente de medicação.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Estes dados apresentados acima foram encaminhados para os juízes realizarem o procedimento de validação aparente e de conteúdo (PASQUALI, 2011; PASQUALI, 2009; DA SILVA, RIBEIRO FILHO, 2006). Os dados resultantes de tal procedimento foram apresentados na sessão adequada e posterior ao texto.

5.1.2. Sobre o levantamento de atributos por meio do Grupo Focal

5.1.2.1. Apresentação da instituição onde a coleta será realizada

Esses são resultados de etapa de inserção no campo. Esses dados se tratam, então, da contextualização do campo onde o grupo focal será desenvolvido e de como se deu esse processo. Todas as informações que contextualizam o campo foram obtidas de conversas, fruto da apresentação do trabalho para a equipe e para os pacientes que estavam nos dias em que foram feitas as primeiras visitas.

O projeto foi desenvolvido em uma clínica que oferece tratamento para dor. Ela está localizada em um hospital público de uma cidade do interior de São Paulo. A clínica da dor é um serviço criado acerca de 20 anos e foi idealizado por duas médicas anesthesiologistas. Esse serviço teve, como proposta inicial, oferecer tratamento para todo tipo de dor, proposta que se mantém atualmente; porém, no início a disponibilidade do serviço tinha número restrito de pacientes e estava alocado no centro cirúrgico do hospital. No ano de 2002, a clínica ganhou um espaço próprio para realização dos procedimentos envolvidos nos tratamentos oferecidos.

Tal clínica funciona da seguinte maneira: às terças e quartas, no período da manhã, os atendimentos ocorrem na clínica da dor, tais procedimentos são a soroterapia estabilizadora endovenosa, bloqueios (regional, peridural, simpático lombar – realizados no centro cirúrgico de endoscopia, devido à necessidade e aparelhagem específica). Nesses dois períodos, a clínica atende cerca de 60 pacientes. Ainda, foi informado que existe uma lista de espera para entrada no serviço, na qual os pacientes indicados pela rede passam por um período de espera de 2 a 3 anos. Às terças-feiras, no período da tarde, os atendimentos são realizados no ambulatório e são atendidos cerca de 30 pacientes. Nesse dia e período, ocorrem os procedimentos de pré-consulta, triagem de casos e a entrada de novos casos da rede pública ou acompanhamento de pacientes que já realizaram alguma etapa do tratamento, que fazem uso apenas de medicamentos sem a necessidade de bloqueio de dor e pacientes oncológicos. Ademais, a clínica realiza tratamentos por medicamento via oral, morfina, opióides, classificados como forte pela tabela da Organização Mundial da Saúde (OMS), e neurólises.

A clínica da dor idealmente deveria ser um serviço multiprofissional, porém a equipe opera com auxílio de outros setores, por meio de contrareferências, devido à equipe da clínica não ter a disponibilidade de pessoal e de espaço para os diversos profissionais indicados pela legislação, como enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, médico especialista, psicólogo e psiquiatra.

5.1.2.2. Resultados dos Grupos Focais

Foram realizados grupos focais com pacientes que recebem tratamento em ambulatório de dor e seus acompanhantes. Os grupos ocorreram no ambulatório de um hospital público, do interior do estado de São Paulo, que presta o serviço de manejo para dor. Os referidos grupos foram dirigidos por dois pesquisadores integrantes da equipe, os quais atuaram como moderadores. Todos os participantes foram convidados a participar voluntariamente dos grupos, sendo que somente o fizeram após se disporem e assinarem o TCLE. Os grupos foram gravados em áudio e os dados coletados foram transcritos posteriormente. Segue, no Quadro 2, informações dos grupos realizados:

Tabela 2 - Informações dos Grupos Focais, Ribeirão Preto, 2019.

Segmento de participantes	Número de participantes	Nº de encontros	Duração
Grupo 1	2 homens e 4 mulheres	1	Entre 01 e 02 horas
Grupo 2	5 homens e 4 mulheres	1	
Grupo 3	4 Mulheres	1	
Grupo 4	2 Homens e 10 Mulheres	1	
Grupo 5	4 Homens e 7 Mulheres	1	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Cada grupo foi iniciado com a apresentação de seus objetivos e com uma questão genérica inicial formulada pelos pesquisadores: “Como a dor interfere na sua vida?”. A partir dessa questão, iniciaram-se as falas, interações e discussões entre os membros dos grupos. Além dessa questão inicial, outras foram formuladas conforme os desdobramentos e dinâmica dos grupos. Também, em todos os grupos, procurou-se recolher informações relativas às dimensões que norteiam, conceitualmente, o desenvolvimento deste trabalho, a saber:

interferências da dor na qualidade de vida no âmbito do sofrimento físico, do psíquico, do social, do espiritual, do familiar, do moral e do provocado pela relação com o manejo e com a equipe de saúde.

Esta etapa do desenvolvimento do projeto, nomeada de grupo focal, foi de grande importância, pois é um método simples e rápido que consegue ultrapassar a perspectiva individual e atingir uma perspectiva do grupo social (CARLINI-COTRIM, 1996; MORGAN, 1997; VILLELA et al., 2017). Além disso, aproximou os pesquisadores da realidade dos participantes, tornando o processo de pesquisa científica menos distante da realidade, ampliando o olhar do pesquisador e propiciando maior riqueza informacional, conduzindo ao encontro de diferentes e complementares percepções acerca da interferência da dor na qualidade de vida e, por consequência, mais claramente vinculado a seus princípios de beneficência. (THE BELMONT REPORT, 1978; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

Esta etapa também auxiliou a verificação de que se percorreu o caminho correto quanto aos itens e, ainda, foi fundamental para a elaboração e escolha dos itens da forma definitiva da escala, juntamente com a estratégia de levantamento nas bases de dados nacionais e internacionais, pois os itens da forma definitiva da escala, e que foram baseados e abordados tanto pelos participantes do grupo focal (MORGAN, 1997; PASQUALI, 1998; LUCIAN; DORNELAS, 2015) quanto pelo levantamento de referências, coadunaram-se entre si.

Em estudo realizado por Mellado et al. (2016), o objetivo foi relatar a percepção de mulheres com dor pélvica crônica e endometriose acerca de suas interações sociais. Participaram desta pesquisa 29 mulheres e foi escolhido o grupo focal como método de coleta para abordar as percepções destas. Foram realizados 06 grupos focais que revelaram o isolamento social, o dado mais relatado pelas participantes em relação a suas interações sociais. Os autores ressaltam a importância da abordagem multidisciplinar relacionada às patologias.

Em outra investigação, Ferreira et al. (2015), o objetivo foi construir e validar instrumento de avaliação do uso de tecnologia leve em unidades de terapia intensiva. Em uma das etapas de desenvolvimento da pesquisa, foi utilizado o grupo focal como estratégia para validação de conteúdo dos itens do instrumento. Os autores apontam que esses dados subsidiaram a construção do instrumento.

Essas são evidências do uso do grupo focal como estratégia em pesquisas no contexto da saúde e no de elaboração de instrumentos; cabe ressaltar que, mesmo que a apropriação desta técnica seja distinta, isso não impossibilita a demonstração da usabilidade e das

contribuições dessa estratégia para a realização de pesquisas que envolvam a construção de instrumentos de medida e avaliação na área da saúde.

5.1.2.3. Resultados da análise do IRAMUTEQ

Em relação aos dados analisados por meio do software IRAMUTEQ, obteve-se um corpus constituído por 5 textos, separados em 2049 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 1591 STs (77,66%). Emergiram 56881 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 4273 palavras distintas e 1590 com uma única ocorrência.

Como resultados da análise, foram geradas cinco classes diferentes, o que originou, de um lado, as classes 2, 3 e 4, e, de outro lado, as classes 1 e 5. Quanto à distribuição dos STs entre as classes, que indica sua representatividade no conjunto do corpus analisado, constatou-se que a classe com maior número de STs foi a Classe 5, com 366 ST (23%); em seguida, a Classe 2, com 399 ST (25,1%); a Classe 3, com 243 ST (15,3%); a Classe 1, com 356 ST (22,4 %) e a Classe 4, 226 ST (14,2%).

Nas figuras 1 e 2, são apresentadas as diferentes classes, de acordo com o respectivo tamanho, ordem em que foram geradas, com base nas palavras associadas que compuseram as UCE características.

Figura 1 - Dendrograma de classes gerados pelo Iramuteq pela análise das transcrições dos Grupos Focais, Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

As classes geradas pelo software Iramuteq foram nomeadas de acordo com a temática geral e serão apresentadas a seguir.

Figura 2 - Dendrograma de classes gerados pelo Iramuteq pela análise das transcrições dos Grupos Focais segundo seu tamanho, ordem e co-ocorrência de palavras em ordem decrescente.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Esse dendrograma apresenta as classes geradas pelo *software* Iramuteq, suas respectivas porcentagens e as palavras com maior frequência em ordem decrescente. Desse modo, as palavras que estão listadas com fonte maior foram as mais frequentemente utilizadas pelos participantes dos grupos focais. Em relação às classes 2, 4 e 3, foram apresentados STs que estão relacionados aos impactos negativos da dor, busca de recursos “pessoais” para o manejo da dor, impacto nos relacionamentos interpessoais, respectivamente. Em relação às classes 1 e 5, foram apresentadas STs relacionadas, respectivamente, ao impacto financeiro e na vida diária e ao manejo “formal ou profissional” da dor.

As palavras que compõem as classes geradas pelo *software* Iramuteq se apresentam como indicadores do discurso dos participantes. Porém, o software realiza uma análise lexical e não de significado. Esse processo trata-se de uma análise lexicográfica, ou seja, que possibilita o tratamento estatístico das informações textuais, se utilizando, como critério, a frequência e representatividade do conteúdo das palavras presentes e oriundas de contextos

semelhantes em todo o corpus textual (CAMARGO; JUSTO, 2013; RIBEIRO, LUNA, MEDEIROS, 2018; SOUZA et al., 2018), estes indicadores foram confirmados pela análise de conteúdo que se caracteriza como uma análise mais detalhada e profunda, tal qual foi apresentado na próxima sessão.

Em estudo realizado, buscou-se apresentar a utilização do software IRAMUTEQ para avaliação do conteúdo apresentado por bailarinos com dores diárias e pelas mediadoras da intervenção. Para coleta de dados, foram utilizados materiais como Folheto de Psicoeducação, Questionário Subjetivo de Avaliação da Capacidade Imaginativa, Questionário para Imaginação na Dança, Diário de dor e de medicação, Jogo de Tabuleiro e Questionário de satisfação do usuário. Todas as intervenções ocorreram no percurso de um programa de intervenção psicológica para *coping* da dor. Participaram do estudo 14 bailarinas de Jazz, competidoras em nível internacional, na faixa etária entre 12 e 17 anos, e 1 mediadora. As sessões tiveram período de 45 minutos, aproximadamente, e totalizaram 8 encontros (SILVA; ENUMO, 2017).

Para a análise de dados, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ. Os procedimentos utilizados foram a Análise Hierárquica Descendente e a Análise de Similitude. Foram elaborados 3 corpus textuais dos quais apenas 2 serão apresentados aqui, pela relevância para a presente investigação. O segundo *corpus*, que totalizou 3 textos, foi referente aos relatos das bailarinas. Os resultados obtidos foram 250 ST com aproveitamento de 73,20% do corpus analisado, gerando 5 classes, quais sejam: Desafios no contexto do jogo da dor, Riscos da dança, Dilemas da dor, Treino de imaginação e relaxamento, Ajustamento às opções disponíveis no meio social. Para o terceiro *corpus*, constituiu-se a junção dos relatos das bailarinas e da mediadora (primeiro corpus). Os resultados obtidos foram 667 ST com aproveitamento de 83,96% do total, gerando 4 classes, quais sejam: Processos de imaginação, Processo de enfrentamento da dor, Técnicas para controle do estresse, Processo de avaliação e intervenção. Os autores apontaram que o *software* foi útil e eficaz para análise de conteúdo da intervenção psicológica e dos modos de enfrentamento da dor pelas participantes (SILVA; ENUMO, 2017).

Outra pesquisa teve o objetivo de rastrear queixas de desconforto corporal e dor em homens ribeirinhos. Para a coleta, foram utilizadas a estratégia de grupo focal e o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares adaptado. Participaram da pesquisa 16 homens maiores de 18 anos e que residiam há, pelo menos, 3 anos na comunidade. Para análise de dados do grupo focal, foi utilizado o software IRAMUTEQ. Os resultados demonstram que a maioria dos participantes relataram queixas de desconforto corporal e de

dor no período de 12 meses. As principais dores relatadas tinham localização na parte inferior das costas (75%), ombros e joelhos (44%, cada) e na região lombar (38%) e impactaram os trabalhadores na realização das atividades, além de terem sido as maiores causas de busca pelo serviço de saúde (SOUSA, 2018).

A análise pelo software possibilitou a categorização dos relatos, quais sejam: rotina laboral e suas dificuldades, em associação aos obstáculos no escoamento da produção, e desgaste físico no trabalho, associado à necessidade de trabalho legalizado e qualidade de vida. As palavras "saúde", "trabalho" e "problema" sintetizam a percepção que os participantes apresentaram sobre suas atividades laborais e, cabe ressaltar, apesar das queixas de desconfortos e dor, os trabalhadores continuavam em suas atividades laborais. Os autores apontam que foi evidenciado, pelos relatos, que os participantes conhecem os riscos na execução do trabalho e a interferência na saúde e na qualidade de vida, porém não desenvolveram estratégias para lidar com essas condições. Em relação ao uso do software, os autores consideram que este se apresentou como um recurso valioso para a análise dos grupos e das percepções sobre as queixas de dor e de desconforto corporal (SOUSA, 2018).

Essas investigações são evidências do uso do software IRAMUTEQ como recurso de análise em pesquisas no contexto de saúde onde há o fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida. Tais contextos apresentam similaridade com a presente pesquisa e, faz-se necessário ressaltar que, apesar dos usos, o IRAMUTEQ apresentou contribuições para a análise inicial dos relatos obtidos por meio dos grupos focais, para as etapas iniciais da análise de conteúdo e, conseqüentemente, na elaboração do EMAIDOR-QUALIVIDA.

5.1.2.4 Resultados da análise do conteúdo

Em relação à análise de conteúdo temática, foram identificadas 10 categorias gerais, sendo identificada a necessidade de nomear subcategorias. As dez categorias são: Interferências no físico; Interferências no psíquico; Interferências na Sistêmica Familiar; Interferências nas relações de trabalho; Interferências no financeiro; Interferências no Lazer; Interferências nas relações com a comunidade; Interferências na espiritualidade; Interferências no manejo, na relação com profissionais e com o serviço de saúde. Segue abaixo as categorias construídas, as respectivas falas dos participantes e os itens do instrumento na sua forma definitiva, que se relacionam com as categorias, subcategorias e seus temas.

5.1.2.4.1. Interferências no domínio físico: Adaptações no cotidiano; Sono; Fome e apetite

A categoria Interferências no domínio físico contém as falas que se associaram a Adaptações no cotidiano; Sono; Fome e apetite e limitações físicas, como não poder realizar atividades de cuidado diário da casa, não poder manusear objetos, levantar peso, dificuldades ao andar, ao prostrar, alterações fisiológicas, fraqueza nos braços, mal estar, insônia, não ter posição confortável, ficar sem vontade de comer e beber água, necessidade de deitar, adaptações para as atividades diárias ou necessidades fisiológicas - como ir ao banheiro e escovar os dentes - dificuldade no autocuidado, perda dos sentidos, formigamento e dor constante, alterações físicas e estéticas etc.

Adaptações no cotidiano

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: alterações físicas.

“A pressão sobe, o coração dispara, a cabeça dói”. (Grupo 1)

“Vixe! Se vai pegar um copo e, tem hora que, tem que pegar duma vez, dá uma visão dupla. Nossa! Que visão ruim... o mal estar da gente”. (Grupo 1)

“A dor me faz perder o sentido” (Grupo 2)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: limitação na realização de atividades.

“Dói demais e eu não aguento fazer nada” (Grupo 1)

“Isso de cuidar da casa, fazer uma comida? Não dá para fazer nada... agora tá atacando muito a coluna, tem hora que eu não aguento nem andar” (Grupo 2)

“Dor na perna. Agora está começando tudo, espalhando pelo corpo, ele anda muito pouco, ele não tá andando mais com andava, mas é deitado em casa mesmo.” (Grupo 2)

“Porque ela sempre trabalhou, então ela continuou fazendo o serviço dela e eu contribuo, o que eu posso ajudar eu faço, às vezes nem mexer uma panela, mexer um arroz, sabe.” (Grupo 2)

“Porque além do problema da coluna, a fibromialgia ataca o corpo inteiro, tem dia que dói até os fios de cabelo e o dia que você não pode nem pegar a roupa de passar.” (Grupo 2)

“Eu tenho dificuldade de pôr uma roupa no varal, portanto, na época, eu precisei comprar uma máquina, porque eu não tinha e lavava na mão e perdi a força na mão.” (Grupo 3)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: limitações de movimento e posicionamento.

“Sofá, em casa... faz 4 anos que eu to afastado, que eu parei. Não sento mais no sofá, tem uma cadeira no meu quarto para encostar tudo quando eu preciso sentar.” (Grupo 2)

“Tudo que eu faço, eu faço na cadeira sentado. Vai à pia? Cadeira. Então eu pego um prato, eu sento na cadeira. Lavar roupa? Eu lavo, ponho na máquina para lavar e chamo a vizinha para estender porque eu não posso estender. Eu também tenho sofá, nunca sentei; eu não aguento sentar não, de jeito nenhum.” (Grupo 2)

“Então dificulta, pra mim, em tudo. Porque meu braço direito é meu braço direito né. Então, quer dizer, eu aprendi a trabalhar com meu braço esquerdo, faço muitas coisas com meu braço esquerdo. Só que de tanto fazer com o braço esquerdo, eu acho que sobrecarregou ele. Então eu tenho muita dor nele. Então, hoje eu tenho dor nos dois. O braço, ele está aqui... daqui a pouco o braço trava. Trava! Aí eu tenho que mudar a posição e ele começa a formigar, a mão começa a ficar molhada. Aí eu uso mais esse braço aqui, aí sobrecarrega o braço esquerdo e aí ficam os dois doendo.” (Grupo 4)

“Às vezes, eu quero fazer uma caminhada como hoje, que eu tentei e tive que voltar logo porque saí de casa e já estava mancando.” (Grupo 4)

“Se eu ficar muito nessa posição, eu não aguento, começa a formigar as pernas, a minha dor é na cintura, é uma dor forte mesmo, então eu tenho que estar sempre bem apoiado se não, não aguento.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: adaptação para as atividades diárias.

“Eu fiz, na época, uma garrafinha, aquela de 2 litros, fiz um corte e ia fazendo a coleta do xixi.” (Grupo 2)

“Dói e é tortura. A pia do banheiro é muito baixa, o que eu precisei de fazer? Adaptar um copinho para escovar os dentes para jogar água para não precisar abaixar.” (Grupo 2)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: sentindo dor durante o dia todo.

“Oh! Eu durmo, acordo e trabalho sentindo dor.” (Grupo 2)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: dificuldades no autocuidado.

“Eu não conseguia pentear o cabelo.” (Grupo 3)

“Tem dia que lavar a cabeça é uma dificuldade.” (Grupo 4)

Independente da etiologia, a dor percebida cotidianamente pode obstruir o movimento funcional de bem estar, interferindo na realização de atividades diárias dos participantes, limitando e exigindo adaptação na realização destas.

Santos e Griep (2013) realizaram uma investigação, com objetivo de avaliar fatores associados à capacidade funcional em idosos atendidos em um programa de saúde pública em Belém (PA). Participaram 259 idosos atendidos no programa Hiperdia/SUS, que foram avaliados pelo teste de desempenho físico (modificado) validado para o Brasil. Para análise, foram usados o teste qui-quadrado de Person, a análise de variância e a de regressão. Os resultados apresentaram média de idades de 68,3 anos ($DP \pm 6,2$) e predominância do sexo feminino (71,0%). Foi observada maior probabilidade de pior desempenho no teste em mulheres, nos participantes de idade mais avançada e nos de menor escolaridade. Cabe ressaltar que variáveis associadas foram a dor no joelho, o diagnóstico anterior de catarata e a autoavaliação de saúde regular/ruim. Os autores refletem sobre a importância de se identificar precocemente os riscos de incapacidade, por meio de avaliação, com o intuito de buscar caminhos à manutenção e ao cuidado da capacidade funcional dessa amostra, que sofre interferência da dor na limitação de movimentos e das atividades diárias.

Decorrente das falas produzidas na realização dos grupos focais, pode-se verificar evidências dessas incapacidades e das limitações físicas produzidas pela dor, como a incapacidade de segurar um simples copo d'água, a alteração da pressão arterial, a total paralisção para tarefas mais simples do dia-a-dia, a adaptação ergonômica dos móveis e o manuseio dos utensílios em geral da casa, a cronicidade que chega à ponta do fio de cabelo e,

consequentemente, o desconforto pela interferência dela nos movimentos e nos posicionamentos dos participantes envolvidos.

Sono

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: insônia e alterações no sono.

“e não consigo dormir, (...) assim, não consegue dormir um período grande. Tem dias que eu levanto parece que eu to mais cansada, vem aquele cansaço.” (Grupo 1)

“à noite, eu estou no sofá, eu não consigo dormir porque eu tenho muita insônia por causa das dores...” (Grupo 5)

Para um cotidiano saudável, faz-se necessário pensar em sono suficientemente bom, caracterizado pela regra dos quatro estágios naturais deste (FERANDES, 2006). No entanto, esta não é uma constante na vida dos participantes, na qual a interferência da dor é vigília constante no adormecer e no percurso de sono, gerando, assim, alterações disfuncionais que podem provocar insônia persistente.

Moreno et al. (2018), em investigação realizada, tiveram por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados a distúrbios do sono, em homens e mulheres idosos. A amostra foi constituída por 1334 idosos. As avaliações dos distúrbios foram feitas com base nas respostas dos participantes e, como critério de inclusão, foi considerado que eles tivessem experimentado qualquer perturbação do sono no mês anterior. Os resultados apontaram que 44,9% indicaram distúrbios do sono em geral, sendo mais frequentes em mulheres (51,5%) e na faixa etária entre 75 a 79 anos (48,2%). A análise de regressão associou os distúrbios às variáveis de gênero, às doenças articulares e dores associadas, à noctúria e à incontinência urinária e, também, ao aumento não linear dependente da idade. Os autores apontaram que as variáveis sexo, dor, incontinência urinária e noctúria são associadas a distúrbios do sono em idosos. As consequências dessa vigília, causadas também pela interferência da dor, podem ser observadas pelos autores que relacionam à dor e, especificamente, a dor articular, a diminuição da qualidade do sono, ambas independentes da faixa etária, enfatizando, desse modo, a possibilidade de que há relação da dor com os transtornos do sono.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, foram verificadas evidências dessas alterações funcionais do sono, decorrentes da interferência da dor - exemplificada na

diminuição do tempo de sono, na dificuldade do adormecer, na fadiga do despertar, na insônia e na alteração do antro de dormir, trocando a cama pelo sofá.

Fome e apetite

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: alteração na fome.

“A dor, ela afeta a fome, quando está com muita dor diminui a fome. Mas também diminui, às vezes, aumenta, dependendo do pico da dor quando ela fica insuportável, fica de mau humor, não consegue nem beber água.” (Grupo 2)

A experiência de viver um cotidiano saudável, com melhora da qualidade de vida, passa pela adoção de hábitos alimentares condizentes com as necessidades, dessa maneira, a dor pode levar ao aumento e/ou à perda de apetite dos participantes.

Em estudo realizado por Freire et al. (2018), buscou-se avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos, tal estudo foi caracterizado como estudo analítico e transversal, do qual participaram 127 pessoas. Para coleta, foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica e, para avaliação de qualidade de vida, o European Organization for Research and Treatment for Cancer. Para análise dos dados, foram aplicados os testes Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Os resultados identificaram a dor (89,8% dos participantes) como sintoma predominante na caracterização do fenômeno, além do impacto na qualidade de vida global, bem como nas funções físicas, desempenho funcional, bem estar social e familiar, além de destacarem a perda de apetite (53,5% dos participantes). Outros estudos demonstraram a perda de apetite como uma característica importante relacionada à dor entre outros sintomas, doenças e/ou tratamentos (LAFFITTE; FARIAS; WSZOLEK, 2015; NICOLUSSI, 2018; FREIRE, 2018; FRANCESCHINI, 2013; ROCHA, 2015). Em relação ao aumento do apetite, não foram encontrados estudos que corroborassem com a presente investigação e relacionassem esse aumento à dor, porém entende-se que o aumento pode estar relacionado à ansiedade oriunda de contextos onde a dor se faz presente e importante.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, verificou-se a interferência da dor no apetite, na diminuição dele quando a dor aumenta ou fica insuportável, e no aumento quando a dor diminui. Outras interferências são a alteração do humor e a ausência de sede.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 1- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente
- 2- Devido à minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas
- 5- Devido à dor, tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)
- 7- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas
- 8- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso
- 10- Devido à minha dor, tenho dificuldades em fazer meus cuidados pessoais
- 13- A minha dor é pior à noite
- 37- Devido à minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar

5.1.2.4.2. Interferências no psíquico: Emoção; Autopercepção; Motivação e sonho

A categoria Interferências no psíquico contém falas relacionadas à interferência da dor no universo mental dos participantes, tais como: Emoção; Autopercepção; Motivação e sonho. Nela foram apresentados impactos emocionais e cognitivos por meio de estados, como depressão, irritação, ansiedade, sentimento de inutilidade, tristeza, medos, perda dos sonhos e motivação, isolamento, falta de sentido, problemas com a aparência, revolta, dificuldade em lidar com a própria condição de portador da dor, necessidade de isolamento, etc.

Emoção

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: sentimento de inutilidade

“A gente se sente inútil.” (Grupo 2)

“Já chorei muito, já sofri bastante (...) então eu fiquei muito tempo assim, me sentindo inútil.” (Grupo 3)

“Já não é fácil quando você tem uma doença. Já dói na alma. Aí, com a doença, vêm as consequências que não são só as dores. Eu vou falar de mim. Baixa estima, você se definha no dia a dia, a dor ela é ruim? É. Mas eu vou te falar uma coisa de verdade. Eu não sei o que é pior, se é a dor, ou se é o que isso traz de ‘limitações na sua vida. Porque você se sente um zero à esquerda, um nada, uma ameba, e isso é ruim.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Impacto emocional e cognitivo

“Depois que eu estou vivendo isso aqui, eu não gosto de mais nada, eu não quero ir a lugar nenhum, perdi o gosto pelas coisas.” (Grupo 1)

“Eu acho que quando a dor vem, o pior, é que ela não vem sozinha. A dor, já vem o seu emocional junto, a pressão tão dana, tudo, o estômago.” (Grupo 1)

“Estou fazendo das tripas coração para não fazer... para não pegar uma depressão porque infelizmente.” (Grupo 1)

“Sabe, tem vez que ataca muito, eu choro de tanta dor que dói, então me atrapalha muito isso aí.” (Grupo 1)

“Assim, tem hora que a gente tá bem, mas uma coisinha que acontece muda o sistema nervoso da gente, a gente fica atormentado, parece que o trem vem pior, a dor vem...” (Grupo 1)

“A gente fica nervoso por qualquer coisinha, qualquer coisinha irrita.” (Grupo 1)

“A pessoa que tem dor não tem apetite, não dorme bem, está nervosa.” (Grupo 1)

“Piorou, eu comecei a ganhar peso, minha pressão começou a aumentar porque comecei a ficar muito nervosa.” (Grupo 2)

“A gente levanta chorando e deita chorando.” (Grupo 3).

“O emocional fica mexido, também, a gente com dor fica mais... sei lá, mais deprimida, mais sensível.” (Grupo 3)

“Então chega a dar até um desespero, porque você acha que essa dor nunca vai passar.” (Grupo 3)

“Então, assim, você começa a ter problemas de cabeça se você não tinha, começa a ter um monte de minhoquinha, minhoquinhas estas que os médicos não tiram, não tira em psicólogo, não tira.” (Grupo 4)

“A dor me deu depressão. Eu fiquei de um jeito que só ficava de cama.” (Grupo 4)

“realmente, o raciocínio não acompanha não... a gente tem que fazer alguma coisa, um compromisso mais sério e eu falo, pelo a mor de Deus, agora não. Deixa passar para a gente centralizar a cabeça e ficar

legal para poder fazer, né? Porque não tem condição mesmo... fazer ou sair para fazer, parece que dá tudo errado...” (Grupo 5)

“a dor deixa a gente muito estressado... irritado... muito irritado...”

(Grupo 5)

“então esse problema (dor)... atacou o psicológico, atacou o emocional...” (Grupo 5)

“Eu falei para ele, a minha vontade é de pegar uma faca e abrir a perna, porque vão dizer que não resolve, mas minha vontade era essa. Arrancar para melhorar e aí vocês vão ver o que tem ali.” (Grupo 2)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Medos

“O maior medo que eu tenho disso aí, é ficar dependendo dos outros”

(Grupo 5)

“Não é medo... Assim, sabe, é dos meus filhos vê... deu ficar... desde quando eu tinha 10, 11 anos que eu sempre pensei comigo as duas coisas que eu tenho medo na vida: é ficar sem andar e sem enxergar.”

(Grupo 1)

A interferência da dor na qualidade de vida ocorre na dimensão psíquica, interferindo de maneira muito impactante, como no cotidiano das atividades diárias, pela via dos fenômenos que se relacionam a aspectos emocionais e, conseqüentemente, à saúde mental dos participantes.

Guerra et al. (2017) teve por objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida da população de Paredes de Coura, no ano 2015. A amostra foi constituída de 447 participantes, que foram selecionados pelo método de amostragem probabilística e aleatória estratificada. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e o questionário do Estado de Saúde (MOS SF-36v2). Os resultados evidenciam que a população de uma cidade da região norte de Portugal apresentou significativa percepção de bem-estar psicológico e social e não significativa percepção a respeito de Vitalidade e de Saúde Geral, sendo que a maioria da amostra referiu mínimo de dor e de limitações oriundas desta. Os escores da percepção global de Qualidade de vida apresentaram-se com tendência positiva.

Em outro estudo de Trize et al. (2018), o objetivo foi determinar o impacto das disfunções temporomandibulares na qualidade de vida. Para coleta de dados, foram utilizados os Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunções Temporomandibulares, usando um algômetro mecânico (Palpeter®) com pressão padronizada de 0,5 e 1,0kg, e para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short Form

Health Survey (SF-36). Para análise os dados, foram tabulados e as variáveis foram correlacionadas com os achados clínicos das disfunções temporomandibulares e da qualidade de vida. Participaram 102 pacientes voluntários (68 mulheres), com idades entre 19 e 86 anos, que buscaram atendimento médico nas clínicas de saúde da universidade e foram avaliados no período de setembro a dezembro de 2013. Nos resultados, foi evidenciado que a qualidade de vida de indivíduos foi afetada negativamente pela presença da dor e de transtornos de saúde mental.

Em estudo de Mendes et al. (2014), buscou-se caracterizar a influência da síndrome dolorosa pós mastectomia, correlacionando dor e qualidade de vida; tal estudo foi uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem quantitativa. Para coleta de dados, foi utilizado o questionário de Qualidade de Vida SF-36. A amostra foi constituída por 49 mulheres, com média de idade de $53,9 \pm 8,8$ anos, atendidas em Centros Especializados de Oncologia. Os resultados apontaram alta correlação entre o tempo pós-cirúrgico, de 3 a 6 anos, e o domínio dor ($r = 0,90$), destacando-se que foi encontrado aumento significativo da dor entre mulheres idosas quando comparado às mais jovens. Ainda, a pesquisa apontou que a dor relacionada ao câncer de mama é um sintoma clínico debilitante, porém não constitui o fator primário para o déficit da qualidade de vida, o qual é influenciado principalmente pelo emocional. Cabe ressaltar que se compreende o fato de que o fenômeno da dor não se distingue do emocional. Dessa maneira, pode-se entender que os resultados desse estudo corroboram com as hipóteses aqui apresentadas, ou seja, o fenômeno doloroso e sua interferência na qualidade de vida relacionam-se na perspectiva das emoções.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, pode-se verificar evidências desse tipo de interferência denominada psíquica, qualidade que está contida na perda da capacidade de lidar com as demandas da vida como outrora, uma mudança do lugar de perceber-se subjetivamente capaz para o lugar de inutilidade. Outras produções da interferência da dor na qualidade de saúde mental apresentaram-se como baixa de autoestima, infelicidade, depressão, nervosismo, irritabilidade, desespero, aumento da sensibilidade, dificuldade de raciocínio, medo do futuro, dentre outros atributos negativos.

Autopercepção

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: mudanças do eu (estéticas e de personalidade e comportamento) decorrentes da experiência e da interferência com a dor.

“É uma interferência... Eu acho assim, a gente deixa de ser aquilo que a gente é.” (Grupo 1)

“Ah! mais não porque não aceita... tem hora que ela vem que eu revolto comigo mesmo que eu nem me olho nem no espelho.” (Grupo 1)

“Esse negócio de maquiagem... Eu não gosto, eu passo se... eu gosto, só que eu não fico muito em frente ao espelho.” (Grupo 1)

“E aí você vai vendo no dia a dia como que o teu organismo e a tua aparência vai mudando. Essa dor não tira, eu acho que é a pior dor que tem. Porque você vê se definhando. Eu tenho 55 anos de idade e faz um ano que eu estava com câncer; se você me visse a um ano atrás, você não ia me reconhecer hoje. É completamente diferente, então, para mim, isso é o que me machuca muito mais.” (Grupo 4)

Ocorrem outras mudanças decorrentes da interferência da dor no domínio psíquico, denominadas aqui como mudanças do eu, embora também vinculadas com a subcategoria anterior; cabe aqui evidenciá-las, pois estão relacionadas ao modo de se relacionar consciente ou inconscientemente com a imagem de si mesmo e o uso que se faz dessa imagem, que foi possível pelos participantes, nesse contexto, onde as limitações se impõem e revelam uma condição precária e impactos importantes na noção do eu, do vínculo e, conseqüentemente, da saúde e da qualidade de vida desses participantes.

Em estudo realizado por Carrilho et al. (2015), objetivou-se comparar as diferenças na incidência de disfunção sexual nos seis diferentes domínios de mulheres brasileiras obesas e não obesas. Para coleta, foi utilizado o Female Sexual Function Index com a função de discriminar seis domínios de disfunção. Para análise dos dados, foram utilizados ANOVA e MANOVA para comparar os escores totais do Female Sexual Function Index entre os 2 grupos e o teste t para identificar as diferenças relacionadas aos 6 domínios. O nível de significância estatística estabelecido para todos os testes foi de $p < 0,05$. Participaram da pesquisa 31 mulheres obesas e 32 não obesas. Nos resultados, foi evidenciado que a condição de obesidade, a qual pode se apresentar como uma das conseqüências diretas ou indiretas (decorrentes do manejo e das limitações ou baixa atividade física) da dor, está relacionada com aspectos emocionais e envolve a autoestima e a autoimagem baixas em comparação com os não obesos.

Em outro estudo, realizado por Ferreira et al. (2017), o objetivo foi avaliar a autoestima e a qualidade de vida relacionadas à saúde de pacientes estomizados por câncer

colorretal. A caracterização da pesquisa foi transversal, com abordagem quantitativa. Para coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, contendo dados sociodemográficos e clínicos, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, respectivamente. Os resultados revelaram evidências de que a dor teve correlação significativa com aspectos da vida, tais como o cognitivo, a função social e a relação de casal. Os participantes também apresentaram alterações na autoestima, embora não se tenha apresentado uma interferência severa como em outro grupo estudado.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, foram verificadas evidências nas quais essas alterações refletem e se relacionam com a perda do significado do autocuidado com a própria imagem; alterações de comportamentos e de motivação para a manutenção desse autocuidado, de vivências aflitivas e de sofrimento com as mudanças estéticas e a perda das qualidades saudáveis do organismo e da aparência - promovidas pela condição dos participantes.

Motivação e sonho

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Perda dos sonhos e motivação.

“Muito sonho que você tem você esquece, não quer mais voltar atrás. Às vezes, você chora muito. Tem dia que você finge que tá tudo bem.”
(Grupo 3)

“A cabeça vai perdendo aquela vitalidade, aquela vontade de viver mesmo. A gente vai ficando... parece que atrofiando. A gente vai perdendo a vontade de fazer as coisas; antes eu costurava, agora não, é só deitada no sofá assistindo televisão ou mexendo no celular.”
(Grupo 4)

Além das interferências da dor na saúde mental e no modo de se apropriar e lidar com a própria imagem, ocorre também, de maneira relevante, a interferência na perspectiva de vida desses participantes, com impactos que se traduzem na perda dos sonhos e da motivação.

Em investigação de Reticena, Beuter e Sales (2015) que tiveram por objetivo compreender as experiências de idosos com dor oncológica. Foi caracterizada como pesquisa qualitativa e teve como paradigma a fenomenologia de Heidegger. Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semi-estruturada, contendo dados sociodemográficos, clínicos e a questão

norteadora: Como está sendo/foi para o(a) senhor(a) conviver com dor nesse momento de sua vida?. Para análise, foi utilizada a análise realizada por compreensão vaga, mediana e interpretativa. Os resultados foram obtidos em dois temas ontológicos: Dor no câncer: desvendando o encarceramento e imposições vivenciadas pelos idosos; e Desvendando a angústia de conviver com a dor do câncer. Esses elementos revelaram não apenas a maneira como os idosos vivenciam a dor no cotidiano, mas também como a dificuldade de viver com as idiossincrasias das suas condições. Foi possível entender a interferência da dor como um fenômeno biopsicossocial que produz mudanças existenciais no mundo e nas condições do idoso, interferindo na motivação e, sobretudo, na expectativa de vida pela presença e, principalmente, pela cronicidade dessa experiência.

Nas falas produzidas na realização dos grupos focais da presente investigação, pode-se verificar evidências dessas alterações pelo esquecimento dos sonhos de vida, pela perda de vitalidade e da vontade de viver, pela prostração, pelo abandono de atividades e pela não vinculação com atividades produtivas.

Esses são os itens que se relacionam ao tema e aos temas dessa categoria:

- 9- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono
- 28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima
- 17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente
- 29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas
- 30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração
- 31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro
- 32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas
- 33- Devido a minha dor, eu convivo com medo
- 36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida
- 40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena
- 41- A dor interfere no meu prazer de viver
- 46- Mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa
- 47- Devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções
- 48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo
- 49- A minha dor faz eu me sentir deficiente
- 50- Eu faria qualquer coisa para me livrar da dor
- 16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor

- 18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente
- 19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória
- 20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário ou frustrado
- 21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado
- 22- Devido à dor, eu me sinto cansado, desanimado
- 23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado, mal interpretado
- 24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado

5.1.2.4.3. Interferências na Sistêmica Familiar: Mudança de papel, compreensão e cuidado no seio familiar; Necessidade de manter o ideal de fortalecimento

A categoria Interferências na Sistêmica Familiar contém falas que se associaram à interferência da dor na relação entre os membros da família, tais como Mudança de papel, compreensão e cuidado no seio familiar e Necessidade de manter o ideal de fortalecimento. Tais mudanças podem ser de distanciamento ou aproximação com os membros do sistema familiar, bem como a mudança dos papéis destes membros, a relação de cuidado, mudança nas atividades da família, conflitos familiares, sentimento de ser entendido pela família, etc.

Mudança de papel, compreensão e cuidado no seio familiar

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Ser ou não compreendido e cuidado pelos familiares.

“É difícil fazer a pessoa que tá do lado da gente entender... Quer dizer, a pessoa não sabe o que a gente tá passando... Pela dor, não sabe o que a gente está sentindo.” (Grupo 1)

“Eu, nessa parte, sou feliz; meus filhos são muito bons, tem minha nora, meu marido e ninguém nunca reclamou” (Grupo 1)

“Eu fiquei muito feliz, por isso, sabe? Eu sou feliz... eu sinto dor, mas sinto feliz por ter meus filhos e eles está perto de mim me ajuda, falo pra eles que to com dor eles me traz no hospital” (Grupo 1)

“Então eu não reclamo mais, então eu vou guardando pra mim só que é pior pra mim. As pessoas não tão muito disponíveis para ouvir, eles falam: ah! lá vem ela de novo falar dessa dor. Na minha família, já

aconteceu deles falar: ah tudo você reclama, a dor está na gente.”
(Grupo 2)

“A dor que te incomoda em tudo. A dor que já tá crônica. Então é difícil; às vezes, você não consegue explicar pra pessoa. Se você explica, a pessoa não vai entender.” (Grupo 3)

“Pesquisadores: você consegue falar sobre essa dor que você sente para alguém? Participantes: ...Eu tenho o problema que eu tenho. Eu venho e nem falo, porque elas não dão muita atenção. Eu me sinto aquela pessoa que eu sou a ovelha negra da família. Eles tiveram na minha casa. Chegaram lá e acha que eu não faço porque eu não quero.” (Grupo 3)

“Hoje, graças a deus, meu filho tá criado, tem 19 anos, tá terminando os estudos dele, não posso fazer pra ele o que eu gosto. Não posso fazer muito, mas eu converso muito com ele. Ele é muito bom pra mim. A gente conversa muito graças a deus. Ele fica muito em casa comigo.” (Grupo 3)

“As pessoas me viam deitada. Elas chegavam lá e eu estava deitada. Aí, acha, assim, que eu estou deitada, cheguei a ouvir do meu cunhado e da minha Irmã que eu estou deitada porque eu estou com preguiça. Ela tá com preguiça, ela não fez então eu não vou lá para não ter que ajudar.” (Grupo 3)

“Eu criei todo mundo, todo mundo foi embora; a mais nova tinha de um ano e meio para dois anos. Eu criei todo mundo, mas agora só tem eu lá em casa. Chega um tempo que acho que não é nem porque eles queiram, mas é que enche o saco, todo dia estou com dor. Depois a gente começa a entender essa parte também. Então mais esse pedaço eu consegui passar, porque é difícil você ouvir alguém falando, mas todo dia é a mesma coisa.” (Grupo 3)

“Agora minha mãe e também minha irmã também são os anjos do céu. Elas me ajudam muito, minha mãe tem 72 anos e ela faz tudo. Eu não sei o que é passar uma peça de roupa porque não aguento ficar em pé, minha mãe faz tudo e a minha irmã, que trabalha fora e nos dias de folga dela, que ela não está trabalhando, ela vai lá e limpa minha casa, faz tudo.” (Grupo 3)

“Na minha família, eu tenho dificuldade para trazer alguém para me acompanhar para fazer bloqueio. É um caos! Minha mãe, eu tomei bloqueio durante dez anos e ela não sabia o que eu fazia. Uma moça, colega de trabalho, que frequenta a mesma igreja que ela e que contou para ela - você tem uma filha que tem um problema de saúde muito sério, você não sabe disso? Aí ela falou “hã”... por mais que eu morasse no fundo da casa dela. Muitas vezes, eu vinha sozinha, tomava o remédio, esperava passar o efeito do remédio aqui sozinha e ia embora sozinha. Você não quer atrapalhar as pessoas também para ficar te acompanhando, foi por isso que eu parei de ficar pedindo. Pesquisadores: você acredita que esse distanciamento foi devido à dor? Você tinha demanda, precisava de ajuda e aí foi ficando sozinha? Participantes: eu acredito que sim. Parece que fica tudo eu estou incomodando.” (Grupo 3)

“É porque, tipo assim, a dor, ela incomoda e as pessoas acham que a pessoa doente tem que ser aquela magra e acamada e não é assim. Quando eu fiquei doente, aí sim as pessoas reconheciam que eu estava doente. Porque eu pesava trinta quilos, eu achava que eu ia morrer.” (Grupo 3)

“Os familiares não, eles já olham com olhar de dó, os amigos te olham meio de canto de olho: será que é isso mesmo? Será que é só isso? Será que é verdade? Será que eu vou pegar? Existe essa coisa e é incrível gente, no século XXI a gente passa não é pela discriminação de negro ou do branco. É a discriminação da doença.” (Grupo 4)

“minha família é zero comigo. Eu que tenho que correr tudo, dependo de ônibus ou condução de parente ou de outros... esposo, cunhado, nora não se preocupa comigo, eu dependo de prefeitura e depois para trazer comigo? O meu medo... Família não entende a gente não. Eu mesma, com o meu marido, faz trinta e três anos de casado, ele nunca me acompanhou aqui. Faz dezesseis anos que eu faço tratamento aqui...” (Grupo 5)

“O primeiro desconforto é o olhar (da família)” (Grupo 1)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Mudança dos papéis.

“Você já pensou eu, na minha casa, era tudo isso (irmão que assumiu o papel de mãe) e, de repente, você se vê nessa situação. Isso é que me deixou mais triste, porque criei todo mundo, tudo era eu e, de repente, você se vê uma pessoa incapaz.” (Grupo 3)

“Eu dava banho nele (filho mais novo), hoje eu não consigo mais ajudar a dar banho, então ele vai ter... O bom, assim, o bom e o ruim. O bom foi de ver ele indo para escola, porque eu não vi o outro indo para escola porque eu trabalhava. De acompanhar ele indo para escola, ver ele crescendo mais, enquanto que o outro já está com 15 anos, esse vai fazer 8, então o bom foi isso. De ta perto dele e de ver, sabe, conseguir ver ele crescer.” (Grupo 2)

Como visto nas categorias anteriores, o fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida apresenta-se de forma ampla, abarcando dimensões físicas e psíquicas, porém não poderia ficar de lado a interferência no campo da interação. As interferências da dor modificam, consideravelmente, o lugar ocupado pelos participantes no seio familiar e suas condições da sistêmica familiar. Isso implica a alteração de necessidades, como a de ser cuidado pelos membros da família e de ser entendido em sua condição.

Em estudo realizado por Miranda et al. (2016), cujo objetivo foi analisar o modelo de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) para o fortalecimento de pessoas que vivem com fibromialgia e discutir a repercussão dessa intervenção no processo saúde-doença e autocuidado. A coleta de dados abrangeu a técnica World Café, a observação participante e a entrevista semiestruturada e, para análise dos dados, foi utilizado o referencial de Bardin, a triangulação de dados, estabelecendo diálogo com a literatura pertinente. Os resultados apontam que a TCI teve eficácia, porém cabe ressaltar que a condição de doença e a de dor crônica teve impacto negativo, cuja melhora foi decorrente da estratégia de manejo por meio da TCI. Essas mudanças concebem desenvolvimento cada vez maior de autonomia no autocuidado, no auxílio dos membros do sistema, no menor estresse, na maior compreensão e na menor violência na comunicação. Cabe ressaltar que o indivíduo está em alguma condição crônica ou de hospitalização, situação essa que pode alterar a homeostase do sistema; ao gerar essa crise, por assim dizer, alguns sistemas familiares acabam desenvolvendo recursos para evitar situações de estresse, desenvolvendo maneiras mais amenas de lidar com o corpo da pessoa doente, mais proativas de interação e com ambiente de maior possibilidade de compreensão.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, verificou-se a interferência da dor nas relações familiares, inclusive na legitimação e prestígio no modo como a família encara a pessoa com dor, suas condições e suas necessidades. Esses elementos podem ser evidenciados nas falas que apresentam elementos relacionais, podendo estes dificultar ou auxiliar o manejo e a elaboração dessas interferências como: os membros da família não terem paciência para lidar com a dor no dia-a-dia, apresentarem dificuldade de entender pelo que a pessoa com dor está passando, não oferecerem escuta compreensiva, não se disponibilizarem a entender e acompanhar a pessoa com dor. Além de serem julgados como pessoas que apenas reclamam, que são preguiçosas ou incapazes, os participantes se sentem discriminados pela doença que possuem e, enfim, o recebimento de apoio dos familiares no manejo da dor, nas necessidades decorrentes desse contexto e a possibilidade de acompanhar a vida e o desenvolvimento dos filhos mais de perto.

Conflito familiar

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Conflitos familiares e necessidade de isolamento.

“A dor deixa a gente a flor da pele, qualquer coisa fico irritado. Aí, fico até de lado. Aí, depois que eu to bem, minha família vem para conversar, ou alguma coisa. Isso deixa a gente, sabe, é meio, tem hora que a gente fala “poxa não devia ter feito isso.” (Grupo 1)

“a dor é, sabe, não é só a gente que sente, a família sente e muito” (Grupo 1)

“Dia a dia, convivência com os filhos, com o marido (...) A dor é tanta que você acaba transbordando. Desconta nas pessoas.” (Grupo 3)

“O meu filho acha que eu estou brava com ele, mas é que eu estou com essa dor que não passa nunca.” (Grupo 3)

“Afeta em tudo, às vezes, você não tem paciência de conversar com a pessoa porque está ali te doendo e a pessoa está te incomodando por causa da sua dor. Então é aí que a gente começa a se fechar; eu tento ir conversar com alguém, mas algo me puxa para traz, é a dor.” (Grupo 3)

“Dói né, então você fica meio retraída, acaba ficando meio isolada.” (Grupo 3)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Necessidade de isolamento.

“Assim, quando eu vejo que eu to bem, mesmo que eu estou com dor, mas é aquela dor que sabe... agora, quando ta com aquela dor mesmo, é melhor ficar quieto no canto.” (Grupo 1)

“(...) Me isolo... não quero falar com ninguém... entendeu.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Não fazer mais atividades e passeios com a família.

“Já faz 4 anos que estou afastado. Desses 4 anos... que eu falei àquela hora que de fim de semana sair com a esposa, com os filhos tomar um sorvete ou comer um lanche... Acabou!” (Grupo 1)

“Como você falou, quem tem dor não tem vida e a gente acaba convivendo com a dor porque é assim: ele tem uma vida normal, mas quando ele reclama que ta com dor, ELE TÁ COM DOR, então a gente passa a conviver com a dor e a lidar com a dor. Então ele não sai e eu também não saio, às vezes, tem um compromisso e ta com dor; aí, a gente não vai...” (Grupo 5)

As alterações das necessidades e contextos familiares, bem como o cancelamento de compromissos sociais, de passeios e de lazer no núcleo familiar exigem alterações na dinâmica do sistema familiar, o que pode originar conflitos familiares e, muitas vezes, a necessidade de isolamento da pessoa que vivencia o fenômeno doloroso.

Em um estudo realizado por Nascimento (2015), o objetivo foi conhecer as percepções de familiares visitantes de UTI frente à hospitalização de seu ente querido e ao acolhimento de enfermagem. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e, para análise, foi utilizada análise de conteúdo. Os resultados apontaram que, nesse contexto, a experiência dos familiares é caracterizada pela dor e tristeza e por temerem a morte, além de se sentirem esquecidos e impotentes diante do processo tratamento-adoecimento; cabe ressaltar o quanto esses qualificadores se aproximam da experiência do próprio participante em experiência álgica. Em tal âmbito, exigente e limitante, nem sempre o sistema familiar cria condições de enfrentamento da crise instalada pela dor e condição de doença. Muitas vezes, vive-se uma ameaça de vida de um membro importante da família e se enfrenta dificuldade em compartilhar os medos, ansiedades, talvez sentimento de culpa, de perda e de possível luto.

Miranda et al. (2016) aponta que, com grupo de apoio, sendo a família como uma possibilidade desses grupos, a recuperação, o controle ou manejo, a incidência de complicações são melhores nos indivíduos que recebem apoio do que os que não recebem. Ou seja, as condições do desenvolvimento da dor, como conflitos familiares, isolamento por parte da pessoa com dor, são ao mesmo tempo produtos do fenômeno doloroso e geradores desse mesmo fenômeno, qualificando-o e estabelecendo uma interferência pior sobre a qualidade de vida.

A presente subcategoria revela a interferência da dor como agente limitante da variação de atividades e de contextos na realização dessas atividades conjuntas entre os membros da família, modificando a rotina de vivências familiares. Nos relatos da presente investigação, também foi verificado o sentimento de maior sensibilidade e irritação e de estar mais suscetível a brigas com os outros membros do sistema familiar; ou seja, percebe-se o papel desmotivador da dor no contexto de interação social com outros membros da família e, conseqüentemente, no sentimento de necessidade de isolamento e de não falar com ninguém. Por fim, foi evidenciada a experiência da dor também pelos outros membros, à medida que sofrem as alterações acarretadas por ela e suas reverberações.

Necessidade de manter o ideal de fortalecimento

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Necessidade de esconder sua dor perante os membros da família.

“Eu ria. Aí eles perguntavam: mas porque ta chorando mãe? ta rindo? Ah! to chorando de alegria; e dava aquelas gargalhadas, mas era uma dor insuportável que tava sentindo.” (Grupo 1)

“Eu esperava os meninos ir para escola para eu ir sair engatinhado até o banheiro.” (Grupo 2)

Nessa dinâmica complexa de alterações de papéis, de novas atribuições e de modificações de contexto, surge a necessidade de manter um ideal de fortalecimento, resistência e até de sentir-se na função de protetor dos membros mais novos da família, na tentativa de preservar sua condição anterior à dor e à doença.

Nesse contexto doloroso e complexo, Miranda (2016) aponta que se faz necessária a aceitação do participante referente às mudanças decorrentes desse contexto doloroso. Contudo, é comum a pessoa com dor e o sistema familiar terem dificuldades na elaboração desse novo contexto e, dessa maneira, se faz necessário a intervenção de profissionais de

saúde. É possível identificar essa dificuldade em aceitar as limitações e/ou as adaptações, tal como a possibilidade de perda do ideal de fortalecimento e de proteção do sistema quando não se permite ser frágil na “representação” do outro.

Nos relatos dos participantes dos grupos focais da presente investigação, foram verificadas evidências da dificuldade de reconfiguração de papéis necessárias pela interferência da dor. Isso se apresentou pelo movimento de não compartilhar a realidade do que está sentindo e/ou de não deixar os outros membros, em especial os filhos, perceberem as dificuldades e/ou o nível de vulnerabilidade vivido pela pessoa com dor.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo, amado, importante
- 26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço
- 27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros
- 66- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família
- 67- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família
- 68- Devido a dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar
- 69- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família
- 15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas

5.1.2.4.4. Interferências na interação do Casal: Conflito, medo e mudança na relação do casal; Sexualidade; A escolha por ficar sozinho

A categoria Interferências na interação do Casal apresenta a mesma lógica da anterior, porém focada na díade do casal e em relação às subcategorias Conflito, medo e mudança na relação do casal; Sexualidade; A escolha por ficar sozinho. São apresentados temas como: escolha por não se relacionar devido a sua condição, medos em relação ao(a) parceiro(a), Conflitos, apoio, necessidades e limitações entre o casal, Impacto na sexualidade do casal, Mudanças na relação do casal.

Conflito, medo e mudança na relação do casal

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Mudanças na relação do casal.

“Em relação à dor e ao cuidado? Praticamente eu aprendi, eu aprendi a conviver com ele do jeito que ele está.” (Grupo 1)

“Os primeiros meses, durante os 6 primeiros meses, eu carreguei como uma criança. Ele falou que ia usar aquele coletor o resto da vida, eu fui tentando com ele, ajudando ele. Ele não usa mais, depois de uns 3 meses ele parou de usar; eu andava com ele como se fosse ensinar uma criança a andar. Então foi 6 meses que eu tive que dar banho, pôr comida na boca, tudo. Foi 6 meses assim. Foi um mês aqui dentro do hospital, foi difícil. Muito! Para mim foi, até porque eu ia ficar com ele ali, eu tive que ficar... Não iam deixar uma enfermeira só por conta dele.” (Grupo 1)

“A primeira vez que o médico pôs ele de pé. Eles me chamaram, eu tive que aprender como é que fazia para passar esse coletor porque como é que eu ia pôr?” (Grupo 1)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Conflitos, apoio, necessidades e limitações entre o casal.

“Aí você quer fazer o máximo para ajudar aquela pessoa, mas de um lado ela tá com aquela dor e do outro ela não sabe que você é ser humano também. Ela te ataca, da pata até onde dá. Aí você tem que respirar fundo, sair de fininho, andar um pouquinho, aí você e a maioria das pessoas que têm dor fica depressivo.” (Grupo 1)

“Eu falo para ela, mas eu não tenho condições de pegar sua dor, ir lá catar e a partir de hoje sua dor saiu, tchau dor.” (Grupo 1)

“O banheiro, às vezes, meu marido lava quando tem que esfregar, então, assim, o que eu falo, às vezes, eu falo muito para vizinha, deus dá a tampa para panela certa.” (Grupo 1)

“Eu também sou muito nervosa e vontade de matar um não falta. Eu falo para meu marido “agora você nem me olha.” (Grupo 1)

“Eu cabeí que quase que eu entrando em depressão porque ele se sentia, sei lá, nunca ficou parado e eu tinha que levantar de noite, levar com calma, banhar ele, mesmo aqui dentro do hospital. O único escape do meu marido foi beber, beber, beber e beber. Antigamente ele chegou a beber 8 litros de pinga por semana. Aí eu bati de frente com ele e ele parou, graças a deus, eu falei para ele se não para, eu não te acompanho na clínica da dor, não vou para lugar nenhum.” (Grupo 2)

“Tipo assim, meu marido não tem muita paciência, ele brinca comigo. Tipo assim, a vamos lá! Vou ter que levar no hospital. Vamos! Vou te contar viu. Sabe não aquela ignorância.” (Grupo 2)

“Eu nunca tive esse problema, meu marido é treze anos mais velho que eu e sempre entendeu bem a minha dor. Muito paciente, sempre me ajudava muito. Vivemos uma vida tranquila.” (Grupo 3)

“Bom, eu me separei por causa disso. Ele não suportou, então ele me humilhava muito, me xingava até que eu me separei, já fazem dez anos que me separei. Ele falava assim “eu não me casei com uma velha”. Aí a gente foi até se separar.” (Grupo 3)

“De vez em quando, tem conflito. Ela acha que eu grito com ela. Não é que eu grito, eu falo alto porque eu tenho problema na audição. Participante: grita sim! Participante: então eu falo meio alto. Toda pessoa que é meio surda fala alto mesmo. Então ela acha que eu to gritando. Participante: ai! Não gosto. Dá um nervoso! Eu gosto de ficar quietinha sabe?!” (Grupo 4)

“Eu tenho que apoiar nele e ele em mim... Eu sei o que ele sente quando ele fala pra mim, e ele também quando vê eu quieta, deitada... às vezes, ele levanta e eu não consigo... eu falo assim “eu preciso ficar quietinha” (Grupo 5)

“E eu sempre, eu não posso reclamar da minha esposa, que de uma forma ou de outra ela sempre, ela já saiu de emprego pra me acompanhar, ela já saiu várias vezes, e estar numa situação, não amor, vamos, tô com você, nós vamos junto, eu analiso hoje que a minha qualidade de vida pra melhor, por causa dela, porque ela sempre pegou na minha mão e, não, a gente tá junto, nós tamo no barco, eu e ela nós temo 22 anos de casado. Quando eu sofri o acidente, nós tinha 3 de casado. E todo mundo falou que nós ia largar. Falou assim “não vai aguentar”, porque era muito novo. A gente tinha 26 anos... ela tinha 19 quando eu sofri o acidente. Menina nova, jovem e tal, na época minha filha tinha 10 meses, a minha caçula. Eu era mais velho, eu tinha 28 anos, minha filha tinha 10 meses... hoje ela tem 19 anos...” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: medos em relação ao(a) parceira(a)

“Falando de convivência, meu marido não reclama, ele até me ajuda, é bem companheiro, mas, tipo assim, você vê que também está cansado. Eu tenho medo. Ele é uma pessoa boa, mas acho que cansa né. Sou uma mulher que senta e chora. Eu tenho medo de que um dia ele possa cansar.” (Grupo 3)

Há alteração de contexto no subsistema da família denominado de casal. As alterações produzidas, por meio da interação permeada pelo fenômeno doloroso, podem ser geradoras de conflitos, de necessidades de apoio, de limitações entre o casal e de medos em relação à possibilidade de manutenção da relação, nesse contexto entendido como desfavorável.

Em estudo realizado por Silva et al. (2019), com objetivo de analisar as percepções de cuidado entre casais idosos, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada gravadas e, para a análise, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Os dados foram discutidos à luz da Teoria de Cuidado Transpessoal, de Jean Watson. Participaram da pesquisa 15 casais de idosos. Os dados evidenciaram que o cuidado recebido mutuamente pelos parceiros pode ser um recurso importantíssimo para o manejo da interferência da dor na qualidade de vida. Essa relação se estabelece, como apresentado nos dados da presente investigação, pelo significado atribuído ao cuidado mútuo, realização de atividades cotidianas como formas de cuidado e os sentimentos que permeiam o cuidado entre casais. Esses elementos se expressam pelo medo de estar sozinho ou o reconhecimento da importância do outro no cuidado e da importância de manutenção dessa relação; o cuidado no momento de fragilidade demonstra afeto, preocupação, retribuição, atenção, empatia, proteção, compreensão e reciprocidade.

Pelos relatos dos grupos focais da presente investigação, pudemos verificar que a interferência da dor numa relação marital leva os participantes ao reaprendizado da convivência, inserindo hábitos de cuidado de um para com o outro, como dar banho diariamente, servir a comida na boca, reensinar a andar, operacionalizar coletores e ser o “auxiliar de enfermagem” do parceiro-dor; conflitos com agressões verbais e humilhação, alcoolismo do parceiro-dor, traços de altruísmo nos quais o parceiro-apoiador percebe seus próprios limites, responde solitariamente por sua automotivação, a falta do braço forte do parceiro-dor para os trabalhos de manutenção da casa e do reconhecimento fazem com que se chegue a desenvolver um quadro depressivo por sobrecarga de trabalho para manter a relação

e o medo em relação ao parceiro cansar de permanecer na relação com tantas demandas de cuidado por parte do cônjuge que experiencia a dor.

Sexualidade

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Impacto na sexualidade do casal

“O namorar mesmo acabou sabe?! É difícil com sua mulher assim, é muito difícil sabe; tem hora que não tem aquela, não é a vontade, é... Saber que vai sentir dor e não vai sentir prazer, vai sentir dor.” (Grupo 1)

“Assim, vamos falar abertamente, eu não satisfaço ele em tudo. Da maneira que ele, como ele... porque ele ainda é jovem devido à dor. Aí penso, uma hora ele vai se cansar, porque todo dia eu estou com dor, reclamo de tudo. Então é difícil, pois afeta bastante.” (Grupo 3)

Uma das interferências da dor que se apresenta relevante no tocante à qualidade de vida é a que produz alterações na sexualidade do casal. Essas alterações produzem redução ou encerramento das atividades sexuais e diminuição da satisfação com a relação.

Em investigação realizada por Carrilho et al. (2015) cujo objetivo foi comparar as diferenças na incidência de disfunção sexual, nos seis diferentes domínios de mulheres brasileiras obesas e não obesas, foi evidenciado que o grupo de não obesas apresentou maior interferência nas características, como menor lubrificação, dor e aspectos emocionais, como baixa de autoestima e de autoimagem corporal. Embora se entenda que não existe o fenômeno doloroso dissociado dos aspectos emocionais, como o autor apresenta, considera-se que esse estudo corrobora com os achados aqui apresentados, pois a dor diretamente ou as interferências oriundas dela podem impactar, como foi citado, a vida sexual do casal e, consequentemente, a qualidade de vida da pessoa com dor e de seu parceiro.

Nos relatos dos participantes dos grupos focais da presente investigação, foram verificadas evidências da dificuldade de realização das atividades sexuais, como o fim do ato de namorar; a convicção de saber que vai sentir dor e não prazer, a sensação de impotência de satisfazer o outro de forma completa.

A escolha por ficar sozinho

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Escolha por não se relacionar devido a sua condição

“Devido aos meus problemas, eu escolhi ficar sozinha, pois não vou conseguir acompanhar. Então eu também não vou deixar uma pessoa infeliz do meu lado.” (Grupo 3)

Nesse contexto, atravessado pela dor, no qual a demanda para se relacionar ou manter a relação é consideravelmente exigente e repleta de dificuldades, a pessoa que experiencia a dor, muitas vezes, vê como caminho único optar por permanecer sozinha, ou fora de uma relação conjugal.

Em contexto em que um dos cônjuges sente interferência da dor na qualidade de vida, há diversas mudanças decorrentes na dinâmica familiar do casal e na própria condição do indivíduo, como se observou anteriormente. Essa interferência se expressa na limitação de movimentos, interfere no campo relacional, sendo o sistema família ou o subsistema casal, bem como a dor interfere na motivação e na expectativa de vida, principalmente pelo aspecto emocional. Esse contexto pode gerar a necessidade de isolamento, vinculada à baixa autoestima, à vivência das limitações impostas pela dor, aos conflitos no campo relacional que acabam por aproximar a pessoa que vivencia o fenômeno doloroso, visto as condições limitantes, em escolher ficar sozinha, ou seja, não estar em um relacionamento conjugal (SANTOS; GRIEP, 2013; GUERRA et al., 2017, RETICENA; BEUTER; SALES, 2015, MIRANDA et al., 2016).

Nos relatos dos participantes da presente investigação, verificou-se a interferência da dor na escolha de permanecer sozinha devido aos problemas da dor, ao fato de não se sentir uma companhia agradável, à percepção da infelicidade do parceiro-cuidador ao seu lado.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 4- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual
- 35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor
- 38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim
- 39- Eu quero passar tempo sozinho devido à dor
- 44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade
- 45- Devido a minha dor, me sinto como um prisioneiro na minha própria casa
- 34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas

5.1.2.4.5. Interferências nas relações de trabalho: Sonho da profissão x realidade, adaptação e manejo necessário no trabalho; Legitimidade, burocracia e relação de trabalho

A categoria Interferências nas relações de trabalho contém falas que se associaram com as subcategorias Sonho da profissão x realidade, adaptação e manejo necessário no trabalho; Legitimidade, burocracia e relação de trabalho. Tais interferências podem se apresentar na forma da relação com a empresa em si, bem como com colegas de trabalho, afastamentos do trabalho, enfrentamento da dor ao trabalhar, conflitos e apoios de colegas de trabalho, relação com empregado e empresa, legitimidade institucional e burocracia da dor, adaptação e manejos necessários ao trabalho e sonho da profissão contrastante com a realidade.

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Sonho da profissão x realidade.

“Eu tenho 43 anos, eu to novo ainda, só que, assim, a minha profissão acabou. Então, vou voltar, tenho esperança de voltar a trabalhar e eles já estão a par disso e muitos ali dentro sempre gostaram de mim, são pessoas que eu sei que vão me ajudar lá dentro da empresa, então sei sabe meu pensamento.” (Grupo 2)

“Tudo você tem que aceitar e ele nunca aceitou. Porque ele sempre trabalhou, ele queria trabalhar. Trabalhar que jeito? Ele não tem força na mão, ele carrega peso aqui (antebraço), na mão ele não leva. Qualquer peso que colocar na mão dele, ele não leva.” (Grupo 1)

“Não é assim, sabe?! Você trabalhou a vida inteira para você chegar nos sessenta e cinco anos e aí você ser um incapacitado e não poder fazer nada... isso é muito ruim! Para! Vixe!... para mim, eu acho que é o fim do mundo; você trabalhou a vida inteira para chegar e depender dos outros.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Adaptação e manejos necessários ao trabalho.

“Então eu trabalho aos poucos, que nem eu trabalho no buffet do meu primo; quando eu vejo que to apertada, eu falo: oh gente! Eu vou no banheiro... não é no banheiro, eu vou sentar, tirar o sapato, fazer

massagem no pé, respirar, tomar o remédio, por de novo e voltar de novo para ativa.” (Grupo 1)

“O dia de trabalho fazia falta para mim, então procurava as pessoas que não trabalhava e falava: fulano quer ir no meu lugar amanhã? Eu vou para ganhar um dinheirinho, eu vou sim. Ia meu marido, tocava a turma, era do tio do meu marido, só que se eu não fosse, eu perdia o remunerado porque tinha que marcar falta no meu nome e eu colocava uma pessoa no meu lugar, quando desse o dia eu pagava a outra pessoa.” (Grupo 2)

“Se eu movimentar muito esse braço, ele pode se desmontar de uma hora para outra. E aí? Eu sou músico entendeu? Eu preciso desse braço para tocar e se eu desmontar ele e não consigo tocar mais e aí? Como é que vai ser? Eu tenho esse receio.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Enfrentando a dor para trabalhar.

“Eu trabalho sozinha nesse setor e eu já fiquei 06 meses afastada, tive duas hérnias de disco, travei. Aí o médico me afastou... Aí é pior porque eu trabalho não sei como, eu amaneço para trabalhar... Porque eu preciso... Eu moro sozinha, eu pago aluguel... Como eu vou ficar em casa sem receber?” (Grupo 2)

“Porque a dor, quando ela te dá muita dor, no caso, o M. é estudante e eles sabe disso, na escola, se você está nervoso, nem a prova você faz direito. Você quer acabar a prova logo e ir embora porque você não vê a hora de acabar... a tua objetividade na faculdade ou na escola não é a mesma dos alunos ali, que não tem nada, o raciocínio deles estão tranquilos.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Afastamentos do trabalho.

“Eu não consigo mais trabalhar, já estou afastada faz quinze anos, passei por perícia agora e fui afastada novamente porque não tem o que ser feito. Eu não posso fazer nada, acho que eu não me encaixo.” (Grupo 3)

O contexto de interferência de dor revela um conflito entre o desejo/necessidade de trabalhar, a história ativa da pessoa com dor e as limitações impostas pela condição atual,

inclusive, de afastamento muitas vezes. Decorrente desse conflito, surge a necessidade de enfrentamento da dor e do desenvolvimento de estratégias de adaptação e de manejos para a realização e a manutenção das atividades de trabalho.

Garcia, Vieira e Garcia (2013) realizaram pesquisa com o objetivo de identificar a influência da dor no desempenho da atividade laboral, de usuários de um serviço especializado para manejo da dor. Os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos com protocolo desenvolvido e a qualidade de vida foi avaliada utilizando o Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (CICONELLI, et al., 1999). Houve 76 participantes, divididos em dois grupos, quais sejam em atividade remunerada e inativos. No grupo com atividades remuneradas, 47,3% dos participantes afirmaram aumento na intensidade da dor ao realizá-las, e no grupo inativo, 80% dos participantes também afirmaram piora do quadro algico. Os resultados revelaram ainda que os escores de maior atribuição, em ambos grupos, foram associados aos domínios “limitação por aspectos físicos”, “dor” e “estado geral de saúde”.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, verificou-se, na interferência da dor, conflito entre as expectativas e os sonhos e a realidade limitante da condição dolorosa. Essa interferência é demonstrada pela permanência da esperança de voltar a trabalhar e a noção de que a profissão acabou; quando se questiona quais as condições de se trabalhar, ou quando se evidencia falta de força nas mãos ou que se trabalhou a vida inteira e agora se é incapacitado. Os relatos revelam, ainda, a interferência da dor como geradora da necessidade de adaptação, a exemplo, o que modifica os dispositivos de realização do trabalho, como a necessidade de trabalhar aos poucos, de sentar, de tirar o sapato e de massagear os pés; tomar analgésicos e outros no ambiente de trabalho; trocas de favores na escala de trabalho; receio de movimentar o membro com dor, todos em conflito com o exercício profissional, ressaltando-se o afastamento, o sentimento de desconfiguração da função, a necessidade de pagar aluguel e a ineficiência do raciocínio na realização das provas.

Legitimidade, burocracia e relação de trabalho

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Legitimidade institucional e burocracia da dor.

“Porque não tem laudo, eu não consigo trabalhar porque a dor é insuportável, tenho que levantar, tenho que sentar, minhas pernas começam a formigar... a dor.” (Grupo 1)

“É foi trabalhar, trabalho 2 dias. No 3º dia, o que aconteceu? Eu voltei para o INSS e para eu voltar a trabalhar tem que espera 30 dias para depois entrar com os papéis para dar uns 40, 60, 70 ou 80 dias para depois conseguir receber.” (Grupo 2)

“aí, além de gastar comigo, ela tem os problemas, eu trabalhava numa empresa por 23 anos, aí fiquei afastado 6 meses; quando eu voltei, mandou eu embora. Eu fiquei afastado pelo INSS 6 meses, aí sabe o que foi que o perito do INSS falou? Falou assim: “procure um advogado, eu vou te dar alta”. Eu falei: “rapaz se você me der alta a firma vai me mandar embora”. “Não, você tem que procurar um advogado”... ta com mais de ano que ta no advogado e até agora, o que eu tinha, gastei quase tudo...” (Grupo 5)

“O INSS fala que hoje, na idade que eu estou, falam que eu estou novo... tudo bem, um cara de 55 anos é novo, mas chega na empresa, e eu já fui em várias, eles vai... porque você sabe que toda empresa pede todo tipo de exame para você entrar, você acha que a empresa vai dar emprego pra mim? Não vai... eles falam assim “esse cara aqui...” eu trabalhava nessa firma de encarregado e quando o pessoal ia fazer entrevista lá... um dia a moça falou pra mim... um cara lá ia trabalhar comigo e ela falou assim “ele tem 52 anos... ele quer entrar aqui para se afastar...” foi o que ela falou pra mim...” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Relação com empregado x empresa.

“A usina, quando eu fui afastado, a usina colocou como se eu tivesse machucado fora; eu, no caso, eu entendi porque essa lesão na coluna não posso falar que foi na usina, são muitos fatores que aconteceu.” (Grupo 1)

“Não é só na usina, é em todas as firmas... De primeiro, até uns 2 anos atrás, me ligavam “ou como que ta?” Eu falei: “marquei perícia e tal.” Agora lá do meu serviço, isso é uma coisa que acabou, não ligam para perguntar como que eu to, sabe?! Um abandono total e eu mando relatório assinado, nem isso me pede mais, mas eu mando... Às vezes, eu deixo demorar uns 30 dias só para ver se eles vão me ligar e não ligam.” (Grupo 1)

“O patrão, ele mesmo ele te libera, ta vendo que trabalha bem e te libera para vir para cá, só que os outros que estão vendo isso, ele não ta vendo que ta trabalhando “alá ta puxando saco do patrão” (Grupo 1)
 “A cada 15 dias, eu voltava a trabalhar... Coluna! Eu fiquei durante 01 dia internado no hospital; saía, dava uma melhorada, voltava a trabalhar, até quando o encarregado lá pediu para eu fazer um tratamento.” (Grupo 1)

“Quanto ao convênio, logo no segundo mês, me cortaram meu convênio. Como eu não estava trabalhando, não tinha como descontar, eles falaram para mim que eu tinha que quitar aquilo para poder usar. Só que desses 2 meses, foi uma queda bruta do salário. O diretor mesmo que falou: “ele não é mais funcionário da usina, ele é funcionário do INSS.” (Grupo 2)

“e isso influencia em todos os sentidos, tanto na parte igual, por exemplo, o patrão não quer saber se você tá com dor, ele quer uma pessoa com saúde ali. E ele não tem medo de te mandar embora, você é apenas mais um dentro da firma e a consequência é que as contas não espera, as despesa não espera.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Conflitos e apoios de colegas de trabalho.

“Porque sempre tem gente que fala assim: “ah porque não trabalha registrada”? Mas como vai trabalhar registrada? Vai falar assim: “o patrão eu preciso fazer tratamento no HC, me libera?” Vão falar: “Alá! ta lambendo é porque conhece, deve tá, perdoe a palavra, dando para patrão.” (Grupo 2)

“Até isso eu já escutei, que é piti, é, “tá dando piti porque não quer ir trabalhar”, já escutei isso, é difícil.” (Grupo 2)

“Eles acham que eu posso fazer, mesmo com dor... a minha coordenadora, eu trabalho como auxiliar de enfermagem, ela me tirou de um setor e jogou para outro setor pior.” (Grupo 2)

“Eu fiquei uns quatro anos sem trabalhar e todo mundo que me conheceu sabe que eu era boa, que eu trabalhava.” (Grupo 3)

“No meu serviço, eles me chamavam de Das Dores.” (Grupo 2)

A dor no trabalho é contextualizada em conflitos que interferem nas relações de trabalho, sejam essas relações institucionalizadas, entre o empregado/empresa, e/ou atravessadas pela questão da legitimidade institucional e burocratização do manejo do fenômeno doloroso no contexto de trabalho ou na produção de relações ambivalentes, denotadas pelos conflitos/apoios de colegas de trabalho.

Valença e Alencar (2018) investigaram aspectos do processo saúde-doença de indivíduos com dor lombar em situação de afastamento do trabalho. De acordo com as autoras, algumas vivências e modos de organização do trabalho foram referidos pelos participantes como contribuintes da piora do quadro algíco e, consequentemente, da qualidade de vida, como, por exemplo, percepção de pressão no trabalho, equipes subdimensionadas, medo da possibilidade do desemprego, entre outros. As autoras apontam, ainda, a necessidade de mais estudos para elucidar aspectos relacionais, subjetivos e sociais, envolvidos na compreensão do processo de saúde-doença e dor.

A burocracia se fez presente nas falas dos participantes da presente investigação, sendo que se acredita que a interferência da dor necessite de intervenção que depende de instâncias inacessíveis, como laudos, aprovação de dispensas pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), perícias demoradas, ações judiciais e dependências de advogados. Associado a isso, há o enfrentamento do problema da idade para recolocação, do desvio de responsabilidade do empregador, do abandono dos antigos empregadores, do relacionamento conflituoso com os recursos humanos da empresa, da queda considerável nos rendimentos, da percepção da falta de solidariedade do empregador, da prática de bullying, do rebaixamento de cargo e/ou função, da perda de credibilidade na função e, muito raramente, do recebimento de apoio e de acolhimento.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar
- 56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades

5.1.2.4.6. Interferências no financeiro: Gasto com o manejo e deslocamento para o hospital; Reorganização do financeiro e diminuição da renda

A categoria Interferências no financeiro contém falas que se associaram com as subcategorias Gasto com o manejo e deslocamento para o hospital e Reorganização do financeiro e diminuição da renda. Este aspecto pode se apresentar pela diminuição da renda,

pela adaptação à nova realidade financeira e pelos gastos com a própria condição de cuidado do participante.

Gasto com o manejo e deslocamento para o hospital

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Gastos com o tratamento e deslocamentos para o hospital.

“Afeta o financeiro, tem que ter remédios. Que não são todos que tem na rede.” (Grupo 1)

“Pesquisadores: eu imagino que tem remédios que vocês conseguem e outros que tem que comprar. Participantes: isso, a gente tem que comprar, além de você estar afastada e ganhar menos, o gasto é maior. Se você estivesse com saúde e trabalhando, iria ganhar mais e gastar menos. Então eu prefiro trabalhar do que estar afastada.” (Grupo 3)

“Impacta nos gastos também. Por um bom tempo, quem comprou meus remédios foi minha irmã, mas hoje não, eu já voltei a trabalhar e sou eu quem compro.” (Grupo 3)

“bom, meu caso, só de eu deslocar até aqui, então você tem um gasto, pedágio, combustível, tudo, o dia de trabalho. Isso depende, imagino. Então tem muito desgaste financeiro. Aí você analisa. Hoje, graças a deus, a gente ganha remédio, mas pra gente chegar até aqui, nós tivemos um gasto financeiro, assim, aquela coisa de oitenta, noventa reais, assim, todo mês com remédio, você resolver a questão. Que, às vezes, você tinha que ter até mais para resolver esse problema. Toda vez que eu venho aqui, eu gasto uns 200 reais... é... hoje mesmo, eu vim no ônibus da prefeitura, mas você sabe que as coisas estão tudo caras... eu fui almoçar... cinquenta reais... não é fácil não.” (Grupo 5)

“pra mim, isso é, essa questão financeira atacou muito porque quando ataca a dor, você tira o dinheiro da onde for porque a dor... Infelizmente essa questão financeira, mas realmente a minha vida financeira prejudicou e muito na época dessa questão da dor”. (Grupo 5)

A diminuição ou perda do poder aquisitivo é evidenciada como fator interferente da dor na qualidade de vida do sujeito. Tal impacto advém principalmente dos gastos direcionados ao tratamento e também da logística necessária para realização deste.

Em pesquisa realizada por Souza et al. (2011b), o objetivo foi estimar os custos do diagnóstico e do tratamento do câncer de pele não-melanoma no Estado de São Paulo, entre 2000 a 2007, e compará-los com os do melanoma cutâneo no mesmo período. Foi utilizado, como modelo de procedimento, o projeto diretriz Clinical Practice Guidelines in Oncology, (National Comprehensive Cancer Network), adequado aos procedimentos da Fundação SOBECCan. Cabe enfatizar que os custos estimados se baseiam em valores de tratamento médico pagos no período. Os resultados apontaram que o elevado número de casos de câncer de pele do tipo não-melanoma, no Brasil, representam um impacto financeiro (sistema público/sistemas privados) de cerca de R\$ 37 milhões e R\$ 26 milhões ao ano, respectivamente.

Outra pesquisa, realizada por Sousa Junior et al. (2018), teve como objetivo descrever os casos de internações hospitalares e impacto financeiro da tuberculose pulmonar. Para coleta de dados, foram utilizados dados do Departamento de Ciência da Computação do Sistema Único de Saúde. Os resultados apontaram que a tuberculose pulmonar gerou um impacto financeiro no sistema de saúde público brasileiro de mais de 7 milhões de reais no período estudado, sendo 91,70% do total de custos hospitalares da macrorregião oriental. Essa oneração dos recursos em saúde, que são necessários para desenvolver o exercício dos serviços e práticas em saúde, abarcam os valores referentes ao paciente e aos acompanhantes. Cabe ressaltar que os estudos citados acima apresentam informações sobre manejos médicos e internações, porém nem todos os custos relacionados ao manejo são custeados pelo estado e, dessa maneira, alguns medicamentos, deslocamentos e refeições nos dias de consulta ou de procedimentos de manejo são custeados diretamente pela pessoa que está fazendo uso do serviço. Somando-se a essa situação, é preciso destacar que vários podem estar afastados do trabalho, o que contribui para o agravamento da interferência financeira da dor na qualidade de vida dos participantes.

As falas dos participantes trazem aspectos referentes aos prejuízos causados à vida financeira, à perda de poder aquisitivo, aos investimentos com remédios, aos deslocamentos intra e intermunicipais para realização do tratamento e às refeições necessárias na permanência e no deslocamento.

Reorganização do financeiro e diminuição da renda

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Reorganização do financeiro e diminuição da renda.

“Então a gente controla o financeiro. Graças a deus, a gente está tranquilo, não é aquilo mais, mas está tranquilo, não tem necessidade nesse ponto.” (Grupo 2)

“E saber que não pode dar aquilo que conseguia dar para família.” (Grupo 2)

“Teve muito, faz três anos e 4 meses que eu estou afastada, aí eu não recebo o PIS, pois estou afastada, não recebo mais o ticket, que são trezentos reais que ajudavam em muito. Então pego só o salário mínimo do INSS. Então minha vida mudou muito, aquele salário que você contava caiu, não recebe igual, né, diminuiu muito.” (Grupo 3)

“Eu, por exemplo, com o salário mínimo, pago as despesas ali de casa, compro os remédios, então dinheiro é assim, praticamente para pagar as despesas de casa para gente manter ali dentro, mas falta. (Grupo 3)

“Teve porque na época eu trabalhava e eu estava subindo de função, o meu colega que ficou no meu lugar estava de gerente e meu salário cada vez mais diminuindo. Aí rolou dívida, quase perdi minha casa, muita coisa aconteceu comigo; a minha esposa sem trabalho, vivendo só da aposentadoria. Foi e está difícil, ainda né nós estamos tentando reverter essa situação, mas o impacto financeiro foi muito sério.” (Grupo 4)

“No meu caso, eu até tive impacto financeiro. Primeiro porque eu vim de São Paulo para cá. Foi um belo de um impacto, eu larguei minha vida lá e vim para cá. Eu estou aqui faz 1 ano e meio, fazendo tratamento agora, eu estou só esperando dia 14 para ver como é que tá para eu poder ir embora de novo.” (Grupo 4)

Decorrente da diminuição ou perda do poder aquisitivo, surge a necessidade de adequação diante dos compromissos financeiros. Assim, adequar-se à nova condição financeira implica na reorganização dos recursos.

Em pesquisa realizada por Queiroz e Marques (2010), o objetivo foi avaliar a Qualidade de Vida dos doentes hematolológicos e sua relação com os aspectos

sociodemográficos e clínicos. Utilizou-se o Questionário de QdV da European Organization for Research and Treatment Of Cancer versão 3.0, o da Classe Social de Graffar e também foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos para 74 doentes hematolológicos. Os resultados apontaram que o impacto financeiro da doença foi significativamente maior nos participantes de classes sociais mais baixas, pois se caracterizam por serem mais vulneráveis a agravos de ordem financeira. Ressaltou-se, ainda, que essas situações podem ser agravadas por limitações temporárias ou permanentes da atividade laboral, geralmente de mais exigência física, nas classes sociais mais baixas; é necessário enfatizar que foram identificados escores elevados na escala de dor.

Outro estudo, realizado por Souza et al. (2011a), teve o objetivo estimar os custos associados à hospitalização e aos anos potenciais de vida perdidos devido à leptospirose. Foram utilizados bancos de dados de sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde para o relacionamento probabilístico dos casos e internações que evoluíram a óbito por leptospirose. Foi utilizado também o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e os casos confirmados foram subdivididos em internação e óbito, relacionados às seguintes bases: Sistema de Informações Hospitalares (registros com diagnóstico principal) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (causa básica do óbito, A27.0, A27.8 e A27.9). Foram estimados os custos parciais de internação, os óbitos pela doença, os anos potenciais de vida e de trabalho perdidos. Os resultados apontaram que a proporcionalidade entre os anos potenciais de vida perdidos e o número de óbitos foi, em média, de 30 anos perdidos para cada óbito.

Além disso, importa ressaltar que a estimativa do impacto financeiro foi aproximadamente de R\$ 22,9 milhões em salários não ganhos, sendo ainda os custos hospitalares de R\$ 831,5 mil aproximadamente. Os autores apontam que houve elevado custo social (anos potenciais de vida perdidos e gasto hospitalar parcial) quando comparados aos possíveis tratamentos precoces ou não adoecimento. A interferência da dor na qualidade de vida gera grande impacto para o sistema de saúde, porém a interferência no âmbito pessoal do participante, sobretudo daqueles que estão em uma classe social mais baixa e têm menor poder aquisitivo, pode gerar maior interferência, o que resulta em diversos prejuízos para o indivíduo, família e comunidade, exigindo, desse modo, adaptação e podendo levar à dependência de terceiros (familiares ou estado) para sua subsistência e para realização do manejo. Essa situação pode agravar-se, como citado anteriormente, pela não inserção no mercado de trabalho ou ausência de trabalho (SOUZA et al., 2011a).

Os participantes, da presente investigação, expressam, em seus relatos, as dificuldades vivenciadas nesse aspecto, abordando assuntos relativos à necessidade de controle dos gastos, muitas vezes, direcionando-os para despesas com a casa e com remédios; à perceptível diminuição da condição financeira da família; às dificuldades de gestão dos recursos financeiros; à mudança de cidade para continuidade do tratamento realizado; à perda da condição de provedor da família, dentre outros.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

64- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros

65- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.

5.1.2.4.7. Interferências no Lazer: Limitação no lazer x vida desejada; Necessidade, motivação, falta de repertório e dependência na atividade de lazer

A categoria Interferências no Lazer contém falas que se associaram com as subcategorias Limitação no lazer x vida desejada; Necessidade, motivação, falta de repertório e dependência na atividade de lazer. Em linhas gerais, essa interferência teve teor considerado negativo. Os temas apresentados foram: falta de repertório de atividades de lazer, necessidade de realizar atividades de lazer e autoestima, dependência de outros para participar de atividades de lazer, falta de vontade de realizar alguma atividade de lazer, limitação no lazer x vida normal.

Limitação no lazer x vida desejada

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Limitação no lazer x vida normal.

“Vontade de sair, ficar dando passeio, mas não dá, não dá para fazer passeio. Não tem jeito ué. Não dá para mim dirigir e não consegui ir caminhando.” (Grupo 1)

“Então, às vezes, eu nem vou nas festas porque eu sei que eu não to bom. Não vou lá ficar meia hora e os meninos querem brincar, às vezes é isso que atrapalha.” (Grupo 1)

“Eu não me divirto, só fico em casa; eu vivo deitada, eu não aguento caminhar, nem ficar em pé, a dor é vinte e quatro horas, então prefiro

ficar em casa. Meu lazer é minha casa. Eu fico na minha casa ou vou na casa da minha mãe e mais nada. Às vezes, minha irmã me chama “vamos na cidade, passear no shopping”, eu falo “não vou, não consigo andar.” (Grupo 3)

“Eu não consigo dançar, meu corpo não deixa. Eu gosto, mas depois que me deu essa dor, acabou. Então eu vou, fico sentadinha lá, com as minhas amigas, minhas comadres, mas dançar eu não consigo.” (Grupo 3)

“A dor é de 24 horas, é direto e reto, mas mesmo assim eu faço muita coisa: ando de bicicleta e não enxergo, não dirijo mais, mas pego bicicleta, saio na rua caminhando, mesmo tendo dificuldade para atravessar eu vou também.” (Grupo 4)

“não tem como você ter lazer, né? Às vezes, você está numa festa... a dor te incomoda ou você esta com a família... sua esposa, seus filhos e você não tem aquele lazer de ta ali com a família porque a dor, ela é muito crônica, ela é muito... dura, não é?” (Grupo 5)

“isso ele não interfere em nada e leva uma vida normal. Sai, se diverte, não tem problema algum, a única coisa que interfere é no trabalho, sendo isso, uma pessoa normal” (Grupo 5)

“assim, na nossa vida familiar, tenho que dizer que foi muito difícil, é muito difícil, porque muitas coisas nós deixamos de fazer pra poder... porque ele não consegue, ele não aguenta de dor e mesmo agora, bem estabilizado, a gente deixa de fazer por causa da dor. Às vezes, um passeio, né amor? E ele está lá, com muita dor, a gente desistimos de ir, às vezes numa festa, a gente somos evangélicos, às vezes na igreja a gente quer, mas não dar pra ir porque ele sente dor e com a dor não se pode brincar, né? É muito difícil” (Grupo 5)

No que concerne ao lazer, pode-se perceber que comparações são percebidas, entre o que é e o que não é possível de ser realizado, de acordo com as limitações provocadas pela presença da dor ou pela necessidade de intervenção em relação a ela. Há, nesse sentido, o estabelecimento de conflito entre o que é desejável de ser realizado e as condições necessárias para tal.

Em estudo realizado por Gabani et al. (2018), buscou-se caracterizar a dor crônica referida por professores, o tipo que mais incomodava, segundo a região do corpo. A amostra

constituiu-se de 958 professores, com predominância do sexo feminino, 42,6% da amostra relatou dor crônica, principalmente, na cabeça, nos membros superiores, nos membros inferiores e na coluna lombar. Os resultados apontaram que a dor na região da cabeça teve destaque pela maior duração, pela classificação intensa/insuportável e por interferir no lazer dos participantes, dentre outras interferências. Foi realizado o teste Qui-quadrado, corrigido (Yates) com nível de significância de 5%.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, é possível identificar o desejo de passear e o impedimento decorrente da impossibilidade de dirigir ou caminhar; o desejo de participar nas festas ou nas atividades de lazer com a família e ter que deixar de participar desses eventos por causa da dor; a busca por maior mobilidade e, ainda, ter que lidar com as restrições provocadas pela dor.

Necessidade, motivação, falta de repertório e dependência na atividade de lazer

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Falta de vontade de realizar alguma atividade de lazer.

“De primeiro, ele ainda saía com os amigos ir para o rancho, ficavam 2 ou 3 dias pescava. Estava forte, acho que juntou um pouco de depressão também, agora parece que ele tá querendo dar uma melhorada.” (Grupo 2)

“Agora não, agora eu aposentei. Pergunta para mim se eu saio para passear, não, não, não saio, eu saí hoje para vir pra cá (ambulatório da dor).” (Grupo 2)

“Participante: então como eu já não tenho a visão, a gente vai perdendo a vontade de sair. Pesquisador: de sair como? Participante: de sair para passear que eu gostava. Pesquisador: lazer então? Participante: essa é a dor pior. Participante: é isso aí, já está ficando para trás, eu já não estou mais tendo aquele incentivo de ir, de passear, de fazer nada.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Necessidade de realizar atividades de lazer e autoestima.

“Eu fico muito tempo sozinho, eu ligo pro meu colega “ou dá para arrumar o apartamento na praia grande para mim?, ele fala “dá” eu

baixo para lá, vamos eu e meu sobrinho, fico lá 5 dias; vou para lá e fico o dia inteirinho na água.” (Grupo 2)

“Eu faço uma coisa que eu gosto muito, que é artesanato. Então quando eu estou com muita dor e estou sozinha, eu mergulho nas minhas artes. Para mim, eu fico lá horas e horas e esqueço, mas assim tem hora que, dependendo do que eu estiver fazendo, por exemplo, se estiver cortando, costurando, tenho que parar porque não aguento de dor, mas eu fico horas e horas ali. Eu acho que se não fosse essa diversão, que é dentro de casa, eu acho que não conseguiria estar aqui não. Acho que eu iria entrar em uma depressão daquelas.” (Grupo 3)

“Acho que o mais importante é ter autoestima. Eu já fui uma pessoa que ficou para baixo, mas conversando com amigas, chamando para sair. E hoje eu sou uma outra pessoa com todas as minhas dores. Eu sou uma pessoa que sei sorrir, eu saio e quando fico muito tempo sem sair, eu fico assim meio depressiva.” (Grupo 4)

“Assim, eu vou lá para o centro da cidade, não vou comprar nada, não tenho dinheiro, mas eu vou e passeio, olho as lojas, às vezes encontro conhecidos, bato papo e quando quero vir embora, venho.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Falta de repertório de atividades de lazer.

“Participantes: eu nunca fui muito de sair. Nunca tive muita oportunidade, sempre fiquei em casa cuidando dos meus irmãos, eles cresceram e saíam e eu falava “não voltem muito tarde, não”, eu tinha medo que acontecesse alguma coisa. Então nunca fui muito de sair. Agora eu saio um pouquinho mais, porque foi todo mundo embora, então, na casa de alguns, que moram perto, eu vou. Pesquisadores: mas, assim, o que você faz para se divertir? Tipo, ela faz artesanato. Participantes: olha, se eu estiver trabalhando, já fico feliz; se falar “não posso fazer”, aí acabou minha alegria. Eu não sou muito de mudar a minha rotina e isso também é ruim, não pode ser assim. Tipo assim, tem que ser tudo assim, eu não posso mudar.” (Grupo 3)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Dependência de outros para participar de atividades de lazer.

“Tenho uns amigos que falam “vai a tal lugar. Ou! Vamos sair para um lugar? Vamos jogar um baralho?” Eu falo “se vir me buscar, eu vou; se não, não vou.” (Grupo 2)

Esse contexto de limitações nas atividades de lazer destaca a necessidade da realização dessas atividades, bem como a falta de vontade em sua realização, além da falta de repertório dos participantes em relação ao que se pode fazer, entender por lazer e revela também a dependência de outras pessoas para participação dessas atividades.

Em investigação realizada por Silva e Jesus (2015), com objetivo de identificar as características biopsicossociais associadas à dor neuropática em pessoas com lesão medular traumática e dor neuropática, a amostra foi composta por 13 pacientes. Para coleta de dados, foram utilizados os instrumentos Questionário Douleur Neuropathique em 4 Questions, Inventário Breve da Dor e também foram acrescentados dados demográficos. Os resultados apontaram predominância do gênero masculino, média de idades de 40 anos e, em relação à profissão, estavam aposentados ou desempregados. Foi evidenciado que o frio e a imobilidade foram fatores de piora da dor e, as atividades físicas e de lazer, fatores de melhora da dor. Os resultados evidenciaram também impacto negativo no humor, na ansiedade e nas atividades em geral, bem como consequências no domínio familiar e social. Os autores entendem, embora não tenha sido foco das investigações, que fatores sociais e emocionais, além dos físicos, estão associados à interferência da dor na qualidade de vida.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, é possível identificar o impacto dessas interferências, quais sejam na necessidade de lazer pela ida à praia com o sobrinho, na permanência em casa, no deslocamento apenas para ir ao ambulatório realizar o manejo da dor, na perda da vontade de sair para o lazer, na falta de repertório quando o participante relata nunca ter tido o hábito de sair para se divertir e que relata sentir-se feliz apenas com o trabalho e na realização de artesanatos como recursos de diversão e de manejo. Nos relatos, ficou evidenciada a relação entre lazer, diversão e autoestima, quando os mesmos apontam a necessidade de sorrir, sair com as amigas, passear na cidade e bater papo com conhecidos, além de revelar a dependência em realizar as atividades de lazer, pois saem apenas se os amigos os buscam.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

6- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer

5.1.2.4.8. Interferências nas relações com a comunidade: Julgamento e constrangimento; Isolamento da vida comunitária

A categoria Interferências nas relações com a comunidade está associada com as subcategorias Julgamento e constrangimento e Isolamento da vida comunitária. Essa categoria circunda interferência da dor na relação com as pessoas que não pertencem ao sistema familiar e nem ao sistema de relações no trabalho, ou seja, podem ser pessoas do convívio diário, como vizinhos e colegas de tratamento por exemplo. Os temas apresentados foram: isolamento da vida comunitária, constrangimentos pelo não entendimento e apoio por parte de amigos e colegas, sentimento de não levarem a sério a dor, Julgamentos negativos na comunidade que frequenta.

Julgamento e constrangimento

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Julgamentos negativos na comunidade que frequenta.

“O receber (salário), eu tinha que receber lá embaixo, eu tinha que receber que eu fiz o negócio da mão, então para receber tudo tinha que ser eu e a maioria das pessoas que via eu na rua falava “alá, para trabalhar não serve, mas para andar...” e isso mexe demais, mexe com a gente.” (Grupo 1)

“Ah elas (pessoas) acham que eu não trabalho por corpo mole... elas falam de um jeito que... só não diz que é preguiçosa porque... mas, no fundo, no fundo é isso que está querendo dizer.” (Grupo 1)

“Uma vez eu fui julgada na frente do hospital. O pastor, assim, ele falou “você tá nessa situação, precisa de mais fé”. Então se eu tava lá, ele também tava, quer dizer, ele como pastor tava pior do que eu... Eu falei “e o que tá fazendo aqui?”, ele ficou sem graça.” (Grupo 2)

“Os meus vizinhos acham que eu sou metida, assim, eles falam de tudo lá, mas não sabem do meu problema. Eu falei para alguns mais próximos. Só que, assim, eles não acreditam no problema, que eu operei do estômago, tirei a vesícula, que eu tirei o útero. Eu peguei e mostrei para essa pessoa porque ela questionava porque eu recebo um benefício chamado LOAS, que é tipo um auxílio doença e é com isso

que eu sobrevivo. Assim que eu mudei para lá, ela ficava falando que eu não mereço, porque eu recebia isso? Que tinha pessoas em estados muito mais ruins. Só que ela não sabe o que eu passo. São muitas coisas assim que as pessoas falam enquanto a gente fica calado.” (Grupo 3)

“Muitas vezes, eles veem eu saindo para ir no médico e eles acham que estou saindo para ir trabalhar. Me veem saindo com bolsa e andando normal, pois eu procuro, mesmo com dor, aí eles acham “a fulana saiu, então está trabalhando”. Eu vou fazer fisioterapia todo dia e acham que eu estou trabalhando, pois eu já ouvi eles falando. Então é bem ruim.” (Grupo 3)

Nesse conjunto, apresentam-se as fala que agrupa o seguinte tema “sentimento de não levarem a sério a dor”.

“E muita gente não leva a sério a dor, tem gente que não acredita na dor das pessoas.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Constrangimentos pelo não entendimento e apoio por parte de amigos e colegas.

“existe a dor mesmo e só aliviava com massagem... eu ficava com vergonha, eu ficava com vergonha, ficava constrangido, porque onde eu estava eu ficava assim (demonstrou uma massagem na virilha), então eu ficava assim, aí meus amigos “não vou te cumprimentar não em... você fica com a mão aí direto...” brincando assim comigo, mas eles não compreendiam que aquela dor era só eu massageando que ela parava, então eu ficava assim.” (Grupo 5)

“Só quem sabe para entender... porque uma vez na escola falaram “oh! Ele faz corpo mole...” Então tenha 1 terço da dor que ele tem, eu falei para a diretora. Eu sei, eu estou junto... aí pararam de implicar, mas... porque não tem como... levanta inchado, está com dor... é visível, você vê que não tem como ir. Ele faltou uma semana, aí eu falo “oh! Não tem condição...” aí eles falam “ai mãe tem que ver...” eu falo “eu queria que você tivesse 1 terço da dor dele, eu estou te desejando, um terço da dor dele para você... fica 1 dia com a dor dele...” é complicado, a gente enfrenta muita coisa...” (Grupo 5)

A interferência da dor na qualidade de vida mostrou-se relevante em todos os domínios demonstrados até agora e não seria diferente com as relações na comunidade, nas quais é instaurado contexto de conflitos, que podem se apresentar por meio do apoio ou do não apoio de amigos e de colegas, bem como de julgamentos negativos por parte da comunidade na qual está inserido, pelo sentimento de não acreditarem na dor sentida e pelos possíveis constrangimentos gerados por essa situação de não compreensão.

Em ensaio realizado por Canesqui (2018), o objetivo foi explorar as implicações, reflexos e ambiguidades geradas nos sujeitos e efeitos nas suas identidades, nos sofrimentos físicos e nos morais percebidos, na relação com os outros e com os serviços de saúde em contextos de legitimidade e não legitimidade da experiência de adoecimento e sofrimento de longa duração. Foram realizadas análises sociológicas e antropológicas em saúde. O texto aponta que as experiências de sofrimentos físicos e morais, sendo elas legítimas ou não, comprometem o cotidiano das vidas e das histórias de vida das pessoas; os tais são expressos na linguagem e nas emoções, reverberando nas relações sociais e nas identidades de ser-doente ou não-doente. A experiência dolorosa provoca rupturas nas vidas e, nesse contexto, a busca de legitimação, sendo a busca de credibilidade da autoridade e da manutenção da percepção de integridade das pessoas que vivenciam esse contexto de rupturas. Essa vivência fica nítida quando a ordem social é observada com cuidado, pois a vivência do fenômeno doloroso é demonstrada por meio do discurso social, das indagações e das explicações que essa condição de saúde-doença suscita. O conflito é instaurado e se tais perguntas não são respondidas, o estado de saúde não recebe chancela social, ou seja, a pessoa é agora deslegitimada em seus sofrimentos e, dessa maneira, as incertezas e as ambivalências naturais ou esperadas do processo acentuam-se, sendo afetada a identidade social da pessoa, que não pode ser saudável, nem doente perante a sociedade.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, é possível identificar os elementos que revelam essas interferências, apresentadas como quando são julgadas pela maioria da comunidade, quando os percebem nas ruas e julgam que se eles podem passear, deveriam estar trabalhando e que se não trabalham, é por que fazem corpo mole e são preguiçosos. Associado a isso, muitas vezes, julgam que, no caso de estarem afastados, porém trabalhando mesmo assim, são desrespeitosos com a legislação, com os benefícios (como afastamento pelo INSS ou pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)) que recebem para sobreviver, inclusive questionando-os. De maneira geral, a comunidade não acredita na dor referida, provocando constrangimentos por brincadeiras realizadas ou mesmo por normas institucionais, as quais exigem do participante aquilo que não podem oferecer naquele

momento, devido às limitações ocasionadas pela dor, a exemplo a frequência nas aulas. Esse contexto impõe ao indivíduo a impossibilidade de existir em sua dor, pois não tendo a disposição de outrem para percebê-la não encontra legitimidade social para expressá-la e manejá-la.

Isolamento da vida comunitária

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Isolamento da vida comunitária.

“os outros não acreditam na gente e a vida social também vai embora, porque quem vai sair com dor? Como você vai brincar com os outros sentindo dor? Não tem condição. Aí a gente vai se isolando, né? E isso é ruim para gente.” (Grupo 5)

Esse contexto conflituoso das relações na comunidade pode gerar o afastamento e o isolamento da vida comunitária, cujo contorno da fragilidade advinda da doença e das demais interferências que puderam ser percebidas ao longo dessa sessão de discussão e que quando reunidas, compõem a interferência da dor na qualidade de vida.

Em pesquisa realizada por Beigin et al. (2015), o objetivo foi identificar fatores psicossociais e emocionais e avaliar a qualidade de vida de pacientes, a amostra dividida em 02 grupos, com diagnóstico de síndrome dolorosa pós-laminectomia e submetido à interconsulta na Clínica da Dor, sendo Teste (T) e Controle (C), respectivamente. Para coleta de dados, utilizou-se a escala analógica visual, o dolorímetro de Fischer, o questionário WHOQOL-Bref e o Beck de Ansiedade e de Depressão. Os resultados apontaram predomínio do gênero feminino em ambos os grupos, média de idades de $42,3 \pm 5,8$ anos, maioria casada e média de escolaridade de $8,4 \pm 3,0$ anos, tempo médio de dor de $13,0 \pm 0,3$ meses após a cirurgia e limiar de dor mais baixo no grupo T. O estudo apontou que dimensões físicas e relações sociais foram as mais comprometidas na qualidade de vida, assim como os níveis de ansiedade e de depressão. Os pesquisadores consideraram que a queixa algíca interfere negativamente na qualidade de vida, indicando a necessidades de estudos na área da dor e na interferência desta na qualidade de vida.

Nos relatos da presente investigação, é possível identificar dificuldades na manutenção da vida social ou, até mesmo, a quase inexistência desta, quando é relatado que a vida social vai se perdendo ou os questionamentos do tipo “como sair com dor?” e “como divertir com os

outros sentindo dor?”. Logo, torna-se pertinente a constatação de que os participantes vão se isolando.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

52- Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais

53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos

54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas

55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)

57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida

5.1.2.4.9. Interferências na espiritualidade: Crença em Deus na condução do manejo; Religião como recurso de manejo e enfrentamento da dor

A categoria Interferências na espiritualidade contém falas que se associam com as subcategorias Crença em Deus na condução do manejo e Religião como recurso de manejo e enfrentamento da dor. Tais interferências podem se apresentar pela aproximação com esta dimensão humana e auxílio no enfrentamento da condição de saúde. Os temas foram Confiança em Deus na condução das coisas para melhor ou pior, Religião como recurso de manejo e enfrentamento da dor.

Crença em Deus na condução do manejo

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o tema: Confiança em Deus na condução das coisas para melhor ou pior.

“Deus cuida de nós e é guiado pela mão de deus, todas as coisas são guiadas pela mão de deus, então eu só confio nele.” (Grupo 1)

“Não me deixava e eu acho que confiava em deus, eu fui numa igreja e lá eles me mandaram fazer uma coisa simples e jogaram aquela água benta, falaram para gente colocar onde tinha dor, eu coloquei e não é dorzinha não. Vou falar a verdade, foi um milagre; agradeço muito a deus, foi um milagre.” (Grupo 1)

“O médico falou assim: “A senhora está em uma situação que não vai demorar muito para a senhora ficar numa cadeira de roda ou em cima de uma cama.” Eu falei: “bom, doutor, se deus quiser eu fico.” (Grupo 1)

“A minha cunhada, ela tinha um problema de coluna vivia no upa e aqui ainda faz tratamento, só que eu vou te falar uma coisa, um dia chamaram ela e falaram assim “não que fazer uma cirurgia espírita?”. Minha cunhada falou assim “do jeito que eu to eu vou.” Ela foi... Do jeito que lá está hoje, ela limpa casa, só que continua o tratamento aqui, através disso daí, ela melhorou 100 por cento.” (Grupo 2)

“Eu não paro se está doendo, e daí? Eu não nasci com essa dor e quando eu morrer, ela passa e vou vivendo, vou orando a Deus, vou congregando, vou caminhando e tenho agradecido a Deus porque ele sabe todas as coisas da nossa vida e se aconteceu comigo, eu não queria, mas aconteceu e poderia ter acontecido uma coisa muito pior. Eu desmontei o braço e se eu desmonto o pescoço? Não estaria aqui para falar com ninguém.” (Grupo 4)

Crença de que Deus guia os atos dos profissionais de saúde

“Eu respondi para ele, falei, “bom, doutor, eu simplesmente tomei uns remédios caseiros e pedi para deus me livrar eu da quimioterapia.” (Grupo 2)

“Eu falei “graças a deus, eu confio só nele porque se operam a gente, é guiado pela mão de deus.” (Grupo 2)

Essa complexa situação na qual temos um humano que percebe a interferência da dor na qualidade de vida, demarcando seu início com a história da humanidade, delineia-se como um domínio importante à espiritualidade, que se insere neste contexto, contribuindo na compreensão do participante e estabelecendo significado para manejo da interferência do fenômeno doloroso baseado na crença e na confiança de que uma Entidade Divina conduz as coisas para o melhor ou para o pior com algum propósito. Isto se revela, inclusive, quando da crença de que esta entidade guia os atos dos profissionais de saúde.

Saltareli et al. (2015) desenvolveram estudo com objetivo de caracterizar a compreensão de líderes e de afiliados da religião católica acerca da dor do existir, ou seja, a dor do ser humano diante da morte. A coleta de dados foi realizada por meio do Instrumento de Avaliação de Conteúdos Religiosos, que contém entrevista semiestruturada e escala. Foi realizada análise de conteúdo, da qual emergiu a categoria descrição de Deus, na qual os participantes expressaram sua percepção enquanto um ser próximo, inclusive com descrições relativas à sua personificação com atributos humanos. Os autores discutem também essa ideia

de personificação em relação à imagem de Jesus Cristo que, nessa concepção religiosa, é percebido como um meio para se atingir a salvação da alma.

Estudo realizado por Soares (2016) teve por objetivo descrever as vivências de conforto e de desconforto de mulheres que foram submetidas à braquiterapia para manejo de câncer do colo uterino. O estudo foi embasado na Teoria do Conforto de Kolcaba e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 8 mulheres que já haviam concluído o manejo no mínimo há 06 meses. Os resultados apontam que os participantes referiram dor do procedimento e dos efeitos pós-manejo na dimensão física, bem como na dimensão psicoespiritual, com sentimentos de medo do desconhecido e do sofrimento, baixa autoestima e trauma psicológico pós-terapia; na dimensão social, a falta de acompanhante e estresse por se sentir constrangida durante o manejo. Os dados obtidos revelaram que as principais medidas na busca por conforto foram diálogo com profissional, administração de medicações e a percepção da fé e da espiritualidade no manejo da dor e dos sintomas relacionados.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, puderam ser verificadas falas que demonstram a ideia apresentada anteriormente, como quando relatam que Deus cuida de todos e sobre a confiança nele, quando apontam que todas as coisas são guiadas pela mão Dele e que, muitas vezes, aconteceu o que deveria acontecer e que Ele protegeu de algo pior. Associado a isso, agradecem a Deus pelos milagres, ou quando relatam que se for da vontade Dele, que utilizarão uma cadeira de rodas ou ficarão acamados e aceitarão essa situação. Os relatos revelaram um somatório de recursos espirituais/religiosos à ação dos serviços de saúde.

Religião como recurso de manejo e enfrentamento da dor

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Religião como recurso de manejo e enfrentamento da dor.

“Dizem assim: “Nossa! Mas tem tristeza com essa dor.” Eu falo: “Ah! Eu não, Deus também sofreu sem merecer nada.” (Grupo 1)

“Então a palavra aqui é que deus abençoa todos nós. Aquele que tem dor, que como eu carregou ela aí. Que deus ajude a nós, a livrar das dores e a suportar a carga às vezes.” (Grupo 1)

“Mas estou melhor, graças a deus; foi um milagre.” (Grupo 2)

“Quando ta no pico. Falo “meu deus, coloca um copo pro padre para estar benzendo, toma água, enche as garrafas e toma banho de água.”

Tudo isso eu faço, isso ajuda a enfrentar essa dor.” (Grupo 2)

“Então eu passei por pedaço muito difícil e você tem que ter muita força e a força eu nem acho que é você que tem. Ela vem de Deus porque senão você não aguenta; eu passei por vários problemas na minha vida.” (Grupo 3)

“Sempre buscar as coisas de Deus porque, realmente, o que enche nossa vida é as coisas de Deus. As coisas de Deus renovam as coisas em nós, por isso que eu suporto.” (Grupo 4)

Essa demarcação da espiritualidade/religiosidade no fenômeno doloroso ganha qualidade de recurso de manejo e de enfrentamento da interferência da dor na qualidade de vida.

Em investigação realizada por Silva et al. (2015), o objetivo foi demonstrar a integração da dimensão espiritual ao contínuo saúde-doença. Foi relato de caso com participante com 43 anos de idade, evangélica, com diagnóstico de câncer de pâncreas avançado e em condição de não resposta aos manejos antitumorais. A participante estava em acompanhamento em ambulatório da dor do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Controle de Oncologia, apresentava dor nociceptiva visceral em abdômen superior associada à ascite volumosa, ao edema em membros inferiores e à dispneia. Recebeu acompanhamento domiciliar pela equipe multiprofissional, que incluía a capelã, na tentativa de lidar com dores intensas e incapacitantes, angústia, tristeza e medo experienciados por ela. Os resultados apontaram a necessidade de reconhecimento da dimensão espiritual na avaliação e no manejo adequado da dor total interferente na intensidade e no sofrimento devido à finitude.

Em pesquisa realizada por Gomes et al. (2018), o objetivo foi avaliar as atitudes frente à dor de participantes com doença renal crônica em hemodiálise e a relação com a espiritualidade. A amostra foi constituída por 50 participantes com o referido diagnóstico. Para coleta de dados, realizou-se entrevista individual e, para tal, foram utilizados questionário de caracterização sociodemográfica, Inventário de Atitudes Frente à Dor-Breve e Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro. Em relação à espiritualidade, as médias foram de $3,80 \pm 0,39$ na dimensão crenças e $3,36 \pm 0,67$ na dimensão esperança/otimismo. Os autores destacaram que houve correlação positiva, de moderada magnitude, entre a dimensão esperança/otimismo da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e os domínios

solicitude ($r=0,315$; $p=0,026$) e emoção ($r=0,299$; $p=0,035$) do Inventário de Atitudes Frente à Dor-Breve. Os autores consideraram que a espiritualidade deve ser considerada na assistência, com finalidade de auxílio no enfrentamento, no manejo e na doença.

Ambos os autores destacam a importância da religiosidade como manejo da dor, tanto proveniente do adoecimento em si, como também em relação à proximidade com a finitude. Os autores destacam, em seus respectivos estudos, o aumento do interesse pela temática, sustentado por dados que revelam a eficácia desse recurso no manejo da dor, da ansiedade e da depressão (SILVA et al., 2015, GOMES, 2018). Soares (2016) também discute, em seu estudo, a importância da espiritualidade enquanto recurso para o manejo da dor e dos demais sintomas.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, foram evidenciados argumentos que sustentam as afirmações de que a espiritualidade/religiosidade pode apresentar-se como recurso para o manejo; como quando é apontado que o participante não se sente triste, pois Deus também sofreu sem merecer, nos auxilia no livramento da dor, dá-nos força para suportar a carga e para enfrentar a dor, havendo progresso e melhoria graças a Ele e consideram que ter confiança Nele renova as coisas e preenche a vida.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 58- Devido a minha dor,tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade
- 59- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade
- 60- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito
- 61- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor

5.1.2.4.10. Interferências no manejo, na relação com profissionais e com o serviço de saúde: Efeito secundário, dependência, medo e efetividade do manejo; Falta de conhecimento e necessidade de saber sobre a etiologia da dor; Automedicação

A última categoria é a Interferências no manejo, na relação com profissionais e com o serviço de saúde. Ela está associada com interferência da dor e sua relação com os aparatos de cuidado e se apresenta nas subcategorias Efeito secundário, dependência, medo e efetividade do manejo, Falta de conhecimento e necessidade de saber sobre a etiologia da dor e Automedicação. As falas apresentadas apontam qualidades nas abordagens dos profissionais de saúde, bem como descontentamento por parte dos participantes quando do lugar de pacientes. Além disso, são apresentadas experiências oriundas dos tratamentos e suas reverberações, além de apontamentos sobre a organização do serviço. Os temas apresentados

foram: automedicação, dependência do medicamento, falta de conhecimento e necessidade de saber sobre a etiologia da dor, atribuição negativa ao tratamento medicamentoso, efetividade do tratamento, disposição e vinculação com o processo de tratamento, sentimento de gratidão - apesar das dificuldades do tratamento - vivências ruins do tratamento, efeitos colaterais, medos decorrentes dos tratamentos, impactos negativos dos medicamentos.

Efeito secundário, dependência, medo e efetividade do manejo

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o tema: Vivências ruins do tratamento, efeitos colaterais.

“Então, o que que acontece, eu venho, do mesmo jeito que eu sento, eu fico quietinha, boto o travesseiro na cara, não vejo nem a agulha, só sinto a dor, às vezes até me perguntam “está bem?” eu falo que estou.”
(Grupo 1)

“De uma simples dor que eu estava aqui, tudo, tudo, todos os exames eu fiz aqui, fiz um e ainda falei assim: “isso é tortura”. Um tal de eletrocardiograma, aquilo lá, para mim, é uma tortura.” (Grupo 1)

“Quer dizer, é o transtorno da dor de você vir aqui pegar uma receita.”
(Grupo 1)

“Depois de tomar Morfina, era como se eu ficasse com aquela sensação que alguém tá te olhando, eu fechava o olho para dormir e quando o som vinha, parecia que tava um vulto passando na minha frente; é uma sensação ruim.” (Grupo 1)

“Olha, tem que emagrecer”, emagrecer que jeito? Ah, então tá! Só que, assim, quando eu comecei aqui, eu não era gorda, eu era magra.”
(Grupo 1)

“Se eu tomar, por exemplo, em mim não é todo dia, mas tem dia que me dá uma coceira que eu tenho que correr lá e tomar um polaramine, eu tenho que levantar a mulher sabe, ou eu falo para ela “esse me derruba.” (Grupo 1)

“A vida da gente vai ficando frágil quanto mais tem esses negócios tudo... Menos a gente tem imunidade, assim, o organismo fica fraco.”
(Grupo 2)

“Nossa! Eu tomo esse medicamento lá no hospital que eu chego que nem uma pinguça, trançando até as pernas, não consigo me segurar.”

(Grupo 2)

“Quanto à medicação... O tramol mesmo, ele dá uma secura, seca a boca beber água e é bom que se está bebendo água, que diz que a medicação.” (Grupo 2)

“E isso, muitas vezes, tira a nossa paciência entendeu? Às vezes, eu acho que o medicamento faz a gente retardar a mente também.”

(Grupo 4)

“E eu fiz um teste comigo, no mês passado, de ficar sem tomar o remédio, porque você vai se entupindo de remédios e ele realmente mexe com a cabeça, pois eu também tenho esse problema de esquecer as coisas. Isso eu acho que todo mundo que toma medicamento forte tem e eu ainda tomo calmante forte também, para dormir, para relaxar, enfim. Então o remédio também ajuda. Aí, mesmo tomando o remédio para dor, você sente, você se limita porque o remédio acaba te atacando o estômago, a mente, o raciocínio, até o intestino; você sente que muda tudo e ninguém mexeu lá. Então você vai começando a sentir não só a dor, mas onde está atacando também, devido a tanto medicamento.” (Grupo 4)

“Aliás, o tratamento em si, desde quando ele é começado, já causa dores.” (Grupo 4)

“Quando você faz radioterapia, quimioterapia, fora os remédios, você perde o paladar, perde a vontade de comer, a boca seca, muda teu organismo completamente.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Impactos negativos dos medicamentos.

“A medicação engorda, a gente fica sonolento...” (Grupo 1)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Atribuição negativa ao tratamento medicamentoso.

“Poxa! Agora vou depender de droga para mim poder (viver), sabe...”

(Grupo 1)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Dependência do medicamento.

“Tenho que tomar o medicamento se não, não durmo... não tem jeito. Porque o braço trava a noite inteira.” (Grupo 4)

“Agora não consigo, não consigo mais andar, por exemplo, a gente vai no médico e eles falam “faz uma caminhada para melhorar a pressão”, minha pressão não é muito ruim não, mas eu tomo remédio para pressão e eu tomo remédio para a depressão; até hoje; o médico fala se eu parar de tomar; volta de novo. Então eu tomo um monte de remédio: remédio para dormir, calmante, remédio para tirar dor - só que as dores estão aí, o meu pé incha muito, fica muito inchado e vermelho, parece que tem uma coisa queimando lá dentro.” (Grupo 4)

“Entrevistado: igual no caso... Eu tenho uma dependência do Metedon... assim oh! Quando eu to sem o remédio, me dá falta de ar, bateadeira e tal... o médico falou que não é bateadeira e não é falta de ar... ele falou para mim, mas eu fico muito mal mesmo... mal! (...) (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Medos decorrentes dos tratamentos.

“O médico dos ortopedistas daqui falou para mim, eu fiz a ressonância da coluna, ele falou para mim se eu queria fazer a cirurgia. No dia que eu vim aqui, eu falei para o médico, ele pediu uma ressonância, eu falei “doutor, eu só não quero ficar na cadeira de rodas.” (Grupo 2)

“Comigo foi diferente, eu comecei com dor na coluna, eu tinha 26 anos, eu travava; o doutor falou assim para mim: “tem que fazer cirurgia”. Eu falei: “Não, não vou mexer com isso não.” Eu fiquei um tempo com dor, mas sem cirurgia; depois foi o outro doutor que falou: “Precisa fazer cirurgia na c5 e na c6”, eu tinha medo, de jeito nenhum que vou fazer isso, tinha medo.” (Grupo 2)

“Eu falei “doutor, o senhor garante que eu vou continuar andando?”, “não, nós não garantimos nada”, eu falei “então não vou fazer” ele falou.” (Grupo 2)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Efetividade do tratamento.

“No começo, acho que o tratamento da clínica da dor era mais frequente, então ele sentia menos dor, mas agora que foi prolongado

de um mês, de 3 mês, uma por ano, ele tá sentindo bastante dor.”
(Grupo 1)

“Faz o bloqueio, daí a 4 ou 5 dias ele tá sentindo tudo de novo, que as dores deles são frequentes, tudo para baixo, daqui para baixo, só nos braços e agora tá descendo tudo.” (Grupo 1)

“Eu estava sem dor mesmo, tava normal, depois começou tudo de novo. Era só injeção, direto, parece que quando volta, volta pior.”
(Grupo 1)

“Só que eu to no suporta, porque o remédio que toma, sei lá, não funciona... eu tenho medo de falar e eles aumentar a dosagem, vai aumentar o tipo de remédio... Eu sei que vai melhorar, um pouco, mas eu vou piorar de um lado, sabe? Então eu fico... eu to tentando, eu to tentando manter só esse remédio. Eu tomei um tal de morfina que, pelo amor de deus, parece que eu ia morrer do coração. Eu senti mal, eu não tinha problema do coração, eu não tinha problema de nada. Morfina é um negócio ruim que eu nunca mais quero usar.” (Grupo 1)

“E aí você não sabe o que você faz mais da vida... Medicamento? Toma, passa pelo médico e a dor não sai, não some.” (Grupo 2)

“Foi assim que eu comecei a vir no tratamento, eu começou a acalmar.” (Grupo 2)

“Mandou fazer fisioterapia, eu fiz e deu uma melhoradinha.” (Grupo 2)

“Eu faço fisioterapia também e em casa, agora, eu tenho aquelas bicicletas, aquelas ergométricas, para exercitar, dói, mas se a gente não fizer, dói mais depois, mas depois que faz a fisioterapia é assim, tem dia que ta ruim, vai lá e sente um alívio, tem dia que está bom e, nossa, piora.” (Grupo 2)

“Eu falo. Com a medicação daqui, eu comecei a suportar a viver, porque antes eu não suportava. Antes me via 24 horas, 12 horas chorando ou fingia pros meus filhos não ver eu chorar.” (Grupo 2)

“Não é o caso. Sempre que eu tomo, a dor melhora uns dois dias. Mas depois volta de novo. Até piora. Porque aí é câibra e dormência e formigamento. É muito mal mesmo. Não tá resolvendo o problema pra mim. Até agora... tá bem dolorido.” (Grupo 3)

“Os remédios daqui toma porque tem que tomar, mas não adianta.”

(Grupo 3)

“Pesquisadores: depois da cirurgia melhorou? Participantes: não.

Continua a mesma coisa desde a primeira cirurgia, segunda e terceira.

Não melhorou nada, pois a dor persiste. Pesquisadores: a mesma dor?

Participantes: a mesma dor.” (Grupo 3)

“Eu tomo 24 comprimidos por dia e não tem alívio; é 24 horas mesmo

e conviver com ela né, tomo medicação e não resolve nada também,

todas essas medicações, tomo guabapentina, azetioprina e outros.”

(Grupo 4)

“A dor é muita, né, que a gente tem; eu já fiz esses bloqueios 2 vezes

já. A primeira vez; teve um alívio bom, mas dessa última vez não

resolveu nada.” (Grupo 4)

“Tudo que eu tomava, já fazia tratamento, mas a medicação que eu

tomava não resolvia. Aí, vim aí no bloqueio, vim um monte de vezes

aí no bloqueio; eu achava que era bom, melhorou muito.” (Grupo 4)

“Aí eu comecei a perceber que eu tomava muito remédio pra dor,

muito remédio, (...) comecei o bloqueio e, para mim, foi uma benção

porque, aí, eu fui percebendo que era a longo prazo. Eu não

compreendia porque no começo eu falei “não está resolvendo nada”.

Não está resolvendo nada? Aí, conforme foi passando o tempo, eu fui

analisando e vendo que a minha vida começou a melhorar... até na

faculdade eu comecei no primeiro e tals, mas sentia muita dor, mas aí

eu comecei a perceber que eu comecei a raciocinar melhor.” (Grupo 5)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Disposição e vinculação com o processo de tratamento.

“Se você chegar para mim e falar “sua dor vai melhorar se você

pendurar de cabeça para baixo”, eu vou fazer de tudo e vou pendurar.”

(Grupo 1)

“No meu pensar, eu, para mim, acabou esse medo; eu já fiz essa

cirurgia, então se ele falar para mim “vem amanhã”, eu to aqui, quero

resolver isso.” (Grupo 2)

“Qual que é meu pensamento? É fazer essa cirurgia... A cirurgia em si, eu tenho, assim... Se falar vamos fazer? Vamos! O meu pensamento é “vai mudar minha vida? Vai!” (Grupo 2)

“Eu falo, às vezes é que nem aquele ditado, tem que fazer o mau (tratamento) para poder fazer o bem, não é?” (Grupo 2)

“Então, assim, para aguentar a dor com paracetamol, dipirona, dicoflenaco... gente, isso é o caos! Eu tomo omeparazol, gabatentina, tramol, parecetamol e o amitril. O tramol eu comecei com 1 comprimido, a cada 12 horas, mas eu já vi a bula lá e quando me ataca, vou me controlando. Tem hora que eu tenho que chamar meu pai, eu tenho que ir lá no UPA e tomar um na veia, que na veia é outra coisa, é outro remédio, é rápido quando toma na veia... passa rápido.” (Grupo 2)

“O dipirona fica em cima do filtro de beber água. Pode ir lá que você vai ver. Ficam em cima do filtro de beber água uns 2, 3 vidros... Para ela tá com dor.” (Grupo 2)

“Toma o remédio com medo de piorar.” (Grupo 4)

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Sentimento de gratidão apesar das dificuldades do tratamento.

“Mas não é fácil, não, mas eu agradeço muito de vir pra cá, apesar de eu reclamar de todas essas coisas.” (Grupo 1)

Para pensar no fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida, deve-se ampliar o foco e perceber que existem interferências que não são diretas, ou seja, são efeitos dos efeitos, como é o caso da necessidade de manejo, das reverberações que ocorrem a partir dele e dos contextos estabelecidos a partir dessa necessidade. Esse manejo pode gerar, quando realizado com efetividade e humanização, boas vivências; tais como a percepção da efetividade deste manejo, a disposição e a vinculação com o processo de manejo e o sentimento de gratidão, apesar das dificuldades que envolvem esse processo. Porém, esse contexto de manejo também pode gerar experiências ruins, quais sejam aqueles decorrentes de medicamentos que podem gerar efeitos adversos, dependências e medo relacionados a esse processo.

Em pesquisa realizada por Silveira et al. (2014), tiveram por objetivo conhecer a percepção dos pacientes acerca dos procedimentos terapêuticos utilizados pelos trabalhadores da enfermagem para o alívio da dor. Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista

semiestruturada. Participaram 38 pessoas internadas em um Hospital Universitário, sendo a análise realizada por meio da técnica de Análise Textual Discursiva, composta de quatro focos: desmontagem dos textos, estabelecimento de relações, captação do novo emergente e processo auto-organizado. Os resultados apontaram que 03 categorias emergiram, quais sejam o significado e a limitação da dor expresso pelos pacientes, os procedimentos terapêuticos praticados pela equipe de enfermagem para aliviar a dor e a utilização de instrumentos para avaliação da dor. Em relação à primeira categoria, foi revelado que os participantes compreendem a dor em sua dimensão total, em outras palavras, ultrapassando os limites de uma condição estritamente física, desse modo, estendendo-se às dimensões psicológicas e sociais, cabe ressaltar que relacionam, ainda, a experiência dolorosa com sofrimento, impotência, sensação de mal-estar, medo da incapacidade permanente, da morte e de não poder sustentar a família. Experiências essas que, associadas a potenciais outras, como a determinação genética, podem gerar incertezas e desejo de suicídio. Em relação à segunda categoria, foi evidenciado que a maioria dos participantes utilizou apenas os medicamentos como terapêutico para alívio da dor e só uma minoria fez uso de outros recursos, tais como massagens, aplicação de óleos, de compressas, de bolsas de calor e de frio. Em relação à terceira categoria, a maioria dos participantes apontou não existir avaliação da dor em sua maioria, por parte da equipe de enfermagem, restringindo-se, quando for o caso, à intensidade da dor e à localização. Os autores consideram necessária a implementação de escalas para avaliação da dor e de protocolos para sistematizar as ações de manejo pela enfermagem. Ademais, ressaltam que não existir protocolo de avaliação da dor, em instituições, pode gerar dificuldades para dar assistência qualificada e individualizada ao paciente com dor. Os autores apontam a necessidade de equipes multiprofissionais, visando à abordagem mais ampla do fenômeno doloroso e suas interferências, incluindo, também, os familiares nesse processo.

Em investigação realizada por Sousa-Munõz et al. (2015), buscou-se avaliar a prevalência de dor e a adequação da terapêutica analgésica administrada aos pacientes de um hospital universitário e aferir a concordância entre o autorrelato algico e os dados registrados nos prontuários. Utilizou-se, para coleta de dados entrevistas estruturadas, contendo características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, tipo de analgésicos, esquemas de manejo, intensidade e características da dor. Os registros médicos relacionados ao uso de medicamentos foram colhidos por meio de anotações nos prontuários e listas de prescrições. Além disso, a dor foi avaliada por meio da Escala Visual Analógica (EVA) e pela Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) e, para avaliação da adequação da

analgesia, foi utilizado o Índice de Manejo da Dor (IMD). Ainda, para as prescrições, foi utilizada Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde.

Os participantes foram adultos que manifestaram queixa de dor até 24 horas anteriores à admissão hospitalar ou em qualquer momento após a internação no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Participaram do estudo 115 pessoas com idades entre 18 e 90 anos, com média de 48,7 ($\pm 17,7$). Destes, 60 (52,2%) apresentaram dor intensa e 39 (33,9%), dor moderada. Em relação à concordância entre o autorrelato algíco e os dados registrados nos prontuários em relação à dor demonstraram que em apenas 45 (39,1%), na admissão, e 42 (36,1%), na evolução hospitalar dos prontuários, foi registrada a informação sobre dor. Em relação à adequação da terapêutica analgésica, encontrou-se IMD negativo em 85 (82,6%) dos pacientes. Observou-se prescrição inadequada em 78,3% dos pacientes. Em relação às estratégias de manejos, evidenciou-se prevalência do emprego de monoterapia, com uso de analgésicos não opióides (dipirona/paracetamol) e anti-inflamatórios não hormonais em 87,8% dos pacientes, enquanto os opiáceos foram utilizados em apenas 14,7%. Os autores concluem que a adequação analgésica foi insatisfatória, não houve concordância entre o autorrelato de dor e os dados registrados nos prontuários, indicando que, possivelmente, os médicos não têm se preocupado em investigar esse sintoma ou em registrá-lo adequadamente nos prontuários. Os autores demonstraram que os esquemas terapêuticos são insuficientes e provavelmente ineficientes, expressando, portanto, a necessidade de maior conhecimento sobre o uso de analgésicos no tratamento da dor na referida instituição (SOUSA-MUNÕZ et al., 2015).

Nos relatos dos participantes da presente investigação, foram verificadas evidências desse tipo de interferência quando as falas apontam que, por exemplo, com sessões mais frequentes a dor era a mínima possível, já com intervalo mais prolongado, a efetividade do manejo diminuía e, ainda, sobre a efetividade, também foi apontado que o efeito do bloqueio, em alguns casos, permanecia por 4 ou 5 dias e reincidia após.

Associado a isso, há a percepção de que quando a dor retornava, estava pior do que antes da intervenção, sendo que alguns apontaram que o procedimento de bloqueio resultou em melhora do quadro de dor e, a longo prazo, o manejo teve impacto positivo maior; alguns apontaram que os medicamentos não têm efeito, ou seja, não diminuem a dor; outros apontaram que com os medicamentos conseguiam suportar a vida, outros apontaram que com o começo do manejo foram se acalmando e houve relatos de que as cirurgias que realizaram não tiveram impacto positivo e de que a fisioterapia ajudou pouco na melhora; ainda, alguns

apontaram que, às vezes, a fisioterapia minimizava e, às vezes, maximizava a experiência dolorosa.

Sobre a existência da vinculação com o processo de manejo e a crença na efetividade deste, foi evidenciado, quando os participantes relataram que têm disposição para fazer tudo o que era solicitado nos processos de manejos, não terem mais medo dos procedimentos, principalmente da cirurgia, e terem a crença de que a cirurgia mudaria a vida, de que os efeitos secundários não desejáveis eram aceitáveis com vistas à melhora da clínica, que faziam uso dos medicamentos por medo de a dor piorar e tinham sentimento de gratidão, apesar das dificuldades do processo de manejo.

Nos relatos dos participantes dos grupos focais da presente investigação, foram verificadas evidências desse tipo de interferência quando as falas apontam que alguns exames doem muito, utilizando o termo tortura, ou quando apontam que alguns medicamentos produzem efeitos colaterais, como persecutoriedade e alucinações, aumento de peso, surgimento de prurido no corpo, ou que o organismo ficaria frágil com o tempo de exposição aos medicamentos, gerando tontura, boca seca, atraso no raciocínio e perda de paciência. A ingestão de remédios para lidar com a interferência da dor na qualidade de vida e com os efeitos colaterais desses e o próprio manejo geram outras dores, perda do paladar e da vontade de comer, sonolência; tendo a ideia de que depender de medicamento é dor em si, sendo dependente para conseguir dormir, para manejar psicopatologias, e que quando não ingeriam o medicamento, sentiam dispneia, taquicardia e mal estar. Associado a isso, os manejos cirúrgicos geravam medos de sequelas, como paraplegia ou tetraplegia, existindo a dor dos procedimentos em si, como no caso dos bloqueios, ou na organização e no fluxograma de trabalho da instituição, no deslocamento, muitas vezes para outras cidades, para fazer a retirada da receita médica.

Falta de conhecimento e necessidade de saber sobre a etiologia da dor

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Falta de conhecimento e necessidade de saber sobre a etiologia da dor.

“A médica me perguntou: “mas porque não faz a cirurgia”? Falei: “Não, por que nem eu sei o que eu tenho ainda”. Eu estou tratando é para mim suportar a dor, não to tratando um machucado que eu tenho. É diferente, olha tem câncer e ta tratando câncer. Eu to tratando da dor

para eu viver melhor, entendeu? Para eu poder conviver com as pessoas” (Grupo 2)

“Se você me perguntar: qual que é meu sonho agora? Uma ressonância para ver minha cabeça para ter escrito o que eu tenho.” (Grupo 2)

Nesse contexto, de manejo da interferência da dor, surge também a falta de conhecimento frente ao fenômeno experienciado, sendo genérico o manejo realizado, devido à equipe multidisciplinar, muitas vezes, não saber a etiologia da dor.

Em pesquisa realizada por Silveira et al. (2014), buscou-se avaliar a percepção de pacientes em relação aos procedimentos terapêuticos utilizados pelos trabalhadores da enfermagem para o alívio da dor. Participaram da pesquisa 38 pessoas internadas em um Hospital Universitário. Para coleta e análise de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e a técnica de Análise Textual Discursiva, respectivamente. Os autores apontaram que os participantes compreenderam a dor em sua dimensão total e ressaltaram que a experiência do fenômeno doloroso gerou sofrimento, impotência, sensação de mal-estar, medo da incapacidade permanente, da morte, de não poder sustentar a família, principalmente quando relacionado a diagnósticos indefinidos.

Nos relatos dos participantes dos grupos focais, foram verificadas evidências do fenômeno doloroso, muitas vezes, não tendo etiologia definida e, sendo assim, o manejo foi aplicado com objetivo de melhora da qualidade de vida, sendo referido também que os pacientes atribuíram expectativas maiores do que os exames clínicos podem oferecer.

Automedicação

Nesse conjunto, apresentam-se as falas que agrupam o seguinte tema: Automedicação.

“ (...) Nós não devemos invocar muito com remédio senão a gente não vive. Porque é remédio para isso, para aquilo e, na realidade, não concerta muito não. Eu vou ao médico, ele me receita, eu olho lá mais ou menos e eu compro só aquilo que eu acho que deve e estou com a saúde beleza, viu?! Graças a Deus.” (Grupo 4)

“Só que nós temos muita dor, muita dor mesmo, tanto eu quanto ele, e às vezes é o que acontece, a gente acaba se automedicando. Porque só aquele remédio que o médico passou não acaba a dor, a gente vai e

pega outro e, por isso, tanto eu quanto ele, a gente deu problema no fígado por causa de medicação.” (Grupo 5)

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria.

O contexto de interferência da dor na qualidade de vida é muito amplo e sério, pois, em geral, é usada a terapia medicamentosa pela equipe médica e, decorrente disso, os participantes se apropriam, prioritariamente, desse caminho para manejar a dor, muitas vezes, automedicando-se.

Em pesquisa realizada por Gabani et al. (2018), teve-se por objetivo caracterizar a dor crônica como a que mais incomodava, segundo a região do corpo referida, com amostra de professores dos ensinos fundamental e médio. Foram investigados os tipos de dor que mais incomodavam e a dor crônica (≥ 6 meses de duração), segundo percepção deles. Para análise, foi utilizado o teste Qui-quadrado corrigido (Yates), considerando nível de significância de 5%. Os resultados apontaram que, entre os 958 professores, 408 (42,6%) reportaram dor crônica e as dores que mais incomodavam estavam localizadas, principalmente, nos membros superiores, na cabeça, nos membros inferiores e na coluna lombar ($n=321$). A dor na região da cabeça destacou-se por maior duração e foi classificada como intensa/insuportável e por interferir, em maior proporção, no lazer e no trabalho dos professores. Cabe ressaltar que essa foi a dor que mais gerou, proporcionalmente, automedicação e que o uso do recurso farmacológico para alívio da dor foi frequentemente utilizado quando se tratava de dor intensa e incapacitante, sendo por indicação médica ou por automedicação, pois os são, no caso dos utilizados para cefaleias, de baixo custo e de fácil acesso. Entretanto, o uso sem prescrição e sem acompanhamento médico pode trazer reações adversas e, ainda, mascarar a evolução de algumas doenças, dessa maneira, aumentando o risco do desenvolvimento de outras. A dor nos membros superiores e inferiores, segundo os relatos, dificultaram com maior frequência o sono dos professores. A dor lombar gerou maior proporção de afastamento do trabalho comparada àqueles que tinham dores em outros locais do corpo.

Nos relatos dos participantes da presente investigação, foram constatadas evidências desse tipo de interferência, quando as falas apontam que os participantes compram e utilizam apenas os medicamentos que consideram necessários e relatam a utilização de dosagens incompatíveis com o prescrito ou, ainda, o uso de medicamentos que não foram receitados com objetivo de minimizar a dor.

Esses são os itens que se relacionam com o tema e os temas dessa categoria:

- 3- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável.
- 11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados
- 12- Devido à dor, me automedico.
- 14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la
- 42- O tratamento para dor é um fardo para mim
- 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor

5.2. Sobre a validação aparente e de conteúdo dos atributos (itens)

Em relação à validação aparente e de conteúdo dos itens, participaram 06 juízes que foram escolhidos pelos critérios necessários para garantir a qualificação para a tarefa (MELO, 2011). A amostra foi caracterizada por 03 do sexo masculino e 03 do feminino. Dos homens, 02 eram médicos e 01 era fisioterapeuta. Das mulheres, 02 eram enfermeiras e 01 era psicóloga; cumpre mencionar que uma das enfermeiras e a psicóloga tinham experiência frente às temáticas e ao método de elaboração de instrumentos. Mostra-se pertinente ressaltar que todos apresentam experiências nas temáticas Qualidade de vida e/ou Dor. A busca por esse arranjo dos juízes teve como base manter a heterogeneidade na avaliação dos itens. É possível encontrar, na literatura, estudos nos quais a amostra de juízes foi composta de maneira heterogênea, porém sem indicação do porquê dessa escolha metodológica (OLIVEIRA et al., 2016; MARTINS et al., 2017). No presente estudo, tal opção foi feita visando a propiciar o olhar multidisciplinar para o fenômeno, representado pelos acadêmicos e pelos especialistas.

Os juízes foram esclarecidos em relação ao objetivo e à tarefa que deveriam realizar, isto posto, enviou-se uma via do instrumento em sua forma inicial para análise destes. Nesse instrumento, apresentou-se que o objetivo foi a elaboração de um instrumento para avaliação da interferência da dor na qualidade de vida em sua forma inicial e que sua tarefa era a de julgar os atributos, indicando adequações que julgassem necessárias para que ajustes fossem feitos. Essa avaliação, realizada pelos juízes, teve como premissa o conceito de dor total, assim como os critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2010; PASQUALI, 2011; MEDEIROS, 2015).

Desse modo, os juízes puderam manifestar a inclusão ou exclusão do atributo, assinalando sim ou não, respectivamente, bem como a necessidade de quaisquer modificações (assinalando a letra M), redigindo uma nova sentença para o atributo em espaço disponível.

Ademais, os juízes tiveram a liberdade para sugerir a realocação (assinalando a letra R) de qualquer atributo para outro domínio que julgassem mais adequado, justificando a alteração nos espaços indicados no instrumento.

Segue abaixo o quadro que apresenta as escolhas realizadas por cada juiz em relação a cada um dos 209 atributos alocados em cada domínio específico.

Tabela 3- Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total e as atribuições dos juízes no processo de validação aparente e de conteúdo, Ribeirão Preto, 2019.

Domínio/Itens		Juízes					
		1	2	3	4	5	6
FÍSICO							
1	S		X	X	X		X
	N					X	
	R						
	M	X					
2	S		X		X		X
	N					X	
	R						
	M	X		X			
3	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
4	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
5	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
6	S	X	X				
	N			X		X	X
	R						
	M				X		
7	S		X		X		X
	N	X		X			
	R						
	M					X	
8	S			X			X

	N		X			X	
	R						
	M	X			X		
9	S	X		X	X		X
	N					X	
	R						
	M		X				
10	S	X		X	X		X
	N						
	R						
	M		X			X	
11	S		X	X			X
	N	X					
	R						
	M				X	X	
12	S			X	X		
	N	X	X				X
	R						
	M					X	
13	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
14	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
15	S		X	X	X	X	
	N	X					X
	R						
	M						
16	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
17	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
18	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
19	S	X	X	X	X	X	X

	N						
	R						
	M						
20	S	X	X				X
	N			X			
	R						
	M				X	X	
21	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
22	S		X		X		
	N	X		X			X
	R						
	M					X	
23	S	X	X	X		X	X
	N						
	R						
	M				X		
24	S	X	X		X		
	N					X	X
	R						
	M			X			
25	S		X		X		X
	N	X		X		X	
	R						
	M						
26	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
27	S	X	X	X	X	X	
	N						X
	R						
	M						
28	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
29	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
30	S		X		X	X	

	N	X		X			X
	R						
	M						
31	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
32	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
33	S		X	X	X	X	X
	N						
	R	X					
	M						
34	S		X	X		X	
	N	X					X
	R						
	M				X		
35	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
36	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
37	S	X	X				X
	N			X			
	R						
	M				X	X	
38	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
39	S		X	X	X	X	X
	N	X					
	R						
	M						
PSICOLÓGICO							
1	S	X	X	X			X
	N					X	
	R						
	M				X		

2	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
3	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
4	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
5	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
6	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
7	S		X				X
	N						
	R						
	M	X		X	X	X	
8	S	X	X		X		X
	N						
	R						
	M			X		X	
9	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
10	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
11	S	X	X	X	X	X	
	N						X
	R						
	M						
12	S	X		X	X	X	
	N						X
	R		X				
	M						

13	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
14	S						
	N			X		X	X
	R						
	M	X	X		X		
15	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
16	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
17	S		X		X		X
	N			X			
	R						
	M	X				X	
18	S				X		
	N			X		X	X
	R		X				
	M	X					
19	S		X	X	X		
	N					X	X
	R						
	M	X					
20	S		X	X	X		
	N	X					X
	R						
	M					X	
21	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
22	S		X		X		X
	N			X			
	R						
	M	X				X	
23	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						

24	S	X		X	X	X	X
	N						
	R						
	M		X				
25	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
26	S	X		X		X	X
	N						
	R						
	M		X		X		
27	S						X
	N	X	X	X			
	R					X	
	M				X		
28	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
29	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
30	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
31	S	X	X		X		
	N			X			X
	R						
	M					X	
32	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
33	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
34	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						

35	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
36	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
37	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
38	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
39	S	X		X	X	X	X
	N						
	R						
	M		X				
40	S	X	X		X		X
	N			X			
	R						
	M					X	
41	S		X		X	X	
	N	X		X			X
	R						
	M						
42	S	X	X		X		
	N			X			X
	R						
	M					X	
43	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
44	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
45	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						

46	S		X		X	X	
	N	X		X			X
	R						
	M						
47	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
48	S	X	X		X		
	N			X		X	X
	R						
	M						
49	S	X		X	X		X
	N					X	
	R						
	M		X				
50	S	X	X		X		
	N			X		X	X
	R						
	M						
51	S		X				X
	N			X			
	R					X	
	M	X			X		
52	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
53	S	X	X				
	N			X	X	X	X
	R						
	M						
54	S	X	X		X		
	N			X			X
	R						
	M					X	
55	S		X				
	N	X		X	X	X	X
	R						
	M						
56	S		X		X		
	N						X
	R						
	M	X		X		X	

57	S		X		X		
	N			X		X	X
	R						
	M	X					
58	S		X		X		X
	N	X		X		X	
	R						
	M						
59	S		X		X		X
	N	X					
	R						
	M			X		X	
60	S				X		X
	N	X		X		X	
	R		X				
	M						
61	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
62	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
63	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
64	S	X			X	X	X
	N						
	R						
	M		X	X			
65	S		X	X	X	X	X
	N	X					
	R						
	M						
66	S		X	X	X	X	X
	N	X					
	R						
	M						
67	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						

68	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
69	S		X		X		X
	N	X		X		X	
	R						
	M						
70	S		X	X		X	X
	N	X					
	R						
	M				X		
71	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
72	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
73	S	X	X	X	X		X
	N					X	
	R						
	M						
74	S	X	X	X	X	X	
	N						X
	R						
	M						
75	S	X	X	X	X		
	N					X	X
	R						
	M						
76	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
77	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
78	S		X	X	X	X	X
	N	X					
	R						
	M						

79	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
80	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
81	S	X		X	X	X	X
	N						
	R						
	M		X				
82	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
83	S	X	X			X	X
	N			X			
	R						
	M				X		
84	S	X	X	X	X	X	
	N						X
	R						
	M						
85	S	X	X	X	X		
	N					X	X
	R						
	M						
86	S				X		X
	N	X		X			
	R		X			X	
	M						
87	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
88	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
89	S	X	X	X	X		X
	N					X	
	R						
	M						

90	S		X	X	X		X
	N	X					
	R						
	M					X	
91	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
92	S				X	X	X
	N	X		X			
	R		X				
	M						
93	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
94	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
95	S				X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M		X				
96	S		X	X	X	X	
	N	X					X
	R						
	M						
97	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
98	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
99	S	X			X	X	X
	N			X			
	R						
	M		X				
100	S	X			X	X	X
	N			X			
	R						
	M		X				

101	S		X		X		X
	N	X		X		X	
	R						
	M						
102	S	X		X	X	X	
	N						X
	R		X				
	M						
103	S			X	X	X	
	N	X					X
	R		X				
	M						
104	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
SOCIAL							
1	S	X	X				
	N						X
	R						
	M			X	X	X	
2	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
3	S	X	X		X		
	N						X
	R						
	M			X		X	
4	S	X	X		X		
	N						X
	R						
	M			X		X	
5	S	X	X		X	X	X
	N			X			
	R						
	M						
6	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
7	S	X	X		X	X	
	N			X			
	R						X

	M						
8	S	X		X	X	X	
	N						X
	R		X				
	M						
9	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
10	S	X				X	
	N			X			X
	R		X				
	M				X		
11	S		X				
	N	X		X		X	X
	R						
	M				X		
12	S	X			X	X	
	N			X			X
	R		X				
	M						
13	S	X			X	X	
	N			X			X
	R		X				
	M						
14	S			X		X	
	N	X					X
	R		X				
	M				X		
15	S		X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M	X					
16	S				X	X	X
	N	X		X			
	R		X				
	M						
17	S		X	X		X	
	N	X					X
	R						
	M				X		
18	S		X		X	X	
	N	X		X			X
	R						

	M						
ESPIRITUAL							
1	S	X	X		X		X
	N			X			
	R						
	M					X	
2	S		X	X	X		X
	N	X					
	R						
	M					X	
3	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
FINANCEIRO							
1	S	X	X	X	X	X	
	N						X
	R						
	M						
2	S				X		
	N	X		X			X
	R		X				
	M					X	
3	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
4	S	X	X			X	X
	N			X			
	R						
	M				X		
FAMILIAR							
1	S	X	X		X		
	N						X
	R						
	M			X		X	
2	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
3	S				X		
	N	X		X		X	X
	R		X				
	M						

4	S		X		X	X	
	N	X		X			X
	R						
	M						
5	S	X	X	X	X		X
	N					X	
	R						
	M						
6	S	X	X	X	X		X
	N					X	
	R						
	M						
7	S		X	X		X	X
	N	X					
	R						
	M				X		
8	S		X		X		X
	N	X		X		X	
	R						
	M						
MORAL							
1	S		X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M	X					
MISTO							
1	S		X				
	N	X		X			X
	R						
	M				X	X	
2	S		X			X	X
	N	X		X			
	R						
	M				X		
3	S	X	X		X		
	N			X		X	X
	R						
	M						
4	S	X	X		X		
	N			X		X	X
	R						
	M						
5	S		X	X	X		
	N	X					X

	R					X	
	M						
6	S	X			X		
	N			X			X
	R		X			X	
	M						
7	S	X			X		
	N			X		X	X
	R		X				
	M						
8	S				X		
	N	X		X		X	X
	R		X				
	M						
9	S	X			X	X	
	N			X			X
	R		X				
	M						
10	S	X			X	X	
	N			X			X
	R		X				
	M						
11	S				X	X	
	N	X		X			X
	R		X				
	M						
12	S		X				
	N	X		X		X	X
	R						
	M				X		
13	S	X	X		X	X	
	N			X			X
	R						
	M						
14	S		X		X	X	
	N	X		X			X
	R						
	M						
15	S	X	X	X	X	X	X
	N						
	R						
	M						
16	S		X	X	X	X	X
	N	X					

	R						
	M						
17	S		X			X	X
	N	X		X			
	R						
	M				X		
18	S		X		X		
	N	X		X		X	X
	R						
	M						
19	S	X	X	X	X		X
	N						
	R						
	M					X	
20	S		X				X
	N	X		X		X	
	R						
	M				X		
21	S		X		X	X	
	N	X		X			
	R						X
	M						
22	S		X		X		X
	N	X		X			
	R					X	
	M						
23	S		X		X	X	X
	N			X			
	R	X					
	M						
24	S		X		X		X
	N			X			
	R	X				X	
	M						
25	S	X	X	X	X		X
	N						
	R					X	
	M						
26	S						X
	N	X		X			
	R		X			X	
	M				X		
27	S		X		X	X	X

	N	X		X			
	R						
	M						
28	S				X		X
	N	X		X			
	R		X			X	
	M						
29	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
30	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						
31	S		X			X	X
	N	X		X			
	R						
	M				X		
32	S		X		X	X	X
	N	X		X			
	R						
	M						

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Devido à significativa quantidade de itens na versão inicial do instrumento, optou-se por critério 75% de concordância entre os juízes para a permanência dos itens, o que configura que o critério foi mais rigoroso do que o índice normalmente utilizado de 50% (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). O processo de análise dos juízes eliminou 122 itens, restando 87 atributos após essa etapa, além disso, foram eliminados dois domínios (Moral e Mista) previamente elaborados. Após análise dos juízes, foi realizada mais uma etapa do procedimento, considerando os atributos que deveriam ser modificados segundo a validação aparente e de conteúdo, os dados dos grupos focais e o conceito de dor total, o qual resultou na forma definitiva da escala com 69 atributos (itens).

Como resultado, obteve-se a forma definitiva do instrumento, a qual foi aplicada para o Teste Piloto e, na sequência, houve a aplicação da escala pelo método de estimação de categorias.

Tabela 4 - Distribuição de atributos segundo domínios elaborados a partir do conceito de dor total e selecionados após análise dos juízes e revisão pela equipe de pesquisadores - Ribeirão Preto, 2019.

DOMÍNIOS DOS ATRIBUTOS
<p>I – FÍSICO OU FUNCIONAL/AFETIVA</p> <p>1- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente</p> <p>2- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas</p> <p>3- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável.</p> <p>4- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual</p> <p>5- Devido à dor tenho, dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)</p> <p>6- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer</p> <p>7- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas</p> <p>8- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso</p> <p>9- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono</p> <p>10- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer meus cuidados pessoais</p> <p>11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados</p> <p>12- Devido à dor, automedico-me</p> <p>13- A minha dor é pior à noite</p> <p>14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la</p>
<p>II- PSÍQUICO/AFETIVA</p> <p>15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas</p> <p>16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor</p> <p>17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente</p> <p>18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente</p> <p>19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória</p> <p>20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário ou frustrado</p> <p>21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado</p> <p>22- Devido à dor, eu me sinto cansado, desanimado</p> <p>23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado, mal interpretado</p> <p>24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado</p> <p>25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo, amado, importante</p> <p>26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço</p> <p>27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros</p> <p>28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima</p> <p>29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas</p> <p>30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração</p> <p>31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro</p> <p>32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas</p> <p>33- Devido a minha dor, eu convivo com medo</p> <p>34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas</p>

-
- 35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor
 - 36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida
 - 37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar
 - 38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim
 - 39- Eu quero passar tempo sozinho, devido à dor
 - 40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena
 - 41- A dor interfere no meu prazer de viver
 - 42- O tratamento para dor é um fardo para mim
 - 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor
 - 44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade
 - 45- Devido a minha dor, sinto-me como um prisioneiro na minha própria casa
 - 46- Mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa
 - 47- Devido a minha dor, tenho dificuldade em controlar as minhas emoções
 - 48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo
 - 49- A minha dor faz eu me sentir deficiente
 - 50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor

III- SOCIAL/AFETIVA

- 51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar
- 52- Devido a minha dor, tenho dificuldades em relacionamentos sociais
- 53- Devido a minha dor, eu tenho o apoio de meus amigos
- 54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas
- 55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)
- 56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades
- 57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida

IV – FAMILIAR/AFETIVA

- 58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família
- 59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família
- 60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar
- 61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família

V– ESPIRITUAL/AFETIVA

- 62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade
- 63- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade
- 64- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito
- 65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor
- 66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor
- 67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado

VI – FINANCEIRO/AFETIVA

- 68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros
-

69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

5.3. Teste Piloto

No teste piloto, não foram identificadas necessidades de alteração dos itens por nenhum dos participantes, dessa maneira, os participantes desta fase foram incluídos na amostra.

5.4. Resultados da Estimação de Categorias

5.4.1. Indicadores sociodemográficos

Os indicadores sóciodemográficos do estudo corresponderam aos dados de identificação (sexo, idade, religião, procedência, profissão, estado civil, número de filhos e nível de escolaridade), já a caracterização clínica do fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida foi relacionada às informações sobre diagnóstico da doença, tempo de tratamento, tempo que referem sentir dor.

Os participantes do experimento de estimação de categoria foram 210 pessoas com queixa de dor e que realizam algum tipo de tratamento para dor. Os resultados apontaram predominância do sexo feminino, o qual correspondeu a 74,3% dos casos. A faixa etária encontrada foi de 18 a 81 anos, numa média geral de 50,48 anos de idade, sendo para mulheres 50,57 anos e para homens 50,24 anos.

Quanto ao indicador social referente à “religião”, mais da metade dos participantes (62,38%) descreveram frequentar a religião católica, uma parcela (21,9%) a evangélica, outra (7,14%) a espírita, houve aqueles que disseram não ter nenhuma religião (6,6%), houve 1 participante (0,5%) que relatou ser agnóstico e, ainda, aqueles que não informaram (1,42%). Como se pode ver na Figura 3 abaixo.

Figura 3- Distribuição da porcentagem das religiões da amostra dos participantes do estudo, 2019.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

No que diz respeito às regiões de origens dos participantes, ou seja, qual a localidade de residência deles, foram obtidos dados que foram apresentados na Figura 4.

Figura 4 - Distribuição da frequência absoluta das cidades de origem da amostra dos participantes do estudo, 2019.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos participantes, a categoria com maior expressividade foi Ensino Fundamental Incompleto (82), seguido por Ensino Médio Completo (39), Ensino Fundamental Completo (28), Ensino Médio Incompleto (24), Ensino Superior Completo (14), Ensino Superior Incompleto (11), Alfabetizada (9), Nenhum Completo (3).

Tabela 5- Distribuição do nível escolar dos participantes em porcentagem, Ribeirão Preto, 2019.

Nível de Escolaridade	%
Nenhum Completo	1%
Alfabetizada	4%
Ensino Fundamental Incompleto	39%
Ensino Fundamental Completo	13%
Ensino Médio Incompleto	11%
Ensino Médio Completo	19%
Ensino Superior Incompleto	5%
Ensino Superior Completo	7%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação à profissão dos participantes, seguem os dados na Tabela 6 abaixo. Cabe ressaltar que 36,19% dos participantes relataram estar afastados do trabalho ou de suas atividades profissionais no momento da coleta. No entanto, ao ampliar para aqueles que foram afastados das atividades profissionais em algum momento, devido à dor, esse percentual chega a mais da metade dos participantes.

Tabela 6 - Distribuição das Profissões dos participantes por frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Profissão ou atividade	Frequência Absoluta	%
Aposentado	39	19%
Estudante	04	2%
Do lar	66	31%
Cuidadora de idosos	03	1%
Cozinheira	08	4%
Frentista	03	1%
Empregada Doméstica	12	6%
Pedreiro	06	3%
Cabeleireira	05	2%
Motorista	04	2%
Auxiliar de Administração	03	1%

Oficial Administração	02	1%
Professora	05	2%
Soldador	03	1%
Fotografa	03	1%
Sapateira	02	1%
Mecânico de Automóveis	02	1%
Operadora de maquina	04	2%
Lavrador	02	1%
Agente Comunitária de Saúde	02	1%
Auxiliar de Limpeza	02	1%
Costureira	03	1%
Faqueiro	02	1%
Não informaram ou não possuíam	25	13%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria foi pertencente à categoria Casados (114 participantes - 54%), seguido por Divorciados (31 participantes - 15%), Solteiros (23 participantes - 11%), União Estável (20 participantes - 10%), Viúvos (16 participantes - 7%) e Separados (6 participantes - 3%). Em relação ao número de filhos, foram obtidas as categorias: Nenhum filho com 35 participantes, o que representa 17%; de 1 a 3 filhos (1 filho com 22 participantes, 2 filhos com 69 participantes e 3 filhos com 43 participantes), o que representa 63%; de 4 a 6 filhos (4 filhos com 26 participantes, 5 filhos com 12 participantes, 6 filhos com 2 participantes), o que representa 19%; e de 7 a 9 filhos (9 filhos com 1 participante), o que representa 1%.

5.4.2. Indicadores Clínicos

Em relação à caracterização clínica do fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida, que foi relacionada às informações sobre diagnóstico da doença, período de manejo, período em que se referiu sentir dor, a distribuição dos diagnósticos demonstrou uma presença de diversas patologias, como Esporão no Calcâneo, Artrose, Bursite, Câncer, Coxartrose, Depressão, Desvio na coluna, Discopatia degenerativa, Displasia fibrosa, Distonia, Distrofia Simpática Reflexa, Doença de Camurati, Dor após cirurgia, Dor neuropática, Dor Pélvica, Endometrioze, Enxaqueca, Escarificação, Lesão ou luxação no Ombro, Estenose, Fibromatose Hialina Juvenil, Fibromialgia, Fibrose, Hanseníase, Hérnia de disco, Lesão medular, Lesão no Cox, Lesão no joelho (Rompimento do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) e Lateral e Rompimento do Menisco), Lombalgia, Luxação da patela, Neuralgia do nervo ciático, Neuralgia do Trigêmeo, Osteofitose, Osteonecrose bilateral, Osteoporose, Pancreatite Crônica,

Reumatismo, Síndrome dolorosa complexa, Tendinite e aqueles que não têm diagnóstico definido ainda (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Patologias	Frequência	%
Esporão do Calcâneo	04	2%
Artrose	41	20%
Bursite	01	0%
Câncer	10	5%
Coxartrose	02	1%
Depressão	04	2%
Desvio na coluna	06	3%
Discopatia degenerativa	03	1%
Displasia fibrosa	05	2%
Distonia	03	1%
Distrofia Simpática Reflexa	08	4%
Doença de Camurati	03	1%
Dor após cirurgia	03	1%
Dor neuropática	03	1%
Dor Pélvica	03	1%
Endometriose	03	1%
Enxaqueca	05	2%
Escarificação, Lesão ou luxação no Ombro	03	1%
Estenose	02	1%
Fibromatose Hialina Juvenil	03	1%
Fibromialgia	42	20%
Fibrose	02	1%
Hanseníase	05	2%
Hérnia de disco	66	31%
Lesão medular	05	2%
Lesão no Cox	03	1%
Lesão no joelho (Rompimento do LCA e Lateral e Rompimento do Menisco)	04	2%
Lombalgia	07	3%
Luxação da patela	01	0%
Neuralgia do nervo ciático	07	3%
Neuralgia do Trigêmio	08	4%
Osteofitose	03	1%
Osteonecrose bilateral	02	1%
Osteoporose	04	2%
Pancreatite Crônica	01	0%

Reumatismo	15	7%
Síndrome dolorosa complexa	02	1%
Tendinite	05	2%
Não tem diagnóstico	35	17%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Além dos tipos de patologias relatadas pelos participantes, também foi possível verificar a frequência com que eles relataram possuir mais de uma patologia como é apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da quantidade de patologias simultâneas referidas pelos participantes segundo porcentagem e frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Número de patologias	Frequência	%
1 patologia	112	53
2 patologias	28	13
3 patologias	22	10
4 patologias	11	5
6 patologias	02	1
Não tem diagnóstico	35	17

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Ainda em relação aos aspectos clínicos, os participantes apresentaram média de 125,17 meses para o tempo que referiram sentir dor, sendo que 04 participantes não responderam a essa pergunta e média de 82,97 meses para o tempo de tratamento, sendo que um participante não soube informar.

Os tipos de tratamentos realizados pelos participantes são bloqueio, uso de medicamentos, realização de fisioterapia, hidroterapia, acupuntura, soroterapia, psicoterapia, quimioterapia e infiltração. Mostra-se pertinente ressaltar que muitos participantes realizam mais de um tipo de tratamento simultaneamente, sendo que se obteve, para 1 tratamento, 19,5% dos participantes, para 2 tratamentos simultâneos, 62% e, para 3 tratamentos simultâneos, 16%, sendo que 4 participantes não relataram quantos tratamentos para dor realizam (2%).

Em relação à utilização de medicamentos, 89% indicaram fazer uso de medicamentos para controle da dor e apenas 11 % indicaram não fazer uso de medicamentos como forma de manejo para dor. Ainda em relação aos medicamentos, cabe adicionar que muitos participantes fazem uso de mais de 1 medicamento, sendo o número de maior expressividade 53 participantes, para o uso de 3 medicamentos, seguido por 41 participantes, com uso de 4 medicamentos. As informações mais detalhadas estão apresentadas na Tabela 9 e na Tabela 10.

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de tratamentos segundo a frequência referida pelos participantes - Ribeirão Preto, 2019.

Tipos de tratamentos	Frequência
Bloqueio	170
Medicamentos	187
Fisioterapia	31
Hidroterapia	06
Acupuntura	01
Soroterapia	03
Psicoterapia	04
Quimioterapia	01
Infiltração	01
Não informaram	04

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Tabela 10 - Distribuição da quantidade de medicamentos em uso segundo as frequências referidas pelos participantes e a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Quantidade de medicamentos em uso	Frequência	%
Não informaram	17	8%
Não fazem uso	06	3%
1 remédio	11	5%
2 remédios	37	18%
3 remédios	53	25%
4 remédios	41	20%
5 remédios	20	10%
6 remédios	16	8%
7 remédios	05	2%
8 remédios	04	2%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação aos medicamentos utilizados pelos participantes, pode-se comprovar a quantidade significativa de analgésicos, de relaxantes musculares, de anti-inflamatórios, de antipiréticos, de anticonvulsivante e de antidepressivos. Os medicamentos utilizados pelos participantes e suas respectivas frequências serão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Medicamentos	Frequência	%
Cloridrato de Tramadol	80	38%
Dipirona Monoidratada	84	40%
Dipirona Monidratada Associada 1	17	8%

Paracetamol	38	18%
Paracetamol Associado 1	10	5%
Paracetamol Associado 2	06	3%
Codeína	23	11%
Cloridrato de Amitriptilina	50	24%
Corticóides	01	0%
Gabapentina	101	48%
Carbamazepina	16	8%
Cloridrato de Naratriptano	01	0%
Cetoprofeno	12	6%
Cloridrato de Nortriptilina	15	7%
Metadona	19	9%
Topiramato	04	2%
Cloridrato de Sertralina	22	10%
Cloridrato de Ciclobenzaprina	19	9%
Difosfato de Cloroquina	01	0%
Fosfato sódico de Prednisolona	05	2%
Pregabalina	07	3%
Diasepam	05	2%
Hemitartarato de Zolpidem	01	0%
Abatacepte	01	0%
Metotrexato	01	0%
Multibacilar	02	1%
Pregabalina	03	1%
Hemifumarato de Quitiapina	03	1%
Levotiroxina Sódica	02	1%
Vitaminas do Complexo B	06	3%
Nitrazepam	03	1%
Diacereína	04	2%
Cloridrato de Fluoxetina	09	4%
Clonazepam	06	3%
Omeprazol	08	4%
Quimioterapia	01	0%
Reconter (Oxalato de Escitalopram)	01	0%
Diclofenaco	08	4%
Losartana Potássica	02	1%
Sulfato de Morfina	09	4%
Cloridrato de Dulozetina	02	1%
Leflunomida	02	1%
Ácido volpróico	01	0%
Cloridrato de Venfalaxina	04	2%
Cloridrato de Ranitidina	02	1%
Pancreatina	02	1%
Pregabalina	02	1%
Rispiridona	02	1%
Cloridrato de Lidocaína	02	1%
Nimesulida	02	1%
Cloridrato de diltiazem	02	1%
Insulina	02	1%
Ácido acetilsalicílico	02	1%

Bromazepam	01	0%
Succinato de Solifenacina	03	1%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Legenda

Dipirona Monidratada Associada 1: (dipirona monidratada+citrato de ofenadrina+Cafeína anidra)

Paracetamol Associado 1: (Cafeína + Carisoprodol + Diclofenaco sódico + Paracetamol);

Paracetamol Associado 2: (Paracetamol+fosfato de codeína)

Conforme apontado nas investigações que se seguem, os medicamentos de maior prevalência no Brasil também foram os analgésicos simples, principalmente dipirona e paracetamol, seguidos de opióides, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, antidepressivos e relaxantes musculares. Cumpre mencionar que se utiliza o termo tratamento farmacológico por considerar dor um fenômeno subjetivo, multidimensional e complexo e, coerente com esta multidimensionalidade, há a necessidade de manejo das inúmeras variáveis que o envolvem. Decorrente disso, o tratamento farmacológico é considerado, na presente investigação, como uma das possibilidades de manejo da interferência da dor na qualidade de vida.

Em investigação cujos objetivos foram caracterizar a prevalência, as características e a associação da dor crônica com a capacidade funcional, participaram 172 idosos (101 mulheres e 71 homens), cujos dados coletados foram por meio de entrevista domiciliar quanto à presença de dor, à localização, à duração, à frequência, à intensidade, aos fatores de melhora, aos fatores de piora, à interferência da dor na vida do indivíduo e à descrição dos métodos analgésicos utilizados. Constatou-se dor crônica em 107 (62,21%) idosos, sendo esta prevalência de 69,3% no sexo feminino e 52,1% no masculino. Os locais de maior prevalência de dor foram membros inferiores e região dorsal, com 31,25% cada, tornando-se viável ressaltar que grande número de idosos referiu dor diária, contínua e de alta intensidade (DELLAROZA et al., 2008).

Em relação aos métodos analgésicos, houve predominância dos farmacológicos, referidos por 86 idosos (80,37%), sendo a utilização mais significativa a de analgésicos simples (32,6%), destacando-se a dipirona e o paracetamol. Foram utilizadas outras medicações, como anti-inflamatórios (38,2%), miorrelaxantes (9,3%), espasmolíticos (3,7%), tranquilizantes menores (2,8%) e antidepressivos (1,9%). De acordo com os autores, o uso de medicamentos em idosos pode e geralmente está associado a diversos efeitos adversos, dos quais a responsabilidade do monitoramento deve ser dos profissionais de saúde. Apontam ainda que apesar de seguros e eficazes, outros manejos, que não farmacológico, são pouco

utilizados pelas pessoas com dor crônica, mesmo quando, em contexto nos quais sabidamente a terapêutica farmacológica se apresenta como mais eficaz e necessária para esse manejo, a complementaridade de outros manejos poderia diminuir a necessidade de medicamentos e, conseqüentemente, possibilitar a diminuição do risco de efeitos adversos em idosos (DELLAROZA et al., 2008).

Para Furtado (2014, p.75), a medicalização é um fenômeno que pode ser compreendido como recurso para a “normalização” dos comportamentos. Ela atua no cenário onde ocorrem mudanças culturais e inscrevem compulsoriamente as questões sociais, os comportamentos, as emoções, as relações sobre o binômio “normal – patológico”. Dessa maneira, faz-se necessário refletir sobre a dimensão política da medicalização, a partir da qual, como já mencionado, desenvolvem-se mecanismos de controle social, os quais operam fazendo uso da linguagem e do estatuto hegemônico de legitimidade do discurso científico e médico sobre a verdade de como deve ser a vida.

Nesse contexto, pode-se perceber que a medicina dispõe de um leque de tratamento para praticamente todos os problemas ou males da saúde e vai além quando aborda, por essa visão restrita, à solidão, às tensões familiares, à ansiedade, aos desafios profissionais, às dificuldades de relacionamento, aos problemas sexuais, dentre outros que envolvem a esfera da vida humana e seu viver. Esses problemas passam a serem significados e manejados como distúrbios e transtornos marcados pela necessidade do medicamento e inscritos em categorias diagnósticas.

Desse modo, existe para cada um desses fenômenos, do contínuo saúde-doença, um ou mais medicamentos para melhor combatê-los, dependendo do resultado desejado, porém, tais ações são modos de paralisar a dor de existir, as angústias frente à vida e aquilo que, de um modo ou outro, tem potência de impactar o *status quo* e, conseqüentemente, serve como modo de regulação social.

No início no século XIX e ao longo do século XX, estabeleceu-se um cenário onde o processo de medicalização intensificou-se, sendo que, atualmente, adquiriu significativa dimensão. Esse cenário estabeleceu-se devido ao uso da legitimidade do discurso médico-científico e à importância que este adquiriu nas sociedades contemporâneas. Essa realidade atravessa diferentes segmentos sociais e se expressa acerca, principalmente, do cuidado com o corpo, bem como com seu funcionamento otimizado e efetivo. Decorrente disso, estabelecem-se novas maneiras de relação com as ambivalências vida-e-morte e dor-e-prazer (FURTADO, 2014).

Guerci e Consigliere (1999) discutem que, ao longo dos séculos, há a necessidade de eliminar ou manter a marca dos fenômenos do contínuo saúde-doença e, conseqüentemente, da interferência da dor nas vidas das pessoas pela marca do sofrimento. Nesse cenário, as ciências da saúde têm avançado na compreensão dos mecanismos fisiológicos que desencadeiam a dor e, portanto, no desenvolvimento de produtos, de medicamentos, de técnicas e de serviços, cujas características são cada vez mais sofisticadas e eficazes para redução da experiência dolorosa. Os autores apontam que a "cognição da dor" no contexto ocidental é médica e medicalizada, caracterizada pela disposição para o enfrentamento, quase que estritamente químico, contra a dor, assim, controlando e reduzindo suas possibilidades de manifestações.

Os autores apontam ainda que, mesmo em face dos diversos tipos de dor e de suas diversas causas, o cenário atual no ocidente apresenta-se, hegemonicamente, pela resposta química, ou seja, esse é o principal meio utilizado nas práticas de emergências e nos hábitos cotidianos; a exemplo, o uso de medicamentos para evitar a dor e suas interferências, mesmo antes da percepção delas. Essa assertiva se constata pelas evidências do uso elevado, como de aspirina em vários países e na minimização da dor, durante os momentos comuns e críticos da vida; a exemplo, parto, intervenções cirúrgicas, doenças, depressões e "sofrimento" genérico.

Os mesmos autores se referem a uma cura sintomática, provocada pelo uso de produtos, de medicamentos, de técnicas e de serviços na busca de anular a dor, resultando nos bloqueios de percepção e das capacidades subjetivas de interação com o ambiente. Entendem que esse cenário de resposta química serve como instrumento para fins políticos, bélicos, e se coaduna à acentuação dos controles sociais, criação e evolução de formas graves de toxicodependências (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

A partir das evidências dos dados da presente investigação, bem como pelo apoio da literatura encontrada, faz-se necessária a reflexão sobre o aspecto clínico e a medicalização. Esses fenômenos não envolvem apenas o indivíduo que utiliza o medicamento para fins de alívio da dor e da interferência dela na qualidade de vida, mas também a sociedade, cujos valores estão baseados no hedonismo, no bem estar e no não sofrimento. Dessa maneira, furta-se do indivíduo a possibilidade de enfrentar suas dores, avaliá-las fidedignamente e elaborá-las conjuntamente (indivíduo, profissionais de saúde e sociedade), para produzir estratégias e manejo das interferências álgicas mais amplas e mais coerentes com a complexidade do fenômeno.

Em investigação realizada por Souza et al. (2011), os objetivos foram estimar a prevalência de automedicação entre estudantes universitários de enfermagem com dor e

caracterizar a experiência dolorosa e o alívio obtido, por meio dos fármacos utilizados. Para coleta, foi utilizada escala numérica de 10 pontos. A amostra foi composta por 211 participantes e os resultados revelaram que a dor foi motivo de alta prevalência de automedicação entre os participantes (38,8%).

Esses mesmos autores consideraram que o consumo desmedido dessas drogas tem potencial de causar efeitos adversos desastrosos e tal prática pode dificultar e retardar o diagnóstico e o manejo adequado da dor, contribuindo, desse modo, para a cronificação da experiência dolorosa e da interferência dela na qualidade de vida. Cumpre mencionar que se compreendeu e contextualizou a dor crônica, nesta pesquisa, como sendo aquela cuja propriedade de ser única, na subjetividade, não varia de acordo somente com a (im)permanência no tempo, mas, também, com a perspectiva da (im)permanência da funcionalidade humana. A dor recebe tal qualidade de ser crônica quando atravessa o tempo e modifica a funcionalidade de diferentes segmentos do corpo e da mente (SOUZA et al., 2011).

Em pesquisa realizada por Cunha e Mayrink (2011), cujo objetivo foi avaliar a influência da dor crônica na qualidade de vida dos idosos, utilizou-se, para coleta de dados de dor e de qualidade de vida, a Escala Analógica Visual (EAV) e o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), respectivamente. A amostra se constituiu de 50 participantes. Os resultados identificados sobre diagnóstico demonstram que 34% tinham distúrbios da coluna, 22% tinham artrite reumatóide, 18% tinham osteoporose, 14% tinham artrose e 12% tinham tendinopatias. Os dados revelaram que houve influência negativa da dor crônica na qualidade de vida dos idosos, nos domínios físicos e relações sociais. Os autores destacaram que se faz necessário que os profissionais de saúde estejam sempre atentos na utilização de métodos avaliativos para que possam identificar a magnitude do fenômeno álgico com o intuito de disponibilizar ao idoso todo o manejo necessário (CUNHA; MAYRINK, 2011).

Em investigação realizada por Sousa-Munõz et al. (2015), os objetivos foram avaliar a prevalência de dor e a adequação da terapêutica analgésica administrada aos pacientes de um hospital universitário. Para coleta de dados, utilizou-se entrevista estruturada com características sociodemográficas e clínicas, tipo de analgésicos, esquemas de tratamento, intensidade e características da dor. Participaram do estudo 115 pessoas com média de 48,7 ($\pm 17,7$), sendo que 52,2% apresentaram dor intensa e 33,9% dor moderada. No que concerne à adequação da terapêutica analgésica e à prescrição, foi encontrado IMD negativo em 85 (82,6%) dos pacientes e prescrição inadequada em 78,3% dos pacientes, respectivamente. Em

relação às estratégias de manejos, foi evidente o emprego de monoterapia, com uso de analgésicos não opiáceos (dipirona/paracetamol) e anti-inflamatórios não hormonais em 87,8% dos pacientes e opiáceos em 14,7%. Os autores consideram que a adequação analgésica foi insatisfatória, os esquemas terapêuticos são insuficientes e, provavelmente, ineficientes, demonstrando premente necessidade de maior conhecimento sobre o uso de analgésicos e mais adequada estratégia de múltipla abordagem para manejo da dor e da interferência dela (SOUSA-MUNÕZ et al., 2015).

Os dados da presente pesquisa apontam que há centralidade e predominância de estratégias medicamentosas para o manejo da dor, como a realização de bloqueios e ingestão de medicamentos diariamente (170 e 187 participantes, respectivamente). Associado a isso, apenas 37 dos participantes fazem uso de fisioterapia ou de hidroterapia e apenas 04 estão em psicoterapia, apesar do uso de antidepressivos ser significativo. Cumpre destacar que se compreende a adequação da terapêutica medicamentosa, desde que seja considerado que, metaforicamente, “a dor mora no pensamento” e, dessa maneira, faz-se imprescindível a elaboração da dor psíquica por meio de diferentes manejos, dentre eles a meditação, a autoanálise, psicoterapia, musicoterapia e a construção de vínculos, dentre outros.

Em pesquisa realizada por Nascimento et al. (2015), buscou-se identificar a eficácia dos métodos terapêuticos alternativos para a incapacidade em pessoas com dor lombar crônica e descrever quais instrumentos estão sendo utilizados para avaliação da interferência desta na incapacidade. Os descritores utilizados foram *low back pain, disability, treatment* e *chronic*. Constituíram o corpus de análise 34 dos 1284 artigos encontrados. Em relação aos métodos de manejos alternativos identificados, foram as abordagens fisioterapêutica, multidisciplinar e outros métodos que se apresentaram, de maneira geral, com efeitos positivos e de melhora da incapacidade relacionada à dor lombar crônica, a exemplo, fisioterapia individual, fortalecimento muscular, programa de estabilidade integrado, reabilitação funcional multidisciplinar, massagem relaxante e yoga.

A música, como uma das possibilidades de manejo, tem a capacidade de influenciar o estado emocional, espiritual e fisiológico do ser humano, devido às variadas áreas encefálicas envolvidas na percepção musical (CARTER, 2009; MCCLELLAN, 1994).

Seus efeitos fisiológicos abrangem reações sensoriais, hormonais e fisiomotoras, como, por exemplo, alterações dos sinais vitais, mudanças no metabolismo, aumento do limiar dos estímulos sensoriais, melhorando a atenção e a concentração, a liberação de adrenalina e a redução de fadiga (BORCHGREVINK, 1991).

Várias pesquisas apontam que ouvir música clássica, durante períodos de quinze minutos, pode resultar em queda dos níveis do hormônio cortisol, contribuindo para a melhora de alguns dos sintomas desagradáveis, como dor, fadiga, insônia, dispneia, náuseas e vômitos, confusão mental, ansiedade, anorexia, o que aumenta o nível de conforto ao indivíduo (GIL, 1994; BURLÁ; PY, 2004; GAYNOR, 1999).

Em investigação realizada por Chavooshi et al. (2016), o objetivo foi entender a eficácia e a longevidade da Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo (PDICP) em comparação com a redução do estresse, baseado na Meditação Mindfulness (MM) para pacientes com Dor clinicamente inexplicável. Para coleta de dados, foram utilizados a escala Numerical Pain Rating Scale (NPRS), a Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21), o Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), a Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) e a aceitabilidade de tratamento e de satisfação. As variáveis foram observadas em 03 momentos, quais sejam no início, no pós-tratamento e após 3 meses. As características dos grupos de pacientes foram comparadas usando o Teste χ^2 ou t e foram calculadas separadamente ANCOVAs para os resultados. A amostra se constituiu de 63 participantes que foram alocados aleatoriamente em 03 grupos, quais sejam no grupo de PDICP (n = 23), no de MM (n = 20) e no de Tratamento Habitual (TH), que não recebeu nenhuma das intervenções, mas continuou realizando o tratamento típico (n = 20).

A intervenção foi estratificada no grupo de PDICP de tal maneira a receberem uma sessão individual semanal por 20 semanas; no de MM receberam 08 treinamentos grupais de 1,5 hora, 01 vez por semana. Os resultados demonstraram que a intensidade da dor diminuiu no grupo de PDICP no pós-tratamento [$t(39) = 15,683$, $p < 0,0001$] e no decorrer dele [$t(33) = 20,275$, $p < 0,0001$]. No grupo de MM, foi observada redução apenas no pós-tratamento [$t(35) = 7,287$, $p < 0,0001$]. Houve recuperação funcional no pós-tratamento de 87% do grupo de PDICP e 5% no de MM e 38% dos participantes no grupo de PDICP apresentaram recuperação no decorrer do manejo. A diferença foi significativa no pós e no decorrer do manejo em favor da intervenção PDICP. Os autores consideraram que, apesar das limitações na generalização dos dados e na diferença no delineamento das intervenções do estudo, os dados oferecem uma contribuição única para os conhecimentos sobre manejos eficazes para dor clinicamente inexplicável (CHAVOOSHI et al., 2016).

Outra pesquisa, realizada por Chavooshi et al. (2017), teve o intuito de avaliar a Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo (PDICP) como um tratamento para a dor clinicamente inexplicável em pacientes ambulatoriais e a comparar com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A amostra constituiu-se por 341 participantes com dor clinicamente

inexplicável, divididos aleatoriamente em 2 grupos de intervenção, quais sejam grupo TCC (n=164) e Grupo PDICP (177). Os grupos foram avaliados no início da pesquisa, após 16 semanas de intervenção e após 3 meses desta. Para coleta, foi utilizada escala numérica de dor. Para a intervenção, foram consideradas a dor percebida, o sofrimento psicológico, a depressão e as variáveis cognitivas, tais como estratégias de autoeficácia, de catastrofização e de enfrentamento da dor.

Os resultados demonstram que, em ambos os grupos, houve redução da dor percebida após o tratamento, bem como os sintomas de interferência da mesma foram significativamente reduzidos nas duas condições. Ambos os grupos PDICP e TCC apresentaram reduções no estresse psicológico, na depressão e no pensamento catastrófico; acrescido a isso, fizeram uso do relaxamento como estratégia de enfrentamento. Em relação especificamente ao grupo TCC, houve melhora na autoeficácia. Os autores apontam que não foram observadas diferenças significativas nos resultados primário e secundário no seguimento do manejo em comparação ao período de pós-intervenção. No geral, ambos os manejos foram igualmente eficazes no seguimento de três meses. Ressaltam ainda que essa pesquisa sugere que a PDICP pode constituir-se como alternativa terapêutica eficaz para os sintomas associados à interferência da dor sem explicação clínica (CHAVOOSHI et al., 2017).

Em investigação realizada por Zeidan et al. (2016), o objetivo foi examinar os relatos subjetivos de dor durante a Meditação Mindfulness (MM), em resposta à estimulação nociva do calor. A amostra se constituiu por 78 participantes, divididos em 04 grupos permutados em relação à atribuição do tratamento, sendo grupo Naloxona de Meditação (NM), grupo Naloxona de Controle (NC), grupo Solução Salina com Meditação (SSM) e grupo Solução Salina de Controle (SSC). O experimento duplo-cego ocorreu em 06 sessões, sendo a 1ª sessão para o treinamento psicofísico e estabelecimento da linha de base para o teste de dor, da 2ª a 5ª sessões para o regime de treinamento de MM e na 6ª sessão para a intervenção propriamente dita. Os resultados demonstram que não houve diferenças significativas na variação percentual das reduções da intensidade da dor produzida no grupo NM (24%), em comparação com o grupo SSM (p 0,69). Cabe enfatizar que, no grupo NM, reduziu significativamente (p 0,001) a intensidade da dor comparada ao grupo SSC e ao NC (11%). Os dados demonstram que as capacidades metacognitivas desenvolvidas com a meditação envolvem um sistema modulador de dor único e auto facilitador e que a meditação reduz a dor, independentemente dos mecanismos opioidérgicos de neurotransmissores. A pesquisa aponta, ainda, que a combinação de práticas baseadas na MM com estratégias analgésicas farmacológicas/não farmacológicas podem ser particularmente eficazes no tratamento da dor

(ZEIDAN et al., 2016). Outras pesquisas demonstraram que a meditação Mindfulness reduz a dor após breve regime de treinamento mental (ZEIDAN et al., 2010a; ZEIDAN et al., 2011; ZEIDAN et al., 2015).

Em pesquisa, buscou-se avaliar o impacto da meditação guiada e das intervenções musicais na ansiedade, na dor e na fadiga do paciente durante a biópsia da mama guiada por imagem. Participaram da investigação 121 mulheres, divididas randomicamente em três grupos: (1) meditação guiada; (2) música; (3) grupo de controle de atendimento padrão. Durante o procedimento de biópsia, os grupos de meditação e de música ouviram áudio de meditação gravada e música relaxante, respectivamente, sendo que o grupo de controle recebeu atendimento padrão.

A coleta de dados ocorreu antes e após a biópsia e os instrumentos utilizados foram: para ansiedade o “State-Trait Anxiety Inventory Scale”, para dor da biópsia o “Brief Pain Inventory” e para fadiga o “modified Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue”. Após a biópsia, os participantes responderam questionários avaliando a comunicação do radiologista com o paciente e a qualidade da interação médico-paciente, dados demográficos e histórico médico. Os dados apontam que, nos grupos de meditação e de música, houve redução significativamente maior da ansiedade (valores de $P < 0,05$) e a redução da fadiga após biópsia se comparados ao grupo de controle de atendimento padrão. O grupo meditação apresentou dor significativamente menor durante a biópsia, em comparação com o grupo de música (SOO et al., 2016).

Os autores consideram que ouvir meditação guiada reduziu a dor da biópsia de mama e a meditação e a música reduziram a ansiedade e a fadiga do paciente, sem comprometer a comunicação do paciente com o radiologista. Ressaltam ainda que essas são intervenções simples e baratas que podem melhorar as experiências das mulheres durante a biópsia mamária (SOO et al., 2016).

As investigações apresentadas corroboram com a ideia de que a dor, quando presente, pode causar prejuízos às vidas das pessoas que a percebem. As evidências apontadas pelos estudos coadunam-se com os achados da presente investigação e revelam que as interferências da dor podem apresentar-se como transtornos de sono e do rendimento acadêmico; decorrente desses, a automedicação, cabendo ressaltar que essas são questões que devem ser consideradas seriamente, visto que são interferências na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida, as quais devem ser identificadas e adequadamente manejadas por quem percebe a experiência dolorosa e por profissionais de saúde capacitados e humanizados.

5.4.3. Estimação de Categorias

Após a aplicação da escala, utilizando o método de estimação de categorias, foi calculado o Alpha de Cronbach para testar a fidedignidade da EMAIDOR-QUALIVIDA. A literatura aponta que, os instrumentos de coleta de dados que apresentam este Alpha maior ou igual a 0,70, são instrumentos que satisfazem o princípio de que quanto mais próximo do valor 1,0, maior o grau de fidedignidade do instrumento (MEDEIROS et al., 2015). Para o experimento da presente pesquisa, o Alfa foi de 0,96. A escala demonstra alto índice de Cronbach, o que sugere elevada correlação entre as variáveis da escala, indicando que elas pertencem ao mesmo constructo.

Abaixo seguem as Tabelas 12, 13 e 14 demonstrando valores da atribuição dos descritores de caracterização da interferência da dor na qualidade de vida, de acordo com a média aritmética e respectivos desvios-padrão. Para elaboração deste ranking, utilizou-se como critério as médias, sendo maior atribuição ($médias \geq 7$), média atribuição ($4,5 \geq médias \leq 7$) e menor atribuição ($1 \geq media \leq 4,5$) e para o desempate, caso necessário fosse, utilizou-se o desvio padrão.

Também foram apresentadas as dimensões dos descritores de maior, de média e de menor atribuição, o que indica a qualificação da interferência da dor na qualidade de vida por parte dos participantes, bem como os elementos predominantes na avaliação dos atributos.

Tabela 12 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de maior atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição decrescente, decorrente da aplicação EMAIDOR-QUALIVIDA - Ribeirão Preto, 2019.

Atributos do EMAIDOR-QUALIVIDA	MA	DP
50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor	8,53	2,48
43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor	8,83	1,91
40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena	8,39	2,58
07- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas	8,29	2,30
22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado(a)	8,21	2,08
06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer	8,00	2,42
09- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono	7,96	2,64
21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)	7,88	2,39
37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar	7,75	2,60
3- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável	7,73	2,13
65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor	7,71	2,78

58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família	7,59	2,98
36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida	7,57	3,10
56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades	7,56	3,10

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Observa-se que, dentre os descritores da interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, obteve-se sete (07) da dimensão Psíquico/Afetiva (21, 22, 36, 37, 40, 43, 50), quatro (04) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (3, 6, 7, 9), um (01) em relação à dimensão Familiar/Afetiva (58), um (01) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (65) e um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (56).

Tabela 13 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de média atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição decrescente no instrumento na forma definitiva - Ribeirão Preto, 2019.

Itens do EMAIDOR-QUALIVIDA	MA	DP
53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos	6,48	3,15
4- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual	6,47	3,15
23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado (a), mal interpretado(a)	6,31	3,29
29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas	6,31	3,39
57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida	6,28	3,18
41- A dor interfere no meu prazer de viver	6,26	3,08
30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração	6,03	3,36
17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente	5,97	3,35
33- Devido a minha dor, eu convivo com medo	5,96	3,40
13- A minha dor é pior à noite	5,95	3,42
31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro	5,89	3,36
25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante	5,88	3,09
27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros	5,87	3,47
45- Devido a minha dor, sinto-me como um prisioneiro na minha própria casa	5,64	3,50
69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc	5,62	3,73
19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória	5,59	3,45
68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros	5,57	3,78

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Observa-se que, dentre os descritores da interferência da dor na qualidade de vida com média atribuição, obteve-se onze (11) da dimensão Psíquico/Afetiva (17, 19, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 41, 45), dois (02) da dimensão Físico ou funcional/Afetiva (4, 13), dois (02) em relação à dimensão Social/Afetiva (53, 57) e dois (02) em relação à dimensão Financeiro/Afetiva (68, 69).

Tabela 14 - Distribuição das Médias Aritméticas (MA) e Desvios-Padrão (DP) dos descritores de menor atribuição da interferência da dor na qualidade de vida, segundo ordem de atribuição crescente no instrumento na forma definitiva - Ribeirão Preto, 2019.

Itens do EMAIDOR-QUALIVIDA	MA	DP
34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas	2,64	3,38
67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	2,93	3,49
59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	3,39	3,37
14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la	3,49	3,33
62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	3,71	3,52
61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família	3,73	3,42
60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar	4,01	3,57
48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo	4,09	3,63
44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade	4,19	3,40

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Observa-se que, dentre os descritores da interferência da dor na qualidade de vida com menor atribuição, obtive-se 03 da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 44, 48), 01 da dimensão Físico ou funcional/Afetiva (14), 03 em relação à dimensão Familiar/Afetiva (59, 60) e 03 em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (61, 62, 67).

Para discutir sobre o conceito de interferência da dor na qualidade de vida, cabe relembrar a compreensão que se tem dos conceitos que interagem, produzindo o da referida interferência, ou seja, de dor e de qualidade de vida.

Compreende-se, aqui, a dor a partir do conceito de Dor Total (SAUNDERS, 1991), ou seja, numa perspectiva bio-psico-social-espiritual, ao invés de uma proposta que a compreenda numa dicotomia mente-corpo. Além disso, a dor está intrínseca e totalmente ligada aos processos subjetivos, que produzem as elaborações de sentido e de emoções, entendendo o indivíduo que vive e percebe a dor não apenas em um corpo no qual a dor se projeta. Tal indivíduo está, assim, imbuído de todo contexto no qual está inserido, portanto, entende-se que a dor interfere na qualidade de vida, por ser possível evidenciá-la no indivíduo inteiro.

Já em relação à qualidade de vida, parte-se do conceito de “percepção dos indivíduos em sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” proposto pela WHO (1996).

Para além da inexatidão do conceito, pelos diversos autores que se embrenharam em sua complexidade, a qualidade de vida é entendida com base em três aspectos centrais, quais sejam subjetividade, multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas. A associação entre dor e qualidade de vida foi abordada em diversos estudos, revelando o impacto negativo da primeira. Considerando-se a relação entre esses dois conceitos, percebe-se que há aproximação com nível de complexidade tal que extrapole a multidimensionalidade de cada um dos fenômenos (dor e qualidade de vida) quando abordados de maneira dicotômica.

A interferência de dor na qualidade de vida é um fenômeno complexo, tanto por sua origem ser a interação entre dois fenômenos também complexos, como por seus elementos afetivos e idiossincráticos; dessa maneira, tal complexidade originária não poderia simplesmente desaparecer. Tal fenômeno, fruto dessa relação, guarda as propriedades dos anteriores, ou seja, contínuo de multidimensionalidade (SAUNDERS, 1964, MARQUEZ, 2011; FALEIROS SOUSA et. al., 2010, WHO, 2006; BARROS, 2001; CARVALHO, 2012).

Destarte, optou-se por organizar e discutir os dados por meio da categorização já utilizada no instrumento EMADOR, (FALEIROS SOUSA, 2010) que deu origem ao desta pesquisa. Seguindo essa conduta teórico-metodológica, foram geradas dimensões, formando-se as díades Físico-funcional/afetiva; Psíquico/afetiva; Social/afetiva; Familiar/afetiva; Espiritual/afetiva e Financeiro/afetiva. Desse modo, alguns descritores carregam, predominantemente, junto ao componente afetivo, os componentes físico-funcional, psíquico, social, familiar, espiritual e financeiro.

O vocábulo “afetividade” denota ilimitados conteúdos psicológicos, tais como tristeza, amor, paixão, inveja, desesperança, além de estados de ânimo, dentre outros, e se constituem em organização viva, acomodando, assim, em si mesmo, um matiz de significados, sentidos e de conteúdos idiossincráticos (MOURA SIQUEIRA, 2013). À vista disso, nesta investigação, compreende-se que todos os descritores da interferência da dor na qualidade de vida contêm em seus significados tais acepções psicológicas.

Quando um participante menciona um atributo da interferência da dor na qualidade de vida, refere além do conteúdo predominante da interferência propriamente dito; conjuntamente, há todo o conteúdo emocional presente em sua relação com a dor e com toda a dor contida nas relações entre as pessoas envolvidas no fenômeno e as interferências geradas por este, ou seja, a interferência da dor expressa pela linguagem e, na comunicação humana, todo conteúdo emitido pelas interações (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

Para melhor compreensão do conceito de interferência da dor na qualidade de vida, debruçar-nos-emos sobre as díades apresentadas e, para tal, será ilustrado, como mencionado

por Nasio (2008), o exemplo da dor do portador de grave queimadura em um membro superior. O autor apresenta a compreensão de que a experiência de dor está relacionada ao rompimento das barreiras psíquicas, ou seja, o contato do braço com uma dada superfície quente produz uma experiência de dor que se instaura partir de um estímulo interior. Essa experiência dolorosa constitui-se devido à excessiva excitação térmica (nocicepção), localizada na zona corporal periférica referida e, assim, o indivíduo passa a percebê-la.

Desse modo, há duas sensações percebidas heterogêneas e simultaneamente pelo indivíduo, quais sejam a dor externa, que procede da lesão, e de incômodo interno, proveniente da ruptura da barreira psíquica. Por conseguinte, a interferência da dor constitui-se para além do resultado mais concreto ou da sensação dolorosa da região lesada propriamente dita. Decorrente disso, ao perceber a dor, o indivíduo elabora imagem psíquica representativa do braço injuriado, em outras palavras, a fixação da dor experimentada no específico lugar referido do corpo ocorre por meio da representação mnemônica da lesão.

Essa representação da dor interfere na vida do indivíduo de tal maneira a produzir desequilíbrio homeostático no sistema psíquico, logo, o indivíduo percebe esse fenômeno como interferência e perturbação pulsional. A imagem psíquica da dor produz uma dinâmica de memórias conscientes e inconscientes que corrobora com as premissas sobre a dor e a libido Freudiana. Essas memórias, com função de dor psicogênica, não desaparecem e se apresentam em outro momento e em outro lugar, constituindo uma manifestação psicossomática imbuída do afeto, que atravessa as experiências do indivíduo.

No decorrer desse processo, o indivíduo atua na tentativa de automanejo. Essa ação se constitui como estratégia de defesa para o manejo da representação psíquica da dor, transferindo a energia disponível para a lesão no intento de neutralizar o fluxo de excitação dolorosa ou prazerosa. Dessa maneira, explicita-se que a resposta a uma dada dor de origem física não se restringe a esse elemento causal; essa resposta implica, também, em ordem psíquica (NASIO, 2008).

Cabe ressaltar que a dor é fenômeno que se desenvolve e interfere na vida do indivíduo de maneira ampla e complexa, ou seja, na qualidade de vida deste. Compreende-se que sempre há o componente afetivo na experimentação do fenômeno doloroso e, por consequências, nas demais reverberações que ocorram a partir dele, ou seja, na interferência na qualidade de vida.

Com base no apresentado, será retomada a descrição de Dupim (2015) sobre a existência de dependência entre o significado atribuído pelo indivíduo ao fenômeno em questão e o modo como ele se relaciona com este. Assim, reforça-se que a dor não pode ser

estritamente física e deve ser constituída também pela percepção, significados e símbolos dos indivíduos, atribuindo a eles as qualidades de autor e de ator de todo esse processo. Dessa maneira, o fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida singulariza-se na sua complexidade única, de acordo com o contexto pessoal de cada um.

Tal contexto denota que o fenômeno de interferência da dor na qualidade de vida está no desígnio da afetividade, entendida como central no desenvolvimento humano, pois ela é o veículo que permite a demonstração dos processos de aprendizagem, de desejos, de vontades e de desenvolvimento, em outras palavras, o humano aprende a relacionar-se com os fenômenos extrínsecos e intrínsecos a ele. Para tal compreensão, é possível percorrer um caminho proposto por Corrêa (2008), que compreende a afetividade/emoção como aspecto não só importante nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento da vida humana, mas também constitutivo.

Segundo Corrêa (2008), as dimensões cognitiva e afetiva (psíquicas) são inseparáveis, tanto no aspecto do funcionamento, como no do desenvolvimento humano. Ambos os aspectos se desenvolvem e se influenciam, simultânea e mutuamente, conforme apresentado nas dimensões dos descritores propostos nesta pesquisa.

Importa ressaltar que o ser psicológico atribui ao produto de sua ação psíquica uma qualidade valorativa, ou seja, a dor emparelhada pelo ser humano imbuída do universo de significados simbólicos e de atribuições de qualidades subjetivas, as quais são próprias das pessoas e dos contextos de experiências (PINTO, 2005). Decorrente disso, pode-se entender que o aspecto afetivo perpassa pelas dimensões que qualificam a interferência da dor na qualidade de vida e que tal fenômeno carrega dor psíquica importante (afeto). Em outras palavras, a interferência da dor na qualidade de vida sempre ocorre na perspectiva das emoções, tal como a dor de existir no mundo em diferentes situações. Isso fica explícito quando se verificam as dimensões que emergiram das médias de maior, de média e de menor atribuição dos descritores da interferência da dor na qualidade de vida.

Em relação aos descritores de maior atribuição, houve predominância na dimensão Psíquico/Afetiva, sendo sete (07) os mais atribuídos (21, 22, 36, 37, 40, 43, 50), 21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a); 22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado (a); 36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida; 37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar; 40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena; 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor; 50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor. Esses descritores revelam os impactos psíquicos da dor como sentimentos de irritação, de raiva, de cansaço, de tensão excessiva, os quais não permitem, por um lado,

relaxamento e, por outro, avaliação e dimensionamento do enfrentamento da dor, seja pela atribuição de maior dificuldade na vida, seja pelo reconhecimento da importância do tratamento ou ambivalência em perceber que a vida vale a pena e a disposição impetuosa de fazer qualquer coisa para se livrar dela. Compreende-se que esses elementos demonstram a complexidade e a ambivalência desse fenômeno.

Em seguida, obtiveram-se quatro (04) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (3, 6, 7, 9), 3- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável; 6- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer; 7- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas; 9- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono. Esses descritores revelam a interferência da dor no âmbito físico-funcional e com a apropriação de dificuldades na realização de atividades físicas e de lazer, na dificuldade em dormir e na percepção de não estar saudável. Esses elementos se adicionam à complexidade desse fenômeno e às limitações que a interação com ele impõe.

Obteve-se, também, uma (01) em relação à dimensão Familiar/Afetiva (58), 58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família. Compreendeu-se que esse descritor sugere que o impacto da dor gera necessidade de disponibilização da família para com a pessoa, que percebe interferência da dor na qualidade de vida, e que esse estar junto é fundamental para o manejo do fenômeno.

Houve um (01) em relação à dimensão Espiritualidade-religiosidade/Afetiva (65), 65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor. Compreendeu-se que esse descritor sugere a importância deste contínuo como recurso de manejo dessa dor complexa.

Por último obteve-se um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (56), 56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades. Considerou-se que esse descritor apresenta o impacto para além do indivíduo e sua família, demonstrando a carga social presente na interferência da dor na qualidade de vida.

Considera-se, como apontado por Le Breton (2013), que não existe dor “sem significado afetivo, que traduz a inserção de um fenômeno fisiológico no cerne da consciência moral do indivíduo”, ou seja, em outros termos, compreende-se ser a constituição do fenômeno doloroso afetivo, bem como sua interferência na qualidade de vida, cujo aspecto originário carrega os significados afetivos que vinculam a ordem fisiológica do fenômeno ao cerne do consciente e pode ficar recalcada no inconsciente.

Em relação aos descritores de média atribuição, obteve-se predominância onze (11) da dimensão Psíquico/Afetiva (17, 19, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 41, 45), 17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente; 19- Devido a minha dor, tenho problemas

com a memória; 23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado(a), mal interpretado(a); 25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante; 27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros; 29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas; 30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração; 31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro; 33- Devido a minha dor, eu convivo com medo; 41- A dor interfere no meu prazer de viver; 45- Devido a minha dor, sinto-me como um prisioneiro na minha própria casa. Compreende-se que esses descritores relevam percepções de dependência psicológica, sentimento de injustiça, de conviver com medo, de se sentir prisioneiro, de ser mal interpretado, de se sentir como um fardo para as outras pessoas e de desistir facilmente das coisas. Podem sugerir, também, de um lado, dificuldades com a memória e com a concentração, e, por outro, pode-se supor descobrimento do prazer de viver, de aproveitar melhor as coisas, os contextos e as pessoas e o sentimento de tranquilidade, de se sentir amado(a), importante nos contextos e nas situações em que participam e na interação com as pessoas.

Em seguida, duas 02 da dimensão Físico-funcional/Afetiva (4, 13), 4- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual e 13- A minha dor é pior à noite. Esses descritores podem sugerir características do fenômeno que possibilitam melhor apuração do manejo, como o conhecimento de que a dor é pior no período noturno, também de que os prejuízos nas atividades sexuais aparecem como descritores importantes na caracterização da vida cotidiana e da maneira como a dor interfere na vida diária dessas pessoas e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Houve, também, duas (02) em relação à dimensão Social/Afetiva (53, 57), 53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos e 57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida, possivelmente indicando a necessidade de apoio de amigos, como recurso importante para o manejo.

Ainda, dois (02) em relação à dimensão Financeiro/Afetiva (68, 69), 68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros e 69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc, apontando para a interferência da dor na qualidade de vida no aspecto financeiro, impondo compulsoriamente uma reorganização econômica tanto do indivíduo, como da família e, também, dificuldades e limitações na manutenção das finanças, bem como a possibilidade de diversão e de participação em consumo.

Em relação aos descritores de menor atribuição, obteve-se predominância 03 da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 44, 48), 34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa

saúde de outras pessoas; 44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade; 48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo. Esses descritores sugerem falta de saúde, de privacidade e de autoestima. Ademias, de maneira geral, tais atributos sugerem, do ponto de vista aqui abordado, incômodo ou insatisfação em relação a si mesmo e/ou ao outro.

Em seguida, obteve-se um (01) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (14), 14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com objetivo de controlá-la. Esse descritor sugere a apropriação imprescindível das atividades físicas como recurso de manejo da dor. Cumpre mencionar a compreensão de que a atribuição menor tem o significado de resistência a esse tipo de atividade, paradoxo por o ser humano ser um ser de movimento, segundo a Grécia antiga representada por Hipócrates e Galeno.

Foi observado, ainda, três (03) em relação à dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), 59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família; 60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar; 61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família. Esses descritores sugerem que a família nem sempre se torna um recurso de apoio e de manejo e que a dor pode interferir de maneira a gerar desencontros na compreensão familiar e dificuldades de relacionamentos.

Por último, dois (02) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67), 62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade; 67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado. Esses descritores revelam elementos simbólicos que constituem o sentido da dor com base em crenças e também que ela pode interferir na relação com a espiritualidade/religiosidade, enfraquecendo sua possível atuação como recurso de apoio e de enfrentamento da dor.

Com a elaboração do conceito de interferência da dor na qualidade de vida, a proposta foi a de organizar, segundo levantamento de referências da literatura, gerações de conhecimento, cujas variáveis qualitativas são atributos do fenômeno em questão, embora os pressupostos teórico-metodológicos possam diferir muitas vezes. As pesquisas apresentadas a seguir, frutos deste levantamento, são complementares à discussão, pois são coerentes e corroboram, em suas hipóteses e achados, com a discussão das dimensões do conceito de interferência da dor na qualidade de vida proposto pela presente investigação.

Em pesquisa realizada por Guclu et al., (2012), cujos objetivos foram investigar a relação entre crenças de Medo e de Esquiva com a Incapacidade de Pacientes com Lombalgias Crônicas e predição da qualidade de vida, a amostra constituiu-se de 105 participantes, que foram categorizados por meio de itens sociodemográficos e avaliados por

meio de Escala visual analógica (PRICE, 1983), do Questionário de incapacidades de Roland Moris (ROLAND; MORRIS, 1983), do Inventário de ansiedade de Beck (BECK et al., 1988; ULUSOY; ERKMEN; SAHIN, 1998), do Inventário de depressão de Beck (BECK, 1961), da Escala de amplificação somatossensorial (BARSKY; WYSHAK; KLIERMAN, 1990), do Questionário de crenças sobre medo e prevenção (WADDELL et al., 1993), e do questionário de pesquisa de saúde Short form-36 (WADDELL et al., 1993).

Os resultados desta demonstraram que, na medida em que a intensidade de dor aumentou, as crenças de medo e de esquiva aumentaram também; além disso, níveis mais altos de ansiedade, depressão e crenças de medo e de esquiva interferiram no aumento da incapacidade. Esta última foi predita pela intensidade de dor e pelo nível de ansiedade, de tal maneira que, quanto maior o nível de intensidade de dor, de ansiedade e de depressão, maior as crenças de medo e de esquiva e menor a função física. A intensidade de dor e de crenças de medo e de esquiva foram preditores de qualidade de vida. Os autores concluíram que seus achados corroboram com o que a literatura aponta e sugerem haver relação entre intensidade de dor, as crenças de medo e de esquiva com a incapacidade dos participantes e, consequentemente, com a qualidade de vida (GUCLU et al., 2012).

Em pesquisa realizada por Garbi et al. (2014), os objetivos foram mensurar a intensidade dolorosa, identificar a incapacidade e os níveis de depressão em indivíduos com dor lombar crônica e correlacionar essas variáveis entre si. A amostra constituiu-se de 60 participantes e, para coleta de dados, foi utilizada a EMADOR (FALEIROS-SOUSA, 2010) para avaliação da dor, o Questionário Roland Morris de Incapacidade para avaliação da incapacidade e o Inventário de Depressão de Beck para avaliação da depressão. Para análise dos dados, foram calculados médias aritméticas, desvio-padrões e coeficientes de correlação de Spearman. Os resultados revelaram elevados níveis de dor, de incapacidade e de depressão. Houve correlações positivas entre dor e incapacidade, entre dor e depressão e entre incapacidade e depressão. Os autores apontaram que os dados contribuem para aspectos da experiência da interferência de dor na qualidade de vida, ou seja, relacionados aos prejuízos na vida diária desses participantes, e podem auxiliar na compreensão e na produção de manejos multi e interdimensionais, considerando o papel de cada profissional (médico, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, entre outros) nessa abordagem, que envolve cuidado, ensino e pesquisa.

Em investigação realizada por Almeida et al. (2013), cujos objetivos foram identificar a prevalência e as características da dor crônica em pacientes esquizofrênicos e comparar a qualidade de vida, a amostra foi composta por 205 participantes com os referidos

diagnósticos, divididos em dois grupos (com dor e sem dor). Para coleta de dados, foram considerados os sociodemográficos, os de transtorno psiquiátrico, de dor e de qualidade de vida, sendo utilizado o WHOQOL – breve (CICONELLI, 1997; FLECK, 2000). Os resultados apontaram média de 37 anos de idade, 65% de homens, tempo médio de escolaridade de 09 anos, 87%, solteiros, 65% residiam com os pais e 25% tiveram um emprego. Em relação à dor, 70% dos participantes não receberam manejo dela. Em relação à qualidade de vida, o grupo com dor apresentou maior incapacidade física quando comparados com o grupo sem dor ($p < 0,001$). As interferências nos demais domínios foram equivalentes. Os autores consideram que a dor crônica foi comum em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e houve diminuição da qualidade de vida, sendo necessária maior atenção a essa condição.

Em pesquisa realizada por Bentsen et al. (2014), cujos objetivos foram conhecer a associação entre ansiedade, depressão, dor, doenças específicas e genéricas e qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, a amostra se constituiu de 100 participantes e para a coleta de dados referentes à qualidade de vida, especificamente associada à doença, foi utilizado o Questionário Respiratório de St. George (JONES; QUIRK; BAVEYSTOCK, 1991), referente à qualidade de vida genérica, foi utilizada a Escala de Qualidade de vida (ZIGMOND; SNAITH, 1983); referente à ansiedade e à depressão, foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (referencia, ano); e referente à dor, a Escala Numérica.

Do total de participantes, 31% relataram ansiedade significativa, 13% depressão e 45% percepção de dor. Os pacientes mais jovens relataram maior escore de ansiedade e pior qualidade de vida especificamente relacionada à doença. Pacientes com função física mais debilitada apresentaram escores mais elevados de depressão e relataram pior qualidade de vida genérica. As variáveis idade, comorbidade, função física, ansiedade, depressão e dor explicaram 19,2 e 49,6% da variância da qualidade de vida em doenças específicas e qualidade de vida genérica, respectivamente. Os autores consideram que os dados sugerem relação entre características dos participantes, dos sintomas e a qualidade de vida variando em função de a caracterização ser específica ou genérica. Apontam, ainda, a necessidade de os profissionais de saúde considerarem essas variáveis ao planejar e implementar os manejos para, assim, possibilitar melhora da qualidade de vida dos indivíduos com DPOC (BENTSEN et al., 2014)

As investigações citadas acima corroboram com os achados, desta pesquisa, sobre a multidimensionalidade da experiência da interferência da dor na qualidade de vida quando apontam que, em cada um dos cenários específicos, foram presentes os elementos de

intensidade de dor, de diminuição da função física, de incapacidade, de prejuízo na vida diária, de presença de comorbidades, de complexidade sintomatológica da experiência e de interferências no âmbito psicológico, quais sejam depressão, ansiedade e aspectos emocionais de maneira geral. Essas investigações corroboram com as dimensões Físico-funcional/Afetiva e Psíquico/Afetiva criadas e descritas na presente investigação.

Em pesquisa feita por Bianchi et al. (2014), em que fizeram análise da associação da fadiga com variáveis clínicas e psicológicas em 371 participantes com artrite reumatoide, de acordo com os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia de 1987, foi utilizada a subescala específica da escala Fatigue Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-FATIGUE) (CELLA et al., 2005) para avaliar a fadiga. (-0,507; $p < 0,001$) que teve média de 1.0 (0.7), ansiedade (-0,542; $p < 0,001$) com média de 7.0 (3.4), depressão (-0,545; $p < 0,001$) com média de 5.4 (3.6) e predominantemente com o domínio físico com média 39.1 (10.5) do questionário Short Form- 36 (CICONELLI et al. 1999) para qualidade de vida (SF-36P 0,584; $p < 0,001$) com médias de 87,5 (12,2), sendo média das subescalas para os domínios físico de 39,1 (10,5) e mental de 47,6 (11,0). Para todas as medidas, o intervalo de confiança foi de 95%. Os autores sugerem novo significado para as queixas de fadiga como parâmetro independente não relacionado com quantidade de articulações dolorosas ou escores das atividades inflamatórias. Parece haver maior relação entre transtornos psicológicos e funcionais com a fadiga. Ainda indicam a importância de novos estudos e do uso rotineiro de medidas padronizadas para a monitorização das queixas de fadiga.

Em investigação realizada por Ohara et al. (2012), cujo objetivo foi verificar a relação entre dor osteomuscular, considerando sua localização corporal e características sociais, econômicas e de qualidade de vida em indivíduos com doença falciforme, foram considerados os dados pessoais sociodemográficos e, em relação aos dados clínicos, foram utilizados o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (KUORINKA et al., 1987) para dor osteomuscular e o Short Form 36 (CICONELLI et al., 1999) para a qualidade de vida. Para análise descritiva, foram utilizadas frequências e porcentagens, para a análise inferencial, foi utilizado o teste do qui-quadrado (variáveis dicotômicas) e t de Student (variáveis contínuas), com significância de 5%, e para a análise de regressão logística com as variáveis dependentes que se relacionaram com dor. A amostra constituiu-se de 27 participantes, com média de 31,77 anos de idade, predominando sexo masculino, emprego ativo, escolaridade média e rendimento inferior a três salários mínimos. Em relação à dor, os locais mais acometidos foram quadril/membros inferiores, região dorsal, lombar e membros superiores. Houve associação entre dor, capacidade funcional e saúde mental. Nos aspectos físicos, a

interferência que se destacou foi dor nos membros superiores, coluna dorsal e lombar. Os autores apontaram que a dor se associou significativamente aos componentes físicos, à vitalidade e à saúde mental e essas interferências comprometeram a qualidade de vida.

Em pesquisa realizada por Silveira et al. (2016), cujo objetivo foi reconhecer a percepção dos pacientes acerca dos procedimentos terapêuticos, utilizados pelos trabalhadores da Enfermagem, para o alívio da dor, foi utilizada entrevista semiestruturada para coleta de dados, sendo a amostra constituída de 38 participantes que se encontravam em acompanhamento em hospital público. Após análise textual, emergiram três categorias, quais sejam significado e limitações causadas pela dor: expressão de pacientes; procedimentos terapêuticos praticados pela equipe de Enfermagem para aliviar a dor e utilização de instrumentos para avaliação da dor. Os pesquisadores consideraram que, para promover o alívio da dor, necessita-se compreender seu significado para os pacientes, considerando as dimensões físicas e as emocionais que a envolvem.

Em investigação realizada por McBeth et al. (2014), cujo objetivo foi identificar fatores associados a aumento do risco de desenvolver dor generalizada em adultos com idade > 50 anos, foi utilizado questionário cujos dados eram sobre dor, psicológico, status, estilo de vida, comportamentos de saúde, sociodemografia e fatores clínicos. Para análise, foram utilizadas a regressão logística, com propósito de testar a relação entre fatores basais e o início recente de dor generalizada, e a imputação múltipla, para testar a sensibilidade à ausência de dados. A amostra se constituiu de 4326 participantes, sendo que 1562 relataram nenhuma dor no início e 2764 relataram dor na linha de base. Do total, 800 (18,5%) relataram dor generalizada no seguimento da pesquisa, dos quais 7,7% relataram nenhuma dor no início e 24,6% tinham relatado alguma dor na linha de base. Os dados apontam que a maioria das variáveis foi associada à dor generalizada de início recente, porém, alguns fatores demonstraram associação persistente com dor generalizada na análise multivariada. Tais variáveis incluíam idade, estado inicial da dor, ansiedade, qualidade de vida relacionada à saúde física, queixa cognitiva e sono não restaurador, todas com intervalo de confiança de 95%. Os resultados persistiram após o ajuste para a presença de osteoartrite difusa e não foram sensíveis à falta de dados. Os autores apontaram que o sono não restaurador foi o preditor independente mais significativo da dor generalizada de início recente.

Em pesquisa realizada por Martins et al. (2012), o objetivo foi verificar, devido ao seu caráter multifatorial, o poder discriminativo dos instrumentos, a fim de identificar indicadores que permitissem expressar a autoavaliação e o autoconhecimento. A amostra se constituiu de 138 participantes divididos em 2 grupos, sendo o grupo-teste com diagnóstico de Síndrome

fibromiálgica (n=63) e o grupo-controle submetido à interconsulta em uma clínica de dor (n=75). Para coleta de dados, foram utilizados Questionário de Impacto de Fibromialgia (FIQ) (BURCKHARDT; SHARON; ROBERT, 1991; MARQUES et al., 2006), Escala Visual Analógica (EVA) (PIMENTA, 1994), Questionário de Dor McGill (MELZACK, 1975), Protocolo Pós-Sono (PSI) (WEBB; BONNET; BLUME, 1976) e Questionário SF-12 (CAMELIER, 2004). Os resultados demonstraram predomínio do gênero feminino em ambos os grupos, média de $42,3 \pm 4,3$ anos de idade, 45% com estado civil casados e média anos de escolaridade de $8 \pm 3,5$ anos. O tempo médio de dor foi de 3,2 anos de idade e de 2 anos para o diagnóstico de síndrome fibromialgia no grupo-teste. O mesmo grupo apresentou níveis mais significativos de dor, de ansiedade, de depressão, de pior qualidade do sono, de menor flexibilidade corporal e de pior qualidade de vida, quando comparados ao grupo-controle, embora alguns sintomas estejam presentes neste. Os autores apontaram que foi efetivo o uso dos instrumentos devido ao poder discriminativo ($P < 0,05$), cabendo destaque para o FIQ, a EAV e o PSI. Ressaltam que a síndrome fibromiálgica e as condições associadas causam significativa interferência negativa no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos.

Em pesquisa realizada por Avila et al. (2014), com o objetivo de investigar os padrões de dor, de sono e de alexitimia de 20 pacientes com fibromialgia, na coleta de dados, foram utilizados instrumentos clínicos e sociodemográficos, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (BURCKHARDT; SHARON; ROBERT, 1991; MARQUES et al., 2006), Pittsburgh Sleep Quality Index (BUYSSE, 1989), o Toronto Alexithymia Scale (PARKER; BAGBY; TAYLOR, 1989) e o SF-36 (CICONELLI et al., 1999). Os resultados apontaram que os pacientes com fibromialgia tiveram desempenho pior em todas as dimensões de qualidade de vida do SF-36 e escores significativamente mais altos no PSQI ($p = 0,01$) e no TAS-20 ($p = 0,02$). Os dados concordavam com a literatura, evidenciando pior desempenho de pacientes com fibromialgia no que se refere à interferência da dor na qualidade de vida, nas queixas de sono e na maior presença de alexitimia. Os autores são unânimes em afirmar que um conhecimento mais aprofundado desses distúrbios poderia melhorar a abordagem e o manejo dos indivíduos com fibromialgia.

As investigações citadas acima reforçam a necessidade da dimensão físico-funcional/afetiva quando ressaltam qualificadores como fadiga, capacidade funcional, dimensões físicas, vitalidade, saúde física e sono não restaurador e, em relação à dimensão Psíquico/afetiva, corroboram com qualificadores como transtornos psicológicos, saúde mental, dimensão emocional e queixa cognitiva. Esses elementos são reverberações dos estados dolorosos que interferem na qualidade de vida.

Em investigação, cujo objetivo foi determinar o impacto da dor crônica nas atividades de vida diária, participaram 451 idosos, servidores municipais, sendo a coleta de dados realizada por meio de entrevista domiciliar. A análise foi descritiva e foi feito teste de X^2 para comparação das frequências. A dependência foi avaliada com o instrumento baseado no Older American Resources and Services. Os resultados principais apontaram que os aspectos da vida que mais sofreram interferência da dor crônica foram: sono (40%), humor (39,07%), lazer (36,71%) e apetite (20,93%) (DELLAROZA; PIMENTA, 2012).

Do total de participantes, 50% referiram interferência da dor para o sono, o apetite, o humor, o lazer, a atividade sexual, a vida familiar e a profissional. A pesquisa não demonstrou diferença no grau de dependência para atividades de vida diárias, quando comparados os idosos “com e sem dor”. Entretanto, quando comparados idosos “sem dor” ou “com dor normal” com idosos em situação de “episódio ou exacerbação da dor”, foi possível verificar prejuízo nas atividades instrumentais: viajar, realizar compras e realizar trabalhos domésticos ($p < 0,05$) (DELLAROZA; PIMENTA, 2012). Tais dados corroboraram com os da presente investigação.

Em pesquisa realizada por Antunes et al. (2013), cujos objetivos foram descrever características de dor, de cinesiofobia e de qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica associada à depressão, a amostra se constituiu de 193 participantes, com os referidos diagnósticos, que foram divididos em dois grupos (com e sem depressão); a presença de depressão foi determinada pelo Inventário de Depressão de Beck (BECK et al., 1961) e pela Mini International Neuropsychiatric Interview (AMORIM, 2000). Em relação à intensidade e à qualidade de dor em ambos grupos, foi utilizado Questionário McGill (MELZACK, 1975), ao medo do movimento, foi utilizada a Escala Tampa para Cinesiofobia (SIQUEIRA; TEIXEIRA-SALMELA; MAGALHÃES, 2007) e, à qualidade de vida, se utilizou o Medical Outcomes Study 36 (CICONELLI, 1997). Na análise, o nível de significância estatístico foi $p < 0,05$. Os resultados apontaram a prevalência de depressão de 32,1%. Nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, cinesiofobia e qualidade de vida mais impactos negativos quando comparados com o grupo sem depressão. Os autores consideraram que as condições de lombalgia e depressão produziram um cenário de maior intensidade de dor, medo de movimento e pior qualidade de vida.

Outra pesquisa, realizada por Shiratori et al. (2013), cujo objetivo foi caracterizar os aspectos sociodemográficos, clínicos e a qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide, teve a amostra constituída de 22 participantes, independentemente do sexo e com

idades superiores a 18 anos. Para coleta de dados, foi utilizada ficha de avaliação para levantamento dos aspectos sociodemográficos e clínicos, para o nível de atividade da doença foi utilizada a escala Disease Activity Score 28 (FRANSEN et al., 2010) e para avaliação da qualidade de vida o 36 Item Short-Form Health Survey (PICA-VET; HOEYMANS, 2004). Os resultados demonstraram predomínio do sexo feminino (81,8%) e média de idade de 60,0 ($\pm 12,90$) anos no sexo masculino. Em relação aos sintomas, 77,3% referiram dor como a principal queixa; em relação ao nível de atividade da doença, verificou-se que os valores médios foram 4,4 ($\pm 1,56$), com predomínio de 10 (45,5%) participantes em atividade moderada; em relação à qualidade de vida, evidenciou-se diferença significativa no domínio dor e aspecto social em função do nível de atividade da doença ($p < 0,05$). Os autores consideraram que houve prejuízo no estado geral de saúde e elevado nível de atividade da doença, interferindo, assim, na sintomatologia dolorosa e no aspecto social da qualidade de vida.

As investigações citadas acima reforçam a necessidade da dimensão Físico-funcional/Afetiva e Psíquico/Afetiva com diversos qualificadores, quais sejam o sono, o apetite, o humor, o lazer, a presença de aspectos emocionais e de saúde mental na experiência, as dificuldades para viajar, a capacidade funcional e a dificuldade na realização de trabalhos domésticos. Em relação às dimensões Social/Afetiva, Familiar/Afetiva e Financeiro/Afetiva, apresentaram qualificadores que corroboram com eles, quais sejam interferência no aspecto social da qualidade de vida, da vida profissional, da dificuldade na realização de compras e das atividades sexuais. Todos esses qualificadores corroboram com as dimensões propostas na presente investigação e nos diversos modos de a dor interferir na qualidade de vida.

Em investigação realizada por Stefane et al. (2013), os objetivos foram avaliar a percepção da dor, a incapacidade e a qualidade de vida em indivíduos com dor lombar crônica. Para coleta de dados, foi utilizada escala numérica de 11 pontos para mensurar a intensidade de dor e, para a incapacidade e a qualidade de vida, foram utilizados o questionário de Roland-Morris (MONTEIRO, 2010) e o WHOQOL-Bref (CICONELLI, 1999), respectivamente. A análise foi exploratória, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e modelos de regressão linear foram ajustados. A amostra se constituiu de 97 participantes e os dados obtidos foram 14,4 de média de incapacidade, 5,4 de intensidade de dor (no momento da entrevista) e 48,1 pontos de qualidade de vida. Em relação à interferência da dor na qualidade de vida, obtiveram o domínio físico com maior prejuízo (44,1), seguido pelo geral (48,1), psicológico (61,4), meio ambiente (62,0) e relações sociais (62,0). As autoras consideram que a dor lombar crônica percebida foi de alta intensidade e apresentou

associação moderada com a incapacidade, sendo que esta foi considerada de nível grave e teve correlação negativa forte com a da qualidade de vida, representada pelo domínio físico e correlação moderada com o psicológico.

Em pesquisa realizada por Oliveira et al. (2018), foram avaliados os fatores que estão associados à interferência da fibromialgia na qualidade de vida de 55 mulheres, sendo divididas em 2 grupos, quais sejam, o grupo fibromialgia (34 participantes) e grupo controle (21 participantes). Para coleta de dados foram utilizados o Questionário da dor de McGill (MELZACK, 1975), o Índice de Religiosidade de Duke (TAUNAY, 2012), o Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) (BUYSSE, 1989), o World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) (CASTRO; LEITE, 2015) e o Questionário de impacto da fibromialgia (FIQ) (BURCKHARDT; SHARON; ROBERT, 1991). Para análise descritiva, intergrupos e de regressão, com nível de significância ajustado para $\alpha = 0,05$. Os resultados demonstraram que o grupo fibromialgia apresentou níveis estatisticamente significativos mais elevados de dor ($p < 0,0001$), pior qualidade do sono ($p < 0,0001$), maior nível de incapacidade ($p < 0,0001$) quando comparados com o grupo controle. Em relação ao índice de religiosidade, não houve diferença significativa. Em relação ao FIQ, o grupo fibromialgia obteve média de $65,56 \pm 17,95$ pontos. A análise de regressão mostrou que os domínios atividade e participação do WHODAS 2.0 estão fortemente relacionados à interferência da fibromialgia na qualidade de vida. Os autores apontaram que a avaliação dos indivíduos com fibromialgia deve ser realizada de maneira multidimensional, baseando-se em modelos como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para que os manejos propostos sejam voltados às reais necessidades do indivíduo.

Em investigação realizada por Leadley et al. (2014), o objetivo foi realizar revisão dos dados mais recentes sobre relação entre qualidade de vida, doenças crônicas e dor, como critérios para discussões sobre envelhecimento saudável na Europa. O levantamento da literatura ocorreu no período entre 2009 e 2013, para tal foram utilizadas as bases de dados Medline e Embase. Após o levantamento, foram identificados 8 estudos observacionais e 1 de revisão sistemática que apontaram, de maneira geral, para relação estatística significativa entre a gravidade da dor e a qualidade de vida. Foram identificadas 5 revisões sistemáticas sobre dor crônica que indicaram que, de maneira geral, houve relação estatística significativa entre a redução da dor e o aumento da qualidade de vida. Os autores consideraram que há fortes evidências da correlação entre dor e qualidade de vida, que o manejo de dor crônica pode reduzi-la e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. Apontam, por último, que a prevenção e o manejo da dor crônica podem auxiliar significativamente a aumentar a

qualidade de vida e a saúde dos indivíduos que experienciam o fenômeno doloroso e suas interferências na qualidade de vida.

Em revisão integrativa, realizada por Freitas et al. (2018), cujo objetivo foi identificar as evidências disponíveis na literatura sobre qualidade de vida relacionada à saúde em adultos com doença falciforme, foi realizado levantamento da literatura nas bases de dados MEDLINE, CUMED, LILACS e SciELO e foram considerados os artigos no período 2005 a 2015 e os nos idiomas inglês, português ou espanhol. Nos resultados, 22 artigos, nos quais foram utilizadas seis escalas para avaliar os escores de qualidade de vida relacionada à saúde. Pacientes acometidos por crises dolorosas frequentes e com baixa adesão ao tratamento apresentaram comprometimento da qualidade de vida, tendo significativa interferência negativa quando comparados com a população em geral. Na visão dos pesquisadores, os indicadores deveriam instrumentalizar o enfermeiro na proposição de intervenções e de estratégias assistenciais e socioeducativas, com vistas a melhorar a qualidade de vida.

Outra pesquisa teve como objetivo refletir sobre a interferência da dor crônica na qualidade de vida das pessoas e na assistência de enfermagem. Os dados foram analisados e organizados em eixos temáticos, quais sejam *O impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida das pessoas*; *Dor como quinto sinal vital: a importância de sua avaliação* e *Assistência de enfermagem ao paciente com dor crônica*. Os resultados apontam que são várias as interferências da dor na vida das pessoas, sendo a repercussão sobre a qualidade de suas vidas mais intensa quando esse fenômeno adquire cronicidade (DE CASTRO MOURA, 2017).

Desse modo, faz-se necessária avaliação abrangente, holística e multiprofissional do indivíduo que experiencia esse fenômeno. Dentre os profissionais, o enfermeiro assume papel fundamental no processo de reconhecimento e de controle desse fenômeno da saúde também por meio de implementação de diagnósticos fidedignos e de intervenções efetivas. Os autores concluíram que a dor crônica merece atenção especial por parte dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, de modo que o processo de avaliação e de manejo sejam os mais abrangentes possíveis, na tentativa de minimizar as interferências negativas da dor sobre a qualidade de vida dos indivíduos (DE CASTRO MOURA, 2017).

As pesquisas citadas acima representam a valorização da prevenção, da avaliação fidedigna e, conseqüentemente, do manejo adequado para auxiliar na melhora da qualidade de vida e compreende que, em casos onde há baixa adesão, o comprometimento desta qualidade de vida pode ser mais agravado. Decorrente disso, é entendido que essas gerações de conhecimentos corroboram com a proposta, aqui colocada, de avaliação multidimensional da interferência da dor na qualidade de vida e isso fica explícito por meio dos qualificadores

domínios físico, geral, psicológico, meio ambiente, relações sociais, cujas correlações negativas foram significativas na qualidade de vida e dor. Cumpre mencionar a necessidade de abordagem multidimensional na avaliação e no manejo da interferência da dor na qualidade de vida.

Tal como já citado anteriormente, devido à inexistência de investigações, cujos dados foram gerados com métodos similares, correlacionou-se abaixo pesquisas cujos objetivos envolveram a temática dor, considerando que nos fenômenos oriundos da condição de dor há sempre interferência desta na qualidade de vida, coerente com a discussão das dimensões dos descritores da EMADOR (FALEIROS-SOUSA, 2010) e com a concepção do conceito de interferência da dor na qualidade de vida. Essas pesquisas corroboram, por aproximação teórica e metodológica, com os resultados da presente investigação, compreendendo que as investigações utilizadas na discussão do grupo focal complementaram, em suas hipóteses, a compreensão da variável qualitativa interferência da dor na qualidade de vida.

Em pesquisa realizada por Lippi (2011), o objetivo foi avaliar a dor do câncer. A amostra foi dividida em três (03): a do câncer digestivo, a do câncer de mama e a do câncer de próstata. Os resultados apresentaram semelhança nos descritores de maior atribuição de todas as amostras, quais sejam “Desconfortável” (Afetiva/Cognitiva), “Chata” (Afetiva/Cognitiva), “Dolorosa” (Afetiva/Sensitiva), “Incômoda” (Afetiva/Cognitiva), “Desagradável” (Afetiva/Cognitiva), e “Cansativa” (Afetiva/Cognitiva).

Esses mesmos descritores “Dolorosa” (Afetiva/Sensitiva), “Chata” (Afetiva/Cognitiva), “Incômoda” (Afetiva/Cognitiva), “Desagradável” (Afetiva/Cognitiva), “Desconfortável” (Afetiva/Cognitiva) e “Intensa” (Afetiva/Sensitiva) de dor crônica foram referidos como de maior atribuição também em outra investigação realizada por Pedrosa et al. (2014), para avaliação de pessoas com dor crônica isquêmica.

Pode-se comparar, também, à pesquisa realizada por Saltareli et al. (2008), cujo objetivo foi avaliar a percepção da dor na fibromialgia por meio de técnica metodológica quantitativa e qualitativa. A amostra foi composta por 30 participantes com fibromialgia. Para coleta de dados sobre dor, foi utilizado a EMADOR (FALEIROS-SOUSA, 2010). Os descritores de dor crônica que estiveram presentes, dentre os dez de maior atribuição, foram “Persistente” (Afetiva/Cognitiva), “Incômoda” (Afetiva/Cognitiva), “Chata” (Afetiva/Cognitiva), “Dolorosa” (Afetiva/Sensitiva) e “Desconfortável” (Afetiva/Cognitiva).

Moura-Siqueira et al. (2013), em pesquisa cujo objetivo foi caracterizar a dor crônica e aguda em crianças e adolescentes com idades entre 05 a 18 anos, obteve-se resultados que demonstraram que os descritores de maior atribuição foram “Dolorosa” (Afetiva/Sensitiva),

“Desagradável” (Afetiva/Cognitiva), “Chata” (Afetiva/Cognitiva) e “Desconfortável” (Afetiva/Cognitiva).

A partir dos estudos citados acima e do presente estudo, demonstra-se que o descritor de maior atribuição para a dor encontra-se na dimensão afetivo/cognitivo. Nesse sentido, Faleiros Sousa et al. (2016) apresentam a afetividade enquanto elemento importante na organização do pensamento humano acerca de um sentimento ou de um afeto. Os autores ressaltam que as relações lógicas, racionais e emocionais presentes no pensamento humano estão interconectadas ao ser cognitivo-afetivo.

A literatura dispõe de diversas investigações nas quais se busca compreender o fenômeno da dor e, para tal, utilizam diferentes escalas multidimensionais. Dentre esses estudos, é viável apontar o de Braga et al. (2012), cujo objetivo foi verificar a experiência algica dos 203 participantes, sendo estes estudantes universitários brasileiros. Os resultados revelaram que os descritores mais utilizados para expressar dores foram “latejante” (74,3%), “pontada” (62,9%), “enjoadas” (55,7%), “cansativa” (48,6%), “aperto” (38,6%), “que incomoda” (38,6%), “penetra” (32,9%), “pesada” (31,4%), “dá náusea” (30,0%) e “sensível” (30%).

Ainda, há o estudo de Pereira e Faleiros Sousa (2007a, 2007b), cujo objetivo foi avaliar dor pós-operatória, tendo a amostra constituída de 48 participantes. Os resultados indicam consistência entre os 20 descritores de maior atribuição, dentre eles, “Intensa” (Afetiva/Sensitiva), “Terrível” (Afetiva/Cognitiva), “Desesperadora” (Afetiva/Cognitiva) e “Profunda” (Afetiva/Sensitiva) na amostra de brasileiros e “Esmagadora” (Afetiva/Cognitiva), “Terrível” (Afetiva/Cognitiva), “Insuportável” (Afetiva/Cognitiva), “Intensa” (Afetiva/Sensitiva).

É possível comparar os resultados da presente investigação com os destas, apresentadas acima, desse modo, destacando o elemento afetivo nas díades dimensionais e os elementos cognitivos coerentes com os atributos de maiores atribuições encontradas no presente estudo, quais sejam as dimensões Psíquico/Afetiva, Físico-funcional/Afetiva. Cabe ressaltar que, para o conceito de interferência da dor na qualidade de vida, houve expansão das dimensões constituintes com o acréscimo das Social/Afetiva, Familiar/Afetiva, Espiritualidade-religiosidade/Afetiva e Financeiro/Afetiva para melhor caracterização dos diferentes domínios e da compreensão do referido fenômeno.

Assim como na dor, houve a interferência desta na qualidade de vida, predomínio e centralidade dos elementos afetivos e cognitivos, reforçando, assim, a importância de se compreender a interferência da dor na qualidade de vida, como fenômeno que extrapole o

físico e seja concebido e compreendido também na perspectiva das emoções e dos pensamentos. Desse modo, as necessidades de implementação de estratégias devem ser coerentes com essa necessidade.

Constatada a importância da dimensão Afetiva/Cognitiva correspondente à dimensão Psíquico/Afetiva da presente pesquisa e coerente com outras investigações presentes na literatura sobre a experiência dolorosa, fica evidente a relevância dos profissionais de saúde, que lidam com indivíduos com a interferência da dor na qualidade de vidas, considerarem as respostas ao fenômeno, percebendo esses elementos constitutivos, pois os pensamentos dessas pessoas com dor estão focados na compreensão desta, de sua interferência e do manejo.

Pode-se compreender que há corroboração entre os dados da presente investigação e das pesquisas apresentadas nas discussões e que ambos sustentam não se poder incorrer ao erro de abordar a interferência da dor na qualidade de vida pela lógica reducionista, pela qual a dor durante muito tempo foi abordada.

Nesse sentido, no decorrer do texto, foi utilizado o termo complexo e se faz necessário esclarecimento do uso deste, pois ele não constitui uma barreira a ser superada, mas, sim, uma característica de como se concebe o fenômeno (VASCONCELLOS, 2010).

Diante de tamanha complexidade, faz-se necessário deslocamento paradigmático (MORIN, 1991; SANTOS, 2000), deixando o isolamento e a separação da interferência da dor na qualidade de vida mental ou corporal, individual ou social, pois essa lógica dicotômica cartesiana aloca o objeto como tendo origem orgânica e apenas influência do psíquico. Cumpre destacar que, aqui, não se compreende dessa maneira, pois a interferência da dor na qualidade de vida dá-se como experiência originária e constitutivamente múltipla, ou seja, sua matriz é a multiplicidade que, articulada, produz a experiência de unidade, ou seja, detém as características de multi e de unidade de maneira inseparável.

Nesse aporte de ótica sistêmica, o fenômeno deixa de ser encapsulado em um corpo impessoal, simplificado, determinado, com causalidade linear, à parte das tramas do mundo social e dos processos simbólicos e culturais, ou seja, descontextualizado, e passa a ser concebido pela pessoalidade, como um sistema complexo, indeterminado, com relações causais recursivas, constituído pelo mundo social, pelos processos simbólicos e pelos culturais, tornando-se intersubjetivo (VASCONCELLOS, 2010).

Após o estabelecimento dos elementos desse sistema como sendo a cultura e o tempo “fundo” da figura, como entendido pela Gestalt, e as diversas vozes (metáfora utilizada por Bahktim, ANO cujo significado é o de) equipolentes que caracterizam o fenômeno de interferência da dor na qualidade de vida como o fisiológico, o subjetivo, o afetivo, o

cognitivo, o familiar, o comunitário, o trabalho, o financeiro, o social e o espiritual, cabe apresentar a compreensão de como todos esses elementos constituintes se articulam, produzindo a interferência da dor na qualidade de vida e a resposta a ela (LEWADOWSKI; MORRIS; DRAUCKER e RISKÓ, 2007; VANDENBERGHE; FERRO, 2005, NEUBERN, 2010).

Para dar continuidade a esta compreensão de maneira mais articulada, foram apropriados os conceitos de polifonia e de dialogismo do filósofo da linguagem Bakhtin (1895-1975), inspirados no estilo de música medieval, denominado polifonia, que está em oposição ao canto monódico gregoriano.

O primeiro foi utilizado na análise da obra dostoievkiana, análise esta que alocou uma multiplicidade de vozes ideologicamente distintas, inseridas na obra, em um jogo de concessões e de resistências ao discurso autoral. Em seguida, Bakhtin estendeu essa compreensão para todo o gênero romance que, na concepção do autor, são continentes onde se estabelece esse jogo com propósito de se orquestrarem e de se digladiarem por meio das diversas linguagens sociais.

O segundo é essencial para compreensão do primeiro e pode ser compreendido como “as relações de sentido que se estabelecem entre dois enunciados”, sendo que o dialogismo está tanto no exterior, na relação com o outro, como no interior da consciência, marcado na subjetividade, sendo, essa relação, o modo de funcionamento da linguagem, que revela a constituição do enunciado a partir de outro enunciado em que há a “incorporação pelo enunciadador da(s) voz(es) do outro no enunciado” (FIORIN, 2006, p. 32). Bakhtin compreende que o diálogo, em modos de relações, se estabelece entre interlocutores e nesse cenário está a ação que é histórica e socialmente compartilhada, em constante variação, mesmo que exista concretamente em um tempo e em um local específico (RECHDAN, 2003).

Dessa maneira, Bakhtin aponta a polifonia como elemento essencial de toda enunciação (expressão), considerando que um texto é constituído por diferentes vozes que se expressam; em outras palavras, toda expressão é formada por diversas expressões. Bakhtin compreende a linguagem como sendo uma realidade intersubjetiva e essencialmente dialógica, na qual o indivíduo sempre está atravessado pela coletividade (SCORSOLINI-COMIN et al. 2008).

Para o autor, cada palavra enunciada contribui para o processo de compreensão e cada um se apropria dela, fazendo-a corresponder ao conjunto de suas próprias palavras, constituindo, assim, réplicas e, quanto mais numerosas e substanciais forem elas, mais profunda e real será a compreensão (BAKHTIN, 1999).

Venturelli (2006) considera que, ao escrever, um autor não está sozinho, mas, sim, inserido em uma teia sistêmica que estabelece relações de sua produção com outras que o precederam e que o sucederam, de maneira inseparável, assim, compondo diversas vozes com a sua. Um autor está sempre em relação dialógica com os demais e, desse modo, sempre evocado à interação com outras vozes presentes no contexto em que está inserido, sendo que “O que caracteriza a polifonia é a posição do autor como regente do grande coro de vozes que participam do processo dialógico” (BEZERRA, 2005, p. 194). Esse autor, proposto por Bakhtin como um ser ativo, pois, rege as diversas vozes criadas ou recriadas por ele, porém sem eliminar as manifestações autônomas destas.

Após a exposição desses elementos conceituais, mostra-se viável sua utilização como metáfora para a compreensão do conceito de interferência da dor na qualidade de vida em sua multi e interdimensionalidade enquanto um coral de vozes. Pois bem, é considerado que, na expressão da interferência da dor na qualidade de vida, cada uma das dimensões e seus atributos são correspondentes às multiplicidades de vozes apontadas por Bakhtin. Em seguida, a interdimensionalidade é representada pelo dialogismo, no qual cada um desses atributos e dimensões estabelecem relações entre si, e essas relações ocorrem tanto no exterior como no interior do indivíduo, atravessadas pela afetividade. O enunciado seria correspondente à expressão da interferência da dor na qualidade de vida, em que ocorrem as produções desta pela relação entre os enunciados, ou seja, pelos interlocutores inter ou não, produzindo a incorporação das diversas vozes na expressão da interferência de dor na qualidade de vida. Ainda, à regência caberia a próprio indivíduo com auxílio dos profissionais de saúde, pois ela, em si, seria o manejo do fenômeno, produzindo, assim, a própria interferência da dor na qualidade de vida. Todos esses elementos se apresentam equipolentes e se articulam intrinsecamente, de tal maneira que se torna possível supor que indivíduos, dor e sua interferência se entrelaçam, de modo que suas existências são inseparáveis.

Nesse fascinante cenário apresentado, considera-se a importância desse olhar caracterizado pela multidimensionalidade, pela complexidade e pela causalidade recursiva que esta investigação propõe e que obtém ecos corroborantes nos dados produzidos desde o levantamento na literatura, grupo focal, validação aparente e de conteúdo à aplicação da escala. Fica, nesse contexto, explícita a importância dos profissionais de saúde, que manejam juntamente com as pessoas que têm experiência com a interferência da dor, considerarem essas múltiplas características apresentadas e defendidas no conceito de interferência de dor na qualidade de vida, considerando que os pensamentos e a dinâmica psíquica dessas pessoas estão focados na compreensão e no manejo de suas experiências. Assim, os profissionais

precisam desenvolver, juntamente com essas pessoas, manejos que alcancem essa multiplicidade de níveis, a exemplo de ideias e de afetos (FALEIROS SOUSA et. al., 2016).

Assim, o humano deveria perceber a dor enquanto abertura para o mundo, considerando sua virtude paradoxal presente na dialética de rememorar o valor da existência e a felicidade essencial de apropriar-se de si mesmo sem impedimentos. Esse alívio que, pode ser e, normalmente é a legitimidade de existir em sua dor, tem valor de inserção e reinserção no mundo o que representa a conquista de reapropriação satisfatória de uma vida coarctada e cindida (LE BRATON, 2013). Sócrates já enunciou essa dialética no *Fédon* quando da sua libertação dos grilhões, filosofa sobre o prazer e a dor dizendo:

“Quando um aparece, o outro vem em seguida. É, acredito, o que acontece comigo também, pois, depois da dor na perna provocada pela corrente, sinto vir o prazer que se segue a ela” (PLATÃO, 2012)

Nesse sentido, com a reapropriação daquilo que, eminentemente, poderia ter se perdido, o manejo da dor e sua minimização aproxima do mundo, agora, com sentimento de renovação, um renascimento com intensidade de viver. Essa dialética é o processo de elaboração e ressignificação próprios do manejo da dor e de suas interferências.

De modo geral, compreende-se que o fenômeno algico e sua interferência na qualidade de vida constitui a existência humana; em outras palavras, o homo sapiens poderia ser compreendido como um ser dolorido e que a expressão dolorosa, bem como suas reverberações, está imersa em percepções, sensações, pensamentos, emoções, afetos, interações sociais e familiares, mecanismos mentais de defesa e de elaboração, cultura e tempo em que o indivíduo está inserido e, conseqüentemente, as experiências que atravessam sua vida.

5.5. Resultados do Experimento de Estimação de Magnitude e de Comprimento de Linha

5.5.1. Indicadores sociodemográficos do grupo PM

Em relação ao experimento no qual utilizou-se o método de estimação de magnitude, participaram, no total, 60, sendo 71,66% mulheres com média aritmética de 43,16 anos de idade. Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que 30 eram Participantes em Manejo (PM) para algum tipo de dor, segundo queixas, e 30 eram Profissionais da Saúde (PS).

Os indicadores sócio-demográficos do grupo PM corresponderam aos dados de identificação (sexo, idade, religião, procedência (cidade onde mora), profissão, estado civil, número de filhos e nível de escolaridade).

Os resultados apontaram para predominância do sexo feminino, a qual correspondeu a 76,66% dos casos. A faixa etária encontrada foi de 18 a 69 anos, com média geral de 48,33 anos de idade, sendo de mulheres 48,22 e para homens 48,71.

Quanto ao indicador social referente à “religião”, mais da metade dos participantes (60%) frequentava a religião católica, 20% a evangélica, 10% a espírita e 10% referiram não ter nenhuma religião ou não informaram, como se pode observar na Figura 5 abaixo.

Figura 5- Distribuição da porcentagem das religiões da amostra dos participantes (n=30) do estudo, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito às cidades de procedência dos participantes, ou seja, a cidade em que residiam, os dados foram apresentados na Figura 6.

Figura 6 - Distribuição da frequência absoluta das cidades de origem da amostra dos participantes (n=30) do estudo, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à profissão dos participantes, seguem os dados na Tabela 15 abaixo.

Tabela 15- Distribuição das Profissões dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Profissão ou atividade	Frequência Absoluta	%
Aposentados	04	13,33%
Auxiliar Administrativo	01	3,33%
Cabeleireira	01	3,33%
Cozinheiros	01	3,33%
Diarista	03	10%
Do Lar	14	46,7%
Estudante	01	3,33%
Frentista	01	3,33%
Motorista	01	3,33%
Oficial de Administração	01	3,33%
Pedreiro	01	3,33%
Psicóloga	01	3,33%

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria foi categorizada como Casado (15 participantes), seguido por União Estável (6 participantes), Divorciado e Solteiro (3 participantes cada), Viúvo (2 participantes) e Separado (1 participantes apenas), como se pode observar na Tabela 16. Em relação ao número de filhos, obteve-se as categorias Nenhum filho

com 7 participantes, 1 filho com 3 participantes, 2 filhos com 9 participantes, 3 filhos com 6 participantes, 4 filhos com 3 participantes e 5 filhos com 2 participantes (Tabela 17).

Tabela 16 - Distribuição dos estados civis dos participantes (n=30), segundo a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Estado civil	%
Casado	50
Divorciado	10
Separado	03
Solteiro	10
União Estável	20
Viúvo	07

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 17 - Distribuição dos números de filhos, segundo percentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Categoria	Frequência	%
Nenhum filho	7	23
Com 1 filho	3	10
Com 2 filhos	9	30
Com 3 filhos	6	20
Com 4 filhos	3	10
Com 5 filhos	2	07

Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos participantes, a categoria com maior expressividade foi Ensino Fundamental Incompleto (11), seguido por Ensino Médio Completo (7), Ensino Médio Incompleto (5), Ensino Fundamental Completo (4), Ensino Superior Completo (1), Ensino Superior Incompleto (1) e Nenhum Completo ou Alfabetizado (1). A distribuição foi apresentada na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição do nível escolar dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Nível de escolaridade	Frequência	%
Nenhum Completo ou alfabetizada	01	03
Ens. Fund. Completo	04	14
Ens. Fund. Incompleto	11	37
Ens. Med. Completo	07	23
Ens. Med. Incompleto	05	17
Ens. Sup. Completo	01	03
Ens. Sup. Incompleto	01	03

Fonte: Elaborado pelo autor

5.5.2. Indicadores clínicos do Grupo PM

Em relação à caracterização clínica do fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida, foram relacionadas às informações sobre diagnóstico da doença, tempo de manejo, tempo que referem sentir dor.

A distribuição dos diagnósticos demonstrou uma presença de diversas patologias, como Esporão do calcâneo, Artrite Reumatóide, Artrose, Dor Pélvica, Distrofia Simpática Reflexa, Doença de Camurati, Lombalgia, Hipertrofia mandibular, Endometriose, Enxaqueca, Fibromialgia, Hérnia de disco, Lesão medular, Lesão no Cox, Tendinite, Desvio na coluna, Osteofitose, Neuralgia do nervo ciático, Mega-apofise e aqueles que não têm diagnóstico definido ainda (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Patologia referida	Frequência	%
Artrose	04	13,33
Distrofia Simpática Reflexa	03	10
Lombalgia	07	23,33
Hipertrofia mandibular	02	6,66
Enxaqueca	02	6,66
Fibromialgia	06	20
Hérnia de disco	12	40
Tendinite	03	10
Não tem diagnóstico	01	3,33

Fonte: Elaborado pelo autor

Além dos tipos de patologias relatadas pelos participantes, também foi possível verificar a frequência com que participantes relataram possuir uma ou mais patologias, como é apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição da quantidade de patologias simultâneas referidas pelos participantes (n=30), segundo porcentagem e frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Numero de patologias	Frequência	%
1 patologia	18	60
2 patologias	05	17
3 patologias	05	17
4 patologias	01	3
Não têm diagnóstico ou não informaram	01	3

Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda, em relação aos aspectos clínicos, os participantes apresentaram média de 122,68 meses para o tempo que referiram sentir dor, sendo que três (03) participantes não responderam essa pergunta e média de 83,93 meses para o tempo de manejo. Os tipos de manejos realizados pelos participantes são bloqueio, uso de medicamentos e realização de fisioterapia. Cabe ressaltar que alguns dos participantes realizaram mais de um tipo de manejo simultaneamente, sendo que obteve-se para um (01) manejo simultâneo 13,34%, para dois (02) manejos simultâneos 76,66% e para três (03) manejos simultâneos 10%.

Em relação à utilização de medicamentos, 96,66% indicaram fazer uso de medicamentos para controle da dor e apenas 3,33 % indicaram não fazer uso de medicamentos como forma de manejo para dor. Ainda em relação aos medicamentos, é pertinente adicionar que muitos participantes fazem uso de mais de um (01) medicamento; o número de maior expressividade foi de nove (09) participantes para o uso de três (03) medicamentos, seguidos por cinco (05) participantes com uso de quatro (04) medicamentos, segundo informações apresentadas nas Tabelas 21 e 22.

Tabela 21 - Distribuição dos tipos de manejos, segundo a frequência referida pelos participantes (n=30) - Ribeirão Preto, 2019.

Tipo de tratamento	Frequência
Bloqueio	29
Medicamentos	26
Fisioterapia	03
Não informou	01

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 22 - Distribuição da quantidade de manejos simultâneos, segundo a frequência e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Nº de manejos simultâneos	Tipo de manejos	Frequência	%
1 manejo	Bloqueio	04	13
2 manejos	Bloqueio e medicamentos + Medicamentos e fisioterapia	23	77
3 manejos	Bloqueio, medicamentos e fisioterapia	03	10

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos medicamentos utilizados pelos participantes, pode-se verificar que vinte e cinco (25) participantes relataram fazer uso e cinco (05) participantes não souberam informar quais eram esses. É possível verificar, ainda, a significativa quantidade de analgésicos, de relaxantes musculares, de antipiréticos, de anticonvulsivantes e de antidepressivos. A quantidade de medicamentos utilizados e respectivas frequências, bem como quais foram os medicamentos utilizados pelos participantes e respectivas frequências foram apresentados nas Tabelas 23 e 24.

Tabela 23 - Distribuição da quantidade de medicamentos em uso, segundo as frequências referidas pelos participantes (n=30) e a porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Quantidade de medicamentos	Frequência
ingerem 1 medicamento	2
ingerem 2 medicamentos	2
ingerem 3 medicamentos	9
ingerem 4 medicamentos	5
ingerem 5 medicamentos	2
ingerem 6 medicamentos	2
ingerem 7 medicamentos	2
ingerem 8 medicamentos	1

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 24 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Medicamentos	Frequência	%
Ácido Acetilsalicílico	01	3,33
Dipirona Monoidratada	13	43,32
Dipirona associada 1	02	6,66
Nimesulida	01	3,66
Tramadol	11	36,66
Codeína	04	13,33
Amitriptilina	07	23,33
Corticóides	01	3,33
Gabapentina	13	43,33
Carbamazepina	04	13,33
Cetoprofeno	02	6,66
Nortriptilina	02	6,66
Metadona	02	6,66
Topiramato	01	3,33
Sertralina	03	10
Ciclobenzaprina	01	3,33
Fosfato Sódico de Prednisolona	01	3,33

Multibacilar	01	3,33
Pregabalina	01	3,33
Quitapina	01	3,33
Levotiroxina Sódica	01	3,33
Vitaminas do Complexo B	02	6,66
Nitrazepam	01	3,33
Fluoxetina	02	6,66
Clonazepam	01	3,33
Omeprazol	02	6,66
Paracetamol Associado 1	01	3,33
Cloridrato de Venfalaxina	02	6,66
Ranitidina	01	3,33
Risperidona	01	3,33
Insulina	01	3,33
Succinato de Solifenacina	01	3,33
Paracetamol	07	23,33

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda

Dipirona associada 1 (Dipirona Monoidratada + Citrato de Orfenadrina + Cafeína Anidra)

Paracetamol Associado 1 (Cafeína + Carisoprodol + Diclofenaco sódico + Paracetamol)

5.5.3. Aplicação do EMAIDOR-QUALIVIDA no Grupo PM.

Devido a este experimento fornecer duas medidas, os dados foram organizados em duas (02) diferentes Tabelas. Uma apresentando os dados em ordem decrescente de EM e a outra apresentando em ordem decrescente de CL. Foram considerados as médias geométricas e os desvios-padrão para ambas as Tabelas. O escalonamento dessa análise foi apresentado nas Tabelas 25 e 26.

Tabela 25 - Distribuição decrescente dos itens da EMAIDOR-QUALIVIDA do experimento de estimação da magnitude do grupo PM (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.

	Itens do instrumento	MG	DP
01	50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor	372,91	135,92
02	43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor	316,36	149,51
03	22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado (a)	274,55	161,18
04	08- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso	269,91	165,16
05	37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar	268,38	165,08
06	21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)	266,66	171,41
07	51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar	227,28	167,36

08	07- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas	221,92	178,01
09	15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas	221,92	177,39
10	04- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual	219,03	174,49
11	58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família	214,78	182,45
12	40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena	206,08	196,39
13	36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida	196,08	196,30
14	03- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável	194,52	173,63
15	56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades	190,34	190,23
16	11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados	185,51	193,41
17	20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)	184,21	178,01
18	65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor	183,92	203,18
19	64- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito	177,76	195,47
20	09- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono	168,98	186,00
21	35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor	163,70	206,71
22	39- Eu quero passar tempo sozinho devido à dor	162,55	194,17
23	16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor	160,02	200,18
24	28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima	155,75	201,31
25	41- A dor interfere no meu prazer de viver	146,53	194,10
26	32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas	143,55	188,41
27	54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas	142,54	177,69
28	66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor	142,01	213,91
29	05- Devido à dor, tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)	137,60	194,55
30	23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado(a), mal interpretado(a)	135,46	206,85
31	57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida	134,40	200,05
32	47- Devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções	134,33	184,08
33	52- Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais	123,65	177,68
34	31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro	122,59	195,19
35	29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas	115,78	206,34
36	53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos	114,67	193,62
37	45- Devido a minha dor, me sinto como um prisioneiro na minha própria casa	110,85	213,27
38	17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente	107,18	189,69
39	69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.	106,34	213,10
40	25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante	106,24	159,61

41	33- Devido a minha dor, eu convivo com medo	103,37	191,29
42	02- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas	102,02	153,04
43	19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória	101,18	198,77
44	30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração	100,43	185,32
45	01- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente	100,00	0,00
46	13- A minha dor é pior à noite	97,80	194,02
47	10- Devido a minha dor, tenho dificuldades para fazer meus cuidados pessoais	94,69	164,41
48	18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente	94,48	178,25
49	24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado(a)	93,42	199,52
50	46- Mesmo com minha dor, minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa	93,38	168,22
51	49- A minha dor faz eu me sentir deficiente	91,21	205,11
52	55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)	90,85	210,10
53	68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros	88,47	204,90
54	12- Devido à dor, automedico-me	83,34	204,02
55	27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros	81,75	206,98
56	26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço	79,47	183,17
57	42- O tratamento para dor é um fardo pra mim	79,29	191,23
56	63- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade	77,01	197,11
59	44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade	74,14	204,67
60	60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar	73,31	199,73
61	61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família	73,21	190,35
62	06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer	71,28	184,72
63	38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim	57,45	205,66
64	48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo	51,56	192,47
65	59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	50,80	175,65
66	14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la	48,42	169,19
67	62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	44,45	174,02
68	67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	34,25	188,50
69	34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas	30,11	169,96

Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que, dentre os dez (10) descritores da interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, foi obtido seis (06) da dimensão Psíquico/Afetiva (15, 21, 22, 37,

43, 50), três (03) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (04,07, 08) e apenas um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (51). Dentre os dez (10) descritores de menor atribuição, obteve-se três (03) da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 38, 48), três (03) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), dois (02) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (06, 14) e dois (02) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67). Os dados do experimento de Comprimento de Linha seguem a mesma distribuição, portanto, a ordem dos atributos foi apresentada segundo a média e em relação às dimensões destes.

Tabela 26 - Distribuição em ordem decrescente dos itens do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de comprimento de linha do grupo PM (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.

Ordem	Itens do instrumento	MG	DP
01	50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor	186,45	67,96
02	43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor	158,18	74,76
03	22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado(a)	137,28	80,59
04	08- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso	134,95	82,58
05	37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar	134,19	82,54
06	21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)	133,33	85,71
07	51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar	113,64	83,68
08	07- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas	110,96	89,00
09	15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas	110,96	88,69
10	04- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual	109,51	87,24
11	58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família	107,39	91,22
12	40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena	103,04	98,20
13	36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida	98,04	98,15
14	03- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável.	97,26	86,81
15	56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades	95,17	95,12
16	11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados	92,76	96,71
17	20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)	92,11	89,01
18	65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor	91,96	101,59
19	64- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito	88,88	97,74

20	09- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono	84,49	93,00
21	35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor	81,85	103,36
22	39- Eu quero passar tempo sozinho devido à dor	81,27	97,08
23	16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor	80,01	100,09
24	28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima	77,88	100,66
25	41- A dor interfere no meu prazer de viver	73,26	97,05
26	32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas	71,77	94,21
27	54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas	71,27	88,84
28	66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor	71,00	106,96
29	05- Devido à dor, tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)	68,80	97,28
30	23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado(a), mal interpretado(a)	67,73	103,42
31	57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida	67,20	100,03
32	47- Devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções	67,16	92,04
33	52- Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais	61,82	88,84
34	31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro	61,29	97,59
35	29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas	57,89	103,17
36	53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos	57,34	96,81
37	45- Devido a minha dor, sinto-me como um prisioneiro na minha própria casa	55,42	106,64
38	17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente	53,59	94,85
39	69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.	53,17	106,55
40	25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante	53,12	79,80
41	33- Devido a minha dor, eu convivo com medo	51,68	95,64
42	02- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas	51,01	76,52
43	19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória	50,59	99,38
44	30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração	50,22	92,66
45	01- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente	50,00	0,00
46	13- A minha dor é pior à noite	48,90	97,01
47	10- Devido a minha dor, tenho dificuldades para fazer meus cuidados pessoais	47,34	82,21
48	18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e	47,24	89,13

	logicamente		
49	24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado(a)	46,71	99,76
50	46- Mesmo com minha dor, minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa	46,69	84,11
51	49- A minha dor faz eu me sentir deficiente	45,61	102,55
52	55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)	45,43	105,05
53	68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros	44,23	102,45
54	12- Devido à dor, automedico-me	41,67	102,01
55	27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros	40,88	103,49
56	26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço	39,73	91,58
57	42- O tratamento para dor é um fardo pra mim	39,65	95,61
58	63- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade	38,51	98,55
59	44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade	37,07	102,33
60	60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar	36,65	99,86
61	61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família	36,60	95,17
62	06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer	35,64	92,36
63	38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim	28,72	102,83
64	48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo	25,78	96,23
65	59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	25,40	87,82
66	14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la	24,21	84,60
67	62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	22,23	87,01
68	67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	17,13	94,25
69	34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas	15,05	84,98

Fonte: Elaborado pelo autor

5.5.4. Indicadores sociodemográficos do grupo PS

Os indicadores sociodemográficos do grupo PS corresponderam aos dados de identificação (sexo, idade, religião, procedência, profissão, estado civil, número de filhos e nível de escolaridade).

Os participantes que compuseram esse grupo foram trinta (30) profissionais de saúde, com experiência clínica com interferência da dor na qualidade de vida. Os resultados apontaram predominância do sexo feminino, correspondendo a 66,66% dos casos. A faixa etária encontrada foi de 29 a 60 anos, com média geral de 38 anos de idade, sendo mulheres de 35,09 anos e homens de 39,05 anos.

Quanto ao indicador social referente à “religião”, mais da metade dos participantes (53%) descreveram frequentar a religião católica, 7% evangélica, 23% a espírita e 17% aqueles que relataram não ter nenhuma religião ou não informaram, como se pode observar abaixo, na Tabela 27.

Tabela 27 - Distribuição das religiões da amostra dos participantes (n=30), segundo frequência e porcentagem, 2019.

Religiões	Frequência	%
Católicos	16	53%
Espíritas	07	23%
Evangélicos	02	7%
Não informaram ou não possuem Religião	05	17%

Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito às cidades de procedência dos participantes, ou seja, cidade de residência, todos 30 participantes relataram ser a cidade de Ribeirão Preto.

Em relação à profissão dos participantes, seguem os dados abaixo, na Tabela 28.

Tabela 28 - Distribuição das profissões dos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Profissões	Frequência	%
Auxiliar de Enfermagem	10	33,36
Enfermagem	05	16,66
Fisioterapia	05	16,66
Medicina	05	16,66
Psicologia	05	16,66

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria relatou pertencer à categoria casados (12 participantes), seguido por solteiros (12 participantes), união estável (05 participantes) e divorciados (01 participante), como é possível ver na Tabela 29. Em relação ao número de filhos, foram obtidas as categorias nenhum filho com 12 participantes, um (01)

filho com 07 participantes, dois (02) filhos com 08 participantes e três (03) filhos com 03 participantes (Tabela 30).

Tabela 29 - Distribuição dos estados civis dos participantes (n=30), segundo a frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Estado civil	Frequência	%
casado	12	40
divorciado	01	3
solteiro	12	40
união estável	05	17

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 30 - Distribuição dos números de filhos, segundo a frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Categoria	Frequência	%
Nenhum filho	12	40
Com 01 filho	07	23
Com 02 filhos	08	27
Com 03 filhos	03	10

Fonte: Elaborado pelo autor

5.5.5. Indicadores clínicos do Grupo PS

Em relação à caracterização clínica do fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida, as informações relacionadas foram tipo de dor, diagnósticos de doenças, tempo de manejo e tempo que referiram sentir dor, todos os mais usuais.

Em relação aos tipos de dor, os profissionais relataram que a maioria da procura foi caracterizada pela dor crônica (28), sendo que um (01) participante relatou maior procura devido à dor aguda e um (01) participante referiu encontrar na prática clínica ambas, de maneira equivalente.

A distribuição dos diagnósticos demonstrou presença de diversas patologias, como Esporão do calcâneo, Artrite Reumatóide, Artrose, Lesão no mangito rotador, Gonartrose no joelho, AVC, Hipertensão Arterial Sistêmica, Depressão, Lombalgia, Câncer, Estresse, Enxaqueca, Fibromialgia, Hérnia de disco, Doenças Psicossomáticas, Gastrite, Tendinite e Alzheimer (Tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição das patologias referidas pelos participantes (n=30), segundo a frequência absoluta e porcentagem - Ribeirão Preto, 2019.

Patologias	Frequência	%
Esporão do calcâneo	01	3,33
Artrite Reumatoide	06	20
Artrose	14	46,66
Lesão no manguito rotador	04	13,33
Gonartrose no joelho	01	3,33
Acidente Vascular Cerebral	02	6,66
Hipertensão Arterial Sistêmica	01	3,33
Depressão	04	13,33
Lombalgia	16	53,33
Câncer	03	10
Estresse	01	3,33
Enxaqueca	18	60
Fibromialgia	07	23,33
Hérnia de disco	18	60
Doenças Psicossomáticas	01	3,33
Gastrite	01	3,33
Tendinite	15	50
Alzheimer	01	3,33

Fonte: Elaborado pelo autor

Os tipos de manejos realizados relatados pelos profissionais-participantes são bloqueio (25), uso de medicamentos (30), realização de fisioterapia (23) e psicoterapia (4). Em relação à utilização de medicamentos, todos indicaram que, na prática clínica, seus pacientes fazem uso de medicamentos para controle da dor. Cabe adicionar que a maioria dos profissionais relatou que os pacientes fazem uso de analgésicos, de antipiréticos, de relaxantes musculares, de anti-inflamatórios e de antidepressivos (ver Tabelas 32 e 33).

Tabela 32 - Distribuição dos tipos de tratamentos, segundo a frequência referida pelos participantes (n=30) - Ribeirão Preto, 2019.

Tipos de manejos	Frequência	%
Bloqueio	25	83,33
Medicamentos	30	100
Fisioterapia	23	76,66
Psicoterapia	04	13,33

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos medicamentos utilizados, a Tabela abaixo apresenta a frequência de relatos dos profissionais sobre os medicamentos mais utilizados.

Tabela 33 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos participantes (n=30), segundo frequência - Ribeirão Preto, 2019.

Tipo de medicamentos	Frequências	%
Dipirona Monoidratada	21	70
Dipirona associada 1	21	70
Nimesulida	14	46,66
Tramadol	03	10
Dipirona	04	13,33
Gabapentina	03	10
Paracetamol Associado 1	03	10
Morfina	02	6,66
Diclofenaco	01	3,33
Cetoprofeno	01	3,33
Pregabalina	01	3,33
Sertralina	06	20
Omeprazol	01	3,33
Paracetamol	03	10

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda

Dipirona associada 1 (Dipirona Monoidratada + Citrato de Orfenadrina + Cafeína Anidra)
Paracetamol Associado 1 (Paracetamol + Fosfato de Codeína)

5.5.6. Aplicação do EMAIDOR-QUALIVIDA no Grupo PS

Devido a este experimento fornecer duas medidas, os dados foram organizados em duas (02) diferentes tabelas, Tabelas 34 e 35, uma apresentando os dados em ordem decrescente da EM e a outra apresentando em ordem decrescente as de CL. Foram considerados as médias geométricas e os respectivos desvios-padrão.

Tabela 34 - Distribuição em ordem decrescente dos atributos do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de estimação de magnitude do grupo PS (n=30), segundo Médias Geométricas (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.

Ordem	Itens do instrumento	MG	DP
01	07- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas	282,02	125,49
02	12- Devido à dor, automedico-me	271,51	129,07
03	06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer	245,18	128,23
04	22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado(a)	223,08	133,53
05	21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)	217,58	150,92

06	33- Devido a minha dor, eu convivo com medo	183,78	132,42
07	09- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono	182,85	180,71
08	32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas	171,92	125,75
09	52- Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais	170,94	85,89
10	37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar	168,92	97,29
11	43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor	168,65	99,61
12	42- O tratamento para dor é um fardo pra mim	162,14	93,92
13	55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)	161,67	89,48
14	56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades	160,05	137,84
15	31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro	159,84	88,82
16	27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros	158,25	80,46
17	50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor	157,08	106,50
18	47- Devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções	156,74	81,21
19	15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas	155,24	83,27
20	41- A dor interfere no meu prazer de viver	154,45	123,56
21	28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima	152,62	123,29
22	54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas	151,76	98,02
23	13- A minha dor é pior à noite	151,51	154,17
24	23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado(a), mal interpretado(a)	143,97	189,22
25	03- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável	140,49	87,28
26	20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)	140,43	79,74
27	11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados	139,64	85,76
28	35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor	134,93	164,69
29	08- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso	134,27	171,34
30	65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor	134,09	69,15
31	02- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas	125,16	95,97
32	40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena	123,02	161,46
33	58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família	121,09	98,04
34	45- Devido a minha dor, sinto-me como um prisioneiro na minha própria casa	120,87	148,18
35	63- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade	120,07	87,75
36	51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar	119,46	82,94
37	39- Eu quero passar tempo sozinho devido à dor	117,91	113,49
38	53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos	116,27	71,70

39	49- A minha dor faz eu me sentir deficiente	115,16	74,73
40	04- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual	112,47	91,25
41	66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor	111,90	87,17
42	36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida	111,40	106,68
43	57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida	109,96	72,70
44	19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória	108,87	93,89
45	16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor	108,57	99,28
46	30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração	108,49	64,44
47	17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente	106,01	65,80
48	10- Devido a minha dor, tenho dificuldades para fazer meus cuidados pessoais	103,00	80,62
49	44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade	101,58	131,66
50	26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço	100,87	83,09
51	01- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente	100,00	0,00
52	18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente	98,52	52,96
53	64- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito	95,35	32,81
54	61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família	90,69	140,84
55	24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado(a)	89,51	134,30
56	69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.	86,29	59,16
57	29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas	81,61	73,83
56	25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante	81,04	88,17
59	34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas	80,06	68,56
60	48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo	76,37	63,57
61	14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la	75,97	131,24
62	60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar	75,02	130,64
63	38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim	74,46	81,31
64	68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros	70,82	64,99
65	59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	70,57	106,42
66	62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	69,63	66,43
67	67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	67,84	113,44
68	46- Mesmo com minha dor, minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa	53,67	42,99

69	05- Devido à dor, tenho dificuldades para satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)	48,21	55,85
-----------	---	-------	-------

Fonte: Elaborado pelo autor

	Itens do instrumento	MG	DP
1	05- Devido à dor, tenho dificuldades para satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)	48,21	55,85
2	46- Mesmo com minha dor, minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa	53,67	42,99
3	67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	67,84	113,44
4	62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	69,63	66,43
5	59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	70,57	106,42

Observa-se que, dentre os dez (10) descritores da interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, foram obtidos cinco (05) da dimensão Psíquico/Afetiva (21, 22, 32, 33, 37), quatro (04) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (6, 7, 9, 12) e apenas um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (52).

Dentre os dez (10) descritores de menor atribuição, obteve-se três (03) da dimensão Psíquico/Afetiva (38, 46, 48), três (03) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), dois (02) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (5, 14), dois (02) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67) e apenas um (01) da dimensão Financeiro/Afetiva (68).

Tabela 35 - Distribuição em ordem decrescente dos atributos do EMADOR-QUALIVIDA do experimento de comprimento de linha do grupo PS (n=30), segundo Média Geométrica (MG) e respectivos Desvios-Padrão (DP) - Ribeirão Preto, 2019.

Ordem	Atributos do instrumento	MG	DP
1	7- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas	141,01	62,74
2	12- Devido à dor, automedico-me	135,76	64,54
3	6- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer	123,34	64,08
4	21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)	119,21	81,04
5	22- Devido à dor, eu me sinto cansado(a), desanimado(a)	114,38	71,77
6	9- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono	92,31	93,76

7	33- Devido a minha dor, eu convivo com medo	91,89	66,21
8	32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas	85,96	62,88
9	52- Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais	85,47	42,95
10	43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor	84,32	49,81
11	35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor	84,30	89,76
12	37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar	83,84	48,68
13	42- O tratamento para dor é um fardo pra mim	81,07	46,96
14	55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)	80,83	44,74
15	56- Devido à dor, tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades	80,03	68,92
16	47- Devido a minha dor, tenho dificuldade de controlar as minhas emoções	78,37	40,61
17	50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor	77,96	53,28
18	15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas	77,62	41,63
19	41- A dor interfere no meu prazer de viver	76,65	61,81
20	13- A minha dor é pior à noite	76,22	76,74
21	28- Devido a minha dor, tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima	75,75	61,67
22	31- Devido à dor, eu me senti pessimista sobre o futuro	75,75	46,08
23	27- Devido a minha dor, sinto-me um fardo para os outros	75,55	41,55
24	54- Devido à dor, eu perco a paciência com as outras pessoas	75,32	49,04
25	11- Devido a minha dor, tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados	71,73	46,00
26	23- Devido à dor, eu me sinto injustiçado(a), mal interpretado(a)	71,45	94,63
27	3- Devido a minha dor, eu não me sinto saudável	70,40	43,59
28	36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida	69,60	47,61
29	20- Devido à dor, eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)	67,04	40,27
30	65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor	67,04	34,58
31	8- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso	65,86	86,18
32	2- Devido a minha dor, tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas	62,72	47,94
33	40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena	60,10	78,06
34	63- Devido a minha dor, eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade	60,04	43,87
35	45- Devido a minha dor, me sinto como um prisioneiro na minha própria casa	59,99	74,11
36	58- Devido a minha dor, eu tenho apoio da minha família	59,97	43,11
37	51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar	59,57	41,52
38	19- Devido a minha dor, tenho problemas com a memória	59,26	45,85

39	53- Devido a minha dor, eu tenho apoio de meus amigos	58,14	35,85
40	39- Eu quero passar tempo sozinho devido à dor	57,65	56,82
41	49- A minha dor faz eu me sentir deficiente	57,58	37,36
42	66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor	55,95	43,58
43	4- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual	55,29	46,12
44	57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida	54,98	36,35
45	30- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade de concentração	54,24	32,22
46	17- Devido a minha dor, estou dependente de outros psicologicamente	53,01	32,90
47	16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor	52,86	50,17
48	38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim	51,79	41,05
49	10- Devido a minha dor, tenho dificuldades para fazer meus cuidados pessoais	51,50	40,31
50	44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade	50,41	65,85
51	26- Devido a minha dor, não aprecio as coisas que faço	50,06	41,57
52	1- Devido a minha dor, estou dependente de outros fisicamente	50,00	0,00
53	18- Devido a minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente	49,26	26,48
54	64- Mesmo com minha dor, eu tenho paz de espírito	47,68	16,40
55	61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família	45,01	70,44
56	24- Devido à dor, eu me sinto envergonhado(a)	43,77	67,20
57	69- Devido a minha dor e ao tratamento, não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.	42,83	29,61
56	25- Devido à dor, recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a), amado(a), importante	40,52	44,09
59	29- Devido a minha dor, eu desisto muito facilmente das coisas	40,50	36,94
60	34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas	39,73	34,30
61	48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo	37,90	31,81
62	60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar	37,23	65,33
63	68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros	35,15	32,52
64	59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família	35,03	53,23
65	62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade	34,56	33,24
66	14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la	32,02	15,53
67	67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado	28,88	14,68

68	46- Mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa	26,84	21,49
69	5- Devido à dor, tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)	23,93	27,95

Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que, dentre os dez (10) descritores da interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, obteve-se cinco (05) da dimensão Psíquico/Afetiva (21, 22, 32, 33, 43), quatro (04) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (6, 7, 9, 12) e apenas um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (52).

Dentre os dez (10) descritores de menor atribuição, obteve-se três (03) da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 46, 48), dois (02) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (5, 14), dois (02) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60), dois (02) da dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67) e um (01) da dimensão Financeiro/Afetiva (68).

5.5.7. Comparação entre métodos de estimação de Categorias, de Magnitude Numérica e de Comprimento de linha

Observa-se que, para os dois experimentos (EMN+EMCL-grupo PM), dentre os descritores da interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, foram obtidos seis (06) da dimensão Psíquico/Afetiva (15, 21, 22, 37, 43, 50), três (03) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (4, 7, 8) e apenas um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (51).

Constata-se, ainda, que, para os dois experimentos (EMN+EMCL-grupo PS), dentre os descritores de interferência da dor na qualidade de vida com maior atribuição, obteve-se seis (06) da dimensão Psíquico/Afetiva (21, 22, 32, 33, 37, 43), quatro (04) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (6, 7, 9, 12) e apenas um (01) em relação à dimensão Social/Afetiva (52).

Na dimensão Psíquico/Afetiva, foram apresentados apenas dois (02) atributos de maneira diferente, itens trinta e sete (37) e quarenta e três (43), que compuseram o conjunto maior atribuição nos experimentos de EM e de CL, respectivamente. As demais dimensões foram representadas pelos mesmos itens.

Dentre os dez (10) descritores de menor atribuição para os dois experimentos (EMN+EMCL-grupo PM), obteve-se três (03) da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 38, 48), três (03) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), dois (02) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (6, 14) e dois (02) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67).

Observa-se que, para os dois experimentos (EMN+EMCL-grupo PS) dentre os descritores da interferência da dor na qualidade de vida com menor atribuição, foram obtidos seis (06) da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 38, 46, 48), dois (02) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (5, 14), três (03) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), dois (02) da dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67) e apenas um (01) da dimensão Financeiro/Afetiva (68).

Na dimensão Psíquico/Afetiva, foram apresentados apenas dois (02) atributos de maneira diferente, itens trinta e quatro (34) (CL) e trinta e oito (38) (EM), na dimensão Familiar/Afetiva foi apresentado apenas um (01) item discordante, sessenta e um (61) (EM), que compuseram o conjunto de menor atribuição nos experimentos de EM e de CL, respectivamente. As demais dimensões foram representadas pelos mesmos itens.

Estabelecendo uma união entre os itens de maior atribuição dos grupos PM e PS, foram obtidos oito (08) atributos da dimensão Psíquico/Afetiva (15, 21, 22, 32, 33, 37, 43, 50), seis (06) itens da dimensão Físico-funcional/Afetiva (4, 6, 7, 8, 9, 12) e dois (02) itens da dimensão Social/Afetiva (51, 52).

Na dimensão Psíquico/Afetiva, foram apresentados apenas quatro (04) itens que compuseram o conjunto de maior atribuição dos grupos PM e PS, de maneira a não ser comum aos grupos, quais sejam os itens quinze e cinquenta (15 e 50) do grupo PM e os itens trinta e dois e trinta e três (32 e 33) do grupo PS. Na dimensão Físico-funcional/Afetiva, foram apresentados apenas cinco (05) itens que compuseram os itens de maior atribuição do grupo PM e PS, de maneira a não ser comum aos grupos, quais sejam os itens quatro e oito (04 e 08) do grupo PM e os itens seis, nove e doze (6, 9 e 12) do grupo PS. Na dimensão Social/Afetiva, foram apresentados apenas dois (02) itens que compuseram o conjunto de maior atribuição do grupo PM e PS, de maneira a não ser comum aos grupos, quais sejam os itens cinquenta e um (51) do grupo PM e o cinquenta e dois (52) do grupo PS.

Estabelecendo união entre os itens de menor atribuição dos grupos PM e PS, obteve-se quatro (04) itens da dimensão Psíquico/Afetiva (34, 38, 46, 48), três (03) da dimensão Familiar/Afetiva (59, 60, 61), três (03) da dimensão Físico-funcional/Afetiva (5, 6, 14), dois (02) em relação à dimensão Espiritual/Afetiva (62, 67) e um (01) da dimensão Financeiro/Afetiva (68).

Na dimensão Psíquico/Afetiva, foram apresentados apenas dois (02) itens, que compuseram o conjunto de menor atribuição do grupo PM e PS, de maneira a não ser comum aos grupos, quais sejam o item trinta e quatro (34) do grupo PM e o quarenta e seis (46) do grupo PS. Na dimensão Físico-funcional/Afetiva, foram apresentados apenas dois (02) itens que compuseram o conjunto de maior atribuição do grupo PM e PS, de maneira a não ser

comum aos grupos, quais sejam o item seis (06) do grupo PM e o item cinco (05) do grupo PS. No grupo PS, emergiu a dimensão Financeiro/Afetiva com o item sessenta e oito (68), o qual não apareceu no grupo PM. As demais dimensões foram representadas pelos mesmos itens.

Segue nas tabelas 36 e 37 a comparação entre os descritores de maior e de menor atribuição em todos os métodos e amostras.

Tabela 36 - Distribuição dos atributos do EMAIDOR-QUALIVIDA, segundo os métodos de Estimação de Categorias, de Estimação de Magnitudes e de Comprimento de Linha e de maior atribuição em ordem decrescente - Ribeirão Preto, 2019.

Estimação de Categorias	Estimação de Magnitudes		Comprimento de Linha		Ordem
	PM	PS	PM	PS	
	Maior atribuição				
50	50	07	50	07	01
43	43	12	43	12	02
40	22	06	22	06	03
07	08	22	08	21	04
22	37	21	37	22	05
06	21	33	21	09	06
09	51	09	51	33	07
21	07	32	07	32	08
37	15	52	15	52	09
03	04	37	04	43	10

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda

- 04- Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual
- 06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer
- 07- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas
- 08- Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso
- 09- Devido a minha dor, tenho problemas com o sono
- 12- Devido à dor, automedico-me
- 15- Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas
- 21- Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado
- 22- Devido à dor, eu me sinto cansado, desanimado
- 32- Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas
- 33- Devido a minha dor, eu convivo com medo
- 37- Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar
- 40- Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena
- 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor

- 50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor
 51- Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar
 52- Devido a minha dor, tenho dificuldades em relacionamentos sociais

Tabela 37 - Distribuição dos atributos do EMAIDOR-QUALIVIDA, segundo os métodos de Estimação de Categorias, de Estimação de Magnitudes e de Comprimento de Linha e de menor atribuição em ordem crescente - Ribeirão Preto, 2019.

Estimação de Categorias	Estimação de Magnitudes		Comprimento de Linha		Ord em
	PM	PS	PM	PS	
Menor atribuição					
34	34	05	34	05	10
67	67	46	67	46	09
59	62	67	62	67	08
14	14	62	14	14	07
62	59	59	59	62	06
61	48	68	48	59	05
60	38	38	38	68	04
48	06	60	06	60	03
44	61	14	61	48	02
	60	48	60	34	01

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda

- 05- Devido à dor, tenho dificuldades para satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar)
 06- Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer
 14- Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la
 34- Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas
 38- Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim
 44- Devido a minha dor, eu não tenho privacidade
 46- Mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa
 48- Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo
 59- Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família
 60- Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar
 61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família
 62- Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade
 67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado
 68- Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros

5.6. Validação Psicofísica

Nesse momento foi utilizado o emparelhamento intermodal entre os dados oriundos das modalidades de EM e CL e, assim obtivemos representações gráficas. Estas representações gráficas apresentam o resultado do cálculo do expoente da função de potência por meio das médias geométricas das estimativas de magnitudes e de comprimento de linhas em coordenadas logarítmicas para cada atributo de interferência de dor na qualidade de vida (Figuras 7, 8, 9).

Na representação gráfica, referente ao procedimento de emparelhamento intermodal com os dois grupos PM+PS, o resultado foi uma reta ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=0,98$; $r^2=0,99$ (Figura 7).

Figura 7- Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para os grupos PM+PS - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Na representação gráfica, referente ao procedimento de emparelhamento intermodal com o grupo PM, o resultado foi uma reta ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=1$; $r^2=1$ (Figura 8).

Figura 8 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de

linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Na representação gráfica, referente ao procedimento de emparelhamento intermodal com o grupo PS, o resultado foi uma reta ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=0,86$; $r^2=0,97$ (Figura 9).

Figura 9 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PS - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Partindo da consideração de que os participantes apresentam tendência a restringir a amplitude de seus julgamentos, em função da variável que controlam, estes foram representados em coordenadas invertidas, ou seja, as médias geométricas das estimativas de emparelhamento de comprimento de linhas em coordenadas logarítmicas em função das médias geométricas das estimativas de magnitudes em coordenadas logarítmicas correspondentes para cada atributo de interferência de dor na qualidade de vida.

Figura 10 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM+PS - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 11 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PM - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 12 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas dos emparelhamentos dos comprimentos de linhas e das estimativas de magnitudes resultantes da aplicação da EMAIDOR-QUALIVIDA para o grupo PS - Ribeirão Preto, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autor

Para os dois grupos, PM+PS (Figura 10), uma reta foi ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=1,16$; $r^2=0,96$; para o grupo PM (Figura 11), uma reta foi

ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=1,16$ $r^2=0,97$; e para o grupo PS (Figura 12), uma reta foi ajustada pelo método dos quadrados mínimos, sendo $n=1,16$ $r^2=0,95$.

As estimativas de emparelhamento a comprimento de linhas foram projetadas em função das correspondentes estimativas de magnitudes para cada atributo de interferência de dor na qualidade de vida. Esse procedimento foi realizado com finalidade de minimizar o efeito de regressão, realizou-se cálculo da média geométrica dos expoentes para comprimentos de linhas versus média geométrica dos expoentes para estimação de magnitude versus comprimentos de linhas (STEVENS, 1969; FALEIROS SOUSA et al., 2010), cujo valor foi igual a 1,06 para o grupo PM+PS, 1,08 para o grupo PM e 1,0 para o grupo PS.

Os expoentes obtidos – 1,06, 1,08 e 1,0 – estiveram muito próximo a -1,0, tal como observado em estudos nos quais estimativas de magnitudes são emparelhadas a comprimentos de linhas (STEVENS, 1969; COLLINS; GESCHIEDER, 1989; FALEIROS SOUSA et al., 2010). Essa equivalência entre o expoente empírico, resultante da presente investigação, e o predito por Stevens, quando duas modalidades são utilizadas, constitui-se em evidência da confirmação da Lei de Potência (STEVENS, 1969). Fica, então, validada a escala psicofísica de atribuição dos descritores de interferência de dor na qualidade de vida para a língua portuguesa.

Dessa maneira, o resultado indica que qualquer alteração no estímulo produziria alterações semelhantes nos julgamentos realizados por meio das duas modalidades, ou seja, tanto estimação de magnitudes numéricas como estimação de comprimentos de linhas.

Em outras investigações, têm sido utilizada estimação de comprimentos de linhas, emparelhando-os a outras modalidades como brilhância, sonoridade, prestígio social e dor, e a predição foi praticamente perfeita (STEVENS, 1969; COLLINS; GESCHIEDER, 1989; FALEIROS SOUSA; SILVA, 1999; HORTENSE; ZAMBRANO; FALEIROS SOUSA, 2008; FALEIROS SOUSA et al., 2010; COLHADO et al., 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de identificação e de agrupamento de atributos permitiu visualização da abrangência do fenômeno estudado e a verificação da adequação dos atributos aos domínios do conceito de dor total e, conseqüentemente, ao conceito de interferência da dor na qualidade de vida, contextualizado nessa geração de conhecimentos.

O grupo focal é uma estratégia que auxiliou significativamente na elaboração da escala, segundo categorias temáticas, quais sejam as referentes aos domínios *físico, psíquico, sistêmica familiar, interação do casal, relações de trabalho, financeiro, lazer, relações com a comunidade, espiritualidade, manejo, relação com profissionais e com o serviço de saúde*. Cumpre mencionar que este método poderá auxiliar no desenvolvimento de novas gerações de conhecimentos, abarcando qualitativamente e com mais abrangência a complexidade do fenômeno da interferência da dor na qualidade de vida, dentre outras variáveis subjetivas.

Além disso, decorrente da utilização deste método, houve aproximação dos pesquisadores para com a realidade dos participantes, tornando o processo de pesquisa científica menos distanciado da realidade, ampliando o olhar do pesquisador e propiciando maior riqueza informacional, conduzindo, assim, ao encontro de diferentes e de complementares percepções acerca da interferência da dor na qualidade de vida, por consequência, mais claramente vinculado com seus princípios de beneficência. Assim, ficam também mais nítidas a amplitude e a complexidade do fenômeno de interferência da dor na qualidade de vida, que abrange diversos grupos sociais.

No que diz respeito aos dados clínicos, é pertinente ressaltar que os tipos de manejos utilizados foram bloqueio, medicamentos, fisioterapia, hidroterapia, acupuntura, soroterapia, psicoterapia, quimioterapia e infiltração, com destaque para os bloqueios e os medicamentos como sendo o uso principal dentre os diferentes recursos. Foi possível identificar os medicamentos que foram usados para o manejo, tendo destaque os analgésicos simples, como dipirona e paracetamol, os opióides, os anticonvulsivantes, os anti-inflamatórios, os antidepressivos e os relaxantes musculares.

Em relação à aplicação do EMAIDOR-QUALIVIDA, os itens de maior atribuição entre todos os grupos e os experimentos foram *Devido a minha dor, tenho prejuízo na minha atividade sexual; Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer; Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades físicas, Devido à dor, eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso; Devido a minha dor, tenho problemas com o sono; e Devido à dor, automedico-me*, referentes à dimensão Físico-Funcional/Afetiva;

Devido a minha dor, adio compromissos e tarefas; Devido à dor, eu me sinto impaciente, com raiva, irritado; Devido à dor, eu me sinto cansado, desanimado; Devido a minha dor, eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas; Devido a minha dor, eu convivo com medo; Devido a minha dor, eu tenho dificuldade para relaxar; Apesar da dor, eu sinto que a vida vale a pena; Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor e Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor, referentes à dimensão Psíquico/Afetiva; e Devido a minha dor, não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar; e Devido a minha dor, tenho dificuldades de relacionamentos sociais, referentes à dimensão Social/Afetiva.

Os itens de menor atribuição entre todos os grupos e experimentos foram *Devido à dor, tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas* (alimentação, beber água, respirar, urinar e defecar); *Devido a minha dor, tenho dificuldades em realizar atividades de lazer; Devido a minha dor, tenho feito atividade física com o objetivo de controlá-la*, referentes à dimensão Físico-Funcional/Afetiva; *Devido a minha dor, eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas; Eu sinto que, devido a minha dor, as outras pessoas não confiam mais em mim; Devido a minha dor, eu não tenho privacidade; Mesmo com minha dor, minha vida está progredindo de acordo com a minha expectativa; e Devido a minha dor, eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo*, referentes à dimensão Psíquico/Afetiva; *Devido a minha dor, não sou compreendido pela minha família, Devido à dor, tenho dificuldades com o relacionamento familiar e A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família*, referentes à dimensão Familiar/Afetiva; *Devido a minha dor, tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade; e Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado*, referentes à dimensão Espiritual/Afetiva e *Devido a minha dor, eu tenho problemas financeiros*, referente à dimensão Financeiro/Afetiva.

Desta maneira, acredita-se que o instrumento EMAIDOR-QUALIVIDA, elaborado com rigor metodológico, se faz imprescindível para futura avaliação da interferência da dor na qualidade de vida experienciada pelos indivíduos em sua multidimensionalidade - única e subjetiva - possibilitando, assim, a obtenção de dados adaptados para diferentes culturas sobre a experiência dolorosa.

Pensar nas possibilidades de interferência de fenômenos complexos, como a dor e a qualidade de vida no cotidiano do humano, evidencia a necessidade de avaliação adequada, no intuito de propiciar novas possíveis compreensões e, com isso, novas estratégias de manejo. Esta abordagem poderá ampliar a percepção e a análise das interferências da dor nos diversos

domínios e/ou seguimentos da experiência humana, tais como físicos, psíquicos, sociais, familiares, financeiros, espirituais, bem como a eficácia do manejo e sua evolução, que dependem da avaliação confiável e válida desta investigação.

Foi possível, por meio dos diversos recursos metodológicos da presente investigação, perceber os vários aspectos da interferência da dor na qualidade de vida, tais como as inúmeras limitações e as incapacidades funcionais que minimizam, no cotidiano, a autonomia dos participantes.

A ideia de um cotidiano saudável, por meio de sono suficientemente bom, está intimamente relacionada às interferências produzidas pela resposta dos participantes ao fenômeno doloroso, os quais abandonam o antro de dormir, sem conseguirem estabelecer resposta de contextualização e de melhora da qualidade do sono e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

A interferência da dor impacta na vontade e no prazer de comer e, conseqüentemente, gera desprazer na reunião familiar em torno da mesa que, dentre outros, se torna mais um ex-lugar de possibilidade de estar e de pertencer do participante.

Pensar a dor como condição inerente do psiquismo humano pode levar à compreensão da condição emocional daqueles que vivem e convivem com a interferência da dor e ao discernimento de estratégias de ação pontuais, por meio da identificação dos fenômenos que se apresentam no momento da crise e que contribuem para a produção de conteúdos com significativa assertividade, frente às interferências negativas produzidas pela dor.

O domínio psíquico é relevante no campo da interferência da dor, uma vez que, por meio dele, se torna compreensível o impacto na qualidade de vida e na saúde mental do participante, na percepção do rebaixamento da autoestima e da motivação.

As alterações decorrentes da interferência da dor modificam significativamente o lugar que esses participantes ocupam, no aqui e no agora e na perspectiva futura. Assim, aquele adulto que antes desenvolvia o papel de provedor e norteador das decisões do grupo familiar, agora se vê desacreditado, desamparado de compreensão da sua condição de dor, perdendo os sonhos e a felicidade na vida, como a alegria de ver seus filhos nas novas fases que a vida oferece, inevitavelmente.

As oportunidades de convívio social são alvos da interferência da dor que atingem as relações, deteriorando vínculos e transformando o coletivo familiar em uma sociedade de indivíduos que convivem com a dor e seus efeitos.

A interferência da dor pode levar o portador a produzir estranha resistência, força e persistência com a compreensão de que deve manter o controle da vida e o seu papel de líder na prole, preservando o contexto no qual estão inseridos.

A interferência da dor pode leva à desconfiguração dos mecanismos de segurança da relação marital nas dimensões sentimental, mental e material, tornando, assim, irreconhecíveis as atitudes e o estranhamento das reações dos pares. Destarte, pela interferência da dor, a fonte de prazer e de carinho do casal é drenada, levando à regressão dos sentimentos e das atividades sexuais. Desse modo, a interferência da dor é produtora de solidão, que evita o encontro do outro com ele mesmo e com o outro, com o propósito de blindar para não causar o desconforto alheio, produzindo, por conseguinte, um mecanismo de defesa que o isole a ponto de não expressar a insuportável dor que sente para o outro.

A interferência da dor atinge, até mesmo, a esfera produtiva do portador, forçando-o a traçar um projeto de resistência significativa no seu mundo de trabalho, levando-o a desenvolver uma cultura aparente e interiorizada de mecanicismo da adaptação das suas possibilidades produtivas, desconsiderando as possibilidades de elaboração humana.

A burocracia é o trilho diário da vida daqueles que manejam a dor no ambiente produtivo e que, muitas vezes, têm suas vidas produtivas paralisadas em decorrência da prática burrocática que emerge da desarmonia entre as instituições peritas e as empresas empregadoras.

É possível notar que os custos de esforço ao manejo não estão contabilizados no orçamento doméstico e que se torna outro manejo da dor de existir, nesta situação, para aqueles que não têm a humanização configurada nos processos de vida para tal. Sendo assim, o fenômeno doloroso leva à destituição imediata da dignidade material e financeira, instalando a dor do empobrecimento naquele que já maneja outras dores.

Uma atmosfera de “divórcio social” acontece no seio do grupo familiar, atingindo os momentos de ritos dos vínculos cêntricos. O pensamento de que não se deve brincar com a dor, parece imperar nas mentes daqueles que experienciam e manejam a dor, por meio de lazer e de maneiras de distração.

Conjuga-se a dor com a apatia intencionada, gerando ciclos de constrangimentos que afloram toda a comunidade dos ditos não dolorosos, em detrimento daqueles que sofrem com o fenômeno doloroso.

As conexões comunitárias elaboradas pela convivência com a vizinhança e com as ações políticas de mesma ordem têm implicações pela interferência da dor que,

sistematicamente, parece irradiar nas relações e no socialmente aceito, para aqueles que vivem e convivem com o fenômeno doloroso.

Portanto, no manejo da dor e nos momentos de alívio nas situações agudas do fenômeno doloroso, a religiosidade se fez presente enquanto recurso existencial para o enfrentamento desse fenômeno pelo simbolismo de que, a “mão de Deus” se faz presente nas mãos do profissional e/ou cuidador, abençoando esse maneja-dor, segundo essa tendência cultural.

As respostas às injúrias, que representam o manejo da interferência da dor do filho de Deus, são comparadas com as atitudes dos participantes ao elaborar a dor, inspirados na narrativa e no exemplo religioso, dependente fundamentalmente da capacidade de resiliência.

Ideias de profissionais e de pacientes com dor imbricam-se numa diáspora produtora de não-saberes que podem e, muitas vezes, impedem terapêuticas adequadas para o manejo, pois perceber e não perceber que não se sabe diante desse contexto, parece ser mais dores significativas a serem manejadas. A capilarização dos territórios do fenômeno doloroso vai além da saúde de excelência técnica e/ou científica, extrapolando para a interação e subjetividade, de tal maneira a humanizar o manejo da dor.

Enfim, a busca por um dito ponto final de uma vida atribulada pelo fenômeno da dor leva a manejo composto por abusos de medicamentos, os quais podem levar à superestimação destes. A dor, assim como a vida, requer manejo humanizado e adequado com o propósito de minimizar a possibilidade de ser humano desesperado, pois a dor transpassa a vida e quando um humano maneja o outro na dor de existir, faz-se necessária empatia e a possibilidade de se aproximar da dor do outro sem necessariamente estar sentindo ela. Assim, a metáfora de que “somos a própria dor de existir no mundo em diferentes situações” ganha significado na linguagem humana.

Desta maneira, faz-se necessário o uso de estratégias de manejo da interferência da dor nas atividades diárias e nos movimentos de adaptação física, psíquica e social para a realização deles.

Espera-se, com a elaboração e a validação do EMAIDOR-QUALIVIDA, que novas pesquisas, envolvendo a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno, possam ser desenvolvidas, de tal modo que a utilização deste seja viável para diferentes áreas do conhecimento. Portanto, as contribuições da investigação poderão ser tanto de natureza teórica, na explicação do fenômeno, quanto na compreensão do fenômeno para aplicação clínica, como método para avaliação e evolução dos problemas e para manejo clínico nas diversas áreas de atuação, segundo legislação dos exercícios profissionais.

Enfim, constata-se que, nos diferentes contextos, as respostas dadas pelos participantes desta investigação, por meio de descritores da EMAIDOR-QUALIVIDA, apontaram para a subjetividade e a intersubjetividade da interferência da dor e para a complexa multidimensionalidade, discutida ao longo desta pesquisa, imprescindível para a sociedade, para a educação e para a ciência.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.M.; FURTADO, O. (orgs.) **Psicologia Sócio-Histórica – uma perspectiva crítica em psicologia**. 6ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2017.

ALMEIDA, J. G. et al. Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 13-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000100004&lng=en&tlng=en> Acesso em: 18 set. 2019.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, n. 3, p. 106-15, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

ANASTASI, A. **Testes psicológicos**. 2a. ed. São Paulo: EPU, 1977.

ANTUNES, R. S. et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de Vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta ortop. bras.** [online]. v. 21, n.1, p. 27-29, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522013000100005. Acesso em: 18 set. 2019.

ARNTZ, A.; CLAASSENS, L. The meaning of pain influences its experienced intensity. **Pain**, v. 109, n. 1-2, p. 20-25, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082122>>. Acesso em: 18 set. 2019.

AVILA, L. A. et al. Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 409-413, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000500409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2019.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. Tradução de Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARROS, N. Qualidade de vida: conceito e métodos de avaliação. In: ANDRADE FILHO, A. C. C. **Dor: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4, p. 53-61.

BARSKY, A. J.; WYSHAK, G.; KLIERMAN, G. L. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. **J Psychiatr Res**, v. 24, n. 4, p. 323-334, 1990. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002239569090004A?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; & FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 4, p. 3186-3191, 2000.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **J Consult Clin Psychol**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-10559-001.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487993>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BEIGIN, G. A. et al. Impacto psicossocial e na qualidade de vida de pacientes com síndrome dolorosa após laminectomia. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 32-36, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 Set. 2019.

BENTSEN, S. B., MIASKOWSKI, C., RUSTØEN, T. Demographic and clinical characteristics associated with quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 3, p. 991-998, 2014.

BEZERRA, P. Polifonia. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. Rio de Janeiro: Contexto, 2005. p. 224.

BIANCHI, W. A. et al. Análise da associação da fadiga com variáveis clínicas e psicológicas em uma série de 371 pacientes brasileiros com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 200-207, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000300200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

BORCHGREVINK, H.M. O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. In: Ruud E. **Música e saúde**. 2a ed. São Paulo: Summus, 1991. p. 176.

BRAGA, P. C. V.; SOUZA, L. A. F.; EVANGELISTA, R. A.; PEREIRA, L. V. Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 1, p. 138-44, 2012.

BROWN, K.W.; RYAN, R. M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. **J Pers Soc Psychol.**, v. 84, n 4, p. 822–848, 2003. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2003-02410-012.pdf> >. Acesso em: 12 ago. 2019.

BURCKHARDT, C. S. et al. Quality of life of adults with chronic illness: A psy-chometric study. **Research in Nursing & Health**, v. 12, n. 6, p. 347–354, 1989. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770120604>>. Acesso em: 05 set. 2019.

BURCKHARDT, C. S.; SHARON, R. C.; ROBERT, M. B. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. **J Rheumatol.**, v. 18, n. 5, p. 728-33, 1991. Disponível em: <http://www.fiqr.info/FIQ%201991%20original.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

BURLÁ, C.; PY, L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 125-132.

BUYSSE, D. et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatr Res.**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165178189900474?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMELIER, A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP**. 2004. 151 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20321>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.2, 2009.

CANESQUI, A. M. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 409-416, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 285-93, 1996.

CARRILHO, P. J. F. et al . Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 12, p. 552-558, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200552&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jul. 2019.

CARTER, R. **The Human Brain Book**. 1. Ed. New York, USA: ISBN, 2009.

CARVALHO, M. A. N. et al. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n. 5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2014.

CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2015. 153 p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/274954713_Avaliacao_de_Saude_e_Deficiencia_Manual_do_WHO_Disability_Assessment_Schedule_WHODAS_20>. Acesso em: 05 set. 2019.

CELLA, D. et al. Validation of the functional assessment of chronic illness therapy fatigue scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. **J Rheumatol**, v. 32, n. 5, p. 811-9, 2005. Disponível em: <<http://www.jrheum.org/content/32/5/811.long>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CHANDRAN, V. et al. Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue scale is valid in patients with psoriatic arthritis. **Ann Rheum Dis**, v. 66, n. 7, p. 936-9, 2007. Disponível em: <<https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/66/7/936.full.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

CHAVOOSHI, B.; MOHAMMADKHANI, P.; DOLATSHAHEE, B. Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Pilot Three-Armed Randomized Controlled Trial Comparison with Mindfulness-Based Stress Reduction. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 85, n. 2, p. 123-5, 2016. Disponível em: doi: 10.1159/000441698. Acesso em: 08 set. 2019.

CHAVOOSHI, B.; SABERI, M.; TAVALLAIE, S. A.; SAHRAEI, H. Psychotherapy for medically unexplained pain: a randomized clinical trial comparing intensive short-term dynamic psychotherapy and cognitive-behavior therapy. **Psychosomatics**, v. 58, n. 5, p. 506-18, 2017.

CIANCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Ícone; 1998.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**. Tese (doutorado) Universidade Federal de São Paulo - São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CLEELAND, C. S.; RYAN, K. M. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Ann Acad Med Singapore**, v. 23, n. 2, p. 129-38, 1994. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2015-49222-001>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

COLHADO, O. C. G. et al. Evaluation of Low Back Pain: Comparative Study Between Psychophysical Methods. **Pain Medicine**, v. 14, p. 1307-1315, 2013.

COLLINS, A. A.; GESCHIEDER, G. A. The measurement of loudness in individual children and adults by absolute magnitudes estimation and cross-modality matching. **J Acoust Soc Am.**, v. 85, n. 5, p. 2012-2021, 1989.

CORRÊA, P. R. **A dimensão afetiva do ser humano: contribuições a partir de Piaget**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influence of chronic pain in the quality of life of the elderly. **Rev Dor. São Paulo**, v. 12, n. 2, p. 120-4, 2011.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. 2 ed. Ribeirão Preto: Funpec, 2006, p.467.

DE CASTRO MOURA, C. et al. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. **av. enferm., Bogotá**, v. 35, n. 1, p. 53-62, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2019.

DELLAROZA, M. S. G., PIMENTA, C. A. M.. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade, **Cienc Cuid Saude**; v. 11(suplem.), p.235-242, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17081>. Acesso em: 17 set 2019.

DELLAROZA, M.S. G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO. T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos analgésicos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006.

DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S. Instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n. 2, p. 55-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600015>. Acesso em: 08 set. 2019.

DUPIM, G. A dor de cada um. **ECOS**, v. 1, n. 5, p. 21-33, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1551/1158>. Acesso em: 01 set. 2019.

EMERY, M. P.; PERRIER, L. L.; ACQUADRO, C. Patient-reported outcome and quality of life instruments database (PROQOLID): frequently asked questions. **Health and quality of life outcomes**, v. 3, n. 1, p. 12, 2005. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-3-12>. Acesso em: 05 ago. 2019.

FALAVIGNA, A. et al. Prevalence and impact of headache in undergraduate students in Southern Brazil. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 68, n. 6, p. 873-877, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v68n6/08.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13355.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, p. 605-611, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n5/en_v62n5a01.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. et al. Multidimensional pain evaluation scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 03-10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/02.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, Jul. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n2/v4n2a11.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Mensurando dor. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 680-687, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13355>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Por que medir a dor? **Psiquiatria Clínica**, Coimbra, v. 23, n. 1, p. 79-85, 2002.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; SILVA, J. A. Validação da escala de razão de prestígio profissional do enfermeiro através do método de emparelhamento intermodal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 7, p. 27-37, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13446.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. et al. A dor desde a perspectiva do ciclo de vida: avaliação e medição através de métodos psicofísicos de estimação de categoria e magnitude. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24 :e2769, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02769.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

FARRAR, J. T. et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. **Pain**, v. 94, p. 149-158, 2001. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/article/00006396-200111000-00006>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

FERNANDES, R. M. O SONO NORMAL. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 39, n. 2, p. 157-168, 30 jun. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/372>>. Acesso em: 03 jul 2019

FERREIRA, A. A. L. O lugar da psicofísica de Gustav Fechner na história da psicologia. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 5, p. 86-93. 2003. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos05/artigo07.pdf>>. Acesso em: 03 jul 2019.

FERREIRA, A. M. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para avaliação clínica de pacientes em terapia intensiva**. 2015. 227 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2015.

FERREIRA, E. C. et al. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 271-278, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200271&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2019.

FIORIN, J. L. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Ática, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL bref". **Rev Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 12 ago. 2019.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a15.pdf>. Acesso em: 23 mai 2019.

FRANCESCHINI, J. et al. Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **J Bras Pneumol**. v. 39, n. 1, p. 23-31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n1/en_v39n1a04.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

FRANSEN, J. et al. Validity of the disease activity score in undifferentiated arthritis. **Arthritis Care Res.**, v. 62, n. 10, p. 1392-8, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.20244>>. Acesso em: 05 set. 2019.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e5420016, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

FREITAS, S. L. F. et al. Qualidade de vida em adultos com doença falciforme: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 195-205, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100195&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

FURTADO, M. A. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. O lugar do sofrimento no discurso da medicina biotecnológica contemporânea. **Rev. Subj., Fortaleza**, v. 16, n. 2, p. 93-104, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.2.93-104>.

GABANI, F. L. et al. Dor crônica que mais incomoda professores do ensino básico: diferenciais entre distintas regiões do corpo. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 151-157, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000200151&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

GARBI, M. O. S. S. et al. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 22, p. 569-575, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00569.pdf> Acesso em: 10 jun. 2019.

GARCIA, B. T.; VIEIRA, E. B. M.; GARCIA, J. B. S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

GARCIA, D. M.; PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M. Validação do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - profissionais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/13.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GATER, A. et al. Burden of herpes zoster in the UK: findings from the zoster quality of life (ZQOL) study. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, p. 402, 2014. Disponível em: <<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2334-14-402>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GAYNOR, M.L. **Sons que curam**. São Paulo: Cultrix, 1999.

GIL, B. **Enfermería geriátrica: clínica y práctica**. Madrid: Paradigma Tec. S.L., 1994.

GOMES, I. C. C. et al. Atitudes frente à dor e à espiritualidade dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 320-324, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000400320&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

GORE, M. et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. **Spine** (Phila Pa 1976), v. 37, n. 11, p. 668-77, 2012. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-201205150-00022>. Acesso em: 12 ago. 2019.

GROSS, J. J.; JOHN, O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. **J Pers Soc Psychol**, v. 85, n. 2, p. 348-362, 2003. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.688.115&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

GUCLU, D. G. et al. The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. **Turkish Neurosurgery**, v. 22, n. 6, p. 724-31,

2012. Disponível em: < http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_1073.pdf>
Acesso em: 21 jun. 2019.

GUERCI, A.; CONSIGLIERE S. **Por uma antropologia da dor**. Nota preliminar. ILHA. Florianópolis, n. 0, p. 57-72, 1999.

GUERRA, A. et al. A Componente Mental: um aspeto positivo da Qualidade de Vida de uma população. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe5, p. 75-80, 2017. Disponível em
<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2019.

HORTENSE, P.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 207-214, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_11.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

HORTENSE, P.; ZAMBRANO, É.; SOUSA, F. A. E. F. Validation of the ratio scale of the different types of pain. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 16, n. 4, p. 720-726, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2019.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Pain terminology. Washington**, 2010. Disponível em:<<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; HUGER, R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. **J Psychosom Res.**, England, v. 31, n. 3, p. 393-400, 1987. Disponível em: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399987900602?via%3Dihub>>. Acesso em: 04 set. 2019.

JONES, P. W. et al. The St George's Respiratory Questionnaire. **Respiratory Medicine**, v. 85, p. 25-35, 1991. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611106801666?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 784-785, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso>. Acesso 26 jun. 2015.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. bras. enferm.** [online], v.59, n.4, p. 509-513, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon.**, v. 18, n. 3, p. 233-7, 1987. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000368708790010X?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 set. 2019.

LAFFITTE, A. M.; FARIAS, C. L. A.; WSZOLEK, J. Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial, **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 3, p. 354-361, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Sintomas_afetam_ingestao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

LE BRETON, D. **Antropologia da Dor**. São Paulo: Editora FAP-Unifesp, 2013.

LEADLEY, R. M. et al. Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. **Pain Pract.**, v. 14, p. 547-558, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/papr.12125>. Acesso em: 14 mai. 2019.

LEWADOWSKI, W. et al. Chronic pain and the family: Theory driven treatment approaches. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 28, n. 9, p. 1019-1044, 2007. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840701522200?journalCode=imhn20>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

LIPPI, E. Â. A.C. **Avaliação e mensuração da dor crônica advinda do câncer**. Ribeirão Preto, 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia) – Universidade de São Paulo, 2011.

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 19, n. spe2, p. 157-177, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552015000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2019.

MARQUES, A. P. et al. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n. 1, p. 24-31, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29383.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, v. 63, n.2, p. 28-32, 2011. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n2/a10v63n2.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

MARTINS, M. R. I. et al. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.52, n.1, p. 21-26, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n1/en_v52n1a03.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MARTINS, P. R.; FONSECA, L. F.; ROSSETTO, E. G. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03240, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100436&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2019.

MCBETH, J., LACEY, R. J., WILKIE, R. Predictors of New-Onset Widespread Pain in Older Adults: Results From a Population-Based Prospective Cohort Study in the UK. **Arthritis & Rheumatology (Hoboken, N.j.)**, v. 66, n. 3, p. 757-767, 2014. Disponível em: <[doi:10.1002/art.38284](https://doi.org/10.1002/art.38284)>. Acesso em: 12 ago. 2019.

MCCLELLAN, R. **O poder terapêutico da música**. São Paulo (SP): Siciliano, 1994.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Rev. Enf. Ref**, v. IV, p. 127-135, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/276383001_Pasquali's_model_of_content_validation_in_the_Nursing_researches>. Acesso em: 12 jul. 2019.

MELLADO, B.H. et al. Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.133, n.2, p.199-201, 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>. Acesso em: 2019.

MELO, R. P.. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem, **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254/3285>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods, **Pain**, v.1. n.3. p. 277-99, 1975. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/article/00006396-197509000-00006>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MENDES, I. S. et al. Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 189-196, 2014. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/2753/331a7df7e83f4dc2b4dd1490b66df819f68e.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 1a. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MIRANDA, N. A. C. G. et al. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1115-1123, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul 2019.

MONTEIRO, J. et al. Questionário de incapacidade de Roland Morris. Adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. **Acta Med Port.**, v. 23, n. 5, p.761-766, 2010. Disponível em: <http://oml.eular.org/sysModules/obxOML/docs/id_56/RMQ_Portuguese.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

MORENO, C. R. C. et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180018, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300415&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2019.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research. Qualitative Research Methods Series.** 16 ed. London: Sage Publications, 1997.

MORIN, E. O método. 4 - As ideias: habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina, 1998.

MOURA-SIQUEIRA, H. B. O. **A percepção de dor na experiência de câncer infanto-juvenil.** **Ribeirão Preto**, 2013. 238 f. Tese (Doutorado em Ciência e Tecnologia) – Universidade de São Paulo, 2013.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L. CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias, **Rev. Adm.** UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/view/6243/pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 06, n. 02, p. 72-88, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/h4ae5z>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NASCIMENTO, J. M. et al. Alternative therapeutic methods for disability management in chronic low back pain. **Rev Min Enferm.** v. 19, n. 1, p.195-203, 2015. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150016>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

NASCIMENTO, V. F. Perceptions of family on hospital in intensive environment. **Rev Enferm UFPI.**, v. 4, n. 2, p.92-99, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322611726_Perceptions_of_family_on_hospital_in_intensive_environment_Percepcoes_de_familiares_sobre_hospitalizacao_em_utilizacao_e_acolhimento_de_enfermagem_Percepciones_de_familia_en_el_hospital_en_uci_y_recepcion_de>. Acesso em: 12 ago. 2019.

NASIO, J. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal** / J.-D. Nasio; [tradução, André Telles e Lucy Magalhães]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIOURAL RESEARCH (1979). **The Belmont report** - Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, J Am Coll Dent., v.81, n. 3, p. 4-13, 2014.

NEUBERN, M. S. Psicoterapia, Dor & Complexidade: Construindo o Contexto Terapêutico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 515-23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a14v26n3.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

NICOLUSSI, A. C. et al. Relaxation with guided imagery and health-related quality of life of patients during chemotherapy. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online], v. 7, n. 2, p. 17-31, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48208>>. Acesso em: 02 set. 2019.

OHARA, D. G. et al. Dor osteomuscular, perfil e qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 16, n.5, p. 431-438, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n5/pt_aop040_12.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

OLIVEIRA, A. K. F. et al. Study on factors associated with the impact of fibromyalgia in the quality of life. **Fisioter. Bras**; 19(3): f: 316-I: 323, 2018.

OLIVEIRA, L. B. et al. Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2772, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100391&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2019.

PARKER, J. D. A.; BAGBY, R. M.; TAYLOR, G. J. Toronto Alexithymia Scale, EPQ and self-report measures of somatic complaints. **Personality and Individual Differences**, v. 10, n. 6, p. 599-604, 1989. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0191886989902195?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 set. 2019. doi:10.1016/0191-8869(89)90219-5

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. Princípios na elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin.**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <<http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n.(spe), p. 992-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002>. Acesso em: 02 fev. 2019.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4a. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 399 p.

PEDROSA, D. F. A. et al. Evaluation of the perception of chronic ischemic pain in humans with peripheral arterial disease. **Journal of Vascular Nursing**, v. 32, p. 82-87, 2014. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1062030314000296?token=7BC5EBB13776EAE6D2D93FBCD42BF2F6F4733843B050B7D0A9F16BE3FA355038DF54A37D5BE0590F517B19B5F836B5E1>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

PELEGRI, A. K. A. P. et al. Evaluation and measurement of pain in the aging process. **Psychology & Neuroscience**, v. 7, n. 3, p. 349-354, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pn/v7n3/a12v7n3.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

PEREIRA, L. V., FALEIROS SOUSA, F. A. E. Categorization of postoperative pain descriptors in the sensitive, affective and evaluative dimensions of painful experiences. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 563-7, 2007b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a07.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

PEREIRA, L. V., FALEIROS SOUSA, F. A. E. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 474-9, 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

PICAVET, H. S.; HOEYMANS, N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. **Ann Rheum Dis.**, v. 63, n. 6, p. 723-9, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1755044/pdf/v063p00723.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

PIMENTA, C. A. M. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed). **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay; 1994, pp. 46–56.

PIMENTA, C. A. M. et al. Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. especial, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a11v43ns.pdf. Acesso em: 12 fev. 2015.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a07.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M.; KURITA, G. P. "Coping" no doente com dor crônica. **Prática Hospitalar**, v.7, n. 35, p. 46-54, set./out. 2004.

PINTO, F.E.M. Os (des)afetos da inteligência: o possível diálogo entre cognição e afetividade. **Publicatio** v.13, n.1, 2005. Disponível em: <<https://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/530>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

PLATÃO. **Fédon**. Tradução Carlos Alberto Nunes. Livro em Domínio Público, 2012.

PRICE, D.D. et al. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. **Pain**, v. 17, p. 45-56, 1983. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/article/00006396-198309000-00004>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

QUEIROZ, L.; SOUSA, F.; MARQUES, H. Influência dos Factores Socio-Demográficos e Clínicos na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos Doentes Hemato-Oncológicos. **Arq Med**, Porto, v. 24, n. 3, p. 79-87, 2010. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132010000300001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 set. 2019.
questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev. bras. de reumatologia, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

RECHDAN, M. L. A. Dialogismo ou polifonia? **Revista de Ciências Humanas**, v. 9, n. 1, p. 45-54, 2003. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/soft-livre-edu/polifonia/files/2009/11/dialogismo-N1-2003.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

RETICENA, K.; BEUTER, M.; SALES, C. Life experiences of elderly with cancer pain: the existential comprehensive approach. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 417-423, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0419.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

RIBEIRO, L. C. M.; LUNA, V. L. R.; MEDEIROS, K. T. Estratégias de Enfrentamento das Doenças por Idosas Hospitalizadas. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 473-482, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000300473&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

ROCHA, C. E. D. et al. Melhora da qualidade de vida de pacientes com dor neuropática utilizando de monitorização ambulatorial contínua. **Rev dor**, v. 12, n. 4, p. 291-296, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/en_a02v12n4.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ROCHA, V. et al. Quality of life of hospitalized patients submitted to hematopoietic stem cells transplantation. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 4. P. 1-9, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.36037>. Acesso em: 01 jun. 2019.

ROLAND, M.; MORRIS, R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. **Spine**, v. 8, n. 2, p. 141-144, 1983. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-198303000-00004>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SALTARELI, S. et al . A dor do existir e a religião na perspectiva dos católicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 685-692, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400685&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SALTARELI, S. et al. Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia** (Impresso), v. 48, p. 151-156, 2008. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/9c60/47de22d293f8e1bca59faf9ecb43dc45ca55.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

SANTOS, B. **A crítica da razão indolente**. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative care: An interdisciplinary approach**. London: Edward Arnold, 1991.

SAUNDERS, C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. **Prescribers' Journal**, v. 4, n. 4, p. 68-73, 1964.

SCORSOLINI-COMIN, F. et al. A beleza do erro puro do engano da (im)perfeição: reflexões pós-modernas. **Revista Eletrônica de Comunicação**, v. 5, n. 1, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281148378_A_BELEZA_DO_ERRO_PURO_DO_ENGANO_DA_IMPERFEICAO_REFLEXOES_POS-MODERNAS. Acesso em: 5 out. 2019.

SERPELL, M. et al. Burden of post-herpetic neuralgia in a sample of UK residents aged 50 years or older: findings from the zoster quality of life (ZQOL) study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 92, 2014. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-12-92>>. Acesso em: 03 set. 2019.

SHIRATORI, A. P. Aspecto sociodemográfico, clínico e qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 5-12, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2392/pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. Descrição e análise de uma intervenção psicológica com bailarinos pelo Software IRAMUTEQ. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 577-593, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SILVA, E. P. Percepções de cuidado entre casais idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.rbpg.com.br/mobile/edicoes/v22n1/01.RBGG%20v22n1%20PORT_2018-0136.pdf> Acesso em: 12 mar 2016.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2006.

SILVA, J. O. et al. Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-74, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000100071&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28\(2\)042.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28(2)042.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SILVA, V. G.; JESUS, C. A. C. Características biopsicossociais associadas a pacientes com dor neuropática por lesão medular traumática. Relato de casos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 235-239, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300235&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SILVEIRA, N. B. et al. Procedimentos terapêuticos de enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 61-65, 2016. Disponível

em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/669>>. Acesso em: 17 set. 2019.

SIQUEIRA, F. B.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHÃES, L. C. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala tampa de cinesiofobia. **Acta Ortop Bras.**, v. 15, n. 1, p. 19-24, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n1/a04v15n1.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SOARES, M. C. A. et al. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiaterapia. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.317-323, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200317&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 out. 2018.

SOO, M. S.; JAROSZ, J. A.; WREN, A. A. et al. Imaging-guided core-needlebreast biopsy: impact of meditation and music interventions onpatient anxiety, pain, and fatigue. **J Am Coll Radiol.**, v. 13, p. 526–34, 2016. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1546144015013605?token=71A66744C041B866C5D36F4E55ACE038D7D28B878E1E376444801842123ACB4AB3B529B80AA819DDAB868BE5E9368AF6>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SOUSA, C. B. Queixas dolorosas e percepção de risco do trabalho de homens ribeirinhos de uma comunidade do Amazonas, **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 5, n. 10, 2018. Disponível em: < <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1938>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

SOUSA-MUÑOZ, R.; ROCHA, G.; GARCIA, B.; MAIA, A. Prevalência de dor e adequação da terapêutica analgésica em pacientes internados em um hospital universitário. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 48, n. 6, p. 539-548, 20 dez. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/114913/112625>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SOUZA JUNIOR, E. V. et al. Internações hospitalares e impacto financeiro por tuberculose pulmonar na Bahia, Brasil. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 35, p. 38-51, 2018. Disponível em <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SOUZA, L. A. F. et al. Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 245-251, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_04.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03353, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

SOUZA, R. J. S. P. et al . Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 657-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SOUZA, V. M. M. et al. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1001-1008, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

SPEILBERGER, C. D.; GORUSCH, R. L.; LUSHENE, R. The State-Trait Anxiety Inventory. Oxford: Oxford Psychologists Press, 1970.

STEFANE, T. et al. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n1/en_04.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

STENGERS, I. **A invenção das ciências modernas**. Trad. Max Altman. São Paulo: Editora 34, 2002, 1995. 208 p.

STEVENS, S. S. On predicting exponents for cross-modality matches. **Percept Psychophys**, v. 6, n. 4, p. 251-256, 1969. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.3758%2FBF03207028.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

STEVENS, S. S. The psychological review: on the psychophysical law. **Psychological Review**, v. 64, n.3, p. 153-81, 1957. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/fulltext/1958-04769-001.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

STEVENS, S.S. **Psychophysics: introduction to its perceptual, neural and social prospects**. New York: Wiley, 1975.

TAUNAY, T. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psychiatr Clin.**, (São Paulo), v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n4/03.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

TRAN, T. D.; TRAN, T.; FISHER, J. Validation of the depression anxiety stress scales DASS-21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 24, 2013. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-24> >. Acesso em: 12 ago. 2019.

TRIZE, Débora de Melo et al. A disfunção temporomandibular afeta a qualidade de vida?. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1-6, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000400209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2019.

ULUSOY, M.; ERKMEN, H.; SAHIN, N. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. **J Cog Psychother**, v. 12, p. 163-172, 1998. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/233792003_Turkish_Version_of_the_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_Properties >. Acesso em: 12 ago. 2019.
v.17, n.2, 2009.

VALENÇA, J. B. M.; ALENCAR, M. C. B. O afastamento do trabalho por dor lombar e as repercussões na saúde: velhas questões e os desafios que continuam. **Cad Bras Ter Ocup.**, v. 26, n. 1, p. 119-127, 2018. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1838/949>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

VANDENBERGHE, L.; FERRO, C. Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 7, p. 137-151, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v7n1/v7n1a11.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: novo paradigma da ciência**. Campinas: Papirus, 2010.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, v. 2, n.1, p. 1-15, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v7n1/16930.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

VENTURELLI, P. C. O romance como arena polifônica. **IHU on line**, v. 195, 2006. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao195.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2018.

VILLELA, E. F. M. et al. Educação em saúde: agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina no controle da dengue. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 4, 2017. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1305>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

WACHHOLZ, P. A. et al. Quality of life profile and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of São Paulo State, Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 89, n. 1, p. 73-81, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v89n1/0365-0596-abd-89-01-0073.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

WADDELL, G. et al. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. **Pain**, v. 52, n. 2, p. 157-168, 1993. Disponível em: <DOI:10.1016/0304-3959(93)90127-b>. Acesso em: 12 ago. 2019.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix, 1967.

WEBB, W. B.; BONNET, M.; BLUME, G. A post-sleep inventory. **Perceptual and Motor Skills**, v. 43, n. 3, p. 987-993, 1976. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pms.1976.43.3.987>. Acesso em: 05 set. 2019.

WOLFF, L. M. G.; CUNHA, M. C. Instrumento de avaliação de linguagem na perspectiva da Comunicação Suplementar e Alternativa: elaboração e validação de conteúdo. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 23, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312018000100331&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pain association with neurological disorders. In: Neurological disorders: public health challenges**, Geneva: WHO Press, 2006. cap.3, p. 127-139. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281476/>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF: **Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**. Geneva: WHO, 1996. 18 p. Disponível em: < https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

YILMAZ, H; LITTLE, A. D. On the laws of psychophysics. **Bulletin of Mathematical Biophysics**, v. 26, n. 3, p. 235-237, 1964. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02479044>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ZEIDAN F, et al. Mindfulness-Meditation-Based Pain Relief Is Not Mediated by Endogenous Opioids. **The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience.**, v. 36, n. 11, p. 3391–97, 2016. Disponível em: < <https://www.jneurosci.org/content/36/11/3391.long>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ZEIDAN F. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. **J Neurosci.**, v. 31, n. 14, p. 5540 –48, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090218/pdf/zns5540.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ZEIDAN F. et al. The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. **J Pain**, v. 11, n. 3, p. 199 –209, 2010. Disponível em: < [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526-5900\(09\)00691-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526-5900(09)00691-9)>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ZEIDAN, F. et al. Mindfulness-meditation-based pain relief employs different neural mechanisms than placebo and sham mindfulness meditation-induced analgesia. **J Neurosci.**, v. 35, n. 46, p. 15307–25, 2015. Disponível em: < <https://www.jneurosci.org/content/35/46/15307.long>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

APENDICES e ANEXO

APÊNDICE I - Domínios sobre interferência da dor na qualidade de vida com base na literatura científica- Juízes

Nome: _____

Data de nascimento: __/__/____

Profissão: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

INSTRUÇÕES: Com objetivo de elaborarmos um instrumento para avaliação da interferência da dor na qualidade de vida, abaixo segue VI domínios relacionados à interferência da dor na qualidade de vida, para que você enquanto juiz verifique a clareza e adequação dos itens apresentados.

A tarefa a ser realizada consistirá em julgar os atributos (questões sobre a interferência da dor na qualidade de vida) em sua forma inicial, indicando adequações que julgar necessárias para ajustes do mesmo, ou seja, gostaríamos que o (a) senhor(a) manifestasse, segundo sua avaliação, a inclusão ou exclusão do item, assinalando SIM () ou NÃO (), respectivamente, bem como a necessidade de quaisquer modificações dos itens, assinalando M () e redigindo uma nova sentença para o atributo, na linha que se segue. Além disso, o (a) senhor(a) tem a liberdade para sugerir a realocação de qualquer item para outro domínio que julgar mais adequado R () justificando a alteração na linha que se segue.

Tal instrumento deverá avaliar a interferência da dor na qualidade de vida e deverá ser compreendido pelo participante, que posteriormente, responderá o instrumento, quando este, estiver validado em sua forma aparente e de conteúdo. Não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos.

Esses atributos foram analisados e alocados em domínios definidos a partir do conceito de Dor Total proposto por Saunders (1991). Estes domínios são compreendidos em sofrimento físico, psíquico, social, espiritual, financeiro, familiar e, acrescentamos o moral. Entendemos que esta seja uma conceituação didática e que embora o conceito seja concomitante às experiências do humano, a dor, nesses domínios, varia de intensidade de acordo com as diversas situações e com o manejo da dor do existir.

DOMÍNIOS DOS ATRIBUTOS

I – FÍSICO

1- Estou completamente dependente de outros fisicamente (comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, locomoção, curvar-me, inclinar-me, ajoelhar-me, cuidar da minha aparência, tenho dificuldade de dirigir de dia, tenho dificuldade de dirigir no escuro, quando está chovendo, pentear o cabelo, cortar as unhas, dirigir, etc);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Devido à minha dor tenho dificuldades e não consigo fazer tarefas manuais e domésticas: (por exemplo, preparo de alimento, jardinagem, limpar a casa, rádio, telefone ou lavar o carro,

costurar, usar o computador, leitura de rotulo, abrir embalagens, usar aparelhos domésticos, compras, trabalhos manuais ou artesanato, varrer e esfregar, trocar lençóis da cama; abris torneiras, carregar objetos, pregar botões, torcer toalhas, descascar vegetais ou frutos, abrir o trinco ou maçaneta, usar uma tesoura, usar o abridor de lata, espremer uma esponja, pegar uma moeda em superfícies planas, escreve com lápis ou caneta, usar ferramentas);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Devido à dor tenho dificuldade auditiva (p. ex. ouvir radio);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4 - Devido à dor tenho dificuldades visuais (ler um jornal);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

5- Devido à minha dor tenho alterações no olfato;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

6- Devido à minha deficiência física (auditivo, visual, locomoção, comunicação verbal (falar) e escrita, eliminação, etc) eu sinto dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

7- Tenho falta de ar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

8- Eu tenho dor, a dor diminui o volume/clareza da minha voz, ganho de peso, alteração no paladar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

9- Eu não me sinto saudável e com energia ou vitalidade devido a minha dor (“eu não tenho nenhuma energia”, “eu não estou bem”, não me atrevo, eu tenho muito dor, eu me sinto muito mal” “me sinto fadigado/cansado”);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

10- Meu estado de saúde tem efeito adverso na minha atividade sexual (problema de ereção, interesse sexual, dificuldade em ter orgasmo, satisfação sexual, lubrificação inadequada, dor na relação sexual, expectativa na vida amorosa, na experiência de fazer amor, dificuldade em sentir prazer nas relações sexuais);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

11- Tenho dores diversas (artrite, lombalgia, cefaleia, dor ou desconforto na área do estômago, nas costas, dor nos sinus, osteoartrite, artrose, dores nas nádegas, dores constantes, dores intermitentes...);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

12- Não conto com medicamentos ou ajuda (por meio de óculos, aparelho auditivo, andador, cadeiras de rodas, próteses, etc);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

13- Já experimentei dor ou desconforto diversas vezes na vida;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

14- Devido à dor tenho dificuldade na micção e na defecação (intestino e minha bexiga);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

15- Devido aos meus problemas de saúde eu tenho sentido dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

16- Devido à dor, eu gasto muito tempo para fazer as coisas;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

17- Atividade física faz com que a dor piore;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

18- Devido à dor eu tenho que passar a maior parte do dia na (cama, sofá, cadeira);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

19- Devido à minha dor eu não consigo conduzir um automóvel;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

20- Tenho problemas para correr distâncias de qualquer longitude;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

21- Tenho dificuldades de realizar meu trabalho com precisão;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

22- Tenho limitações por conta do meu estilo de vida por conta da insuficiência cardíaca, como me vestir, tomar banho, caminhar, trabalhar, carregar peso, subir escadas, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

23- Devido à minha dor tenho dificuldades e indisposição para realizar atividades de lazer e físicas como, caminhar na mata, trabalho no jardim, trabalho manual pesado, esportes vigorosos, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

24- Durante a última semana tive dificuldade de permanecer acordado, com sonolências constantes durante o dia;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

25- Estou incomodado com tremores e espasmos nos membros superiores e inferiores;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

26- Tenho problemas com ronco durante a noite;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

27- Devido à minha dor não estou seguindo corretamente um plano de refeição ou dieta;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

28- Devido à minha dor não estou seguindo o melhor cuidado possível para minha saúde, acelerando meus problemas de saúde (p. ex. oculares, renais, nos pés, nas artérias, cardíaca, de saúde);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

29- Me preocupo com efeitos não desejados de medicações para dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

30- Minha dor me faz buscar uma dieta nutricionalmente saudável;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

31- Minha dor faz com que eu tenha cuidado com o físico;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

32- Devido à dor já tentei me automedicação;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

33- Devido à minha dor as condições ambientais da região onde moro me afetam negativamente;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

34- Devido à dor tenho dieta restrita;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

35- A minha dor é pior à noite;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

36- O exercício diminui a intensidade de dor que sinto;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

37- Eu tenho sentido dor enquanto ingiro comida;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

38- Devido à dor levo muito tempo para terminar as refeições.

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

39 - Devido à minha dor eu sinto tontura e vertigens;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

II- PSÍQUICO

1- Eu evito as coisas quando há um risco que vai me ferir ou piorar a dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Eu adio as coisas por causa da minha dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4- Estou completamente dependente de outros psicologicamente;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

5- Devido à dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

6- Devido à dor, minha memória não funciona bem;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

7- Devido à dor eu me sinto triste, infeliz, chateado, isolado, solitário, melancólico, frustrado ou deprimido, inútil, não apreciar as experiências;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

8- Devido à dor eu me sinto ansioso, impaciente, agitado, com raiva, tenso, estressado, nervoso ou irritado e confuso;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

9- Devido à dor eu me sinto desesperado, com medo e inseguro;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

10- Devido à dor eu me sinto cansado, desanimado, desencorajado, oprimido, vulnerável;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

11- Devido à dor eu me sinto mal-humorado, perdendo a esperança; injustiçado, mal interpretado e amargo;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

12- Devido à dor eu me sinto envergonhado, evito estar perto de pessoas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

13- Devido à dor eu sinto dificuldades para lidar com a vida dificuldade de tomar decisão, preocupação de ter dificuldade em cuidar de si mesmo no futuro;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

14- Feliz, satisfeito, gratificado com sua vida, otimista, animado, esperançoso, calmo, tranquilo; amado, importante ou produtivo, seguro
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

16- Não aprecio as coisas que faço;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

17- Sinto-me um fardo para os outros;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

18- Não posso lidar com os problemas da vida;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

19- Minha aparência física (estética) causa problemas na vida pessoal, na social e na sexual;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

20- Tenho problemas com minha autoimagem;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

21- Eu gosto de quem eu sou;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

22- Devido à minha dor eu desisto muito facilmente;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

23- Eu tenho dificuldade de concentração;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

24- Eu não confio em mim mesmo;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

25- Devido à dor eu me senti pessimista sobre o futuro (pensar);
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

26- Devido à dor eu me sinto menos confiante sobre oportunidades de emprego;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

27- A minha dor altera como eu me vejo;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

28- Devido à dor eu não como e aprecio minha comida;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

29- Devido à dor eu me preocupo com minha saúde;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

30- Eu me sinto mais sensível à dor do que as outras pessoas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

31- Eu tenho medo da dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

32- Eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

33- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

34- Eu acho que há algo errado com minha mente devido à dor;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

35- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

36- Eu tenho dificuldade para relaxar devido a minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

37- Eu sinto que devido a minha dor as outras pessoas não confiam mais em mim;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

38- Eu me preocupo com o próximo ataque doloroso;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

39- Devido a minha dor eu sinto medo de morrer;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

40- Eu quero passar tempo sozinho, devido a dor;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

41- Eu me sinto incomodado em ter que seguir um tratamento e tomar remédios;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

42- Eu me sinto satisfeito com a assistência que tenho recebido;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

43- Eu estou satisfeito com minha vida;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

44- Apesar da dor eu gosto da vida;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

45- Apesar da dor eu sinto que a vida vale a pena;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

46- Apesar da dor me sinto em paz;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

47- Devido à minha dor eu espero que minha vida melhore;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

48- A dor interfere no meu prazer de viver;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

49- Eu me sinto insatisfeito com a assistência médica (...);
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

50- Eu me sinto insatisfeito com o tratamento recebido pelo médico a respeito de dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

51- Me sinto mais doente e vulnerável a doenças do que outras pessoas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

52- Eu tenho dificuldades em relação a minha vida sexual, como meu interesse pelo sexo, relaxamento e desfrutação do sexo, ter um orgasmo, me manter excitado, manter uma ereção, etc.;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

53- Sou insatisfeito com a vida que tive no passado;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

54- Estou insatisfeito com a vida que acho que vou viver no futuro;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

55- Minha vida não tem sido interessante para mim;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

56- Não estou disposto a continuar meu tratamento com medicações que tenham efeitos não desejados severos, tais como a insulina;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

57- Eu gostaria de receber mais informações;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

58- Eu gostaria de receber menos informações;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

59- A doença foi um fardo pra mim;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

60- O tratamento foi um fardo pra mim;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

61- Eu tenho pensado no meu bem-estar físico;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

62- Eu estou preocupado com minha saúde;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

63- Eu tenho consciência da importância de ser tratado;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

64- Devido à minha dor eu não tenho privacidade;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

65- Devido à dor estou perdendo a minha independente;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

66- Devido à minha dor me sinto como um prisioneiro na minha própria casa;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

67- Mesmo com minha dor estou satisfeito com o que eu posso fazer;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

68- Mesmo com a minha dor sou capaz de me divertir;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

69- Eu sou capaz de me perdoar pelos meus fracassos;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

70- Mesmo com minha dor minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

71- A minha dor altera minha sensibilidade aos sentimentos dos outros;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

72- Devido à minha dor tenho dificuldade de controlar as minhas emoções;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

73- Devido à dor tenho falta de confiança;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

74- Devido à minha dor tenho que me esforçar para fazer as coisas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

75- Por causa da minha dor eu sinto que decepçiono as pessoas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

76- Devido à dor me sinto desgastado mesmo quando não fiz nada;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

77- Devido à minha dor não tenho liberdade;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

78- Devido à minha dor eu não consigo desfrutar de coisas agradáveis e bonitas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

79- Sinto que a dor e o tratamento limitam minha vida;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

80- Eu posso entender porque alguém não iria querer namorar comigo devido a minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

81- Devido à minha dor fui impedido de começar coisas novas;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

82- Devido à dor senti falta de iniciativa;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

83- Estou preocupado que minha dor nunca se cure;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

84- Estou farto com a quantidade de tempo que leva para tratar a minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

85- Eu me preocupo com o que os outros pensam sobre minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

86- Eu sinto que tudo é um esforço devido à dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

87- A minha dor é pior à noite;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

88- A minha dor faz eu me sentir deficiente;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

89- Minha dor me faz sentir incompetente;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

90- Devido à dor minha vida é sem graça;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

91- Eu aprendi a controlar minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

92- Eu acredito que a medicina possa curar minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

93- A minha dor não me deixa levar uma vida fisicamente ativa;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

94- Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

95- A dor faz eu me sentir mal comigo mesmo;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

96- Eu me preocupo em me tornar dependente dos outros por causa da minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

97- Eu me sinto esperançoso de que minha dor vai melhorar;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

98- Eu me sinto positivo sobre minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

99- Eu me sinto menos bonita (o) devido a minha dor e ao tratamento;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

100- Me senti menos homem devido à dor ou ao tratamento;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

101- Me senti menos mulher devido a dor ou ao tratamento;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

102- Tenho pensado em minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

103- Minhas crenças pessoais me dão força para enfrentar minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

104- Minhas crenças pessoais me ajudam a entender minha dor.

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

105- Eu faria quase qualquer coisa para livrar-me da dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

III- SOCIAL

1- Não consigo ter atividades sociais (reunir com amigos ou parentes, participar de festas, ir ao cinema, teatro, igreja, clube, esportes, boliche, jogar golfe, reuniões, atividades de lazer, menos capaz de me divertir e recreativas em geral);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Devido à dor não sou capaz de fazer qualquer trabalho remunerado, doméstico ou escolar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Tenho dificuldades de relacionamentos pessoais com amigos, parceiros, filhos, parentes, colegas de trabalho, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4- Tenho dificuldades em meus papeis, na comunidade, como cônjuge, como mãe, como pai, como filho, como trabalhador, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

5- Devido à dor eu fico em casa, no hospital ou em um lar de idoso;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

6- Eu tenho apoio de meus amigos;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

7- Eu costumo tentar explicar aos outros como me sinto;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

8- Devido à dor eu perco a paciência com as outras pessoas;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

9- Tenho dificuldade de conviver com pessoas, tanto em relacionamentos quanto familiarmente;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

10- Devido ao meu problema com dor tive problemas de saúde, sociais e desconforto com locais que expunham minha doença;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

11- Meu problema de saúde me impedem de fazer, qualquer trabalho doméstico, emprego, negócios;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

12- Eu recebi informações suficientes sobre minha dor e tratamento (possível causa, exames, procedimentos, benefício do tratamento, possíveis efeitos colaterais na saúde, na vida social,

sexual, sobre reabilitação, sobre o manejo em casa, sobre o apoio dos profissionais, sobre locais de atendimento, etc);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

13- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

14- Eu confio na competência e experiência dos profissionais que realizam meu manejo. (explicações, atenção, respeito fornecido por eles, capacidade de me tranquilizar);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

15- Eu tenho dificuldade em cuidar ou brincar com as crianças;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

16- Devido à dor tive que me ausentar da escola;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

17- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida.

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

18- Não estou satisfeito com minhas relações sociais, trabalho, aparência, tempo de lazer;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

IV – ESPIRITUAL

1- Minha dor dificulta minha relação com Deus;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Minha dor ajuda minha relação com Deus

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Mesmo com minha dor eu tenho paz de espírito.

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

V – FINANCEIRO

1- Devido à dor eu tenho problemas financeiros;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Devido à minha situação financeira não tenho condições de pagar as despesas mensais;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Devido à minha dor e ao tratamento não tenho dinheiro para me divertir, fazer comprar, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4- A minha dor e o tratamento me trouxe dificuldade financeira.

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

VI – FAMILIAR

1- Eu tenho apoio da minha família;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- A minha família tem histórico de dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Estou insatisfeito com suporte e compreensão que dou ao meu relacionamento e a minha família;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4- Tenho dificuldades com a sistêmica de relacionamento de minha família;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

5- A minha dor impacta negativamente na saúde da minha família;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

6- A saúde da minha família impacta a minha dor;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

7- A minha dor ou o meu tratamento médico tem interferido em sua vida familiar;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

8- A minha dor impacta a saúde da minha família;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

VII- MORAL

1- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado;
SIM () NÃO ()
M ()

R ()

VIII – MISTO

1- Preciso de tratamento médico regular ou outro profissional de saúde;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

2- Eu evito me colocar em situações em que a minha dor pode aumentar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

3- Eu considero minha saúde em geral boa;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

4- O resultado do meu tratamento fez minha vida em geral melhorar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

5- Eu não consigo aproveitar de férias longas por causa da dor;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

6- Me preocupo que não irei me casar;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

7- Me preocupo que não irei ter filhos;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

8- Me preocupo que não tenho segurança;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

9- Me preocupo que não completarei meus estudos;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

10- Me preocupo que não irei ao trabalho;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

11- Me preocupo que não tirarei férias;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

12- Não tenho escolha das minhas atividades físicas, sociais, diárias, e atividades impulsas de momento;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

13- Foi difícil responder esse questionário;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

14- Eu sou capaz de fazer coisas que eu gosto (ver tv, ler e ouvir musica, ficar no jardim, etc);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

15- Eu tenho acesso aos cuidados necessários para meu tratamento (apoio psicológico, cirurgia, quimioterapia e rádio terapia, tenho oportunidade de falar com alguém sobre meus problemas);

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

16- Devido à dor planejo as minhas atividades com mais cuidado;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

17- Devido à dor tenho que realizar um tratamento temporário ou permanente;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

18- Meu tratamento já foi tão insuportável que tive que pará-lo;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

19- Devido à dor é difícil planejar as atividades porque eu nunca sei como será minha saúde física;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

20- A dor do meu filho impacta negativamente minha vida nos aspectos sociais, financeiros, conjugais, familiares, etc.;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

21- Devido à minha dor tenho prejuízos quanto às novas oportunidades de trabalho;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

22- Eu tenho dor quase todo o tempo;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

23- Devido à dor eu preciso me proteger durante qualquer atividade;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

24- Devido à dor eu não completo as atividades que começo;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

23- Devido à dor tive que mudar meu estilo de vida;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

24- Eu sinto dor em todas as partes;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

25- A minha dor me faz perder o rendimento;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

26- A dor que sinto é insuportável;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

27- A dor reduziu a minha disposição;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

28- A dor não teve alívio com o tratamento;

SIM () NÃO ()

M ()

R ()

29- Minha carreira foi afetada pela minha dor;

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

30- Devido à minha dor eu sou dependente de medicação.

SIM () NÃO ()
M ()

R ()

APÊNDICE II – Escala de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida – Estimação de Categorias – Pacientes em Manejo

INSTRUÇÕES: Com este instrumento temos o objetivo de investigar a interferência da dor na qualidade de vida.

Nesta tarefa a ser realizada não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos.

Parte1: Você deverá fornecer dados para sua identificação.

Parte 2: Você deverá fornecer dados para identificação da sua dor.

Parte 3: Você deverá analisar cada afirmativa de acordo com aquilo que acredita. Uma nota será atribuída de tal maneira que demonstre o quanto você concorda com cada afirmação. Para isso, você deverá utilizar a escala numérica abaixo de cada afirmação da seguinte forma: quanto menos você concordar, menor deverá ser a nota assinalada, ou seja, mais próxima de 0 (zero). Da mesma maneira, quanto mais você concorda, maior deverá ser a nota assinalada, ou seja, mais próxima de 10 (dez). Todas as notas entre 0 (zero) e 10 (dez) podem ser assinaladas, mas você deve escolher apenas uma nota que mostre o quanto você concorda com cada afirmação, não deixando de utilizar, quando for o caso, as notas intermediárias, ou seja, de 1 (um) a 9 (nove).

Parte 1: Indicadores sociodemográficos

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Religião: _____

Cidade onde mora: _____ Profissão: _____

Relacionamento: ☐ Solteiro(a) ☐ União estável ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

☐ Separado (a) ☐ Viúvo (a)

Numero de filhos: _____

Nível de escolaridade:

☐ Nenhum ☐ Alfabetizado ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

Parte 2: indicadores sobre a dor

Tipo de Dor: ☐ Aguda (até 3 meses) ☐ Crônica (acima de 3 meses)

Diagnóstico (se houver): _____

Tempo de Diagnóstico da doença: _____

Tempo de Tratamento da doença: _____

Quais tratamentos: _____

Quais medicamentos: _____

Parte 3: Aplicação do instrumento “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”

1- Devido a minha dor estou dependente de outros fisicamente

2- Devido à minha dor tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas

3- Devido a minha dor eu não me sinto saudável.

4- Devido à minha dor tenho prejuízo na minha atividade sexual

5- Devido à dor tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação; beber água, respirar, urinar e defecar)

6- Devido a minha dor tenho dificuldades em realizar atividades de lazer

7- Devido a minha dor tenho dificuldades em realizar atividades físicas

8- Devido à dor eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso

9- Devido a minha dor tenho problemas com o sono

10- Devido à minha dor tenho dificuldades fazer meus cuidados pessoais

11- Devido à minha dor tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados

12- Devido à dor me automedico.

13- A minha dor é pior à noite

14- Devido a minha dor tenho feito atividade física com o objetivo de controla-la

15- Devido à minha dor adio compromissos e tarefas

16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor

17- Devido a minha dor estou dependente de outros psicologicamente

18- Devido à minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente

19- Devido à minha dor, tenho problemas com a memória

20- Devido à dor eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)

21- Devido à dor eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)

22- Devido à dor eu me sinto cansado(a), desanimado (a)

23- Devido à dor eu me sinto injustiçado (a), mal interpretado(a)

24- Devido à dor eu me sinto envergonhado(a)

25- Devido à dor recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a); amado(a), importante

26- Devido à minha dor não aprecio as coisas que faço

27- Devido à minha dor sinto-me um fardo para os outros

28- Devido a minha dor tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima

29- Devido à minha dor eu desisto muito facilmente das coisas

30- Devido à minha dor eu tenho dificuldade de concentração

31- Devido à dor eu me senti pessimista sobre o futuro

32- Devido à minha dor eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas

33- Devido à minha dor eu convivo com medo

34- Devido à minha dor eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas

35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor

36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida

37- Devido à minha dor eu tenho dificuldade para relaxar

38- Eu sinto que devido a minha dor as outras pessoas não confiam mais em mim

39- Eu quero passar tempo sozinho, devido à dor

40- Apesar da dor eu sinto que a vida vale a pena

41- A dor interfere no meu prazer de viver

42- O tratamento para dor é um fardo pra mim

43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor

44- Devido à minha dor eu não tenho privacidade

45- Devido à minha dor me sinto como um prisioneiro na minha própria casa

46- Mesmo com minha dor minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa

47- Devido à minha dor tenho dificuldade de controlar as minhas emoções

48- Devido a minha dor eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo

49- A minha dor faz eu me sentir deficiente

50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor

51- Devido à minha dor não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar

52- Devido à minha dor tenho dificuldades de relacionamentos sociais

53- Devido à minha dor eu tenho apoio de meus amigos

54- Devido à dor eu perco a paciência com as outras pessoas

55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)

56- Devido à dor tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades

57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida

58- Devido à minha dor eu tenho apoio da minha família

59- Devido à minha dor não sou compreendido pela minha família

60- Devido à dor tenho dificuldades com o relacionamento familiar

61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família

62- Devido à minha dor tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade

63- Devido à minha dor eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade

64- Mesmo com minha dor eu tenho paz de espírito

65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor

66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor

67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado

68- Devido à minha dor eu tenho problemas financeiros;

69- Devido à minha dor e ao tratamento não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.;

APÊNDICE III - Escala de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida – Estimação de Magnitude e Comprimento de Linha – Pacientes em Manejo

INSTRUÇÕES: Com este instrumento temos o objetivo de investigar a interferência da dor na qualidade de vida.

Nesta tarefa a ser realizada não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos.

Parte1: Você deverá fornecer dados para sua identificação.

Parte 2: Você deverá fornecer dados para identificação da sua dor.

Parte 3: Você deverá analisar cada afirmativa de acordo com aquilo que acredita. Uma nota será atribuída de tal maneira que demonstre o quanto você concorda com cada afirmação. Dessa maneira, você deverá assinalar um número que seja proporcional a cada um dos itens da escala elaborada. O primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida foi designado previamente como estímulo padrão, e será estabelecido a ele um valor arbitrário de cem (100). Decorrente disso, você deverá julgar, por exemplo, que um dado item possui duas vezes maior atribuição do que outro item de interferência da dor na qualidade de vida, você deverá assinalar a ele um número duas vezes maior (200). Caso você julgar que um dado item de interferência da dor na qualidade de vida possui metade da atribuição do estímulo padrão, ele deverá atribuir a ele um número que seja a metade do atribuído ao item anterior (50).

Na modalidade de comprimento de linha, a sua tarefa consistirá em emparelhar um comprimento de linha a cada item do instrumento que seja proporcional aos próximos itens apresentados. O primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida foi designado previamente como estímulo padrão e será estabelecido a ele um valor arbitrário de cinquenta centímetros (50 cm). Dessa maneira, se você julgar, por exemplo, que um dado item de interferência da dor na qualidade de vida possui um valor duas vezes maior do que o primeiro item apresentado, deverá emparelhar a ele um comprimento de linha duas vezes maior (100 cm). Se você julgar que um dado item possui metade do valor do primeiro item apresentado, você deverá emparelhar um comprimento de linha que seja metade do valor atribuído (25 cm) aquele primeiro item.

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____ Sexo: _____
Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Religião: _____
Cidade onde mora: _____ Profissão: _____
Relacionamento: ☐ Solteiro(a) ☐ União estável ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)
☐ Separado (a) ☐ Viúvo (a)
Número de filhos: _____
Nível de escolaridade:
☐ Nenhum ☐ Alfabetizado ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo

Parte 2: indicadores sobre a dor

Tipo de Dor: ☐ Aguda (até 3 meses) ☐ Crônica (acima de 3 meses)
Diagnóstico (se houver): _____
Tempo de Diagnóstico da doença: _____
Tempo de Tratamento da doença: _____
Quais tratamentos: _____

Quais medicamentos: _____

Parte 3: Aplicação do instrumento “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”

- 1- Devido a minha dor estou dependente de outros fisicamente
100 (estímulo padrão) 50 cm (estímulo padrão)
- 2- Devido à minha dor tenho dificuldades em fazer tarefas domésticas
_____ cm
- 3- Devido a minha dor eu não me sinto saudável.
_____ cm
- 4- Devido à minha dor tenho prejuízo na minha atividade sexual
_____ cm
- 5- Devido à dor tenho dificuldades de satisfazer minhas necessidades fisiológicas (alimentação; beber água, respirar, urinar e defecar)
_____ cm
- 6- Devido a minha dor tenho dificuldades em realizar atividades de lazer
_____ cm
- 7- Devido a minha dor tenho dificuldades em realizar atividades físicas
_____ cm
- 8- Devido à dor eu tenho que passar a maior parte do dia em repouso
_____ cm
- 9- Devido a minha dor tenho problemas com o sono
_____ cm
- 10- Devido à minha dor tenho dificuldades fazer meus cuidados pessoais
_____ cm
- 11- Devido à minha dor tomo medicamentos que me causam efeitos não desejados
_____ cm
- 12- Devido à dor me automedico.
_____ cm
- 13- A minha dor é pior à noite
_____ cm
- 14- Devido a minha dor tenho feito atividade física com o objetivo de controla-la
_____ cm
- 15- Devido à minha dor adio compromissos e tarefas
_____ cm
- 16- Não sou eu quem controla minha vida, é a dor
_____ cm
- 17- Devido a minha dor estou dependente de outros psicologicamente
_____ cm
- 18- Devido à minha dor, não sou capaz de pensar clara e logicamente
_____ cm
- 19- Devido à minha dor, tenho problemas com a memória
_____ cm
- 20- Devido à dor eu me sinto triste, solitário(a) ou frustrado(a)
_____ cm
- 21- Devido à dor eu me sinto impaciente, com raiva, irritado(a)
_____ cm
- 22- Devido à dor eu me sinto cansado(a), desanimado (a)
_____ cm

- 23- Devido à dor eu me sinto injustiçado (a), mal interpretado(a)
_____cm
- 24- Devido à dor eu me sinto envergonhado(a)
_____cm
- 25- Devido à dor recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a); amado(a), importante
_____cm
- 26- Devido à minha dor não aprecio as coisas que faço
_____cm
- 27- Devido à minha dor sinto-me um fardo para os outros
_____cm
- 28- Devido a minha dor tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima
_____cm
- 29- Devido à minha dor eu desisto muito facilmente das coisas
_____cm
- 30- Devido à minha dor eu tenho dificuldade de concentração
_____cm
- 31- Devido à dor eu me senti pessimista sobre o futuro
_____cm
- 32- Devido à minha dor eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas
_____cm
- 33- Devido à minha dor eu convivo com medo
_____cm
- 34- Devido à minha dor eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas
_____cm
- 35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor
_____cm
- 36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida
_____cm
- 37- Devido à minha dor eu tenho dificuldade para relaxar
_____cm
- 38- Eu sinto que devido a minha dor as outras pessoas não confiam mais em mim
_____cm
- 39- Eu quero passar tempo sozinho, devido à dor
_____cm
- 40- Apesar da dor eu sinto que a vida vale a pena
_____cm
- 41- A dor interfere no meu prazer de viver
_____cm
- 42- O tratamento para dor é um fardo pra mim
_____cm
- 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor
_____cm
- 44- Devido à minha dor eu não tenho privacidade
_____cm
- 45- Devido à minha dor me sinto como um prisioneiro na minha própria casa
_____cm
- 46- Mesmo com minha dor minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa
_____cm
- 47- Devido à minha dor tenho dificuldade de controlar as minhas emoções

- _____cm
48- Devido a minha dor eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo
- _____cm
49- A minha dor faz eu me sentir deficiente
- _____cm
50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor
- _____cm
51- Devido à minha dor não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar
- _____cm
52- Devido à minha dor tenho dificuldades de relacionamentos sociais
- _____cm
53- Devido à minha dor eu tenho apoio de meus amigos
- _____cm
54- Devido à dor eu perco a paciência com as outras pessoas
- _____cm
55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)
- _____cm
56- Devido à dor tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades
- _____cm
57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida
- _____cm
58- Devido à minha dor eu tenho apoio da minha família
- _____cm
59- Devido à minha dor não sou compreendido pela minha família
- _____cm
60- Devido à dor tenho dificuldades com o relacionamento familiar
- _____cm
61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família
- _____cm
62- Devido à minha dor tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade
- _____cm
63- Devido à minha dor eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade
- _____cm
64- Mesmo com minha dor eu tenho paz de espírito
- _____cm
65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor
- _____cm
66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor
- _____cm
67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado
- _____cm
68- Devido à minha dor eu tenho problemas financeiros;
- _____cm
69- Devido à minha dor e ao tratamento não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.;
- _____cm

APÊNDICE IV - Escala de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida – Estimação de Magnitude e Comprimento de Linha – Profissionais de Saúde

INSTRUÇÕES: Com este instrumento temos o objetivo de investigar a interferência da dor na qualidade de vida.

Nesta tarefa a ser realizada não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos.

Parte1: Você deverá fornecer dados para sua identificação.

Parte 2: Você deverá fornecer identificadores sobre dor segundo sua experiência profissional.

Parte 3: Você deverá analisar cada afirmativa de acordo com aquilo que acredita. Uma nota será atribuída de tal maneira que demonstre o quanto você concorda com cada afirmação. Dessa maneira, você deverá assinalar um número que seja proporcional a cada um dos itens da escala elaborada. O primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida foi designado previamente como estímulo padrão, e será estabelecido a ele um valor arbitrário de cem (100). Decorrente disso, você deverá julgar, por exemplo, que um dado item possui duas vezes maior atribuição do que outro item de interferência da dor na qualidade de vida, você deverá assinalar a ele um número duas vezes maior (200). Caso você julgar que um dado item de interferência da dor na qualidade de vida possui metade da atribuição do estímulo padrão, ele deverá atribuir a ele um número que seja a metade do atribuído ao item anterior (50).

Na modalidade de comprimento de linha, a sua tarefa consistirá em emparelhar um comprimento de linha a cada item do instrumento que seja proporcional aos próximos itens apresentados. O primeiro item de interferência da dor na qualidade de vida foi designado previamente como estímulo padrão e será estabelecido a ele um valor arbitrário de cinquenta centímetros (50 cm). Dessa maneira, se você julgar, por exemplo, que um dado item de interferência da dor na qualidade de vida possui um valor duas vezes maior do que o primeiro item apresentado, deverá emparelhar a ele um comprimento de linha duas vezes maior (100 cm). Se você julgar que um dado item possui metade do valor do primeiro item apresentado, você deverá emparelhar um comprimento de linha que seja metade do valor atribuído (25 cm) aquele primeiro item.

1. Dados sociodemográficos

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Religião: _____

Cidade onde mora: _____ Profissão: _____

Relacionamento: ☐ Solteiro(a) ☐ União estável ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

☐ Separado (a) ☐ Viúvo (a)

Numero de filhos: _____

Nível de escolaridade:

☐ Nenhum ☐ Alfabetizado ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

Parte 2: indicadores sobre dor segundo sua experiência profissional

Tipo de Dor: ☐ Aguda (até 3 meses) ☐ Crônica (acima de 3 meses)

- 22- Devido à dor eu me sinto cansado(a), desanimado (a)
_____cm
- 23- Devido à dor eu me sinto injustiçado (a), mal interpretado(a)
_____cm
- 24- Devido à dor eu me sinto envergonhado(a)
_____cm
- 25- Devido à dor recebo cuidados que me fazem sentir tranquilo(a); amado(a), importante
_____cm
- 26- Devido à minha dor não aprecio as coisas que faço
_____cm
- 27- Devido à minha dor sinto-me um fardo para os outros
_____cm
- 28- Devido a minha dor tenho problemas com minha autoimagem e/ou autoestima
_____cm
- 29- Devido à minha dor eu desisto muito facilmente das coisas
_____cm
- 30- Devido à minha dor eu tenho dificuldade de concentração
_____cm
- 31- Devido à dor eu me senti pessimista sobre o futuro
_____cm
- 32- Devido à minha dor eu me sinto mais sensível do que as outras pessoas
_____cm
- 33- Devido à minha dor eu convivo com medo
_____cm
- 34- Devido à minha dor eu sinto ciúmes da boa saúde de outras pessoas
_____cm
- 35- Eu tenho a sensação de que as pessoas não levam a sério a minha dor
_____cm
- 36- A minha dor é a maior dificuldade da minha vida
_____cm
- 37- Devido à minha dor eu tenho dificuldade para relaxar
_____cm
- 38- Eu sinto que devido a minha dor as outras pessoas não confiam mais em mim
_____cm
- 39- Eu quero passar tempo sozinho, devido à dor
_____cm
- 40- Apesar da dor eu sinto que a vida vale a pena
_____cm
- 41- A dor interfere no meu prazer de viver
_____cm
- 42- O tratamento para dor é um fardo pra mim
_____cm
- 43- Eu tenho consciência da importância de ser tratado para dor
_____cm
- 44- Devido à minha dor eu não tenho privacidade
_____cm
- 45- Devido à minha dor me sinto como um prisioneiro na minha própria casa
_____cm
- 46- Mesmo com minha dor minha vida esta progredindo de acordo com a minha expectativa
_____cm

- 47- Devido à minha dor tenho dificuldade de controlar as minhas emoções
_____cm
- 48- Devido a minha dor eu posso entender porque alguém não iria querer ter um relacionamento amoroso comigo
_____cm
- 49- A minha dor faz eu me sentir deficiente
_____cm
- 50- Eu faria qualquer coisa para livrar-me da dor
_____cm
- 51- Devido à minha dor não sou capaz de fazer qualquer trabalho, doméstico ou escolar
_____cm
- 52- Devido à minha dor tenho dificuldades de relacionamentos sociais
_____cm
- 53- Devido à minha dor eu tenho apoio de meus amigos
_____cm
- 54- Devido à dor eu perco a paciência com as outras pessoas
_____cm
- 55- Minha dor me impede de satisfazer as pessoas (cônjuge, amigos e parentes)
_____cm
- 56- Devido à dor tive que me ausentar da escola/trabalho/outras atividades
_____cm
- 57- A minha dor demonstrou o valor da amizade em minha vida
_____cm
- 58- Devido à minha dor eu tenho apoio da minha família
_____cm
- 59- Devido à minha dor não sou compreendido pela minha família
_____cm
- 60- Devido à dor tenho dificuldades com o relacionamento familiar
_____cm
- 61- A minha dor interfere negativamente no funcionamento da minha família
_____cm
- 62- Devido à minha dor tenho dificuldades com minha espiritualidade/religiosidade
_____cm
- 63- Devido à minha dor eu me aproximei da espiritualidade/religiosidade
_____cm
- 64- Mesmo com minha dor eu tenho paz de espírito
_____cm
- 65- Minhas crenças me dão força para enfrentar minha dor
_____cm
- 66- Minhas crenças me ajudam a entender minha dor
_____cm
- 67- Eu penso que minha dor é como um castigo por algo errado que fiz no passado
_____cm
- 68- Devido à minha dor eu tenho problemas financeiros;
_____cm
- 69- Devido à minha dor e ao tratamento não tenho dinheiro para me divertir, fazer compras, etc.;
_____cm

APÊNDICE V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

Pacientes em Manejo – Grupo Focal

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Título da Pesquisa: “**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** (Orientadora) e **Rodrigo Ramon Falconi Gomez** (Aluno de pós-graduação) – No Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de doutorado com o nome “**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida**” e tem como objetivo fazer uma lista de perguntas, que daremos o nome de “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”.

Caso concorde em participar da pesquisa você participará de grupo onde vamos conversar sobre como a dor que você sente interfere na sua vida em geral. Essa conversa vai nos ajudar a entender melhor como é viver com a dor que você sente e, assim, poderemos elaborar perguntas que sejam mais próximas das vivências e das interferências que a dor tem na sua qualidade de vida e de pessoas com dor como você o que poderá ajudar a conhecer melhor as necessidades do paciente com dor.

Os dias, horários e locais para a realização do grupo serão agendados de acordo com o melhor dia e horário para todos os participantes e terá duração de mais ou menos 1 hora para cada encontro. As sessões dos grupos, assim como suas falas e dos outros participantes poderão ser gravadas em áudio ou/ e vídeos para facilitar a análise do conteúdo discutido por vocês. Esses conteúdos poderão ainda ser anotados como notas de observação em folhas de papel por um dos pesquisadores que estarão presentes nos dias da realização dos grupos.

Todas as informações relacionadas à sua participação serão guardadas em local protegido e serão utilizadas somente por pessoas autorizadas que estão realizando essa pesquisa. O resultado poderá ser divulgado em meio científico (congressos, revistas), e seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Durante o momento em que você estiver participando do grupo, você poderá sentir algum desconforto físico ou cansaço e poderá realizar pausas se achar necessário. Outro desconforto que poderá surgir em relação às perguntas é o constrangimento por responder sobre a sua vida pessoal, mas poderá não respondê-la ou encerrar a pesquisa, se assim desejar.

Você não gastará nenhum dinheiro para participar na pesquisa e também não receberá nenhum pagamento por ter participado da pesquisa.

Caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa poderá ter direito à indenização, conforme as leis vigentes no país. Porém o(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa e terminar a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados dessa pesquisa possibilitarão aos pesquisadores e aos participantes reflexões sobre as experiências dolorosas por meio da conversa em grupo, assim como possibilitará aos pacientes uma avaliação mais detalhada em relação à interferência da dor na qualidade de vida. A sua participação será muito importante para a construção desse instrumento e para o desenvolvimento dessa pesquisa científica.

O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais e/ou finais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser retirada diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP localizada à

Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (16) 3315-4761, e pedir para falar com um dos pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a) e a outra ficará sob responsabilidade do pesquisador. Esclarecemos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Rodrigo Ramon Falconi Gomez Pesquisador	Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa Pesquisadora Responsável	Comitê de Ética e Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 3315-4761 sonokeiba@yahoo.com.br	Profª Titular do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3315-3460 ffaleiros@usp.br	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Av. Bandeirantes 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto Telefone para contato: (16) 3315-9197 Horário de funcionamento: Dias úteis - das 10 às 16 horas

Eu, _____, RG: _____, declaro que li e compreendi esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido acima; que não sofri nenhuma pressão por parte dos pesquisadores e que estou ciente sobre a minha participação e aceito participar espontaneamente dessa pesquisa. Também sei que poderei desistir a qualquer momento e que não serei identificado. Recebi uma via assinada deste TCLE assinado pelo pesquisador e que foram oferecidas todas informações sobre a pesquisa.

_____, ____ de _____ de 201_.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE VI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Juízes

Ribeirão Preto, 01 de março de 201__.

Título da Pesquisa: **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”**. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** (Orientadora) e **Rodrigo Ramon Falconi Gomez** (Aluno de pós-graduação) – No Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da investigação do projeto de doutorado intitulado como **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”** e tem como objetivos elaborar a Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDORQUAVI), Identificar os atributos do EMAIDORQUAVI, Validar de forma aparente e de conteúdo do EMAIDORQUAVI e Validar do ponto de vista psicofísico a escala EMAIDORQUAVI.

Caso concorde em participar da pesquisa, contaremos com a sua colaboração para a tarefa de julgar os atributos do EMAIDORQUAVI, indicando as adequações que você julgar necessária para ajuste do mesmo, sendo que esse instrumento contribuirá para a avaliação da qualidade de vida de clientes com dor, especialmente àqueles da cultura brasileira. Os dados serão registrados em impresso próprio que será disponibilizado ao senhor (a) pelo pesquisador.

A data, horário e local para o julgamento dos atributos será agendado de acordo com a disponibilidade entre ambas as partes e terá duração total aproximada de 20 horas que poderá ser dividido em encontros menores, com cerca de 3 horas ou de acordo com a disponibilidade do participante.

Todas as informações relacionadas à sua participação serão armazenadas em local seguro e destinadas somente para fins de pesquisa e o resultado poderá ser publicado em meio científico, e sua identificação estará preservada.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter julgado os atributos e adequações do instrumento.

O(a) senhor(a) poderá retirar o seu consentimento e encerrar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da Pesquisa será garantido direito de indenização.

Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios imediatos para a sua pessoa, mas sua participação será muito importante para a construção desse instrumento e para o desenvolvimento da pesquisa científica e futuramente o benefício poderá ser revertido aos pacientes quando eles forem avaliados em relação à interferência da dor na qualidade de vida.

Poderá haver o risco de perda de confidencialidade que será minimizado, pois o seu nome não aparecerá e somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos resultados da pesquisa. Durante o julgamento dos atributos algum desconforto físico ou cansaço poderão surgir devido a extensão dos julgamentos, porém será minimizado com as pausas diárias.

O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais e/ou finais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (16) 3315-4761, e solicitar para falar com uma das pesquisadoras. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento, assinada pelo pesquisador será entregue ao(a) senhor(a) e a outra via assinada pelo participante da pesquisa ficará sob

responsabilidade do pesquisador responsável. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo protocolo _____ pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem por finalidade proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Rodrigo Ramon Falconi Gomez Pesquisador	Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa Pesquisador responsável	Comitê de Ética e Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 3315-4761 sonokeyba@yahoo.com.br	Profª Titular do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3315-3460 ffaleiros@usp.br	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Av. Bandeirantes 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto. Horário de funcionamento: das 8h às 17h em dias úteis. Telefone para contato: (16) 3315 9197

Eu, _____, RG: _____, declaro que li e compreendi esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido acima; que não sofri nenhuma pressão por parte dos pesquisadores e que estou ciente sobre a minha participação e aceito participar espontaneamente dessa pesquisa. Também sei que poderei desistir a qualquer momento e que não serei identificado. Recebi uma cópia desse TCLE assinado pelo pesquisador e que foi oferecido todas informações sobre a pesquisa.

Ribeirão Preto, 01 de março de 201__.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pacientes em Manejo - Estimação de Categorias

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Título da Pesquisa: **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”**. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** (Orientadora) e **Rodrigo Ramon Falconi Gomez** (Aluno de pós-graduação) – No Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar do projeto de doutorado com o nome **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”** e tem como objetivo fazer uma lista de perguntas, que daremos o nome de “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”.

Caso concorde em participar da pesquisa, precisaremos da sua ajuda para a tarefa de ler e colocar números para cada uma das perguntas sobre interferência da dor na qualidade de vida da “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida” relacionado como você vê a interferência que sua dor tem na sua qualidade de vida sendo que as orientações sobre a sua tarefa será feita antes do início da sua participação na pesquisa. A lista de perguntas (Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida) irá medir a interferência que a dor tem na sua qualidade de vida das pessoas com dor o que poderá ajudar a conhecer melhor as necessidades do paciente com dor, especialmente para os brasileiros. O momento para realização da pesquisa será agendado de acordo com o melhor dia e horário entre você e eu e terá duração, mais ou menos, de 1 hora para completar a todas essas questões do “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida” e as suas respostas serão anotadas em folhas de papel que será entregue ao senhor (a) pelo pesquisador.

Poderá haver o risco de alguém identificar você sem permissão e ter acesso as respostas das suas questões, porém todas as informações relacionadas à sua participação serão guardadas em local protegido e serão utilizadas somente por pessoas autorizadas que estão realizando essa pesquisa e o resultado poderá ser divulgado em meio científico (congressos, revistas), e seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Durante o momento em que você estiver respondendo as perguntas, você poderá sentir algum desconforto físico ou cansaço devido ao número de perguntas a serem respondidas, mas você poderá realizar pausas se achar necessário, outro desconforto que poderá surgir em relação às perguntas é o constrangimento, porque você responderá sobre a sua vida pessoal, mas você poderá não respondê-la ou encerrar a pesquisa, se assim desejar.

Você não gastará nenhum dinheiro para participar na pesquisa e também não receberá nenhum pagamento por ter participado da pesquisa.

O(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa e terminar a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da Pesquisa será garantido direito de indenização.

Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios imediatos para a sua pessoa, mas sua participação será muito importante para a construção desse instrumento e para o desenvolvimento da pesquisa científica e futuramente o benefício poderá ser revertido aos pacientes quando eles forem avaliados em relação à interferência da dor na qualidade de vida.

O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais e/ou finais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser retirada diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a)

senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP localizada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (16) 3315-4761, e pedir para falar com um dos pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a) e a outra ficará sob responsabilidade do pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem por finalidade proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Rodrigo Ramon Falconi Gomez Pesquisador	Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa Pesquisadora Responsável	Comitê de Ética e Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 3315-4761 sonokeyba@yahoo.com.br	Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3315-3460 ffaleiros@usp.br	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Av. Bandeirantes 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto. Horário de funcionamento: das 10h às 16h em dias úteis. Telefone para contato: (16) 3315 9197

Eu, _____, declaro que li e compreendi esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido acima; que não sofri nenhuma pressão por parte dos pesquisadores e que estou ciente sobre a minha participação e aceito participar espontaneamente dessa pesquisa. Também sei que poderei desistir a qualquer momento e que não serei identificado. Recebi uma via desse TCLE assinado pelo pesquisador e que foi oferecido todas informações sobre a pesquisa.

_____, ____ de _____ de 201__.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE VIII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Estimação de Magnitude e Comprimento de Linha – Paciente em Manejo

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Título da Pesquisa: **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”**. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** (Orientadora) e **Rodrigo Ramon Falconi Gomez** (Aluno de pós-graduação) – No Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar do projeto de doutorado com o nome **“Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”** e tem como objetivo fazer uma lista de perguntas, que daremos o nome de “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida”.

Caso concorde em participar da pesquisa, precisaremos da sua ajuda para a tarefa de ler e colocar números para cada uma das perguntas sobre interferência da dor na qualidade de vida da “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida” relacionado como você vê a interferência que sua dor tem na sua qualidade de vida sendo que as orientações sobre a sua tarefa será feita antes do início da sua participação na pesquisa. A lista de perguntas (Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida) irá medir a interferência que a dor tem na sua qualidade de vida das pessoas com dor o que poderá ajudar a conhecer melhor as necessidades do paciente com dor, especialmente para os brasileiros. O momento para realização da pesquisa será agendado de acordo com o melhor dia e horário entre você e eu e terá duração, mais ou menos, de 1 hora para completar a todas essas questões do “Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida” e as suas respostas serão anotadas em folhas de papel que será entregue ao senhor (a) pelo pesquisador.

Poderá haver o risco de alguém identificar você sem permissão e ter acesso as respostas das suas questões, porém todas as informações relacionadas à sua participação serão guardadas em local protegido e serão utilizadas somente por pessoas autorizadas que estão realizando essa pesquisa e o resultado poderá ser divulgado em meio científico (congressos, revistas), e seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Durante o momento em que você estiver respondendo as perguntas, você poderá sentir algum desconforto físico ou cansaço devido ao número de perguntas a serem respondidas, mas você poderá realizar pausas se achar necessário, outro desconforto que poderá surgir em relação às perguntas é o constrangimento, porque você responderá sobre a sua vida pessoal, mas você poderá não respondê-la ou encerrar a pesquisa, se assim desejar.

Você não gastará nenhum dinheiro para participar na pesquisa e também não receberá nenhum pagamento por ter participado da pesquisa.

O(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa e terminar a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da Pesquisa será garantido direito de indenização.

Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios imediatos para a sua pessoa, mas sua participação será muito importante para a construção desse instrumento e para o desenvolvimento da pesquisa científica e futuramente o benefício poderá ser revertido aos pacientes quando eles forem avaliados em relação à interferência da dor na qualidade de vida.

O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais e/ou finais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser retirada diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a)

senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP localizada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (16) 3315-4761, e pedir para falar com um dos pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a) e a outra ficará sob responsabilidade do pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem por finalidade proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Rodrigo Ramon Falconi Gomez Pesquisador	Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa Pesquisadora Responsável	Comitê de Ética e Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 3315-4761 sonokeiba@yahoo.com.br	Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3315-3460 ffaleiros@usp.br	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Av. Bandeirantes 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto. Horário de funcionamento: das 10h às 16h em dias úteis. Telefone para contato: (16) 3315 9197

Eu, _____, declaro que li e compreendi esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido acima; que não sofri nenhuma pressão por parte dos pesquisadores e que estou ciente sobre a minha participação e aceito participar espontaneamente dessa pesquisa. Também sei que poderei desistir a qualquer momento e que não serei identificado. Recebi uma via desse TCLE assinado pelo pesquisador e que foi oferecido todas informações sobre a pesquisa.

_____, ____ de _____ de 201__.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE IX – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

Estimação de Magnitude e Comprimento de Linha – Profissionais de Saúde

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Título da Pesquisa: “**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida**”. Pesquisadores Responsáveis: **Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** (Orientadora) e **Rodrigo Ramon Falconi Gomez** (Aluno de pós-graduação) – No Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar da investigação do projeto de doutorado intitulado como “**Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida**” e tem como objetivos Elaborar a Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDORQUAVI), Identificar os atributos do EMAIDORQUAVI, Validar de forma aparente e de conteúdo do EMAIDORQUAVI e Validar do ponto de vista psicofísico a EMAIDORQUAVI.

Caso concorde em participar da pesquisa, contaremos com a sua colaboração para a tarefa de julgar cada atributo do EMAIDORQUAVI por meio do método psicofísico de estimação de magnitude e emparelhamento intermodal, sendo que as instruções sobre a sua tarefa será realizada antes do início do julgamento. Esse instrumento terá a função de avaliar a interferência da dor na qualidade de vida dos clientes o que poderá contribuir para um melhor manejo das necessidades do paciente com dor, especialmente àqueles pertencentes à cultura brasileira. Os dados serão registrados em impresso próprio que será disponibilizado ao senhor (a) pelo pesquisador.

A data, horário e local para o julgamento dos atributos será agendado de acordo com a disponibilidade entre ambas as partes e terá duração total aproximada de 1 hora que poderá ser dividido em tempos menores de acordo com a disponibilidade do participante.

Todas as informações relacionadas à sua participação serão armazenadas em local seguro e destinadas somente para fins de pesquisa e o resultado poderá ser publicado em meio científico, e sua identificação estará preservada.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter julgado os atributos e adequações do instrumento.

O(a) senhor(a) poderá retirar o seu consentimento e encerrar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da Pesquisa será garantido direito de indenização.

Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios imediatos para a sua pessoa, mas sua participação será muito importante para a construção desse instrumento e para o desenvolvimento da pesquisa científica e futuramente o benefício poderá ser revertido aos pacientes quando eles forem avaliados em relação à interferência da dor na qualidade de vida.

Poderá haver o risco de perda de confidencialidade que será minimizado, pois o seu nome não aparecerá e somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos resultados da pesquisa. Durante o julgamento dos atributos, algum desconforto físico ou cansaço poderão surgir devido a extensão dos julgamentos, porém será minimizado com as pausas se você achar necessário.

O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais e/ou finais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida

Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (16) 3315-4761, e solicitar para falar com um dos pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada pelo pesquisador será entregue ao(a) senhor(a) e a outra via assinada pelo participante da pesquisa ficará sob responsabilidade do pesquisador responsável. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo protocolo _____ pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP que tem por finalidade proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Rodrigo Ramon Falconi Gomez Pesquisador	Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa Pesquisadora responsável	Comitê de Ética e Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP Telefone para contato: (16) 3315-4761 sonokeiba@yahoo.com.br	Profª Titular do Departamento de Enfermagem Geral Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Telefone para contato: (16) 3315-3460 ffaleiros@usp.br	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Av. Bandeirantes 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto. Horário de funcionamento: das 8h às 17h em dias úteis. Telefone para contato: (16) 3315 9197

Eu, _____, declaro que li e compreendi esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido acima; que não sofri nenhuma pressão por parte dos pesquisadores e que estou ciente sobre a minha participação e aceito participar espontaneamente dessa pesquisa. Também sei que poderei desistir a qualquer momento e que não serei identificado. Recebi uma via desse TCLE assinado pelo pesquisador e que foi oferecido todas informações sobre a pesquisa.

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE IX – Instrumentos oriundos do levantamento da Literatura

Tabela 1. Levantamento dos Instrumentos de Qualidade de Vida.

NÚMERO	CATEGORIA	INSTRUMENTO	ARTIGO	AUTORES	ANO
1.	Dor	PIPS Psychological Inflexibility in Pain Scale	The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability	WICKSELL, R. K. et al.	2010
2.	Genérico	New 15D Quality of Life Questionnaire	The 15-D measure of health related quality of life: reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system.	HARRI, S.	1994
3.	Reumatológico	AIMS 2 –SF Arthritis Impact Measurement Scales 2	The AIMS2-SF a short form of the arthritis impact measurement scales 2.	GUILLEMIN, F. et al.	1997
4.	Genérico	AQOL Assessment of quality of life	Choosing between the different versions of the AQoL (Assessment of Quality of Life) instruments.	HAWTHORNE, G.	2010
5.	Imagem corporal	BIQ Body Image Questionnaire	The development and validation of the Body Image Ideals Questionnaire	CASH, T. F.; SZYMASNKI, M. L.	1995
6.	Dor	CPAQ Chronic Pain Acceptance Questionnaire	Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8.	FISH, R. A. et al.	2010
7.	Câncer	UW-QOL University of Washington Quality of Life Questionnaire	Analysis of the Performance Characteristics of the University of Washington Quality of Life Instrument and Its Modification (UW-QOL-R).	WEYMULLER Jr, E. A. et al.	2001
8.	Genérico	COOP/WONCA	Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts A manual.	WEEL, C. V. et al.	
9.	Neurológico	CDQ-24 Craniocervical dystonia questionnaire	Craniocervical dystonia questionnaire (CDQ-24) development validation of a disease specific quality of life instrument.	MULLER, J. WISSEL, T. KEMMILER, G.	2010
10.	Genérico	EBES Escala de Bem-Estar Subjetivo	Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo.	ALBUQUERQUE, A. A.; TRÓCCOLI, B. T.	2004
11.	Vascular	VASCUQOL	Developing the Vascular Quality of Life Questionnaire: A new disease-specific quality of life measure for use in	MORGAN, M. B. F. et al.	2001

			lower limb ischemia.		
12.	Genérico	DUKE The Duke Health Profile	The Duke Health Profile: A 17-Item Measure of Health and Dysfunction	PARKERSON, JR., G. R., BROADHEAD, W. E.; CHIU-KIT J.	1990
13.	Genérico	EQVF Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	A research approach to improving our quality of life.	FLANAGAN, J. C.	1978
14.	Genérico	GHQ 12	The 12 item general health questionnaire GHQ12.	GOLDBERG, W.	1988
15.	Genérico	GHSI e GBI	The Glasgow health status questionnaires manual.	The Glasgow health status questionnaire manual.	1998
16.	Genérico	GQLS Global Quality of Life Scale	Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales.	HYLAND, M.E.; SODERGREN, S. C.	1996
17.	Genérico	HISS Health Index Score Sheet	Index For Measuring Health	GROGONO, A. W.; WOODGATE, D. J.	1971
18.	Genérico	IBQ The illness Behavior Questionnaire	The illness behavior questionnaire as an aid to clinical assessment.	PILOWSKY, et al.	1984
19.	Cardiovascular	QLMI	An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction.	VALENTI, L.; et al.	1996
20.	Cardiovascular	QLMI -2	Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire	KIMURA, M. SILVA, J. V.	2009
21.	Dor	ICIDH	Measuring handicap: the London handicap scale, a new outcome measure for chronic disease.	HARWOOD, R. H. et al.	1994
22.	Psiquiátrico	MHI	Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação	RIBEIRO, J. L. P.	2001
23.	Dor	NePIQoL Neuropathic pain impact on quality-of-life questionnaire	Development and preliminary validation of the NePIQOL: a quality-of-life measure for neuropathic pain.	POOLE, H. M. MURPHY, P.; NURMIKKO, T. J.	2009
24.	Genérico	PQoL Perceived Quality of Life Scale	Modelling change in Perceived quality of life (PQOL)	HEADEY, B. et al. AL.	1985
25.	Dor	AMPQ Abbreviated Miscellaneous Pain Questionnaire	Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States.	HARDT, J. et al.	2008
26.	Cuidados paliativos	QODD Quality of Dying and Death	Evaluating the quality of dying and death.	PATRICK, D. L.; ENGELBERG, R. A.;	2001

				CURTIS, J. R.	
27.	Genérico	QUEST 2.0 The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology	The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0): An overview and recent progress	DEMERS, L. et al.	2002
28.	Genérico	SWLS Satisfaction With Life Scale	The satisfaction with life scale.	DIENER, E. et al.	1985
29.	Genérico	SWED-QUAL Swedish Health-Related Quality of Life Survey	The Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-QUAL).	BRORSSON, B. IFVER, J. HAYS, R. D.	1993
30.	Genérico	WHO - Five Well-Being Index	Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale.	PER BECH, L. et al.	1998
31.	Pediátrico	YQOL-R Youth Quality of Life Instrument-Research Version	Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument.	PATRICK, D. L. EDWARDS, T. C.; TOPOLSKI, T. D.	2002
32.	Cardiovascular	KCCQ Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure.	GREEN, C. P. et al.	2000
33.	Cardiovascular	MLHF Living With Heart Failure Questionnaire	Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan.	RECTOR, T. S. COHN, J. N.	1992
34.	Cuidados paliativos	QUAL-E	Measuring quality of life at the end of life: Validation of the QUAL-E	STEINHAUSER, K. E. et al.	2004
35.	Cardiovascular	DASI Duke Activity Status Index	Measuring functional status of chronic coronary patients.	ALONSO, J. et al.	1997
36.	Reumatológico	RAQOL	The reliability and construct validity of the RAQOL a rheumatoid Arthritis specific quality of life instrument.	JONG, Z.	1997
37.	Dor	SOPA	Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment.	JENSEN, M. P. et al.	1994
38.	Dor	IAD-28	Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa.	PIMENTA, C. A. M. et al.	2009

39.	Neurológico	MSQOL-54 Multiple Sclerosis Quality of Life Instrument	A health-related quality of life measure for multiple sclerosis.	VICKREY, B. G. et al.	1995
40.	Câncer	EORTC QLQ-C30	The European organization for research and treatment of cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study.	SPRANGERS, M. A.G. et al.	1996
41.	Genérico	NHP Nottingham Health Profile	Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida.	SALMELA, L. F. T. et al.	2004
42.	Neurológico	SSQOL Stroke Specific Quality of Life Scale	Psychometric properties of the Brazilian version of the Stroke Specific Quality of Life Scale: application of the Rasch model.	SALMELA, L. F. T. et al.	2008
43.	Genérico	SIP Sickness Impact Profile	The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure.	BERGNER, M. et al.	1981
44.	Genérico	HUI3 Health Utilities Index Mark 3	Multiattribute and Single-Attribute Utility Functions for the Health Utilities Index Mark 3 System.	FEENY, D. et al.	2002
45.	Genérico	HUI Health Utilities Index	Avaliação da qualidade de vida dos adolescentes em tratamento oncológico nos Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais.	RODRIGUES, K. E. S.	2011
46.	Doenças hereditárias	CFQ Cystic Fibrosis Questionnaire	Development of the Cystic Fibrosis Questionnaire (CFQ) for assessing quality of life in pediatric and adult patients.	HENRY, B. et al.	2002
47.	Hepático	CLDQ Chronic Liver Disease Questionnaire	Adaptação cultural do Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) para população brasileira.	MUCCI, S. et al.	2010
48.	Cuidados primários	Duke-UNC	The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care.	PARKERSON, G. R. et al.	1981
49.	Cardiovascular	KCCQ Kansas City Cardiomyopathy questionnaire	Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure.	GREEN, P. C. et al.	2000
50.	Dermatológico	ONYCHO Onychomycosis Quality Of Life Questionnaire	The impact of onychomycosis on quality of life: Development of an international onychomycosis-specific questionnaire to measure patient quality of life.	DRAKE, L. A. et al.	1999
51.	Cardiovascular	SAC	Development and Evaluation If the Seattle Angina Questionnaire:	SPERTUS, J. A. et al.	1995

			A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease.		
52.	Genérico	SWED-QUAL	The Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-QUAL).	BRORSSON, B.; HAYS, R. D.	1993
53.	Neurologia	HAQUAMS Hamburg Quality of Life Questionnaire for MS 3.0	Disease specific quality of life instruments in multiple sclerosis: Validation of the Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis (HAQUAMS)	GOLD, S. M. et al.	2001
54.	Oftalmologia	SOCA Vision-Related Quality Of Life Questionnaire	Reliability, validity, and responsiveness of general and disease-specific quality of life measures in a clinical trial for cytomegalovirus retinitis	MARTINA, B. K. et al.	2001
55.	Neurologia	MSIS-29 Multiple Sclerosis Impact Scale	Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): reliability and validity in hospital based samples	RIAZI, A. et al.	2002
56.	Doenças transmissíveis	RGHQoL Recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire	The international development of the RGHQoL: a quality of life measure for recurrent genital herpes	DOWARD, L. C. et al.	1998
57.	Reumatologia	LupusQoL	Development and Validation of a Disease-Specific Health-Related Quality of Life Measure, the LupusQoL, for Adults With Systemic Lupus Erythematosus	MCELHONE, K. et al.	2007
58.	Psiquiatria	SQLS Schizophrenia Quality Of Life Scale	Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS	WILKINSON, G. et al.	2000
59.	Cardiovascular	MILK	Development of the Multidimensional Index of Life Quality a Quality of Life Measure for Cardiovascular Disease	AVIS, N. E. et al.	1996
60.	Genérico	HSQ-12 Health Status Questionnaire	A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity.	Ware Jr, J.; Kosinski, M.; Keller, S. D.	1996
61.	Genérico	HAQ e HAQ-DI	The Stanford Health Assessment Questionnaire: A Review of Its History, Issues, Progress, and Documentation	BONNIE BRUCE, B.; FRIES, J. F.	2003
62.	Genérico	TSWLS Temporal Satisfaction With Life Scale	The Temporal Satisfaction With Life Scale	PAVOT, W. DIENER, E.	1998
63.	Genérico	BHI Brief Hospice Inventory	A preliminar study of the utility of the brief hospice inventory	HONG GUO et al.	2001

64.	Genérico	QWB-SA Quality of Well Being Self-Administered Scale	Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale	SEIBER, W. J. et al.	2008
65.	Genérico	QUEST Quality of End-of-life Care and Satisfaction with Treatment Scale.	A scale for measuring patient perceptions of the quality of end-of-life care and satisfaction with treatment: the reliability and validity of QUEST	SULMASY, D. P. et al.	2002
66.	Endócrino	WHO ten Diabetes	The WHO tem Well Being Index Validation in Diabetes	BECK, P.; GUDEX, C; JOHANSEN, K. S.	1996
67.	Gastrointestinal	DSIQ Dyspeptic Symptoms and Impact Questionnaire	Digestive symptoms and their psychosocial impact: Validation of a questionnaire	URNES, J.	2006
68.	Dermatologia	DFS Diabetic Foot Ulcer	The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials	ABETZ, L. et al.	2002
69.	Endócrino	AcroQoL Acromegaly Quality of Life Questionnaire	Assessment of quality of life in patients with uncontrolled vs. controlled cromegaly using the acromegaly quality of life questionnaire (AcroQoL)	TREPP, R. et al.	2005
70.	Respiratório	AQLQ Asthma Quality of Life Questionnaire	Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials	JUNIPER, E. F. et al.	1992
71.	Cardiovascular	AF-QoL Atrial Fibrillation Quality of Life	Development of a questionnaire to measure health-related quality of life (HRQoL) in patients with atrial fibrillation (AF-QoL)	BADIA, X. et al.	2007
72.	Endócrinol	DCP Diabetes Care Profile	Development and Validation of the Diabetes Care Profile	FITZGERALD, J. T. et al.	1998
73.	Endócrino	DQLCTQ Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire	Development and validation of the diabetes quality of life clinical trial questionnaire	SHEN, W. et al.	1999
74.	Endócrino	DQOL	Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil)	CORRER, C. J. et al.	2008
75.	Endócrino	DSQOLS	Validation of a Diabetes-Specific Quality-of-Life Scale for Patients With Type 1 Diabetes	BOTT, U. et al.	1998
76.	Vascular	AWQ	Towards measurement of outcome for patients with varicose veins	GARRATT, A. M. et al.	1993
77.	Genérico	HALex	Evaluation of a population-based measure of Quality of	ERICKSON, P.	1998

			life: the Health and Activity Limitation Index (HALex)		
78.	Gastrointestinal	GSFQ	Validation of the GSFQ, a self-administrated symptom frequency questionnaire for patients with gastroesophageal reflux disease	PARE, P. et al.	2003
79.	Gastrointestinal	GERD-HRQL	Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico	GIEDRE, I. N. et al.	2007
80.	Gastrointestinal	HBQOL	Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico	GIEDRE, I. N. et al.	2007
81.	Genérico	HWQoL Health, Wellness and Quality of Life Questionnaire			
82.	Doenças infecciosas	HAT QoL	Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals	HOLMES, W. C.; SHEA, J. A.	1997
83.	Gastrointestinal	IMPACT-II	Measuringg Quality of Life in Children with Inflammatory Bowel Disease: The Impact-II (NL)	LOONEN, H. J. et al.	2002
84.	Gastrointestinal	IBDQ	Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal	PONTES, R. A. et al.	2004
85.	Gastrointestinal	IBS-36	The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome	GROLL, D. M. et al.	2002
86.	Gastrointestinal	IBS -QOL	Quality of life in persons with irritable bowel syndrome development and validation of a new measure	PATRICK, D. L. et al.	1998
87.	Pediátrico	Impact of childhood illness scale	Parental perception of the quality of life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire	HOARE, P.; MANN H.; DUNN, S.	2000
88.	Cardiovascular	MINICHAL	Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil)	SCHULZ, R. B. et al.	2007
89.	Cardiovascular	MIDAS	Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: The myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS)	THOMPSON, C. et al.	2002
90.	Neurológico	NEWSQOL	Development and validation of NEWSQOL, the Newcastle	BUCKA, D. et al.	2003

			stroke-specific quality of life measure		
91.	Reumatológico	HAQ e HAQ-DI Health Assessment Questionnaire e Health Assessment Questionnaire Disability Index	The Health Assessment Questionnaire (HAQ) and the Improved HAQ (formerly called the PROMIS HAQ)	FRIES, J. F. et al.	2009
92.	Pediátrico	PedsQL	The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory	JAMES, W.; VARNI, M.; CHERYLA, R. P.	1999
93.	Pediátrico	Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire	Measuring quality of life in the parents of children with asthma	JUNIPER, E. F. et al.	1996
94.	Câncer	Patient Outcome Scale	Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale	HEARN, J.; HIGGINSON, I. J.	1999
95.	Gastrointestinal	DI-SF	Quality of life in functional dyspepsia: responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form	TALLEY, N. J.; VERLIND, M.; JONES, M.	2001
96.	Vascular	PAQ	The Peripheral Artery Questionnaire: a new disease- specific health status measure for patients with peripheral arterial disease	SPERTUS, J. et al.	2004
97.	Dermatológico	PIQoL-AD	International development of the Parents' Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD)	McKENNA, S. P. et al.	2005
98.	Genérico	PGWBI	Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index	GROSSI, E. et al.	2006
99.	Reumatológico	PSAQOL	Development of the PSAQOL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis	McKENNA, S. P. et al.	2004
100.	Gastrointestinal	PAGI-QOL	Cross-cultural development and validation of a patient self-administered questionnaire to assess quality of life in upper gastrointestinal disorders: The PAGI-QOL	LA LOGE, C. et al.	2004
101.	Endócrino	QOL-DN	The development and validation of the Norfolk QOL- DN, a new measure of patients' perception of the effects of diabetes and diabetic neuropathy	VINIK, E. J. et al.	2005
102.	Genérico	THR	Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement	DAWSON, J. et al.	1996
103.	Cardiovascular	QL-SP	Measuring quality of life in cardiac spouses	EBBESEN, L. S. et al.	1990

104.	Reumatológico	QOL- RA	An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis	DANAO, L. L.; PADILLA, G. E. V.; JOHNSON, D. A.	2001
105.	Gastrointestinal	Stoma-QOL	Development and validation of a quality of life questionnaire for Patients with colostomy or ileostomy	PRIETO, L.; THORSEN, H.; KRISTIAN, J.	2005
106.	Urológico	SF-Qualiveen	Development and validation of the short form of a urinary quality of life questionnaire: SF-Qualiveen	BONNIAUD, V. et al.	2008
107.	Dor	RDQ Roland-Morris Disability Questionnaire	The Roland–Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire	ROLAND, M. FAIRBANK, J.	2000
108.	Gastrointestinal	REFLUX-QUAL	Validation of the short-form REFLUX-QUAL (RQS), a gastro-esophageal reflux disease (GERD) specific quality of life questionnaire	AMOURETTI, M, et al.	2005
109.	Genérico	SHAQ Stanford Health Assessment Questionnaire	The Stanford health assessment questionnaire: dimensions and practical applications	BONNIE, B.; FRIES, J. F.	2003
110.	Psiquiátrico	TOOL	Validation of a specific measure to assess health related Quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder: the ‘Tolerability and quality of Life’ (TOOL) questionnaire	MONTEJO, A. L. et al.	2011
111.	Reumatológico	WOOS	The development of a disease-specific quality of life measurement tool for osteoarthritis of the shoulder: The Western Ontario Osteoarthritis of the Shoulder (WOOS) index	LO, I. K. Y., GRIFFIN S.; KIRKLEY, A.	2001
112.	Endócrino	PHQLI	Development of a health-related quality of life measure for peripheral neuropathy	VICKREY, B. G. et al.	2000
113.	Otorrinolaringológico	ADOLRQLQ	Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: development and testing of a questionnaire for clinical trials	JUNIPER, E. F. et al.	1993
114.	Respiratório	AQ30 /AQ20	Asthma health status measurement in clinical practice: validity of a new short and simple Instrument	BARLEY, E. A.; QUIRK; F. H.; JONES; P. W.	1998
115.	Câncer	ARTQ	Attitudes of patients to randomised clinical trials of cancer therapy	FALLOWELD, L. J. et al.	1998
116.	Câncer	BCQ	Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials	LEVINE, M. N. et al.	1988
117.	Câncer	BPD	A Brief Pain Diary for ambulatory patients with advanced cancer	MAELL, E. et al.	2000

118.	Câncer	BPHQoL9	Construction and validation of a short form benign prostatic hypertrophy health-related quality of life	LUKACS, B. et al.	1997
119.	Respiratório	BPQ	Domains, constructs and the development of the breathing problems questionnaire	HYLAND, M. E. et al.	1994
120.	Respiratório	CCQ	Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire	MOLEN, T. et al.	2003
121.	Oftalmológico	COVD	The association between vision quality of life and Academics as measured by the College of Optometrists in vision development quality of life questionnaire	VAUGHN, W.; MAPLES, W.C.; HOENES, R.	2006
122.	Urológico	CPSI	The national institutes of health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure	LITWIN, M. S. et al.	1999
123.	Respiratório	CRQ	A comparison of the original chronic Respiratory Questionnaire with a standardized version	SCHUNEMANN, H. J. et al.	2003
124.	Câncer	EORTC QLQ-MY20	An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-MY20) in assessing the quality of life of patients with multiple myeloma	COCKS, K. et al.	2007
125.	Câncer	EORTC QLQ – BM22	Quality of life after palliative radiation therapy for patients with painful bone metastases: results of an international study validating the EORTC QLQ-BM22	ZENG, L. et al.	2012
126.	Câncer	EORTC QLQ CR 29	Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer	WHISTANCE, R. N. et al.	2009
127.	Câncer	EORTC QLQ – HCC18	Development of a questionnaire module to supplement the EORTC QLQ-C30 to assess quality of life in patients with hepatocellular carcinoma, the EORTC QLQ-HCC18	BLAZEBY, J. M. et al.	2004
128.	Câncer	EORTC QLQ – STO22	Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO 22, to assess quality of life in patients with gastric cancer.	BLAZEBY, J. M. et al.	2004
129.	Câncer	EORTC QLQ C30	Measuring chemotherapy-induced nausea and emesis psychometric properties of a quality of life questionnaire	RUBENSTEIN, E. B. et al.	2003
130.	Câncer	QLQ-OV28	An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-OV28) in assessing the quality of life of patients with ovarian cancer	GREIMELA, E. et al.	2003

131.	Câncer	EORTC QLQ – CX24	The EORTC QLQ-CX24 cervical cancer-specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a South Asian sample of cervical cancer patients.	JAYASEKARA, H.; RAJAPAKSA L. C.; GREIMEL E. R.	2008
132.	Câncer	EORTC QLQ - BR23	The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study.	SPRANGERS, M.A. et al.	1996
133.	Câncer	EORTC QLQ - LC13	The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life.	<u>BERGMAN, B.</u> et al.	1994
134.	Câncer	EORTC QLQ – OES18	Clinical and psychometric validation of an EORTC questionnaire module, the EORTC QLQ-OES18, to assess quality of life in patients with oesophageal cancer.	BLAZEBY, J.M. et al.	2003
135.	Câncer	EORTC QLQ - PR25	An international field study of the EORTC QLQ-PR25: A questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer	VAN, G. A. et al.	2008
136.	Câncer	EORTC QLQ - BN20	An international validation study of the EORTC brain cancer module (EORTC QLQ-BN20) for assessing health-related quality of life and symptoms in brain cancer patients.	TAPHOORN, M.J. et al.	1990
137.	Câncer	EORTC QLQ – EN24	Psychometric validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Endometrial Cancer Module (EORTC QLQ-EN24)	GREIMEL, E. et al.	2011
138.	Câncer	EORTC QLQ – INFO25	An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients.	ARRAS, J. I. et al.	2010
139.	Câncer	EORTC QLQ – LMC21	Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-LMC21 questionnaire for assessment of patient-reported outcomes during treatment of colorectal liver metastases.	BLAZEBY, J. M., et al.	2009
140.	Câncer	EORTC QLQ – OG25	Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-OG25, to assess health-	LAGERGREN, P., ET AL.	2007

			related quality of life in patients with cancer of the oesophagus, the oesophago-gastric junction and the stomach.		
141.	Câncer	FACIT	The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure	CELLA, D. F. et al.	1993
142.	Câncer	FLIC	Measuring the quality of life of cancer patients: the functional living index-cancer: development and validation	SCHIPPER, H. et al.	1984
143.	Câncer	FLIE	Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis	LINDLEY, C. M. et al.	1992
144.	Oftalmológico	Glau-QoL	Measurement of health-related quality of life with glaucoma: validation of the Glau-QoL a 36-item questionnaire	BE'CHETOILLE, A. et al.	2008
145.	Câncer	HNQOL	Head and Neck Cancer Specific Quality of Life	TERRELL, J. E. et al.	1997
146.	Câncer	IBCSG-QLC	Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast Cancer: The IBCSG approach	BERNHARD, J. et al.	1997
147.	Oftalmológico	IVI	Assessment of the impact of vision impairment	WEIH, L. M.; HASSELL, J. B.; KEEFFE, J.	2002
148.	Respiratório	LCSS	Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies	HOLLEN, P. J. et al.	2007
149.	Câncer	LPSQ	Patients experience with long-term percutaneous endoscopic gastrostomy feeding following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer	Rogers, S. et al.	2007
150.	Dermatológico	MELASMAQOL	Epidemiology and health services research development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma	BALKRISHNAN, R. et al.	2003
151.	Ginecológico	MENQOL	Further psychometric property development of the menopause-specific quality of life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire	LEWISA, J. E.; HILDITCHA, J. R.; WONGB, C. J.	2005
152.	Otorrinolaringológico	MINIRQLQ	Development and validation of the Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire	JUNIPER, E. F. et al.	2000
153.	Câncer	MMQL	The Minneapolis-Manchester quality of life instrument: Reliability and validity of the youth form	BHATIA, S. et al.	2004
154.	Ginecológico	MQ	Assessment of patients with menorrhagia: how valid is a	RUTA, D. A. et al.	1995

			structured clinical history as a measure of health status?		
155.	Oftalmologia	NEI- VFQ25	The Brazilian version of the 25-item national eye institute visual function questionnaire: translation, reliability and validity	SIMÃO, L. M. et al.	2008
156.	Oftalmologia	OSD	Severe impairment of health-related quality of life In patients suffering from ocular surface diseases	BAUDOUIN, C. et al.	2008
157.	Câncer	PCQOL	Assessing quality of life in men with clinically localized prostate cancer: Development of a new instrument for use in multiple settings	GIESLER, R. B. et al.	2000
158.	Transplante ósseo	QOL BMT	Measurement of quality of life in bone marrow transplantation survivors	GRANT, M. et al.	1992
159.	Câncer	QOL-CA Quality of Life Scale - Cancer	Quality of life index for patients with cancer.	PADILHA, G. V. et al.	1983
160.	Câncer	QOLM-P14	Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone	OSOBA, D. et al.	2012
161.	Oftalmológico	QOLVFQ	Rasch Analysis of the Quality of Life and Vision Function Questionnaire	GOTHWAL, V. K.	2009
162.	Câncer	REPERES-60	Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast Cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire	Defossez, G. et al.	2007
163.	Câncer	RSCL	Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist	HAES, J.C.J.M.; KNIPPENBERG, F.C.E.; NEIJT, J.P.	1990
164.	Oftalmológico	RSVP	The measurement of patient-reported outcomes of refractive surgery: the refractive status and vision profile*	OLIVER, D. S.	2000
165.	Vida sexual	SLQQ	Reliability and validity of the sexual life quality questionnaire (SLQQ)	WOODWARD, J. M.B.; HASS, S. L. WOODWARD, P. J.	2002
166.	Respiratório	SOLQ	A new self-administered questionnaire To monitor health-related quality of Life in patients with COPD	TU, S. P. et al.	1997
167.	Câncer	UCLA	The UCLA Prostate Cancer Index Development, Reliability, and Validity of a Health-Related Quality of Life Measure	LITWIN, M. et al.	1998
168.	Ginecológico	UQOL	The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development	UTIAN, W. H. et al.	2002

			and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause		
169.	Respiratório	WURSS	The Wisconsin upper respiratory symptom survey (WURSS) A new research instrument for assessing the common cold	BARRETT, B. et al.	2002
170.	Câncer	AQEL	Assessment of quality of life in palliative care psychometric properties of a short questionnaire	AXELSSON, B.; Per-OLOW, S.	1998
171.	Câncer	Care notebook	Validation of the care notebook for measuring physical, mental and life Well-being of patients with cancer	KOBAYASHI, K. et al.	2005
172.	Câncer	EPIC	Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer	WEI, J. T. et al.	2000
173.	Câncer	HQLI	Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed hospice quality of life index	McMILLAN, S. C.; MAHON M.	1994
174.	Oftalmológico	IDEEL	Development and validation of the Impact of Dry Eye on Everyday Life (IDEEL) questionnaire, a patient-reported outcomes (PRO) measure for the assessment of the burden of dry eye on patients	ABETZ, L. et al.	2011
175.	Oftalmológico	LVQOL	Design of the low vision quality-of-life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcome of low-vision rehabilitation	JAMES, S. et al.	2000
176.	Câncer	NDII	Development and validation of the Neck dissection impairment index	TAYLOR; R. et al.	2002
177.	Otorrinolaringologia	NRQLQ	A questionnaire to measure quality of life in adults with nocturnal allergic rhinoconjunctivitis	JUNIPER, E. F. ROHRBAUGH T.; Meltzer, A. O.	2003
178.	Otorrinolaringológico	RSDI	The development of the Rhinosinusitis Disability Index	BENNINGER, M. S.; SENIOR, B. A.	1997
179.	Câncer	USF-QOL	The UFS-QOL, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata	SPIES, J. B. et al.	2002
180.	Neurológico	AAIQOL Activity and Affect Indicators of QOL	Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies.	ALBERT, S. M. et al.	1996
181.	Reumatológico	ARTS	Development and psychometric validation of a new patient satisfaction	POUCHOT, J. et al.	2005

			instrument: The Osteoarthritis Treatment Satisfaction (ARTS) Questionnaire		
182.	Ortopédico	AUSCAN Osteoarthritis Hand Index	Dimensionality and clinical importance of pain and disability in hand osteoarthritis: Development of the Australian/Canadian (AUSCAN) Osteoarthritis Hand Index	BELLAMY, N. et al.	2002
183.	Ortopédico	BrQ Brace Questionnaire	Development and preliminary validation of Brace Questionnaire (BrQ): a new instrument for measuring quality of life of brace treated scoliotics	VASILADIS, E. et al.	2006
184.	Psiquiátrico	DUKE-AD	Screening for Anxiety and Depression in Primary Care with the Duke Anxiety-Depression Scale (DUKE-AD).	PARKERSON JR, G. R. BROADHEAD, W. E.	1997
185.	Gastrointestinal	EDQLS Eating Disorders Quality of Life Scale	Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders	ADAIR, C. E. et al.	2007
186.	Neurológico	EMQOL Demential QOL	Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology	SMITH, S. C. et al.	2005
187.	Reumatológico	FIQR Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire	The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties	BENNETT, R. M. et al.	2009
188.	Ortopédico	HNQ Hip and Knee Questionnaire	Designing choice experiments with many attributes. An application to setting priorities for orthopaedic waiting lists	WITT, J.; SCOTT, A.; OSBORNE, R. H.	2009
189.	Ortopédico	KOOS Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score	Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score Development of a Self-Administered Outcome Measure	HOOS, E. M. et al.	1998
190.	Ortopédico	LLFI Lower Limb Functional Index	Lower limb functional index: development and clinimetric properties	GABEL, C. F. et al.	2012
191.	Ortopédico	OKS Oxford Knee Score	Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement	DAWSON, j. et al.	1998
192.	Ortopédico	OPAQ Osteoporosis Assessment Questionnaire	The Osteoporosis Assessment Questionnaire (OPAQ): A reliable and valid disease-targeted measure of health-related quality of life (HRQOL) in osteoporosis	SILVERMAN, S. L.	2000

193.	Ortopédico	OPTOQOL Osteoporosis-Targeted Quality of Life Questionnaire	Development and Validation of a Discriminative Quality of Life Questionnaire for Osteoporosis (The OPTQoL)	LYDICK , E. et al.	
194.	Cirúrgico	PASI Patient-Specific Index	The Patient-Specific Index: Asking patients what they want	WRIGHT, J. G. et al.	
195.	Reumatológico	PASQOL Psoriatic Arthritis Quality of Life Instrument	Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis	MCKENNA, S. P. et al.	
196.	Ortopédico	RLSQOL Restless Legs Quality of Life Scale	The reliability, validity and responsiveness of the Restless Legs Syndrome Quality of Life questionnaire (RLSQoL) in a trial population	ABETZ, L. et al.	
197.	Psiquiátrico	SDS Sheehan Disability Scale	Assessing treatment effects in clinical trials with the Discan metric of the Sheehan Disability Scale	SHEEHAN, K. H.; SHEEHAN, D. V.	2008
198.	Psiquiátrico	SOS-10 Shuwatz Outcome Scale 10	Development and Initial Validation of a Brief Mental Health Outcome Measure	BLAIS, M. A. et al.	1999
199.	Psiquiátrico	QLS Quality of Life Scale	The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome	HEINRICHS, D. W.; HANLON, T. E.; CARPENTER Jr, W. T.	1984
200.	Psiquiátrico	SQOL Subjective Quality Of Life Instrument		et al.	
201.	Neurológico	QOL-AD Quality of Life in Alzheimer's Disease	Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment	LOGSDON, R. G. et al.	2002
202.	Endócrino	QoL-AGHDA	The QoL-AGHDA: An instrument for the assessment of quality of life in adults with growth hormone deficiency	MCKENNA, S. P. et al.	1999
203.	Psiquiátrico	QLQ Quality of Life	Measuring Quality of Life: A New and Practical Survey Instrument	GREENLEY, J. R.; GREENBERG, J. S.; BROWN, R.	
204.	Neurológico	QOLIE-AD-48 Questionnaire Quality of life in epilepsy for adolescents:	Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents: The QOLIE-AD-48	CRAMER, J. A. et al.	1999
205.	Neurológico	QOLIE-31 Quality of Life in Epilepsy Inventory	Development and Cross-Cultural Translations of a 31 – Item Quality of Life in Epilepsy Inventory	CRAMER, J. A. et al.	1998
206.	Ortopédico	QUALEFFO 41 International Osteoporosis Foundation (IOF) Quality of	Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with vertebral fractures: Qualeffo-41	LIPS, P. et al.	2001

		Life Questionnaire			
207.	Ortopédico	ULFI Upper Limb Functional Index	The Upper Limb Functional Index: Development and Determination of Reliability, Validity, and Responsiveness	GABEL, C. P. et al.	2006
208.	Ortopédico	QUALIOST Quality Of Life Questionnaire in Osteoporosis	Cross-cultural validation and analysis of responsiveness of the QUALIOST: Quality of Life questionnaire In OSTeoporosis	LOGE, C. et al.	
209.	Ortopédico	WORC Westwen Ontário Rotador Cuff Index	The Development and Evaluation of a Disease-specific Quality-of-Life Questionnaire for Disorders of the Rotator Cuff: The Western Ontario Rotator Cuff Index	KIRKLEY, A.; ALVAREZ, C.; GRIFFIN, S.	2003
210.	Ortopédico	WOSI Western Ontario Shoulder Instability Index	The Development and Evaluation of a Disease-Specific Quality of Life Measurement Tool for Shoulder Instability The Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI)	KIRKLEY, A.; GRIFFIN, S.; MCLINTOCK, H.	1998
211.	Psiquiátrico	YQOL-FD Youth Quality of Life Instrument - Facial Differences Module	Measuring the Quality of Life of Youth With Facial Differences	PATRICK, D. L. et al.	2007
212.	Cardiovascular	APQLQ Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire	A summary index for the assessment quality of life in Angina Pectoris	WILSON, A. et al.	1991
213.	Psiquiátrico	CMDQ Common Mental Disorder Questionnaire	A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ	Christensen, K. S. et al.	2005
214.	Dermatológico	CCVUQ The Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire	Measuring the quality of life in patients with venous ulcers	SMITH, J. J. et al.	2000
215.	Dermatológico	CDLQI Children's Dermatology Life Quality Index	Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI)	PRATI, C. et al.	2010
216.	Pediatrico	COHRQoL	How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life	JOKOVIC, A. LOCKER, D. GUYATT, G.	
217.	Cardiovascular	CROQ Coronary Revascularization Outcome Questionnaire.	Coronary revascularization outcome questionnaire (CROQ): development and validation of a new, patient based measure of outcome in coronary bypass surgery and angioplasty	SCHROTER, S.; LAMPING, D. L.	2004

218.	Dermatológico	DFIQ Dermatitis family impact questionnaire	The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire	LAWSON, V. et al.	1998
219.	Dermatológico	DLQI Dermatology Life Quality of Index	Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase	MARTINS, G. A.; ARRUDA, L.; MUGNAINI, A. S. B.	2004
220.	Dermatológico	DQOLS Dermatology Quality of Life Scales	Dermatology quality of life scales - a measure of the impact of skin diseases	MORGAN, M. et al.	1997
221.	Dermatológico	DSQL Dermatological specific QOL	Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases	ANDERSON, R. T. et al.	1997
222.	Dermatológico	FDLQI The Family Dermatology Life Quality Index	The Family Dermatology Life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease	M.K.A.; SUE-HO, R.; FINLAY, A.Y.	2006
223.	Dermatologia	IDQOL Índice de Qualidade de Vida da Dermatite em Crianças	Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis	ALVARENGA, T. M. M.; CALDEIRA, A. P.	2009
224.	Genérico	WHOQOL -100	Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).	Fleck, A. P. et al.	1999
225.	Genérico	SF-36	Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36	CICONELLI, R. M. et al.	1999

ANEXO I – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14240-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 246/2016, de 11.08.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 10 de agosto de 2016.

Protocolo CAAE: 14050213.0.0000.5393

Projeto: Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDORQUAVI): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total

Pesquisadores: Rodrigo Ramon Falconi Gomez
Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Elaboração da Escala Multidimensional de Avaliação da Interferência da Dor na Qualidade de Vida (EMAIDORQUAVI): uma nova concepção na perspectiva do conceito de dor total

Pesquisador: Rodrigo Ramon Falconi Gomez

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 14050213.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.672.079

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados novos TCLEs.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações foram realizadas, a saber: inclusão do direito à indenização e breve função do CEP.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.672.079

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_685400E2.pdf	01/07/2016 15:12:34		Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_Rodrigo.jpg	01/07/2016 15:03:30	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_Profissional_da_saude_Julho_2016.doc	01/07/2016 15:00:34	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_Docente_Julho_2016.doc	01/07/2016 15:00:07	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao02_TCLE_Cliente_Julho_2016.doc	01/07/2016 14:59:36	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Rodrigo_CEP.doc	13/05/2016 16:03:22	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Atividades.docx	10/05/2016 15:05:20	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/04/2016 15:55:56	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecerista.pdf	02/09/2015 11:10:45	Rodrigo Ramon Falconi Gomez	Aceito
Outros	ATRIBUTOS-CEP.pdf	27/05/2013 15:02:39		Aceito
Outros	ORÇAMENTO FINANCEIRO.doc	27/05/2013 14:55:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	002.jpg	08/04/2013 11:19:06		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.672.079

RIBEIRÃO PRETO, 10 de Agosto de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br