TALITA DE CÁSSIA RAMINELLI DA SILVA

Adaptação transcultural da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor

Versão original

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

Orientadora: Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa

Ribeirão Preto

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Raminelli da Silva, Talita de Cássia
Adaptação transcultural da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor / Talita de Cássia Raminelli da Silva; orientadora, Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa. – 2017
191p.: il. + 2CDRom
Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017
Versão original
1. Medição da Dor, Pain Measurement, Dimensión del Dolor
2. Dor Crônica, Chronic Pain, Dolor Crónico
3. Dor Aguda, Acute Pain, Dolor Agudo
4. Psicofísica, Psychophysics, Psicofísica

Folha de avaliação ou aprovação

Nome: RAMINELLI DA SILVA, Talita de Cássia
TÍTULO: Adaptação transcultural da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor

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

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA (S)

A Deus, consubstanciador da vida

À minha família, com muito amor, carinho e admimiração.

A todos que não tem oportunidade de estudar, que são discriminados, isolados e sofrem suas incomensuráveis dores.

Em memória a minha avó Iria Baptista Pereira e a Elisabetta Anselmi Anselmi.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, que proporcionou o desenvolvimento desse trabalho.

A Deus, pela minha existência, pelo dom da sabedoria, do entendimento e da ciência. Por guiar meus caminhos, iluminando-os e se fazendo presente em cada detalhe da vida, seja na luz de todo amanhecer, no orvalho e perfume das flores, em cada gota de chuva, nos cristais de neve, nas brisas suaves, nas tempestades, no gorjear dos pássaros, no barulho das ondas do mar, na maciez das areias dos desertos e no amor contagiante presente em cada ser que cruzou meus trilhos.

À minha linda e amada família nuclear, meu rochedo e meu tudo. A minha mãe pela sua fortaleza, beleza, delicadeza, sensitividade, sabedoria, amizade, educação, compreensão e amor incondicional. Ao meu amável e doce pai, homem humilde, honesto, trabalhador, sensível, amigo, compreensível, brincalhão, alegre, companheiro e pai. Ao meu grande irmão, amoroso, amigo, bondoso, inteligente, educado e cativante. Com vocês tudo se torna mais leve e mais prazeroso.

À toda equipe do laboratório de Psicofísica Clínica, cujos integrantes foram e são parceiros e irmãos. Minha gratidão e carinho a todos que passaram por lá. Em especial à Simone Saltareli amiga admirável, confiável, solícita e inteligente; ao Rodrigo Ramon amigo culto, confidente e sensível e a Hilze Benigno, amiga amável, benigna, sábia e justa.

À Universidade de São Paulo e todos os professores e 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 à Lucimara.

Às Agências de fomento CNPq e CAPES, pelas bolsas de Doutorado Direto e Doutorado Sanduíche.

Ao ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, por disponibilizar e autorizar a coleta de dados do estudo.

A todos os funcionários e os professores da Christine E. Lynn College of Nursing - Florida Atlantic University, onde realizei parte desse trabalho, em especial às professoras Dra. Ruth Maccafery e Lenny Chiang-Hanisko.

À Louis and Anne Green Memory & Wellness Center - Christine E. Lynn College of Nursing - Florida Atlantic University, por disponibilizar e autorizar a coleta de dados do estudo.

A todos os participantes desse estudo, cuidadores de idosos e estudantes de enfermagem, que colaboraram para o desenvolvimento dessa tese de doutorado.

Ao meu caro, namorado, amado e companheiro Lucas Victorasso Jardim, que de perto e de longe, e bota longe nisso, acompanhou toda essa trajetória. Pelo seu apoio, cumplicidade e carinho.

Aos meus amigos e familiares, que são inúmeros e espalhados por esse mundão. Todos foram importantes e fizeram a diferença nessa etapa percorrida. Agradeço a cada um de vocês pela amizade, substantivo feminino que se compara a uma casa, "construída aos poucos e com paciência pra durar pra sempre" conforme composição da musica "amigo é casa" de Capiba e Hermínio Bello De Carvalho. Em especial aos que me ajudaram e acompanharam mais de perto nesse caminho, à Adriana, Ana, Ariana, Ângela, Anne, Carol, Cláudia, Clarissa, Débora, Elaine, Érica, Fernanda, Fernando, Fran, Gabriela B., Gabriela T., Gabriel, Ivan, Ivna, Jeferson, Josi, Karina, Karolliny, Luana, Luciana, Manika, Mackeral, Márcia, Malu, Marisa, Marissa, Marli, Michael, Murilo, Neide, Pamela, Priscilla, Vanessa, Suzy, Tatiane e Teresa. Agradeço por cada palavra de afeto, ajuda e carinho de vocês. Com amigos a vida tem graça!

Ao coral Zênite e toda forma de arte a qual me permiti o contato nesses anos. As musicas, pinturas e poemas me deram mais leveza e me levaram e levam aos pontos mais altos, onde tudo tem mais brilho e mais cor... Onde tudo eu posso e me consinto pelo prodígio, ou fenômeno da imaginação...

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À querida Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, mulher intelectual, guerreira, sábia, erudita, pensadora, forte, perceptiva, formadora de cidadãos. Muito obrigada pela sua orientação, dedicação e apoio durante todos esses anos. A elaboração dessa tese só foi possível devido sua orientação e contribuição.

Sua motivação e incentivo para sempre sermos e fazermos o melhor que pudermos é de grande valia. Obrigada pela confiança e por me ajudar a identificar minhas potencialidades.

Agradeço todo o amor que você tem por mim e por meus entes queridos. Por todo afeto depositado no venusto processo de ensino aprendizagem. Tenho certeza que até mesmo por traz dos puxões de orelha, havia muito amor envolvido.

Lembro-me do dia que te conheci e você me perguntou se eu tinha interesse genuíno em pesquisa. Confesso que tinha interesse em pesquisa, mas fiquei na dúvida quanto ao genuíno..rsrsrs.. Não tinha certeza do significado dessa palavra. Aquilo martelou horas na minha cabeça, até eu encontrar um dicionário para certificar-me do sim que havia respondido. Hoje refletindo sobre esse acontecimento, considero relevante dizer-lhe que já em nosso primeiro encontro tive o privilégio de aprender o significado de um termo não usual para mim naquela época, mas que agora é cabível. Vejo amor genuíno como base de convivência, troca de experiências e ensinamentos no percorrer de todo o nosso caminho.

Obrigada minha mentora e mãe intelectual por mostrar-me muitos caminhos, colocar-me diante de algumas realidades e preparar-me para enfrentá-las com a cabeça erguida, despertar-me para refletir criticamente sobre alguns pontos jamais pensados, ajudar-me a ser mais perceptiva e determinada, ajudar-me a construir-me a cada dia, fortalecendo-me enquanto pessoa e profissional.

Com você aprendi como ser e não ser professora, aprendi como trabalhar em equipe, aprendi como se faz pesquisa com seriedade, ética e responsabilidade, aprendi que somos sempre nós, e que sou você o outro. Você foi marcante na minha trajetória de vida e saiba que nada nem ninguém apagarão essa marca! E por isso vou levá-la comigo por onde a vida me levar.

EPÍGRAFE

“Porque, assim como o céu é mais alto do que a terra, assim são os meus caminhos mais altos do que os vossos caminhos, e os meus pensamentos mais altos do que os vossos pensamentos. Porque, assim como a chuva e a neve descem dos céus e para lá não tornam, mas regam a terra, e a fazem produzir e brotar, para que dê semente ao semeador, e pão ao que come, assim será a palavra que sair da minha boca: ela não voltará para mim vazia, antes fará o que me apraz, e prosperará naquilo para que a enviei. Pois com alegria saireis, e em paz sereis guiados; os montes e os outeiros romperão em cânticos diante de vós, e todas as árvores de campo baterão palmas (ISAÍAS 55, 9-12).”

Arco-íris das dores

O arco-íris dá-se em dias chuvosos,
mas impreterivelmente na presença do sol.
A arte assim também acontece,
as mais belas manifestam-se em momentos atrozes, turbulentos, escuros e dolorosos,
mas fundamentalmente em seres iluminados e criativos,
possibilitando a reverberação das cores, seja nas telas, nas folhas, nas vozes, nos corpos, e ou nos palcos das vidas.
(RAMINELLI DA SILVA, 2017).

RESUMO

RAMINELLI DA SILVA, Talita de Cássia**. Adaptação transcultural da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor.** 2017. 204p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

INTRODUÇÃO: A dor, fenômeno multidimensional, é compreendida como experiência pessoal e subjetiva, influenciada por fatores que abrange o ser humano em sua totalidade e deve ser avaliada a fim de ser adequadamente manejada com excelência técnico-científica. OBJETIVOS: O objetivo geral deste estudo foi realizar adaptação transcultural da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) e os específicos foram traduzir a EMADOR para a língua inglesa; validar a EMADOR para a cultura americana na sua forma aparente e de conteúdo; aplicar a EMADOR adaptada e validada para a cultura americana em indivíduos com dor; aplicar a EMADOR em indivíduos brasileiros com dor; Descrever os dados sócios demográficos (idade e gênero) e clínicos (uso de medicamento e tipo de dor) das amostras norte americana e brasileira; Verificar o grau de atribuição dos descritores de dor crônica e de dor aguda da amostra americana; Verificar o grau de atribuição dos descritores de dor crônica e de dor aguda da amostra brasileira; Identificar as dimensões dos descritores atribuídos pelos participantes de ambas às amostras, norte americana e brasileira; Identificar semelhanças e diferenças da percepção da dor crônica e aguda entre as amostras norte americana e brasileira. MÉTODO: Realizou-se estudo de adaptação transcultural de instrumento, utilizando-se método proposto por Beaton e seus colaboradores, constituído pelas etapas de tradução, retrotradução, comitê de revisores, validação aparente e de conteúdo e teste piloto. Utilizou-se o método psicofísico de estimação de categoria na aplicação da EMADOR. A análise de dados foi realizada descritivamente. Foram calculados alpha de cronbach para analisar a fidedignidade da escala e o teste de Mann Whitney para verificar diferenças estatísticas entre as amostras. RESULTADOS: Na tradução, retrotradução e comitê de revisores os descritores de dor foram alterados de modo a manter o maior nível de similaridade entre as versões em português e em inglês (Multidimensional Pain Evaluation Scale – MPES). Na validação aparente e de conteúdo, os descritores de dor da MPES foram apresentados cardinalmente e algumas definições foram alteradas. A maioria dos participantes era do gênero feminino e grande parte fazia uso de medicação para alívio da dor. Quanto à aplicação da escala nos Estados Unidos, participaram 90 norte americanos, sendo 41 cuidadores de idosos e 49 estudantes universitários do curso de enfermagem, dos quais 49 (54,4%) apresentaram dor aguda e 41(45,6%) dor crônica. Os descritores de maior atribuição e suas respectivas dimensões para dor crônica foram "Chata" (Afetiva/Cognitiva), "Incômoda" (Afetiva/Cognitiva), "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva), "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva) e "Irritante" (Afetiva/Cognitiva) e para dor aguda "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva), "Irritante" (Afetiva/Cognitiva), "Desconfortável" (Afetiva/Cognitiva), "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva), "Estafante"

(Afetiva/Cognitiva). Quanto à aplicação da escala no Brasil, participaram 97 brasileiros, sendo 28 cuidadores de idosos e 69 estudantes de graduação do curso de enfermagem, dos quais 39 (40,21%) apresentavam dor crônica e 58 (59,79%) dor aguda. Os descritores de maior atribuição e suas respectivas dimensões para dor crônica foram "Desconfortável" (Afetiva/Sensitiva), "Incômoda" (Afetiva/Cognitiva), "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva), "Chata" (Afetiva/Cognitiva) e "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva) e para dor aguda "Desconfortável" (Afetiva/Cognitiva), "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva), "Importuna" (Afetiva/Cognitiva), "Irritante" (Afetiva/Cognitiva) e "Que Perturba" (Afetiva/Cognitiva). CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência dolorosa pode ser percebida em suas múltiplas dimensões, seja afetiva, cognitiva e sensitiva. Como experiência pessoal, é por meio da linguagem que as características das sensações dolorosas podem ser expressas, diferenciando-se, significativamente umas das outras. A adaptação transcultural da EMADOR/MPES para a cultura americana bem como sua aplicação nos Estados Unidos e no Brasil pode contribuir para enfermeiros e equipe de saúde em geral ter consciência da complexidade e da multidimensionalidade existente na dor em diferentes situações e perspectivas subjetivas, além de possibilitar avaliação fidedigna do fenômeno de modo a promover melhorias na assistência, e avanços na pesquisa e no ensino, propiciando manejos que respeitem o ser humano com dor.

Descritores: Medição da Dor. Dor Crônica. Dor Aguda. Psicofísica.

ABSTRACT

RAMINELLI DA SILVA, Talita de Cássia**. Cross-cultural adaptation of the Multidimensional Pain Evaluation Scale.** 2017. 204p. Thesis (PhD in Sciences)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

INTRODUCTION: Pain, a multidimensional phenomenon, is understood as personal and subjective experience, influenced by factors that cover the whole human and must be evaluated in order to be adequately managed with technical and scientific excellence. OBJECTIVES: The general objective of this study was to perform transcultural adaptation of the Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES) and the specific ones were to translate the MPES into the English language; to validate the MPES for the north american culture in its apparent and content form; to apply the MPES adapted and validated for the north american culture in people with pain; to apply the MPES to brazilian people with pain; to describe the demographic data (age and gender) and clinical data (drug use and type of pain) of the north american and brazilian samples; to verify the degree of attribution of the chronic and acute pain descriptors of the north american sample; to verify the degree of attribution of chronic and acute pain descriptors of the brazilian sample; to identify the dimensions of the descriptors attributed by the participants of both samples, north american and brazilian; to identify similarities and differences in the perception of chronic and acute pain between the north american and brazilian samples. METHOD: A cross-cultural adaptation study was carried out using a method proposed by Beaton and his collaborators consisting of translation, retro-translation, review committee, apparent and content validation, and pilot testing. It was use the psychophysical method of category estimation in the MPES application. Data analysis was performed descriptively. Chronbach's alpha was calculated to analyze the reliability of the scale and the Mann Whitney test to verify statistical differences between the samples. RESULTS: In the translation, back-translation and review committee the pain descriptors were altered in order to maintain the highest level of similarity between the versions. In the apparent and content validation, the pain descriptors of the MPES were presented cardinally and some definitions were altered. The most of the participants were female and most of them used pain relief medication. As far as the application of the scale in the United States, 90 north americans were attended, 41 elderly caregivers and 49 undergraduate nursing students, of which 49 (54.4%) had acute pain and 41 (45.6%) had chronic pain. The descriptors of higher attribution and their respective dimensions for chronic pain were "Annoyng" (Affective / Cognitive), "Disconforting" (Affective / Cognitive), "Painful" (Affective / Sensitive), "Unpleasant" (Affective / Cognitive),"Irritating "(Affective / Cognitive) and to acute pain were “Painful” (Affective / Sensitive), “Irritating” (Affective / Cognitive), “Uncomfortable” (Affective / Cognitive), “Unpleasant” (Affective / Cognitive) and “Exhausting" (Affective / Cognitive) Regarding the application of the scale in Brazil, 97 Brazilians participated: 28 elderly caregivers and

69 nursing undergraduate students, of whom 39 (40.21%) had chronic pain and 58 (59.79%) had acute pain. The most attributable descriptors and their respective dimensions for chronic pain were "Uncomfortable" (Affective / Sensitive), "Disconforting" (Affective / Cognitive), "Painful" "(Affective / Sensitive), "Annoyng" (Affective / Cognitive) and "Unpleasant" (Affective / Cognitive) and to acute pain were "Uncomfortable" (Affective / Cognitive), "Unpleasant" (Affective / Cognitive), "Nagging" (Affective / Cognitive), "Irritating" (Affective / Cognitive) and "Disturbing" (Affective / Cognitive). CONCLUSIONS: The painful experience can be perceived in its multiple dimensions, be it affective, cognitive and sensitive. As personal experience, it is through language that the characteristics of painful sensations can be expressed, differing significantly from one another. The cross-cultural adaptation of MPES to north american culture as well as its application in the United States and Brazil can contribute to nurses and health staff in general to be aware of the complexity and multidimensionality of pain in different situations and subjective perspectives, reliable in order to promote improvements in care, and advances in research and teaching, providing management that respects the human with pain.

Descriptors: Pain Measurement. Chronic Pain. Acute Pain. Psychophysics

RESUMEN

RAMINELLI DA SILVA, Talita de Cássia**. Adaptación transcultural de la escala multidimensional de evaluación del dolor**. 2017. 204p. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

INTRODUCCIÓN: El dolor, fenómeno multidimensional, se comprende como experiencia personal y subjetiva, influenciada por factores que abarca al ser humano en su totalidad y debe ser evaluada a fin de ser adecuadamente manejada con excelencia técnico-científica. OBJETIVOS: El objetivo general de este estudio fue realizar una adaptación transcultural de la Escala Multidimensional de Evaluación de Dolor (EMADOR) y los específicos fueron trducir a EMADOR a la lengua inglesa; Validar a EMADOR para la cultura americana en su forma aparente y de contenido; aplicar la EMADOR adaptada y validada para la cultura americana en individuos con dolor; aplicar a EMADOR en individuos brasileños con dolor; Describir los datos socio demográficos (edad y género) y clínicos (uso de medicamentos y tipo de dolor) de las muestras norteamericana y brasileña; Verificar el grado de atribución de los descriptores de dolor crónico y de dolor agudo de la muestra americana; Verificar el grado de atribución de los descriptores de dolor crónico y de dolor agudo de la muestra brasileña; Identificar las dimensiones de los descriptores atribuidos por los participantes de ambas muestras, norteamericana y brasileña; Identificar similitudes y diferencias de la percepción del dolor crónico y agudo entre las muestras norteamericana y brasileña. MÉTODO: Se realizó un estudio de adaptación transcultural de instrumento, utilizando el método propuesto por Beaton y sus colaboradores, constituido por las etapas de traducción, retrotraducción, comité de revisores, validación aparente y de contenido y prueba piloto. Se utilizó el método psicofísico de estimación de categoría en la aplicación de la EMADOR. El análisis de datos se realizó de forma descriptiva. Se calcularon Alpha Cronbach para analizar la fiabilidad de la escala y la prueba de Mann Whitney para verificar diferencias estadísticas entre las muestras. RESULTADOS: En la traducción, traducción inversa y dolor comité de revisores descriptores han cambiado con el fin de mantener el más alto nivel de similitud entre las versiones en Inglés (Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor - MPES) y portugués. En la validación aparente y de contenido, los descriptores de dolor de la MPES fueron presentados cardinalmente y algunas definiciones fueron alteradas. La mayoría de los participantes era del género femenino y gran parte hacía uso de medicación para alivio del dolor. En cuanto a la aplicación de la escala en los Estados Unidos, participaron 90 norteamericanos, siendo 41 cuidadores de ancianos y 49 estudiantes universitarios del curso de enfermería, de los cuales 49 (54,4%) presentaron dolor agudo y 41 (45,6%) dolor crónico . Los descriptores de mayor atribución y sus respectivas dimensiones para el dolor crónico fueron "Chata" (Afectiva / Cognitiva), "Incómoda" (Afectiva / Cognitiva), "Dolorosa" (Afectiva / Sensitiva), "Desagradable" (Afectiva / Cognitiva) y " "Irritante" (Afectiva / Cognitiva), "Incoherente" (Afectiva / Cognitiva), "Incoherente" (Afectiva / Cognitiva), "Desafortunada" (Afectiva / Cognitiva) (Afectiva / Cognitiva).

En cuanto a la aplicación de la escala en Brasil, participaron 97 brasileños, siendo 28 cuidadores de ancianos y 69 estudiantes de graduación del curso de enfermería, de los cuales 39 (40,21%) presentaban dolor crónico y 58 (59,79%) dolor agudo. Los descriptores de mayor atribución y sus respectivas dimensiones para el dolor crónico fueron "incómodos" (Afectiva / Sensitiva), "Incómoda" (Afectiva / Cognitiva), "Dolorosa" (Afectiva / Sensitiva), "Chata" (Afectiva / Cognitiva) y " "Desagradable" (Afectiva / Cognitiva), "Importancia" (Afectiva / Cognitiva), "Irritante" (Afectiva / Cognitiva), "Desafortunada" "(Afectiva / Cognitiva). CONSIDERACIONES FINALES: La experiencia dolorosa puede ser percibida en sus múltiples dimensiones, sea afectiva, cognitiva y sensitiva. Como experiencia personal, es por medio del lenguaje que las características de las sensaciones dolorosas pueden ser expresadas, diferenciándose, significativamente unas de otras. La adaptación transcultural de EMADOR / MPES para la cultura americana así como su aplicación en los Estados Unidos y en Brasil puede contribuir a enfermeros y equipo de salud en general tener conciencia de la complejidad y la multidimensionalidad existente en el dolor en diferentes situaciones y perspectivas subjetivas, además de que posibilite una evaluación fidedigna del fenómeno para promover mejoras en la asistencia, y avances en la investigación y en la enseñanza, propiciando manejos que respeten al ser humano con dolor.

Descriptores: Medición del dolor. Dolor crónico. Dolor agudo. Psicofísica

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	18
1.1.	**Dor**	19
1.2.	**Dor e cultura**	26
1.3.	**Avaliação e Mensuração de Dor**	29
1.4.	**Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR)**	31
1.5.	**Adaptação transcultural e validação de instrumentos**	34
1.6.	**Validação aparente e de conteúdo**	35
1.7.	**Psicofísica**	36
1.8.	**Método Estimação de Categoria**	40
2	**PROBLEMA E JUSTIFICATIVA**	42
3	**OBJETIVOS**	45
3.1.	**Objetivo Geral**	46
3.2.	**Objetivos específicos**	46
4	**MÉTODOS**	47
4.1.	**Tipo de estudo**	48
4.2.	**Aspectos éticos**	48
4.3.	**Procedimento**	48
4.3.1.	**Tradução e retrotradução da EMADOR**	48
4.3.2.	**Validação aparente e de conteúdo**	49
4.3.3.	**Materiais**	49
4.3.4.	**Local**	49
4.3.5.	**Análise dos dados**	50
4.4.	**Aplicação da Multidimensional Evaluation Pain Scale - MPES (Teste piloto)**	50
4.4.1.	**Materiais**	50
4.4.2.	**Participantes**	50
4.4.3.	**Local**	50
4.4.4.	**Materiais**	51
4.4.5.	**Procedimento da coleta de dados**	51
4.4.6.	**Análise dos dados**	52

4.5. Aplicação da Escala Multidimensional de Avaliação de dor (EMADOR)..... 53
4.5.1. Materiais..... 53
4.5.2. Participantes..... 53
4.5.3. Local..... 53
4.5.4. Materiais..... 53
4.5.5. Procedimento da coleta de dados..... 53
4.6. Análise dos dados..... 55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 56
5.1. Tradução e retro tradução..... 57
5.2. Validação Aparente e de Conteúdo..... 68
5.3. Aplicação da MPES e EMADOR..... 71
5.3.1 Dados sócios demográficos..... 71
5.3.2 Gênero e idade..... 71
5.3.3 Tipos de dor..... 75
5.3.4 Dor e tratamento farmacológico..... 80
5.3.5 Descritores da EMADOR/MPES e respectivas dimensões..... 84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 107
REFERÊNCIAS..... 111
APÊNDICE..... 123
ANEXOS..... 157

1. INTRODUÇÃO

1.1 Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (2010) define dor como "experiência sensorial e emocional desagradável, associada à ocorrência de lesão tecidual real ou que seja referida em tais termos", o que significa que na ausência de lesão tecidual, a pessoa com dor interpreta o sofrimento como se existisse aquela lesão ou, em outros termos, a pessoa relaciona a experiência desagradável como algo que estivesse alterando seu organismo. A definição da IASP também ressalta o aspecto emocional e desvincula a dor de uma lesão obrigatória de tecidos do organismo, isso sugere que, a existência da dor sempre ocorre quando há uma queixa, independentemente de ter ou não estímulo nociceptivo reconhecido (LOBATO, 2010).

O fenômeno doloroso também pode ser descrito como uma resposta fisiológica normal, predita e decorrente de um estímulo mecânico, térmico ou químico associado a procedimento cirúrgico, trauma ou doença aguda e por consequente, caracterizada como uma resposta sensorial ou ainda um alarme do corpo indicando alguma afecção orgânica ou quadro clínico mais complexo devido alteração de funcionamento do organismo (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; DUPIM, 2015).

As experiências pregressas e as lembranças álgicas do ser humano determinam a quantidade e a qualidade da dor percebida por eles (MELZACK; WALL, 1991). Na perspectiva da psicanalise cada pessoa pode contar sua história sobre sua dor, devido sua singularidade (DUPIM, 2015). De acordo com Hortense e Faleiros Sousa (2009) os estudos sobre a percepção da dor focam as experiências sensitivas, os aspectos afetivos, os motivacionais e os avaliativos.

Considerada como experiência pessoal e subjetiva a dor é um fenômeno multidimensional influenciado por fatores culturais, situacionais, atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além de variáveis externas (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; FALEIROS SOUSA et. al., 2010).

Compreendendo a dor como fenômeno multidimensional, na década de 1960, Cecily Saunders introduziu o conceito de "dor total". Para definir o tipo de dor sentida pelos sujeitos oncológicos a pesquisadora denominou a dor como total devido às consequências dessa em todos os domínios da vida daqueles sujeitos, sejam físico,

psicológico, social, emocional e espiritual (SAUNDERS, 1964; CLARK, 1999; MACIEL, 2004).

A dor pode carregar característica aguda ou crônica, e uma avaliação inadequada pode complicar o estado de saúde de quem a sente (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; FALEIROS SOUSA et. al., 2010).

A dor aguda é descrita como de início súbito relacionada à resposta fisiológica normal e previsível a um estímulo prejudicial, tendo uma função protetora essencial à sobrevivência ou ameaça a integridade. Pode ser claramente localizada e a sua intensidade correlaciona-se com o estímulo. Tem característica transitória, e geralmente desaparece após eliminação do agente causal. Para a medicina este tipo de dor tem caráter sintomático, função de um sinal de desequilíbrio na homeostase, que pode originar ao sujeito uma reação de estranhamento em relação ao próprio corpo, o que acarreta, frequentemente, desorganização na esfera física, psíquica e social do sujeito (DUPIM, 2015; CARVALHO, 1999, BRASIL, 2001).

A dor crônica geralmente é de difícil identificação causal e/ou temporal, causa sofrimento e pode exprimir diferentes características, bem como suscitar diversos estados patológicos. É considerada complexa e constantemente especulativa nas vertentes físicas, psíquicas, sociais e comportamentais. Além disso, para alguns estudiosos considera-se uma evolução com mais de três meses de duração, manifestando-se de modo continuo ou recorrente (CARVALHO, 1999; BRASIL, 2001) Dupim (2015) aponta que a dor persistente pode estar associada a causas psíquicas, sem razões orgânicas claras e descreve que do ponto de vista da psicanalise a dor crônica pode estar vinculada a uma representação inconsciente de algum acontecimento pungente durante a vida do sujeito.

A compreensão atual de mecanismos de dor aguda diferenciam mal entre a dor aguda e a dor crônica e muitas vezes são insuficientes para distinguir entre muitos tipos de condições de dor aguda. Recentemente como complemento de uma taxonomia recentemente desenvolvida para dor crônica, a parceria público-privada envolvendo a Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations, Innovations, Opportunities, and Networks (ACTTION), American Pain Society (APS), e American Academy of Pain Medicine (AAPM) reuniram especialistas para desenvolver uma taxonomia de dor aguda usando evidências prevalecentes. A taxonomia de dor aguda incluiu as dimensões 1) critérios fundamentais, 2) características comuns, 3) fatores de modulação, 4) impacto / conseqüências funcionais e 5) mecanismos patofisiológicos de

dor. Tais dimensões envolvem, não somente o tempo de duração, mas também o tecido envolvido, sintomas, sinais, qualidade, impacto funcional, consequências, comorbidades, tolerância aos opióides, questões neurobiológicos, sociodemográficas, biopsicossociais. Os esforços futuros consistirão em grupos de trabalho que utilizem esta taxonomia para desenvolver critérios diagnósticos para um conjunto abrangente de condições de dor aguda. Com essa taxonomia de dor aguda, os especialistas têm por objetivo, permitir evolução contínua das evidências emergentes sobre a natureza e impacto da dor aguda. Embora separado da taxonomia AAPT de condições de dor crônica, a visão de longo prazo deles é estabelecer uma compreensão suficiente da dor de tal forma que uma padronize e seja modelo unificador, ligando o proposto das dimensões de ambas as taxonomias da dor aguda e crônica (KENT et. al., 2017).

Murta (1999), Moraes (2004) e Dias (2007) descrevem que a dor crônica tem elevada incidência em nossa sociedade, tornando-se problema de saúde pública. Leva a desastrosas consequências sobre o estilo de vida do indivíduo que a possui, produzindo alterações vegetativas, incluindo insônia, falta de apetite e de desejo sexual e favorecendo ao desenvolvimento de um repertório de respostas de esquiva e fuga relativas a atividades física, social e ocupacional. Frequentemente, pessoas com este tipo de dor apresentam depressão e desenvolvem dependência de opióides ou benzodiazepínicos.

Em uma reunião realizada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dados foram apresentados estimando que uma em cada cinco pessoas no mundo, em qualquer momento, sofrem de dor crônica moderada a severa e a Fundação Americana de Dor estimou que uma em quatro pessoas com dor não recebe manejo adequado (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A American Academy of Pain Medicine (2014) revela que mais da metade de todos os pacientes hospitalizados experienciam a dor nos últimos dias de suas vidas e que, apesar do uso de terapias para alívio álgico, dentre aqueles que morrem de câncer, 50-75% dos pacientes morrem com dor moderada à grave. Além disso, 20% dos adultos norte-americanos (42 milhões de pessoas) relataram distúrbio de sono devido à dor.

Ainda segundo a American Academy of Pain Medicine (2014) relatório de pesquisa de mercado indica que mais de 1,5 bilhão de pessoas no mundo e 100 milhões de americanos sofrem de dor crônica e de dor aguda. Dados do Instituto Nacional de Saúde (NIH) revelaram que nos Estados Unidos a dor explica mais de 80% do total de

visitas médicas, além de ser causa de perda de dias e horas de trabalho, o que acarreta sérios prejuízos pessoais e econômicos à população (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Em investigação realizada nos EUA, usando o Medical Expenditure Panel Inquérito (MEPI), pesquisadores descobriram que o montante anual de recursos econômicos investidos no tratamento da dor foi maior do que os custos anuais com doença cardíaca, câncer e diabetes (GASKIN; RICHARD, 2012) sendo gastos anualmente cerca de 560.000 a 635.000 milhões de dólares americanos em custos com a saúde devido ao fenômeno álgico (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Em revisão sistemática sobre a prevalência e as associações de dor crônica em países de baixa e média renda foram identificados 122 publicações sobre 28 países. Os resultados apontaram prevalência de qualquer tipo de dor crônica em 33% na população adulta geral, 56% na população idosa geral e 35% na população dos trabalhadores. As associações não eram prontamente passíveis de meta-análise, entretanto, das 122 publicações, a dor foi descrita em associação com deficiência em 50 delas, sexo feminino em 40, idade avançada em 34, depressão em 36, ansiedade em 19 e múltiplas queixas somáticas em 13 (JACKSON et al., 2015).

Estudo Norte-Americano realizado com 27.035 sujeitos adultos, utilizando-se de escala tipo likert de 11 pontos e de correlatos sócio-demográficos analisou a prevalência da dor crônica, sua localização e suas características. Os resultados mostraram prevalência de 41% para dor crônica, recorrente, ou dor de longa duração, sendo maior no sexo feminino (34,3%) do que no masculino (26,7%) e aumentando com a idade. Metade dos entrevistados relatou dor diária, e 32 % da amostra apontou ter dor com intensidade mensurada em 7 pontos, na escala de 0 a 10 pontos. Na questão sócio-econômica houve correlação significativa entre dor crônica, baixa renda familiar e desemprego. Esses dados sugerem dor crônica significativa, considerada como fardo entre os adultos norte-americanos (JOHANNES et al., 2010).

Pesquisa envolvendo 46.394 participantes foi realizada em 15 países europeus e Israel para explorar a prevalência, gravidade, tratamento e impacto da dor crônica. 19% da amostra havia sofrido de dor nos últimos 6 meses, sendo a média de intensidade da dor igual a 5 pontos, em uma escala numérica de 0 a 10 pontos. De 4.839 sujeitos com dor crônica entrevistados mais profundamente (cerca de 300 por país) mostrou que 66% tinham dor moderada, 34% dor severa, 46 % dor constante e 54% dor intermitente. Devido à dor, 21% tinham diagnóstico de depressão, 61% eram menos capazes ou

incapazes de trabalhar fora de casa, 19% haviam perdido o emprego, 13% mudaram de emprego e 40% tiveram manejo inadequado. Concluiu-se que embora tenham sido observadas diferenças entre os 16 países, a dor crônica é um grave problema de saúde na Europa, tratada inadequadamente, que precisa ser levado mais a sério, visto que afeta seriamente a qualidade de vida das pessoas, no âmbito social e de trabalho (BREIVIK, 2006).

Um estudo epidemiológico transversal foi realizado em uma amostra aleatória da população adulta Portuguesa, com o objetivo de descrever a prevalência e o impacto da dor crônica. Dos 5.094 participantes, a prevalência de dor crônica foi de 36,7 %. Dor recorrente ou contínua esteve presente em 85 % dos participantes, moderada a grave intensidade e incapacitante estava presente em 68% e 35%, respectivamente. Maior prevalência da dor foi observada entre os idosos, aposentados, desempregados, e menos instruídos. Maior deficiência foi encontrada em relação às responsabilidades familiares / domiciliares, atividades de recreação, ocupação / trabalho e sono / repouso; 13 % informaram um diagnóstico de depressão. O estudo mostrou que a dor crônica é um problema significativo presente em 37% da população adulta portuguesa. Os pesquisadores recomendaram melhoria do manejo e atenção especial aos componentes afetivos (AZEVEDO et al., 2012).

Em estudo exploratório-descritivo, transversal, com 856 participantes, cujo um dos objetivos foi de determinar a prevalência da dor aguda em cinco unidades de internação de um hospital universitário no Brasil, utilizou entrevista estruturada, escala numérica de dor e diagrama corporal e obteve como resultado prevalência de dor igual a 31,8%, sendo intensa em 44,2% e a média de 6,6 pontos na escala numérica de dor de 10 pontos. Apesar de serem medicados, 27,5% dessa população não teve melhora álgica. Conclui-se que a dor é de alta prevalência, pouco avaliada, sub manejada, com uso incorreto de analgésicos (RIBEIRO et al., 2012).

Estudo epidemiológico seccional, realizado no Brasil com amostra de 211 estudantes revelou que a dor tem sido motivo de alta prevalência de automedicação entre universitários (38,8%). A dor e o alívio foram medidos por meio de escala numérica de 10 pontos. Concluiu-se que o consumo irracional dessas drogas pode causar efeitos adversos desastrosos e tal prática pode retardar a elucidação do diagnóstico além do tratamento adequado da dor, contribuindo assim para a cronificação da experiência dolorosa (SOUZA et al., 2011).

Pesquisa com 203 estudantes universitários brasileiros para verificar a experiência dolorosa e interferência da dor nas atividades cotidianas utilizou o Questionário de McGill-LFA como instrumento de medida. A mediana dos escores de intensidade da dor (atribuídos por meio da escala numérica de 0-10 pontos) foi igual a 7,0, sendo classificada como forte para 45,7% dos estudantes, moderada para 35,7%, leve para 10,0% e como pior dor possível para 8,6%. Quanto à qualidade da dor, os descritores de diferentes dimensões foram escolhidos foram para expressar suas dores. (BRAGA et al., 2012).

Nos Estados Unidos 244 estudantes de graduação participaram de um estudo cujo objetivo foi verificar a prevalência de dor, bem como a correlação entre dor e abuso de drogas. Os pesquisadores utilizaram o questionário sóciodemográfico, o Drug Abuse Screening Test (DAST-10) e o Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) como instrumentos de medida. A prevalência da dor foi 9,7%, sendo que dos 123 estudantes com idade inferior a 24 anos 69, 9 % apresentaram nenhuma dor, 16,3% pouca dor, 9,7% dor moderada e 4,1% dor severa e entre os 114 estudantes com idade superior a 24 anos, 70.2% apresentaram nenhuma dor, 14,9% pouca dor, 9,6% dor moderada e 5,3% dor severa. A dor teve positiva e forte associação ao uso de drogas, com significância da correlação Pearson igual a $p<0.05$, sendo mais forte esta associação para mulheres do que para homens (FERRER et al., 2015).

Com o objetivo de estimar a prevalência de dor em 211 estudantes universitários de enfermagem e caracterizá-la segundo a ocorrência, localização, duração, intensidade e qualidade, Silva et al. (2011) desenvolveram estudo no Brasil. Utilizaram uma Escala Numérica de 10 pontos para mensurar a intensidade da dor, um diagrama corporal para localizar a dor e o MPQ de McGill. A prevalência de dor crônica autorrelatada foi de 59,7%, frequentemente localizada na cabeça (38,1%), região lombar (11,9%) e ombros/ membros superiores (11,9%). Em 46% dos casos, o convívio com a dor variou entre um e cinco anos; a intensidade foi caracterizada como forte. A expressão da dor foi demonstrada pelo uso de descritores dos diferentes subgrupos do McGill os quais, Sensitivo-discriminativo, Afetivo-motivacional e Cognitivo-avaliativo, demonstrando a multidimensionalidade da experiência dolorosa.

Estudo realizado nos EUA com 150 díades idosos com demência e cuidadores, objetivando identificar os sintomas mais incômodos experienciados por eles, revelou que os sintomas mais relatados pelos pacientes foram dor (n = 48; 42%), depressão (n = 13; 11%), déficit cognitivo (n = 12; 10%), ansiedade (n = 7; 6%) e queixa oftalmológica

(n = 5; 4%) e pelos cuidadores foram déficit cognitivo (n = 71; 47%), dor (n = 46; 30%), depressão (n = 26; 17%), distúrbio atividade (n = 23; 15%) e os distúrbios de pensamento e de percepção (n = 12; 8%). Os autores concluíram que estes são sintomas importantes, porém comumente esquecidos, que precisam ser avaliados por medidas confiáveis e válidas para o avanço da ciência nessa população vulnerável (MURRAY et al., 2012).

Estudo desenvolvido no Brasil com 58 cuidadoras que participavam de grupos de apoio à família de pessoas com demência incluindo Alzheimer, um dos objetivos foi investigar os fatores associados à sobrecarga e transtornos mentais comuns das cuidadoras familiares de idosos com demência. Identificou que dentre os problemas de saúde referidos, os mais prevalentes foram presença de dores nas costas ou problemas de coluna (63,8%) e dores articulares (60,3%). Houve associação significativa entre transtornos mentais comuns como depressão e ansiedade e queixas de dores nas costas, uso de benzodiazepínicos e tendência à significância para ser cuidadora filha. Os pesquisadores consideraram a importância dos grupos de apoio para essas cuidadoras, reforçando a necessidade de um trabalho preventivo, de orientação e tratamento (SILVA, PASSOS E BARRETO, 2012).

Pesquisadores brasileiros fizeram um estudo com objetivo de amostra características sociodemográficas e clínicas de 49 pacientes com demência, e seus cuidadores familiares. Pacientes foram avaliados com Mini-Exame do Estado Mental, Questionário de Atividades Funcionais, Inventário Neuropsiquiátrico e Escala de Estadiamento da Demência e cuidadores foram investigados com um Questionário Sociodemográfico e Clínico, além dos Inventários Beck de Depressão e Ansiedade e Entrevista de Sobrecarga Zarit. A dor foi apontada como problema físico mais frequente nos cuidadores de pacientes de todos os tipos de demência. Ansiedade, fadiga e desencorajamento foram relatadas como problemas emocionais mais frequentes. Segundo os pesquisadores, tais achados podem favorecer a conscientização da sociedade e dos profissionais de saúde sobre a atenção à saúde de cuidadores (VALENTE et al., 2013).

Também foi realizada investigação com 100 participantes que apresentaram dor crônica isquêmica, sendo o objetivo do estudo, avaliar a qualidade de vida desses participantes. Para avaliar a dor utilizou-se a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) e para avaliar a qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life-abbreviated Questionnaire (WHOQOL-BREF). A média aritmética para

a dor crônica foi 5,59 ± 3,16 pontos. As médias e respectivos desvios padrão para a qualidade de vida foram: no domínio físico, 44,75 ± 16,98; no domínio total, 50,0 ± 22,40; no ambiente, 55,06 ± 13,51, no psicológico, 56,21 ± 17,19 e no domínio social, 68,33 ± 21,84. Considerou-se tal estudo como um recurso científico útil na prática clínica na área da saúde, indicando resultados válidos relativos à avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica, contribuindo assim para a melhoria da gestão da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida (PEDROSA, et al. 2011).

1.2 Dor e cultura

O conceito de dor, bem como as respostas do indivíduo ao fenômeno, não conseguem ser explicados apenas pela fisiologia (PEREIRA; ZAGO, 1998), visto que envolve múltiplos aspectos, dentre eles a questão cultural. Conforme descrito por Guercie e Consigliere (1999), a dor deve ser compreendida no seu sentido mais amplo, como "cultura", levando a ideia de que, as reações à algia, manifestadas numa determinada sociedade, vão além da questão fisiológica humana, sendo respostas particularmente culturais, sociais, linguísticas, científicas e religiosas.

Bullington et al. (2003), refere a dor como fruto da convergência entre biologia e cultura, tal aspecto cultural também é mencionado por Guerci e Consigliere (1999) enfatizando que, a sensação dolorosa não se trata de fenômeno universal nas variadas culturas humanas, nem mesmo no interior de uma mesma cultura. A essência e a qualidade da dor dependem do momento e das situações em que ela surge, sendo a dor relacionada às circunstancias sociais, na medida em que, é fruto de uma educação, ou seja, a experiência dolorosa como pessoal e variável é influenciada pelos conhecimentos e significados do contexto atual e pela aprendizagem cultural. Ainda acrescentam que, de acordo com as condições, a experiência álgica pode ser a resposta diferente a estímulos aparentemente iguais, e vice-versa, ser a resposta semelhante a estímulos aparentemente diversos em diferentes condições.

Do ponto de vista antropológico a primeira definição do termo cultura do inglês "culture" foi criada por Edward Taylor (1832-1917). Ele sintetizou em uma só palavra o termo germânico "Kulter" utilizado no final do século XVIII que simbolizava todos os aspectos espirituais de uma comunidade e a palavra francesa "Civilization" que se referia principalmente às realizações materiais de um povo. Em seu amplo sentido, cultura, foi compreendida como um todo complexo de conhecimentos, crenças, arte,

moral, leis, costumes ou quaisquer outras capacidades/ hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade (LARAIA, 2001).

Mais tarde, em 1871, após muitas discussões com outros teóricos, Taylor redefiniu cultura como sendo todo o comportamento aprendido e tudo aquilo que independe de uma transmissão genética. Além disto, Taylor tentou demonstrar que cultura pode ser objeto de estudo sistemático, por tratar-se de fenômeno natural que possui causas e regularidades, permitindo estudo objetivo e análise capazes de proporcionar a formulação de leis sobre o processo cultural e a evolução (LARAIA, 2001).

Alfred Kroeber (1876-1960), antropólogo americano, mostrou como a cultura atua sobre o homem. Para ele o homem é considerado um ser predominantemente cultural, diferenciando-se dos outros animais. Para manter-se vivo, independente do sistema cultural ao qual pertença, o ser humano tem que satisfazer suas funções vitais, como a alimentação, o sono, a respiração, a atividade sexual, etc. Mas, apesar de tais funções serem comuns a toda humanidade, a maneira de satisfazê-las varia de uma cultura para outra. Assim, Kroeber entende que nossos comportamentos não são biologicamente determinados e, que a herança genética nada tem a ver com as nossas ações e pensamentos, pois todos os nossos atos dependem inteiramente de um processo de aprendizado (LARAIA, 2001). Assim, é possível perceber que diferentes autores, trazem em suas compreensões a importância de se considerar os aspectos culturais na expressão dos processos humanos.

Ao longo da história do homem, cada cultura tem tentado encontrar as respostas mais adequadas para o fenômeno doloroso, de acordo com a época vivenciada e grupos sociais existentes (ESPADINHA; SANTOS, 2012). Dupim (2015) menciona que, a percepção álgica muda no decorrer histórico e em distintas culturas, podendo estar associada a alguma doença, ao sofrimento ou ao ritual, e neste último caso, entende-se que a dor nem sempre está vinculada com algo percebido como impacto negativo. Em certas culturas a dor faz inclusive parte da identificação do gênero de um indivíduo, estando intimamente vinculada à sexualidade feminina ou a masculina.

Um exemplo dessa relação da dor, com a identificação de gênero, é o caso dos índios Cheyenne, das Grandes planícies dos Estados Unidos. Quando os homens desejam obter prestígio social e exibir masculinidade, sujeitam-se à rituais de autotortura na cerimônia da dança do sol, suspendendo seus corpos em ganchos que passam através da pele do peito, aceitando a dor sem queixas (HELMAN, 1994).

Outro exemplo trata-se, da tolerância à dor, entre um pequeno grupo étnico na África Ocidental, conhecido como Bariba, estes, não manifestam dor quando sujeitos a ferimentos, rituais de iniciação, como a circuncisão e a clitoridectomia, e parto no caso das mulheres. Eles evitam falar sobre a dor quando questionados, ressaltando a questão da honra e da coragem, no processo de socialização grupal (SARGENT, 1984).

Também na França, foi constatado em pesquisa, que mulheres provenientes da África, em novo ambiente, com novas condições de vida, acusaram dores, no período da menarca ou de relações sexuais, que nunca tinham advertido nos seus lugares de origem, porque a conjunção feminina não lhes permitia manifestação da dor nessas situações (SCARPA, 1988).

É interessante notar, por exemplo, que em culturas cujos combates e conquistas militares são destacados, ferimentos ocasionados pelos confrontos são aceitos e esperados, enquanto em culturas mais pacíficas, esses são repudiados. A dor do parto em algumas culturas, como na Polônia, é considerada aceitável e percebida como um processo natural, enquanto em outras culturas, a exemplo dos EUA é repelida, visto que a analgesia para mulheres norte-americanas é frequentemente exigida (HELMAN, 1994; ZBOROWSKI, 1952).

Influenciada por fatores psicológicos, sociais e culturais as diversas manifestações comportamentais ao estímulo doloroso, podem ser mantidas em nível privado ou público, a depender da existência ou não da externalização da experiência e da percepção álgica, o que varia de cultura para cultura e de grupos sociais para grupos sociais (HELMAN, 1994).

Existem pessoas, por exemplo, que apresentam franca dificuldade de articular seus sofrimentos, bem como pessoas que convivem em grupos sociais, com pouca possibilidade de compreensão à resposta álgica. Essas pessoas não demonstram suas dores, o que não significa que estas não existam. O fato de não externalizar a dor, mantendo-a em nível privado, é também compreendido como forma de comunicá-la (HELMAN, 1994).

Termos utilizados para descrever a experiência dolorosa, sugerem tanto sua causa, como seu provável manejo. As metáforas utilizadas são provenientes do cotidiano das comunidades, de modo que, a vivência álgica e os seus significados podem se relacionar a aspectos culturais, como culinários, língua, tradição, locais e clima. Para exemplificar seguem descrições/expressões “dor em queimação no estômago”, ligada a um gosto “acido” ou “amargo”; “dor em punhalada pelas costas”,

ligada ao emocional; “dor demoníaca”, ligado ao espiritual; “dor seca”, ligada ao clima, dentre outros termos ligados aos diversos outros aspectos culturais (HELMAN, 1994).

Conforme encontrado na literatura pode se dizer que a dor depende das expectativas do grupo cultural e aceitação como parte da vida, variam de acordo com a idade, sexo e posição social. As atitudes frente ao fenômeno são adquiridas precocemente, durante desenvolvimento individual em determinada comunidade, mas podem mudar com o tempo conforme surgem novas tecnologias e medidas para alívio da dor, bem como desenvolvimento social e econômico das sociedades (HELMAN, 1994, ZBOROWSKI, 1952).

1.3 Avaliação e Mensuração de Dor

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, a Sociedade Americana de Dor, a Sociedade Americana para a Medicina de Emergência, a Direcção-Geral da Saúde Portuguesa, bem como diversos autores reconhecem a dor como o 5º sinal vital, revelando a importância de avaliá-la diversas vezes ao dia junto aos demais sinais (temperatura, pressão, respiração e batimento cárdico) para que se determinem cuidados adequados, evitando sofrimento dos sujeitos com o fenômeno álgico. Porém é apontado que muitos profissionais estão despreparados para tal cuidado, e não tem a compreensão da complexidade desse fenômeno (FALEIROS SOUSA, 2002; PORTUGAL, 2003; FALEIROS SOUSA, 2004; PEDROSO; CELICH, 2006; SAÇA et al. 2010; MORONE; WEINER, 2013).

De acordo com Faleiros Sousa et al. (2010), como quinto sinal vital, a dor sempre deve ser avaliada de forma fidedigna em ambiente clínico para se delinear as intervenções mais apropriadas, entretanto entender a subjetividade da dor e saber avalia-la tem sido um desafio, independente da dor ser nossa ou do outro (DASILVA, 2014).

De acordo com Sallum, Garcia e Sanches (2012), apesar da dor ser fenômeno subjetivo e a resposta de quem a sente ser considerada “padrão ouro” para condutas profissionais adotadas, independente da origem dolorosa, os estudos utilizando escalas uni ou multidimensionais apontam similaridades referente aos achados de indivíduos com diferentes doenças e antecedentes socioculturais, fato que leva ao incentivo do uso dessas ferramentas em instituições de saúde, visando melhorias, seja no desenvolvimento de pesquisas e/ou na qualidade assistencial.

Tais autoras também destacam que a literatura é enfática em contraindicar padronização ou generalização de condutas, quer seja em casos de dores agudas ou crônicas, devido à subjetividade ou vivência da experiência álgica (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012), o que reforça ainda mais a necessidade do uso de escalas para avaliação.

Pode se dizer que a avaliação (qualificação da experiência) da dor é parte de um processo global e mais ampla que a mensuração (quantificação da experiência individual). A avaliação eficaz possibilita examinar sua natureza, suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas, e de personalidade do paciente, sendo que avaliação incorreta da dor é a causa principal do seu manejo inapropriado, além do fracasso clínico nos hospitais norte-americanos (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Observa-se na literatura que vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção da dor. Alguns métodos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade e outros como uma experiência multidimensional (FALEIROS SOUSA, 2002).

Os instrumentos unidimensionais têm sido usados em ambientes clínicos para obtenção de informações rápidas, mas são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual. Já os instrumentos multidimensionais são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações, sendo que as principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa (FALEIROS SOUSA, 2002).

Dada à importância de avaliação acurada da dor, a literatura aponta uma variedade de instrumentos multidimensionais existentes, tais como Initial Pain Assessment Inventory (IPAI), Brief Pain Inventory (BPI), Pain Drawing (PD), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Pain Drawing (PD), Pain Perception Profile (PPP), Memorial Pain Assessment Card (MPAC), Multidimensional Pain Inventory (MPI), Descriptor Diferencial Scale (DDS) (RANSFORD; CAIRNS; MOONEY, 1976; TURSKY,1976; DAUT,1983; FISHMAN et al.,1987; MELZACK,1987; GRACELY,1988; MCCAFFERY,1999).

Dentre os mais utilizados destaca-se o MPQ, válido, com propriedades psicométricas que avalia a dor em três dimensões (sensorial, afetiva e avaliativa).

Contém palavras (adjetivos) que os sujeitos selecionam para descrever a dor. O MPQ possui escala de intensidade numérica, conjunto de descritores verbais e diagrama para localização álgica. Porém, os descritores são subdivididos em 20 grupos que espelham as dimensões sensoriais (1-10) afetivas (11-15), avaliativas (16) e classe mista (17-20) e os sujeitos são restringidos a indicarem apenas uma palavra de cada grupo, sendo o contínuo de respostas limitado, além disso, o MPQ é também limitado em sua capacidade para fornecer informação quantitativa, os sujeitos ficam confusos com o vocabulário e apenas fornecem um escore total (FALEIROS SOUSA; SILVA, 2005).

Sabe-se que por ser considerado subjetivo, o fenômeno doloroso torna-se de difícil mensuração, necessitando ser qualificado e quantificado por meio de instrumentos e de processos isentos de erros sistemáticos. Sendo assim, no Brasil Faleiros Sousa et al. (2010), elaboraram a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR).

1.4 Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR)

A Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) contendo 100 descritores de dor aguda (Anexo 1) e 100 de dor crônica (Anexo 2) foi elaborada e validada por Faleiros Sousa e seus colaboradores. O desenvolvimento se deu ao longo de uma década, ocorrendo em etapas (FALEIROS SOUSA et al.,2010).

Primeiramente identificaram na literatura mundial, descritores de dor aguda, que pudessem expressar a dor, sendo extraídos do MPQ publicado por Melzack (1975), de palavras oriundas de dicionários da língua portuguesa e dicionário médico, além da experiência de profissionais da saúde que tiveram experiência com pacientes com dor. Em seguida, a partir dos descritores selecionados, seis juízes realizaram validação aparente e de conteúdo e, por fim, a escala com os descritores para dor aguda foi aplicada (PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 1998, 2007). Após esta etapa, os descritores utilizados para dor aguda serviu de base para a pesquisa de Cardoso e Faleiros Sousa (2009), a qual buscou identificar os descritores para a dor crônica, esta também aplicou e validou a escala por meio de métodos psicofísicos. Esses dois estudos resultaram na criação da EMADOR.

Como o próprio nome já diz a EMADOR é uma ferramenta capaz de capturar indicadores que possibilitam analisar a linguagem da dor aguda ou crônica em suas múltiplas dimensões: sensitivas, afetivas e cognitivas e cumpre mencionar que esta

escala satisfaz os critérios psicométricos de fidedignidade, de objetividade e de consistência (FALEIROS et al.,2010).

Foram utilizados métodos psicofísicos de estimação de categorias, de estimação de magnitudes e de emparelhamento intermodal com modalidade em comprimento de linhas. Os resultados mostraram escalonamento dos descritores de maior caracterização para a dor aguda e para a dor crônica, tendo sido encontrado expoente igual a 0,99, próximo ao predito (um) ao utilizar comprimentos de linhas e estimativas numéricas, sendo assim, a EMADOR, validada para a língua portuguesa (FALEIROS et al.,2010).

Após a validação, a EMADOR foi usada em estudos com amostras diferenciadas, as quais têm avaliado o impacto da dor na vida das pessoas, tendo em vista as correlações existentes entre a dor e situações tais como Doença Arterial Obstrutiva Periférica, fibromialgia, condições pós-cirúrgicas entre outras, conforme descrito nos estudos abaixo.

Utilizando a EMADOR, Pedrosa et al. (2014), desenvolveu no Brasil estudo com 100 participantes diagnosticados com Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) cujo objetivo foi avaliar a percepção da dor crônica isquêmica. O estudo consistiu em duas fases. Na fase I, utilizando o método de estimação de categorias com escala numérica de 11 pontos, 100 participantes responderam a 50 descritores de dor crônica da EMADOR, sendo selecionados 10 descritores de maior atribuição e na fase II, utilizando o método psicofísico de estimação de magnitude, 30 participantes julgaram dentre os 10 descritores selecionados na fase I, o quão quantitativamente um descritor era maior que outro. A intensidade média de dor crônica isquêmica foi 5,59, sendo o desvio padrão 3,16. Os descritores de dor crônica com escores mais altos obtidos pelo método de estimação de categorias foram “desagradável”, seguido de “perturbador”, “forte”, “preocupante”, “cansativo”, “chato”, “terrível”, “doloroso”, “enjoada” e “desconfortável”. Por meio do método de estimação de magnitude, os descritores de dor mais atribuídos foram “terrível”, “doloroso”, “desconfortável”, “preocupante”, “cansativo”, “enjoada”, “forte”, “perturbadora”, “chata” e “desagradável” O estudo mostrou que os descritores atribuídos contemplam as dimensões sensitiva, afetiva e cognitivas, indicando que a DAOP está associada a componentes multidimensionais de dor.

Com objetivo de avaliar a percepção da dor na fibromialgia, foram avaliadas 30 pacientes mediante entrevista apreciada por meio de análise de conteúdo temática e a EMADOR. A análise de conteúdo resultou a construção de categorias de análise

referentes às percepções de diagnóstico, motivações, doença, sentimentos, pensamentos e repercussões na qualidade de vida. Já os resultados da EMADOR revelaram que os descritores de maior atribuição na caracterização da dor foram: “Incômoda”, “Que Espalha”, “Latejante”, “Desconfortável” e “Persistente”, e os de menor atribuição foram: “Desgraçada”, “Demoníaca”, “Maldita”, “Aterrorizante” e “Assustadora”. Os dois instrumentos mostraram tendência dos participantes em perceber e relatar a dor mais relacionada às características sensorial-discriminativas. Além disso, apresentaram dados relativos à importância do papel da família e do profissional de saúde no manejo da dor (SALTARELI et al., 2008).

Percebeu-se nesse estudo a necessidade de estimular a percepção e a expressão dos pacientes em relação à dor, que o manejo da dor deve ser realizado considerando a equipe de saúde, paciente e família, em face da complexidade e multidimensionalidade do fenômeno, bem como a necessidade de continuidade de pesquisas que somem cada vez mais estratégias que possam alcançar o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e familiar gerado pela doença (SALTARELI et al., 2008).

Estudo conduzido com o objetivo de comparar as escalas derivadas de julgamentos de diferenças (estimação de categorias) e verificar a estabilidade e a concordância das estimativas da atribuição dos descritores à dor pós-operatória julgadas por três diferentes amostras foi realizado com 19 participantes submetidos à hemorroidectomia, os quais foram divididos aleatoriamente em três grupos (Grupo C, T e F). Utilizou-se a EMADOR, sendo a tarefa de cada participante assinalar um escore, de 1 a 7, a cada descritor de dor sentida na primeira queixa após a cirurgia. Os descritores atribuídos à dor pós-operatória foram avaliados pelo método psicofísico de estimação de categorias. Os resultados mostraram que os descritores de maior atribuição para o Grupo C foram: “Intensa”, “Insuportável” e “Terrível”; para o Grupo T: “Intensa”, “Tremenda” e “Insuportável” e para o Grupo F: “Insuportável”, “Intensa” e “Terrível”. Considerou-se que conhecer a linguagem do fenômeno doloroso, por meio dos descritores de dor e compreender aquilo que está sendo comunicado é essencial aos profissionais da área de saúde para que possam colaborar para o manejo da mesma (FALEIROS SOUSA; HORTENSE; EVANGELISTA, 2005).

Com intuito de descrever a dor aguda e a crônica na perspectiva do ciclo vital Faleiros Sousa e colaboradores desenvolveram estudo analisando 861 pessoas com dor em diferentes fases do desenvolvimento. Foi utilizada a EMADOR, sendo que os resultados, no método da estimação de categoria, apontaram “Chata” e

“Desconfortável” como descritores de maior atribuição para dor crônica e “Complicada” e “Insuportável” como descritores de maior atribuição para dor aguda. No método de estimação de magnitude, o descritor de maior atribuição para dor crônica foi “Atormentadora” e para dor aguda foi “Terrível”. Os autores consideraram todos os atributos como recursos que necessitam ser considerados para avaliação mais completa que vá além da intensidade da dor, sendo avaliação multidimensional da dor total da experiência vivenciada (FALEIROS et. al, 2016).

1.5 Adaptação trascultural e validação de instrumentos

Estudos transculturais têm incitado atenção dos pesquisadores nas últimas décadas. Utilizando um mesmo instrumento de medida os estudos transculturais permitem comparação entre diferentes indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais, verificando diferenças entre indivíduos e culturas, bem como compreendendo as semelhanças e características comuns entre eles. Mas é importante frisar que tais instrumentos devem ser rigorosamente adaptados, para que possam proporcionar equivalência de medida independente do contexto onde forem aplicados (BORSA DAMASIO; BANDEIRA, 2010).

O termo "adaptação transcultural" é usado para abranger um processo que aborda tanto o idioma (tradução) quanto as questões de adequação cultural no processo de preparação de um instrumento para uso em outro ambiente (BEATON et al., 2000).

A depender do cenário, algumas considerações são necessárias nas adaptações transculturais. Existem distintos cenários, nos quais deve ser dada atenção à adaptação, comparando-se o destino (onde o instrumento será utilizado), a origem (onde o instrumento foi desenvolvido), a língua e a cultura (BEATON et al., 2000).

Existem diversos artigos na literatura mundial descrevendo o processo de adaptação de instrumentos (CUESTA-VARGAS; GABEL; BENNETT, 2014; KNIHS; SCHIRMER; ROZA, 2014; NATHAN et al.,2015; TOMASZEWSKI, et al., 2015; TONGA et al., 2015; SIERAKOWSKA et al., 2015;CORREA et al, 2015), sendo que, geralmente, o processo é constituído por cinco significativas etapas conforme descrito por Beaton et al. (2000), quais sejam, tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo; realização da síntese das versões traduzidas; análise da versão sintetizada por juízes especialistas; tradução reversa para o idioma de origem (retrotradução) e realização do estudo-piloto (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA,

2010). Cumpre mencionar que, diferenças aparecem nos passos propostos, tanto entre eles quanto na internalidade deles.

A literatura sugere que traduções bilíngues independentes devam ser desenvolvidas para adaptar os itens ao novo idioma e que, no mínimo sejam realizadas por dois tradutores. Após as traduções sugere-se sintetizar os resultados das traduções, para eliminar discrepâncias e chegar a um consenso. Nessa etapa é importante documentar o processo de como os problemas foram abordados. A terceira fase consiste na retrotradução do instrumento, a qual deve ser feita cega à versão original e feita também por dois tradutores e, em seguida, um tradutor traduz para o idioma original (BEATON et al., 2000).

A fase seguinte trata-se do comitê de juízes, composto por profissionais de saúde, pesquisadores que compreendam processos metodológicos e ou tradutores envolvidos no processo. O papel do comitê de peritos é analisar criticamente o instrumento para identificar qualquer discrepância e sugerir modificações para a aplicação. As decisões terão de ser feitas por esta comissão de modo a alcançar equivalência entre a fonte e versão de destino (BEATON et al., 2000).

Nessa etapa deve ser verificada a Equivalência semântica, procurando responder a três perguntas para cada item do instrumento, qu ais sejam, 1. As palavras significam a mesma coisa? 2. Existem múltiplos significados para o mesmo item? 3. Existem erros gramaticais na tradução dos itens? No que se refere à Equivalência idiomática, 1. Coloquialismos, ou expressões idiomáticas, são difíceis de traduzir? 2. É necessário formular alguma expressão idiomática para certos itens? Em relação à Equivalência Experiencial, 1. Existe algum item que apesar de traduzido e compreendido não é compatível com a experiência de vida diária da cultura de destino para aplicação do instrumento? 2. Algum item do questionário precisa ser substituído por outro semelhante que seja de fato experienciado na cultura de destino? E à Equivalência conceitual, 1. Alguma palavra tem diferente conceito entre as culturas de origem e de destino? (BEATON et al., 2000).

Após essa etapa, deve ser feito teste da versão pré-finalizada do instrumento, que se refere à aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que reflita as características da amostra, e por fim, o instrumento deve ser submetido ao elaborador do instrumento original, para ser feita análise de todo o processo, rigor metodológico e resultado da adaptação consoante com instrumento original (BEATON et al., 2000).

1.6 Validação aparente e de conteúdo

Validação é considerada como o processo de coletar e avaliar evidência da validade, esta se refere à propriedade da escala mensurar constructos do mundo real e medir de fato o que se pretende medir. Existem várias maneiras de estimar a validade, dentre elas, a validade aparente e de conteúdo. A primeira é explicada como processo de aceitabilidade dos itens (atributos / questões) que compõem uma escala (instrumento), ou seja, refere-se ao julgamento, do pesquisador e examinando, de quão relevante os itens parecem ser (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Deve ser considerado o estilo e conformidades dos itens para o propósito especificado, bem como quaisquer outras características formais da escala. Essa validação é importante porque contribui para aumentar a cooperação ou a motivação de quem irá responder ao instrumento / escala, no momento de sua aplicação. O objetivo é garantir que a forma como os itens foram construídos permitam a melhor compreensão possível destes pelos sujeitos solicitados para a realização da tarefa. Isso evita que, por falta de compreensão, o sujeito responda de maneira que não represente sua percepção do fenômeno (ANASTASI, 1977; PASQUALI, 2003; DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006)

A segunda maneira de estimar a validade examina o grau em que os itens de uma escala é representativa de um universo de conteúdos. Baseia-se nos julgamentos de especialistas que avaliam a relação entre partes da escala e o universo definido. Num contexto clínico da dor, por exemplo, a validade de conteúdo envolve a comparação entre as características de dor refletidas nos diferentes itens da escala e as características manifestadas pelos indivíduos que sentem dor em suas atividades diárias, bem como a concordância entre os especialistas (avaliadores) na aceitação ou não do conteúdo de diferentes itens nas suas várias dimensões (ANASTASI, 1977; PASQUALI, 2003; DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006;).

Ambas as validações aparente e de conteúdo caminham juntas e avaliam o quanto o pesquisador traduz adequadamente o constructo de interesse numa operação elaborada para mensurá-lo (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

1.7 Psicofísica

Introduzida por Weber e Fechner, a psicofísica surgiu como tentativa de medir sensações por meio de alguns procedimentos técnicos. Após seu surgimento, os problemas psicológicos que antes eram abordados por especulações filosóficas, passaram por uma transição e começaram a serem abordados de forma científica (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A psicofísica está no campo da psicologia experimental e investiga as relações entre as sensações (respostas, julgamentos, experiências), no domínio psicológico, e os estímulos (métricos e não métricos), no domínio físico. No estudo em questão, o enfoque é nos estímulos não métricos, quais sejam os sociais, sendo eles palavras e frases que descrevem os objetos ou eventos sociais (FALEIROS SOUSA, 2000; DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Para Longhi e Costa (2011), o principal objetivo da psicofísica é oferecer ao clínico ou investigadores modo mais objetivo para avaliar estados internos, por meio de estímulos oferecidos ao sujeito investigado. O principal diferencial desse método é a capacidade de medir tais estados, podendo quantificar sensações ou percepções, atribuindo ao trabalho científico maior confiabilidade e replicabilidade.

Por meio de seus procedimentos, a psicofísica tem revelado relações no comportamento sensorial, que podem ser descritas por leis que governam a relação entre magnitude das sensações e magnitude dos estímulos. São três as leis conhecidas hoje, a de Weber, a de Fechner e a de Stevens, sendo que cada uma focaliza um elemento chave diferente na teoria da mensuração das sensações (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Na Lei de Weber e Fechner a suposição é de que a discriminação é o elemento chave para mensuração psicológica. Cabe ao observador discriminar entre estímulos confundíveis ou muito próximos no contínuo físico (estímulo). Para os autores, era possível apenas mensurar diferentes percepções entre estímulos, dados em unidades físicas, não sendo possível mensurar a sensação diretamente. As magnitudes sensoriais dos estímulos são inferências de medida de discriminação dos estímulos e a tarefa do observador consiste em registrar se a sensação produzida por um estímulo é maior ou menor. Estas medidas resultam num nível intervalar de mensuração, visto que medem as diferenças entre as sensações (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Já a Lei de Stevens permite ao observador fazer julgamentos diretos das relações de razão entre as magnitudes de suas sensações. As razões constituem a base para mensuração psicológica. Assume-se que unidades iguais de dispersão não representam distancias iguais, mas sim, razões iguais ao longo do contínuo subjetivo e todas as operações estatísticas são permissíveis. Nessa lei compreende-se que as sensações são diretamente mensuráveis, pois todo processo de medida é baseado no princípio do emparelhamento (STEVENS, 1975).

Stevens definiu quatros questões fundamentais de sua teoria às quais para uma dada modalidade sensorial pode se investigar a detecção; o reconhecimento; a discriminação; e a magnitude ou escalonamento da sensação. As três primeiras categorias podem ser mensuradas por meio da psicofísica clássica, indireta, porque se referem aos limiares de sensação e a última pela psicofísica moderna, direta porque trata da magnitude e relação entre a percepção e o estímulo (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Para melhor compreensão, pode-se pensar na dor como uma sensação (modalidade sensorial) e a partir disso exemplificar com aplicação de questionamentos para cada uma das categorias já citadas: 1) Há algum estímulo? (detecção); 2) Qual é o estímulo? (reconhecimento); 3) A sensação I é diferente da II? (discriminação) e 4) O quanto de sensação está presente? (magnitude) (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Assim, metodologias desenvolvidas para estudar a relação entre a magnitude do estímulo e a da resposta, bem como os processos subjacentes a esta relação, ora enfocam os estímulos, ora enfocam as sensações, sendo conhecida como psicofísica clássica (indireta) a centrada nos estímulos e psicofísica moderna ou escalar (direta) a centrada nas sensações (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Resumidamente, na psicofísica clássica são realizadas mensurações indiretas, por meio de outras variáveis ou funções, tais como intensidade do estímulo refletido nos diferentes tipos de limiares, ou seja, é a psicofísica que trata de medir os limites e a capacidade de diferenciação dos sentidos, expressando as medidas em unidades físicas. Por outro lado na psicofísica moderna ou escalar são realizadas estimavas quantitativas da magnitude das experiências sensoriais individuais e a relação entre estímulos observáveis e respostas observáveis (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A psicofísica requer que a experiência subjetiva seja operacionalizada num constructo, como, por exemplo, numa sensação. É considerada uma arte capaz de formular uma questão que seja precisa e suficientemente simples para obter uma

resposta convincente. Utilizando-a é possível escrever e investigar os perceptos individuais, para que possam ser comunicados e emparelhados com outros, ou seja, é uma teoria que tenta conectar a experiência perceptual aos estímulos físicos, sendo o princípio básico usar estímulos físicos como sistema de referências. As características dos estímulos são cuidadosas e sistematicamente manipuladas e aos observadores é solicitado registrar suas percepções, possibilitando o compartilhamento destas (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Existe uma Lei da psicofísica conhecida como Lei de Stevens ou Lei de potência, propondo que a forma da relação entre a magnitude da sensação e a intensidade do estímulo é uma função de potência expressa como $R= K*E^n$, onde *R* é a magnitude de resposta, *K* é uma constante arbitrária que depende da unidade de medida empregada, *E* é a magnitude física do estímulo e *n* é o expoente da função, sendo esse o parâmetro mais importante, pois seu valor determina a forma da curva em coordenada linear e reflete um índice de sensibilidade perceptiva. É interessante saber que quanto mais próximo de 1 for o expoente, mais linear é a função, indicando que a sensação estimada numericamente varia diretamente com a intensidade do estímulo (STEVENS, 1961).

Para se chegar a uma função psicofísica é necessário que se faça a medição dos dois elementos ou variáveis subjacentes a ela, no caso o atributo físico e o sensorial, sendo que, para mensurar o físico dispõe-se de equipamentos como, por exemplo: amperímetro, decibelímetro, cromatógrafo de gases, fotômetro, entre outros. Em contrapartida, para mensurar o atributo sensorial se utiliza auto registro da pessoa que experiência o fenômeno observado, visto que se trata da sua própria natureza subjetiva. (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Devido à sua ampla definição e ao seu rigor metodológico de mensuração, a psicofísica tem se constituído numa das disciplinas da psicologia com maior projeção no campo aplicado. E suas aplicações estão em diversas áreas, como por exemplo, a acústica (psicofísica da audição), óptica (psicofísica visual) e avaliação e análise dos componentes do fenômeno da dor (psicofísica da dor) (DA SILVA RIBEIRO-FILHO, 2006; LIMA, et al. 2011; LONGHI; COSTA, 2011).

Observando a história da psicofísica, nota-se que os procedimentos desenvolvidos e popularizados pela Psicofísica Sensorial, foram adaptados para o uso na Psicofísica Social e Clínica, com variáveis métricas e não métricas. Assim, a psicofísica propõe o desenvolvimento de métodos que possam investigar a percepção

sensorial, como também a percepção social ou clínica de determinados contextos, mostrando-se um recurso importante para estudos que envolvam mensurações e avaliações de variáveis métricas e não métricas. Estudos de construção de escalas para avaliação e/ou mensuração em muitos estudos encontrados na literatura podem comprovar tal afirmação (SANT'ANA et al., 2004; EVANGELISTA; HORTENSE SOUSA, 2004; GUALTIERI, 2009).

Relativo a propriedades da matemática, na psicofísica Stevens (1975), postula possibilidade dos quatro níveis de mensuração escalares, quais sejam, nominal, ordinal, intervalar e de razão. O nível nominal serve para nomear, identificar e/ou categorizar; o ordinal ordena o objeto de estudo de acordo com certas características de comparação; o intervalar possui intervalos fixos entre os números e permitem comparar diferenças entre as medições, sendo uma medida relativa; e o de razão, em que há um zero absoluto permite concluir quanto à magnitude absoluta da medida em questão (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Para identificar e/ou categorizar a dor, um dos métodos psicofísicos utilizados é o de estimação de categorias, no qual os sujeitos estimam suas experiências por meio de escalas estruturadas com limites claros. Tais escalas avaliam a dor usando descritores verbais ou visuais (DASILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

1.8 Método Estimação de Categoria

Método de Estimação de categoria, também denominado como julgamento absoluto é designado para mensurar atributos psicológicos até o 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 (NRS) ou adjetivos, como por exemplo, descritores verbais de intensidade da dor, como encontrado na escala EMADOR (STEVENS, 1971, 1975).

Dessa forma, apreende-se que no método de estimação de categoria, o número é limitado, e é considerado método psicofísico direto, pelo fato de serem estabelecidos números diretamente nesse escalonamento, não necessitando a transformação das respostas em valores dos estímulos físicos, como acontecem nos métodos psicofísicos clássicos, indiretos (DA SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006).

Um estudo no qual se utilizou o método psicofísico de Estimação de categorias, foi o de Hortense e Faleiros Sousa (2009), cujo objetivo foi escalonar os diferentes tipos de dor existentes, comparativamente entre si. Participaram 30 pacientes ambulatoriais de diferentes clínicas, 30 médicos e 30 enfermeiros. Os resultados mostraram que a dor no câncer, a dor por infarto do miocárdio, a dor por cólica renal, a dor por queimadura e a dor no parto foram consideradas os tipos de dor de maior intensidade. Tal estudo possibilitou aprofundar reflexões a respeito da percepção do fenômeno álgico e do seu significado para a cultura brasileira, comparando profissionais e pacientes, por meio de método válido e confiável.

Outro estudo, com objetivo de validar e mensurar a dor lombar utilizando o método psicofísico de estimação de categoria foi desenvolvido por Colhado et al (2013). A amostra foi de 60 participantes com lombalgia, que receberam bloqueio anestésico, divididos em dois grupos, sendo que o grupo I recebeu (metilprednisolona 80 mg + 8 ml de soro fisiológico a 0,9 %) e o grupo II (metilprednisolona 80 mg + 5 ml de levobupivacaína sem epinefrina + 3 ml de soro fisiológico a 0,9%). Os resultados mostraram que após 30 minutos do bloqueio peridural, o grupo II apresentou reação mais significativa da redução da dor do que o grupo I. Considerou-se que esta investigação pode levar aos profissionais de saúde um método original para medir a dor lombar.

2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A partir da leitura dos estudos, nota-se que a dor pode prejudicar o indivíduo em diversos âmbitos, seja na vida profissional, pessoal, familiar, etc. (BREIVIK, 2006; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006; DA SILVA; RIBEIRO- FILHO, 2006; JOHANNES et. al., 2010; PEDROSA, 2011; SOUZA et al., 2011; AZEVEDO et al., 2012; GASKIN; RICHARD, 2012; RIBEIRO et al., 2012).

Para Hennemann-Krause (2012), a dor vai além de um sintoma podendo ser encarada como uma doença, a qual abrange o ser humano em sua totalidade e por isso deve ser diagnosticada a fim de ser adequadamente manejada com excelência técnico-científica, aliada ao humanismo solidário.

A compreensão do ser humano frente ao fenômeno doloroso, deve estar diretamente relacionada com seus aspectos, que o tornam um ser integral, levando-se em conta seus aspectos desenvolvimentais, históricos, cognitivos, volitivos e afetivos, sendo de extrema importância a avaliação multidimensional da experiência da dor total, pelos profissionais da saúde (MOURA-SIQUEIRA, 2013).

Pelo fato da dor se uma experiência subjetiva, sua expressão é influenciada por aspectos culturais, situacionais, assim como pela atenção, pela motivação, pela emoção, além de diversas outras variáveis psicológicas. É possível percebe-la apenas como experiência objetiva, ou como entidade conceitual universal, sendo que, a linguagem é um meio de possibilitar a expressão das qualidades específicas de cada sensação dolorosa, as quais diferem significativamente umas das outras (PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 1998, 2007; FALEIROS SOUSA et al., 2010). Deste modo, considera–se instigante identificar a dor de diferentes indivíduos, em diferentes culturas.

Como citado em estudos, pode-se verificar que a EMADOR é uma escala viável numa variedade de circunstâncias e com seu uso é possível que o objetivo de avaliar e mensurar a dor, seja alcançado. Trata-se de uma ferramenta clara, compreensiva, sem redundância, prática e de fácil aplicação para a população alvo, de diferentes contextos clínicos (PEREIRA; FALEIROS SOUSA, 1998, 2007; FALEIROS SOUSA; HORTENSE; EVANGELISTA, 2005; SALTARELI et al., 2008; CARDOSO E FALEIROS SOUSA, 2009; FALEIROS SOUSA et al.,2010; FALEIROS et al, 2016).

Apesar de haver várias investigações sobre o manejo álgico, sua necessidade e prioridade, tal conhecimento e prática ainda têm sido pouco empregados no contexto clínico (MCNAMARA; HARMON; SAUNDERS, 2012).

Diferentes culturas instituem a dor como 5º sinal vital, determinando que esta deve ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registrada, visto que o

sucesso do manejo álgico depende de sua monitorização regular (FALEIROS SOUSA, 2002; PORTUGAL, 2003). Entende-se, dessa maneira, que este estudo pode contribuir para valorizar a importância da avaliação do quinto sinal vital, que não pode ser subestimado, visto que há necessidade da equipe de saúde em geral, perceber a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno doloroso em diferentes situações e perspectivas da subjetividade, realidade que precisa ser repensada para possíveis melhorias no ensino, na pesquisa e na clínica.

Em relação às populações desse estudo transcultural, quais sejam indivíduos norte americanos e brasileiros, verificou-se em estudos disponíveis na literatura, alta prevalência de experiência álgica, tanto nas dimensões afetiva, como cognitiva e também sensitiva (SILVA et al., 2011; BRAGA et al., 2012; MURRAY et al., 2012; SILVA, PASSOS E BARRETO, 2012; VALENTE et al., 2013; FERRER et al, 2015).

Decorrente disso acredita-se ser importante a adaptação para a cultura americana e a aplicação clínica de um instrumento com propriedades psicofísicas, metodologicamente confiáveis, que avalie a dor em seres humanos, especificamente, por se tratar de uma escala que avalia a dor de forma multidimensional, levando em consideração a integralidade do indivíduo. Isso pode contribuir para a equipe de saúde conhecer melhor a dor do outro e como consequência, pode-se rever ou planejar melhor o manejo álgico, considerando as particularidades de cada indivíduo e, assim, trazer melhorias à qualidade de vida dos mesmos, em diferentes regiões do Brasil e Estados Unidos.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Realizar adaptação transcultural da EMADOR.

3.2 Objetivos específicos

- Traduzir a EMADOR para a língua inglesa.
- Validar a EMADOR para a cultura americana na sua forma aparente e de conteúdo.
- Aplicar a EMADOR adaptada e validada para a cultura americana em indivíduos com dor.
- Aplicar a EMADOR em indivíduos brasileiros com dor
- Descrever os dados sócios demográficos (idade; gênero) e clínicos (uso de medicamento; tipo de dor) das amostras norte americana e brasileira.
- Verificar o grau de atribuição dos descritores de dor crônica e de dor aguda da amostra americana
- Verificar o grau de atribuição dos descritores de dor crônica e de dor aguda da amostra brasileira
- Identificar as dimensões dos descritores atribuídos pelos participantes de ambas amostras, norte americana e brasileira.
- Identificar semelhanças e diferenças da percepção da dor crônica e aguda entre as amostras norte americana e brasileira.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico transcultural.

4.2 Aspectos éticos

Para a coleta nos Estados Unidos da América, o estudo foi aprovado com o protocolo numero 736320-1 pelo Institutional Review Board (IRB), um cômite designado a aprovar, monitorar e avaliar pesquisas biomédicas ou comportamentais que envolvem seres humanos nos Estados Unidos da América (Anexo 3).

O consentimento do estudo foi fornecido no ato do participante retornar a EMADOR (cujo nome na versão na língua inglesa é Multidimensional Pain Evaluation Scale - MPES) respondida. Anterior à aplicação da MPES, os participantes foram informados de que, se eles retornassem a pesquisa, sem quaisquer dados de identificação, o consentimento informado para usar os dados no estudo estaria implícito e, portanto, nenhum documento formal consentimento informado foi exigido.

No Brasil o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o protocolo CAAE 56519816.3.0000.5393 e foram seguidas as diretrizes de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Anexo 4).

4.3 Procedimentos

Esta tese trata-se de uma investigação transcultural entre Brasil e Estados Unidos da América, o qual foi realizado em duas etapas, sendo a primeira nos Estados Unidos da América e a segunda no Brasil, conforme segue descrito.

Etapa 1. Estados Unidos da América

4.3.1 Tradução e retrotradução da EMADOR

Anterior à validação aparente e de conteúdo foi realizado o processo de tradução e retrotradução, o qual foi constituído por três (3) etapas (BEATON et al. 2000).

Tradução: A tradução da escala EMADOR da língua original, no caso o português, para o inglês, foi realizada por duas tradutoras brasileiras, com domínio da língua inglesa, de forma independente, sendo a primeira tradutora juramentada, que trabalha em uma empresa de tradução no Brasil e a segunda, uma enfermeira que trabalha como professora de inglês no Brasil. Essa etapa deu origem as versões T1 e T2.

Retrotradução: As versões T1 e T2 foram apresentadas a um americano que possuía o inglês como idioma nativo e domínio do português, o qual realizou a retrotradução da escala. Neste processo a tradução do instrumento foi novamente traduzida (ou retrotraduzida) para o idioma original e as duas versões (a original e a retrotraduzida) foram comparadas (BEATON et al. 2000, DUARTE; BORDIN, 2000).

Revisão pelo Comitê: Após a retrotradução, o instrumento foi revisado pelas pesquisadoras do estudo juntamente com o tradutor americano, por meio de três encontros, com duração de 6 horas cada um. Todos os descritores e suas respectivas definições em inglês foram comparados ao instrumento original em português, levando-se em consideração os conceitos de equivalência semântica, equivalência idiomática e equivalência experiencial de cada item da escala, bem como as instruções do instrumento, resultantes da tradução em relação ao original (BEATON et al. 2000).

4.3.2 Validação aparente e de conteúdo

Após a etapa de tradução para o idioma inglês e retrotradução, bem como revisão das traduções, a validação aparente e de conteúdo foi realizada na Christine E. Lynn College of Nursing na Florida Atlantic University, por uma coordenadora de projetos de pesquisa e duas professoras da Universidade. A tarefa das mesmas foi analisar a escala MPES com os descritores de dor aguda e crônica e suas respectivas definições.

4.3.3 Materiais

Foram utilizados blocos de papel, caneta e computador.

4.3.4 Local

Christine E. Lynn College of Nursing on Florida Atlantic University.

4.3.5 Análise dos dados

Os atributos (descritores de dor) e suas definições avaliados pelos juízes foram analisados qualitativamente, de tal forma que alguns itens foram modificados, adequando-se assim estruturalmente o instrumento.

4.4 Aplicação da Multidimensional Evaluation Pain Scale - MEPS (Teste piloto)

Após a etapa de validação aparente e de conteúdo a versão da escala em inglês (instruções, indicadores sócio-demográficos e escala) foi aplicada em indivíduos com dor crônica e com dor aguda, sendo participantes voluntários que consentiram participarem do estudo. As instruções foram verbalmente explicadas, e/ ou lidas pelos participantes antes de iniciarem a tarefa solicitada.

4.4.1 Materiais

Foram utilizados blocos de papel, contendo instruções e escala, caneta e computador.

4.4.2 Participantes

A amostra foi de conveniência não probabilística constituída por 90 indivíduos norte americanos, sendo 41 com dor crônica e 49 com dor aguda. Nesse total incluem-se cuidadores de idosos, podendo ser familiares, cuidadores autônomos e/ou membros da equipe de uma instituição de cuidados para idosos, além de estudantes de graduação e pós-graduação de uma dada Universidade.

4.4.3 Local

Instituição privada que oferece serviço de cuidados para idosos diagnosticados com problemas de memória, bem como para seus familiares e Faculdade de Enfermagem de uma Universidade, ambos localizadas na cidade de Boca Raton, uma cidade do Sul da Florida dos Estados Unidos da América.

4.4.4 Materiais

Foram utilizados blocos de papel, contendo instruções e escala, caneta e computador.

4.4.5 Procedimento da coleta de dados

O contato inicial com os participantes da Instituição para idosos foi realizado em reuniões de grupos de apoio, oferecidos semanalmente, e em reuniões de equipe dos funcionários da instituição. No final de cada encontro os coordenadores do grupo de apoio ou líder da equipe de profissionais abriam um espaço para que a pesquisadora do estudo se apresentasse aos participantes dos grupos e explicasse sobre o estudo, informando os objetivos, benefícios, riscos, tratamento dos dados obtidos, consentimento para participação do estudo, bem como, a tarefa a ser realizada pelos participantes, descrita no início do instrumento, para ser lida antes de sua execução.

A tarefa de cada participante foi julgar numa escala com pontuação de 0 a 10, sendo 0 nenhuma atribuição à dor e 10 maior atribuição à dor, sendo de 1 a 9 níveis intermediários de atribuição, o quanto cada descritor caracterizava a sua dor, ou seja, o quanto aquele descritor avaliado realmente descrevera a dor sentida (Estimação de Categorias).

Após orientação, a pesquisadora distribuía a MPES somente para os sujeitos interessados em participar do estudo, estes eram orientados a responder a escala em local da preferência deles e devolvê-las, após conclusão da tarefa, para o líder do grupo, dentro de duas semanas.

Antes de entregar a MPES, era questionada a temporalidade da dor dos participantes, para que, aqueles que relatassem dor num período de tempo inferior a três meses eram distribuídas a escala de avaliação da dor aguda, e para aqueles que relatassem dor num período de tempo de três meses ou mais, eram distribuídas a de dor crônica.

O contato com os estudantes da Universidade foi feito pessoalmente, na faculdade, durante o período de aula, durante a ocorrência da disciplina “Nursing Research” para os estudantes de graduação e “Qualitative methods” para os de pós-graduação. Tais disciplinas foram selecionadas intencionalmente, tendo em vista que, os

estudantes dessas disciplinas poderiam ter melhor aproximação com o tema e compreensão suficiente para colaborar com a pesquisa. A pesquisadora explicou sobre o estudo e distribuiu a escala para os interessados em participar do mesmo, foram orientados quanto à tarefa solicitada e ao procedimento de devolução da escala respondida, após uma semana, para a professora responsável pela disciplina, sem quaisquer dados que os identificassem.

Todos os participantes foram informados que somente após o retorno das escalas MPES respondidas, a pesquisadora consideraria o sujeito como participante do estudo, pois o retorno das MPES implicava no consentimento tácito para os dados serem utilizado no estudo, e, portanto, não era necessário qualquer outro termo de consentimento escrito.

Após retorno das escalas a pesquisadora não teve qualquer identificação dos participantes, visto que não havia espaço algum no instrumento, para o participante identificar-se e assim, os dados obtidos foram totalmente anônimos.

4.4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados qualitativamente de forma descritiva e apresentados por meio de gráficos e tabelas. Para análise dos dados sócio-demográficos utilizou-se cálculo das Médias Aritméticas e respectivos Desvios Padrão. Para análise dos atributos (descritores de dor), devido a presença de dados aberrantes (outliars), optou-se por utilizar o cálculo da mediana, quartis e intervalo-interquartil. De modo que possibilitou ordenar, de maneira decrescente, os descritores de dor de acordo com a atribuição dada pelos participantes do estudo. A análise dos dados foi realizada no software Office Excel. Foi realizado teste de consistência interna através do Alpha de Cronbach utilizando o programa estatístico Stata versão 12.

Etapa 2. Brasil

4.5 Aplicação da Escala Multidimensional de Avaliação de dor (EMADOR)

4.5.1 Materiais

Foram utilizados blocos de papel, contendo instruções e escala, caneta e computador.

4.5.2 Participantes

A amostra foi de conveniência não probabilística constituída por 96 indivíduos brasileiros com experiência dolorosa, sendo 58 com dor crônica e 38 com dor aguda. Desses 27 eram cuidadores de idosos sendo familiares ou cuidadores autônomos e 69 estudantes de graduação do curso de enfermagem de uma dada Universidade.

4.5.3 Local

Instituição hospitalar pública que oferece serviço de cuidados para idosos em ambulatório geriátrico e Faculdade de Enfermagem de uma Universidade pública, ambos localizadas na cidade de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo, no Brasil.

4.5.4 Materiais

Foram utilizados blocos de papel, contendo instruções, escala, caneta e computador.

4.5.5 Procedimento da coleta de dados

O contato inicial com os participantes cuidadores dos idosos foi realizado na sala de espera do ambulatório geriátrico hospitalar. Os mesmos foram abordados enquanto aguardavam consulta médica dos idosos que eles estavam acompanhando. A pesquisadora do estudo se apresentou aos participantes e explicou sobre o estudo,

informando os objetivos, benefícios, riscos, tratamento dos dados obtidos, consentimento para participação do estudo, bem como, a tarefa a ser realizada pelos participantes, descrita no início do instrumento, para ser lida antes de sua execução.

A tarefa de cada participante foi julgar numa escala com pontuação de 0 a 10, sendo 0 nenhuma atribuição à dor e 10 maior atribuição à dor, e de 1 a 9 níveis intermediários de atribuição, o quanto cada descritor caracterizava a sua dor, ou seja, o quanto aquele descritor avaliado realmente descrevera a dor sentida. Esse procedimento consiste no Método psicofísico denominado Estimação de Categorias.

Após orientação, para os cuidadores que demonstraram interesse em participar do estudo, foi distribuído o TCLE, para que o mesmo pudesse ler e decidir se queria ou não participar. Após a assinatura do TCLE, uma cópia do termo do TCLE assinado era entregue à pesquisadora e uma permanecia com o participante do estudo. Antes de entregar a EMADOR, era questionada a temporalidade da dor dos participantes, para que, aqueles que relatassem dor num período de tempo inferior a três meses, era distribuída a escala de avaliação da dor aguda, e para aqueles que relatassem dor num período de tempo de três meses ou mais, eram distribuídas as de dor crônica. Aos participantes era orientado responderem a escala no próprio local, junto à pesquisadora e devolvê-la, após conclusão da tarefa.

O contato com os estudantes da Universidade se deu na faculdade, durante o período de aula. A pesquisadora pediu autorização prévia ao docente da disciplina, em que os estudantes estavam tendo aula possibilitando apresentação pessoal e explicação sobre os objetivos do estudo aos discentes, bem como convidá-los para participarem do estudo.

Para estudantes que demonstraram interesse em participar do estudo, foi distribuído o TCLE, para que o mesmo pudesse ler e decidir se queria ou não participar. Após assinatura do TCLE, uma cópia do termo do TCLE assinado era entregue à pesquisadora e uma permanecia com o participante do estudo.

Antes de entregar a EMADOR, era questionada a temporalidade da dor dos participantes, para aqueles que, relatassem dor num período de tempo inferior a três meses, era distribuída a escala de avaliação da dor aguda, e para aqueles que relatassem dor num período de tempo de três meses ou mais, era distribuída a de dor crônica. Os participantes eram orientados a responder a escala no próprio local, junto à pesquisadora e devolvê-la, após conclusão da tarefa.

O tempo médio para realização da tarefa foi de 15 minutos. A pesquisadora permaneceu na sala de aula o tempo todo, até que todos os participantes devolvessem a EMADOR respondida. Os estudantes tiveram total liberdade, para interromper a participação do estudo a qualquer momento, podendo retirar o consentimento de participação da pesquisa. A tarefa a ser realizada pelo participante estava descrita no início do instrumento, para ser lida antes de sua execução, porém se houvesse qualquer dúvida a pesquisadora estava disponível para esclarecê-las.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados qualitativamente de forma descritiva e apresentados por meio de gráficos e tabelas. Para análise dos dados sócio-demográficos utilizou-se cálculo das Médias Aritméticas e respectivos Desvios Padrão. Para análise dos atributos optou-se por utilizar o cálculo da mediana, quartis e intervalo–interquartil. De modo que possibilitou ordenar, de maneira decrescente, os descritores de dor de acordo com a atribuição dada pelos participantes do estudo. A análise dos dados foi realizada no software Excel. Foi realizado teste de consistência interna através do Alpha de Cronbach utilizando o programa estatístico Stata versão 12.

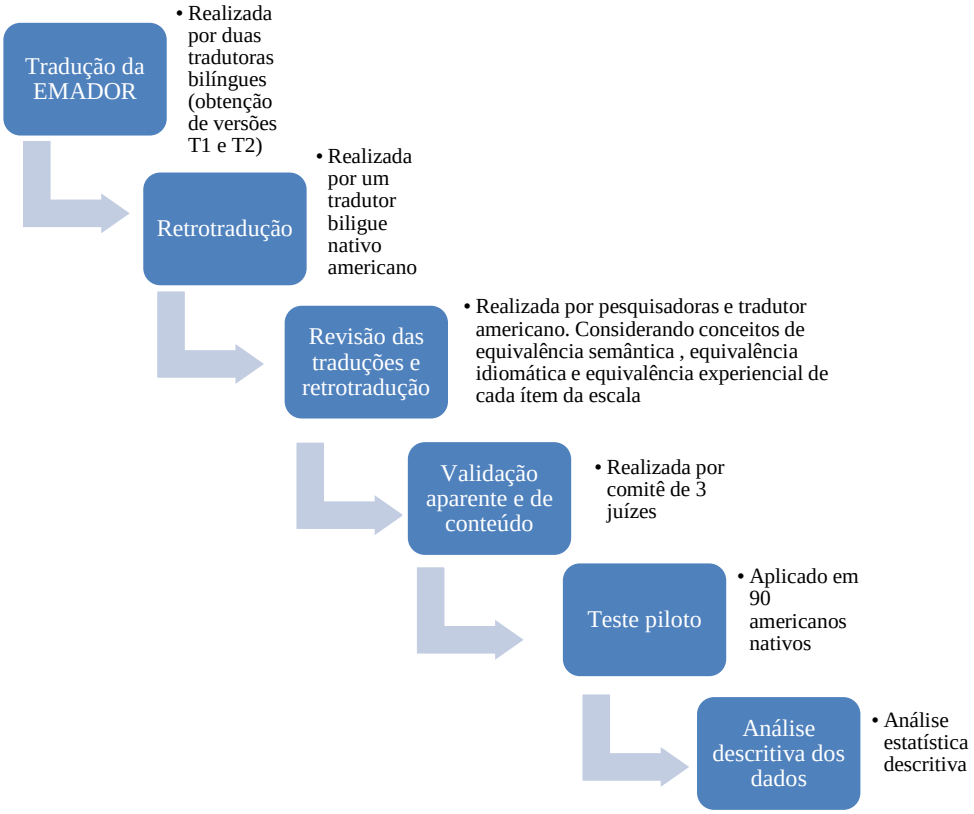
O Teste não paramétrico de Meann-Whitney foi utilizado para verificar se houve diferença estatística significativa para valores atribuídos aos descritores de dor crônica e dor aguda da amostra brasileira em relação aos valores atribuídos aos descritores de dor crônica e dor aguda da amostra dos EUA. Considerou-se significativo quando $p>0,05$.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa 1.

Os resultados estão apresentados de acordo com as etapas do processo realizado, representado na Figura 1.

Figura 1. Processo de tradução e de adaptação transcultural da EMADOR para MPES, Boca Raton, 2015.



Fonte: Elaborada pelo próprio autor

5.1 Tradução e retrotradução

Nessa etapa alguns descritores foram alterados (ver na coluna revisão das traduções os itens em destaque com asterisco), tentando manter o maior nível de similaridade entre as versões das escalas original em português, e a adaptada para o Inglês. As Tabelas 1 e 2 apresentam os descritores de dor (itens do instrumento) em todas as etapas de tradução, de retrotradução e de revisão das traduções.

Tabela 1. Processo de tradução e de retrotradução dos descritores de dor aguda da EMADOR, Boca Raton, 2015.

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Terrível	Terrible	Terrible	Terrível	Terrible
Insuportável	Unbearable	Unbearable	Insuportável	Unbearable
Enlouquecedora	Maddening	Maddening	Enlouquecedor	Maddening
Profunda	Deep	Deep	Profundo	Deep
Tremenda	Awful	Tremendous	Horrível	Tremendous
Desesperadora	Desperate	Desperate	Desesperado	Desperate
Intensa	Intense	Intense	Intenso	Intense
Fulminante	Devastating	Fulminant	Devastador	Fulminant
Aniquiladora	Annihilate	Devastating	Exterminar	Annililate
Monstruosa	Monstrous	Monstrous	Monstruoso	Monstrous
Dilacerante	Distressing	Lacerating	Preocupante	Lacerating
Forte	Strong	Strong	Forte	Strong
Brutal	Brutal	Brutal	Brutal	Brutal
Esmagadora	Overwhelming	Overwhelming	Esmagador	Overwhelming
Desumana	Cruel	Inhuman	Cruel	Inhumane
Alucinante	Hallucinating	Hallucinating	Alucinador	Hallucinating
Que Cega	Blinding	That Blind	Ofuscante	Blinding
Colossal	Colossal	Colossal	Colossal	Colossal
Pavorosa	Dreadful	Dreadful	Terrível	Dreadful
Violenta	Violent	Violent	Violento	Violent
Destruidora	Killing	Destroyer	Intolerável	Destructive*
Martirizante	Martyrizing	Excruciating	Martirizante	Martyrizing
Aguda	Acute	Acute	Agudo	Acute
Excessiva	Excessive	Excessive	Excessivo	Excessive
Arrasadora	Crushing	Crushing	Esmagador	Crushing
Apavorante	Terrifying	Appalling	Aterrorizante	Appaling
Cortante	Stinging	Sharp	Pungente/Cortante	Scathing*
Gigantesca	Gigantic	Gigantic	Gigantesco	Gigantic
Aterrorizante	Frightening	Terrifying	Assustador	Frightening
Angustiante	Distressing	Distressing	Preocupante	Anguished*
Aflitiva	Afflicting	Afflictive	Aflito	Afflicting
Penetrante	Penetrating	Penetrant	Agudo	Penetrating
Ardente	Ardent	Ardent	Ardente	Ardent
Que Queima	Burning	That Burns	Ardente	Burning
Agressiva	Aggressive	Aggressive	Agressivo	Aggressive
Sufocante	Suffocating	Stifling	Sufocante	Suffocanting
Paralisante	Crippling	Paralytic	Incapacitante	Crippling
Desenfreada	Unrestrained	Rampant	Desimpedido	Rampant
Importuna	Annoying	Nagging	Chato	Nagging
Punhalada	Stab	Stab	Apunhalante	Twinging*
Assustadora	Scary	Scary	Assustador	Scary

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Contínua	Continuous	Continuous	Contínuo	Continuous
Limitante	Limiting	Limiting	Impeditivo	Limiting
Como Facada	Like A Stab	As Stab	Apunhalante	Stabbing*
Latejante	Throbbing	Throbbing	Latejante	Throbbing
Que Remoe	That Annoys	To Remoe	Chato	Ruminating*
Exagerada	Exaggerated	Exaggerated	Exagerado	Exaggerated
Alarmante	Alarming	Alarming	Alarmante	Alarming
Dolorosa	Painful	Painful	Doloroso	Painful
Que Cansa	Tiring	That Tired	Cansativo	Tiring
Que Repuxa	That Stretches	That Jerking	Esticar	Cramping*
Prejudicial	Harmful	Damage	Prejudicial	Harmful
Amedrontadora	Fearful	Daunting	Temeroso	Fearful
Constante	Constant	Constant	Constante	Constant
Miserável	Miserable	Miserable	Miserável	Miserable
Fatigante	Exhausting	Stressful	Exaustivo	Fatiguing*
Doida	Painful	Crazy	Crazy	Crazy
Súbita	Sudden	Sudden	Repentino	Sudden
Incômoda	Uncomfortable	Uncomfortable	Inconfortável	Discomforting*
Estafante	Grueling	Exhausting	Esgotante	Exhausting
Feia	Ugly	Ugly	Feio	Ugly
Que Castiga	Punishing	Which Punishes	Punível	Punishing
Formidável	Formidable	Formidable	Formidável	Formidable
Marcante	Striking	Striking	Impressionante	Striking
Irritante	Irritating	Annoying	Irritante	Irritating
Considerável	Considerable	Considerable	Considerável	Considerable
Que Aperta	Crushing	Tightening	Esmagador	Tightening
Impressionante	Impressive	Impressive	Impressionante	Impressive
Duradoura	Lasting	Lasting	Duradouro	Lasting
Pulsátil	Pulsatile	Pulsatile	Pulsátil	Pulsating
Complicada	Complicated	Complicated	Complicado	Complicated
Desconfortável	Uncomfortable	Uncomfortable	Inconfortável	Uncorfortable
Preocupante	Concerning	Worrying	Preocupante	Concerning
Bloqueadora	Blocking	Blocker	Impedido	Blocking
Impertinente	Impertinent	Naughty	Impertinente	Impertinent
Que Perturba	Disturbing	That Disturbs	Perturbador	Disturbing
Progressiva	Progressive	Progressive	Progressivo	Progressive
Como Choque	Shocking	As Shock	Chocante	Shocking
Constritiva	Constrictive	Constrictive	Constritivo	Constrictive
Assaltante	Assaulting	Burglar	Impugnante	Bombarding*
Que Espalha	Spreading	Spreading	Espalhado	Spreading
Como Ferroada	Stinging	As Sting	Pungente	Stinging
Como Picada	As A Sting	As Sting	Pungente	Biting*
Fisgada	Straining	Hooked	Constringente	Pinching*
Localizada	Localized	Located	Centrado	Centralized*

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Definida	Defined	Set	Definido	Defined
Maçante	Boring	Dull	Aborrecido	Tedious*
Estranha	Weird	Strange	Estranho	Weird
Invariável	Invariable	Invariant	Invariável	Invariant
Nauseante	Nauseating	Nauseating	Repugnante	Nauseating
Instável	Unstable	Unstable	Instável	Unstable
Evidente	Evident	Evident	Evidente	Evident
Média	Average	Average	Mediano	Average
Inconstante	Inconstant	Fickle	Inconstante	Erratic*
Debilitante	Debilitating	Debilitating	Debilitante	Debilitating
Desagradável	Unpleasant	Unpleasant	Desagradável	Unpleasant
Recorrente	Recurring	Recurring	Recorrente	Recurring
Chata	Dull	Boring	Aborrecido	Annoying*
Desestimulante	Discouraging	Uninspiring	Desanimador	Discouraging
Intermitente	Intermittent	Intermittent	Periódico	Intermitent

*Descritores de dor alterados em relação à tradução da escala original
Fonte: Elaborada pelo próprio autor

Tabela 2. Processo de tradução e de retrotradução dos descritores de dor crônica da EMADOR, Boca Raton, 2015.

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Deprimente	Depressing	Depressing	Deprimente	Depressing
Persistente	Persistent	Persistent	Persistente	Persistent
Angustiante	Distressing	Distressing	Preocupante	Anguished*
Desastrosa	Disastrous	Disastrous	Desastroso	Disastrous
Prejudicial	Harmful	Damage	Prejudicial	Harmful
Dolorosa	Painful	Painful	Doloroso	Painful
Insuportável	Unbearable	Unbearable	Insuportável	Unbearable
Assustadora	Scary	Scary	Assustador	Scary
Cruel	Cruel	Cruel	Cruel	Cruel
Desconfortável	Uncomfortable	Uncomfortable	Inconfortável	Uncomfortable
Terrível	Terrible	Terrible	Terrível	Terrible
Agressiva	Aggressive	Aggressive	Agressivo	Aggressive
Atormentadora	Tormenting	Tormenting	Atormentável	Agonizing*
Intensa	Intense	Intense	Intenso	Intense
Esmagadora	Crushing	Overwhelming	Esmagador	Overwhelming
Brutal	Brutal	Brutal	Brutal	Brutal
Aterrorizante	Terrifying	Terrifying	Aterrorizante	Frightening*
Infernizante	Like hell	Agonizing	Infernal	Hellish*
Desgraçada	Disgraceful	Unfortunate	Vergonhoso	Wretched*
Enjoada	Nauseous	Sick	Repugnante	Nauseous

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Chata	Boring	Boring	Aborrecido	Annoyng*
Desagradável	Unpleasant	Unpleasant	Desagradável	Unpleasant
Sufocante	Suffocating	Stifling	Sufocante	Suffocating
Castigadora	Punishing	Punisher	Punível	Punishing
Preocupante	Concerning	Worrying	Preocupante	Concerning
Apavorante	Frightening	Appalling	Assustador	Appalling
Constante	Constant	Constant	Constante	Constant
Pavorosa	Dreadful	Dreadful	Terrível	Dreadful
Demoníaca	Demonic	Demonic	Demoníaco	Demonic
Que Espalha	Spreading	Spreading	Espalhado	Spreading
Devastadora	Devastating	Devastating	Devastador	Devastating
Contínua	Continuous	Continuous	Contínuo	Continuous
Excessiva	Excessive	Excessive	Excessivo	Excessive
Miserável	Miserable	Miserable	Miserável	Miserable
Exagerada	Exaggerated	Exaggerated	Exagerado	Exaggerated
Maldita	Dammed	Cursed	Danado	Accursed*
Pertubadora	Disturbing	Twisted	Perturbador	Disturbing
Aborrecível	Hideous	Achish	Hediondo	Dull*
Desgastante	Consuming	Exhausting	Consumidor	Grueling*
Danosa	Damaging	Harmful	Prejudicial	Damaging
Enloquecedora	Madding	Maddening	Enlouquecedor	Maddening
Queimante	Burning	Boiling	Ardente	Burning
Punitiva	Punitive	Punitive	Punível	Punitive
Torturante	Torturing	Torturous	Atormentável	Torturing
Desesperadora	Desperate	Desperate	Desesperado	Desperate
Cansativa	Tiring	Wearisome	Cansativo	Tiring
Monstruosa	Monstrous	Monstrous	Monstruoso	Monstrous
Incômoda	Annoying	Uncomfortable	Chato	Disconforting*
Forte	Strong	Strong	Forte	Strong
Amedrontadora	Fearful	Daunting	Temeroso	Fearful
Perfuradora	Piercing	Drill	Agudo	Piercing
Destruidora	Destroying	Destroyer	Destruidor	Destructive*
Como choque	Shocking	As shock	Chocante	Shocking
Latejante	Throbbing	Throbbing	Latejante	Throbbing
Terrificante	Terrifying	Terrifying	Aterrorizante	Terrifying
Espalhada	Spread	Spread	Espalhar	Dispersive*
Desestimulante	Discouraging	Uninspiring	Desanimador	Discouraging
Impressonante	Impressive	It's Amazing	Impressionante	Impressive
Demasiada	Excessive	Too Much	Excessivo	Immoderate*
Destestável	Hateful	Detestable	Odioso	Detestable
Embraseada	Hot	Burning	Quente	Scorching*
Tremenda	Tremendous	Tremendous	Tremendo	Tremendous
Maçante	Dull	Dull	Aborrecido	Tedious*
Que corrói	Undermining	That erodes	Atrapalhar	Corroding*

Emador Versão Original	Tradução Versão 1 (T1)	Tradução Versão 2 (T2)	Retro Traduções das Versões T1 e T2	Revisões das Traduções e das Retro Traduções
Violenta	Violent	Violent	Violento	Violent
Como agulhada	Sharp	As needle	Agudo	Sharp
Em fisgada	Straining	In strike	Constringente	Pinching*
Infernal	Infernal	Infernal	Infernal	Infernal
Lamentável	Pitiful	Regrettable	Lamentável	Pitiful
Como facada	Like a stab	As stab	Apunhalante	Stabbing*
Constritiva	Constrictive	Constrictive	Constritivo	Constrictive
Fervente	Boiling hot	Boiling	Fervente	Boiling
Desumana	Inhuman	Inhuman	Desumano	Inhuman
Importuna	Harassing	Teases	Perturbador	Nagging*
Flagelante	Flagellant	Flagellant	Flagelante	Flagellant
Como ferroada	As a sting	As sting	Pungente	Stinging*
Penetrante	Penetrating	Penetrant	Agudo	Penetrating
Mortal	Mortal	Mortal	Fatal	Mortal
Comprida	Long	Long	Longo	Long
Bloqueadora	Blocking	Blocker	Impedido	Blocking
Debilitante	Crippling	Debilitating	Incapacitante	Debilitating
Irradiante	Irradiate	Radiant	Esclarecente	Pervasive*
Fina	Thin	Thin	Fino	Thin
Estorvadora	Hindering	That bothers	Impedido	Hindering
Alucinante	Hallucinating	Hallucinating	Alucinador	Hallucinating
Entristecedora	Saddening	Overpowering	Entristecedor	Saddening
Como picada	Stinging	As sting	Pungente	Biting*
Irritante	Irritating	Annoying	Irritante	Irritating
Permanente	Permanent	Permanent	Permanente	Permanent
Impossível	Impossible	Impossible	Impossível	Impossible
Localizada	Localized	Located	Centrado	Centralized*
Quente	Hot	Hot	Quente	Hot
Odiosa	Odious	Hateful	Odioso	Odious
Sensível	Sensible	Sensitive	Sensível	Sensitive
Estafante	Grueling	Exhausting	Esgotante	Exhausting
Marcante	Striking	Striking	Impressionante	Striking
Formigante	Tingling	Tingling	Picante	Tingling
Cruciante	Excruciating	Excruciating	Excruciante	Excruciating
Limitante	Limiting	Limiting	Impeditivo	Limiting
Como punhalada	Stabbing	As stabbing	Apunhalante	Twinging*

*Descritores de dor alterados em relação à tradução da escala original
Fonte: Elaborada pelo próprio autor

As Tabelas 3 e 4 referem-se aos descritores de dor aguda e de crônica na língua portuguesa e na língua inglesa após etapa de tradução e de retrotradução da escala

original, e à dimensão relacionada a cada um, apresentados em ordem alfabética da EMADOR.

Tabela 3. Descritores de dor aguda da versão original EMADOR e da versão adaptada MPES em ordem alfabética e suas respectivas dimensões, Boca Raton, 2015.

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Aflitiva	Afflicting	Afetiva/Cognitiva
Agressiva	Aggressive	Afetiva/Cognitiva
Aguda	Acute	Afetiva/Sensitiva
Alarmante	Alarming	Afetiva/Cognitiva
Alucinante	Hallucinating	Afetiva/Cognitiva
Amedrontadora	Fearful	Afetiva/Cognitiva
Angustiante	Anguished	Afetiva/Cognitiva
Aniquiladora	Annililate	Afetiva/Cognitiva
Apavorante	Appaling	Afetiva/Cognitiva
Ardente	Ardent	Afetiva/Sensitiva
Arrasadora	Crushing	Afetiva/Cognitiva
Assaltante	Bombarding	Afetiva/Cognitiva
Assustadora	Scary	Afetiva/Cognitiva
Aterrorizante	Frightening	Afetiva/Cognitiva
Bloqueadora	Blocking	Afetiva/Cognitiva
Brutal	Brutal	Afetiva/Cognitiva
Chata	Annoying	Afetiva/Cognitiva
Colossal	Colossal	Afetiva/Cognitiva
Como choque	Shocking	Afetiva/Sensitiva
Como facada	Stabbing	Afetiva/Sensitiva
Como ferroada	Stinging	Afetiva/Sensitiva
Como picada	Biting	Afetiva/Sensitiva
Complicada	Complicated	Afetiva/Cognitiva
Considerável	Considerable	Afetiva/Cognitiva
Constante	Constant	Afetiva/Sensitiva
Constritiva	Constrictive	Afetiva/Sensitiva
Contínua	Continuous	Afetiva/Sensitiva
Cortante	Scathing	Afetiva/Sensitiva
Debilitante	Debilitating	Afetiva/Cognitiva
Definida	Defined	Afetiva/Cognitiva
Desagradável	Unpleasant	Afetiva/Cognitiva
Desconfortável	Uncorfortable	Afetiva/Cognitiva
Desenfreada	Rampant	Afetiva/Cognitiva
Desesperadora	Desperate	Afetiva/Cognitiva
Desestimulante	Discouraging	Afetiva/Cognitiva
Destruidora	Destructive	Afetiva/Cognitiva
Desumana	Inhumane	Afetiva/Cognitiva
Dilacerante	Lacerating	Afetiva/Sensitiva

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Doída	Crazy	Afetiva/Sensitiva
Dolorosa	Painful	Afetiva/Sensitiva
Duradoura	Lasting	Afetiva/Cognitiva
Enlouquecedora	Maddening	Afetiva/Cognitiva
Esmagadora	Overwhelming	Afetiva/Cognitiva
Estafante	Exhausting	Afetiva/Cognitiva
Estranha	Weird	Afetiva/Cognitiva
Evidente	Evident	Afetiva/Cognitiva
Exagerada	Exaggerated	Afetiva/Cognitiva
Excessiva	Excessive	Afetiva/Sensitiva
Fatigante	Fatiguing	Afetiva/Cognitiva
Feia	Ugly	Afetiva/Cognitiva
Fisgada	Pinching	Afetiva/Sensitiva
Formidável	Formidable	Afetiva/Cognitiva
Forte	Strong	Afetiva/Sensitiva
Fulminante	Fulminant	Afetiva/Sensitiva
Gigantesca	Gigantic	Afetiva/Sensitiva
Impertinente	Impertinent	Afetiva/Cognitiva
Importuna	Nagging	Afetiva/Cognitiva
Impressionante	Impressive	Afetiva/Cognitiva
Incômoda	Discomforting	Afetiva/Cognitiva
Inconstante	Erratic	Afetiva/Cognitiva
Instável	Unstable	Afetiva/Cognitiva
Insuportável	Unbearable	Afetiva/Cognitiva
Intensa	Intense	Afetiva/Sensitiva
Intermitente	Intermitent	Afetiva/Sensitiva
Invariável	Invariant	Afetiva/Cognitiva
Irritante	Irritating	Afetiva/Cognitiva
Latejante	Throbbing	Afetiva/Sensitiva
Limitante	Limiting	Afetiva/Cognitiva
Localizada	Centralized	Afetiva/Sensitiva
Maçante	Tedious	Afetiva/Cognitiva
Marcante	Striking	Afetiva/Cognitiva
Martirizante	Martyrizing	Afetiva/Cognitiva
Média	Average	Afetiva/Cognitiva
Miserável	Miserable	Afetiva/Cognitiva
Monstruosa	Monstrous	Afetiva/Cognitiva
Nauseante	Nauseating	Afetiva/Sensitiva
Paralisante	Crippling	Afetiva/Cognitiva
Pavorosa	Dreadful	Afetiva/Cognitiva
Penetrante	Penetrating	Afetiva/Sensitiva
Prejudicial	Harmful	Afetiva/Cognitiva
Preocupante	Concerning	Afetiva/Cognitiva
Profunda	Deep	Afetiva/Sensitiva

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Progressiva	Progressive	Afetiva/Cognitiva
Pulsátil	Pulsating	Afetiva/Sensitiva
Punhalada	Twinging	Afetiva/Sensitiva
Que aperta	Tightening	Afetiva/Sensitiva
Que cansa	Tiring	Afetiva/Cognitiva
Que castiga	Punishing	Afetiva/Cognitiva
Que cega	Blinding	Afetiva/Cognitiva
Que espalha	Spreading	Afetiva/Sensitiva
Que perturba	Disturbing	Afetiva/Cognitiva
Que queima	Burning	Afetiva/Sensitiva
Que remoe	Ruminating	Afetiva/Sensitiva
Que repuxa	Cramping	Afetiva/Sensitiva
Recorrente	Recurring	Afetiva/Sensitiva
Súbita	Sudden	Afetiva/Sensitiva
Sufocante	Suffocanting	Afetiva/Sensitiva
Terrível	Terrible	Afetiva/Cognitiva
Tremenda	Tremendous	Afetiva/Cognitiva
Violenta	Violent	Afetiva/Cognitiva

Fonte: Elaborada pelo próprio autor

Tabela 4. Descritores de dor crônica da versão original EMADOR e da versão adaptada MPES em ordem alfabética e suas respectivas dimensões, Boca Raton, 2015.

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Aborrecível	Dull	Afetiva/Cognitiva
Agressiva	Aggressive	Afetiva/Cognitiva
Alucinante	Hallucinating	Afetiva/Cognitiva
Amedrontadora	Fearful	Afetiva/Cognitiva
Angustiante	Anguished	Afetiva/Cognitiva
Apavorante	Appalling	Afetiva/Cognitiva
Assustadora	Scary	Afetiva/Cognitiva
Aterrorizante	Frightening	Afetiva/Cognitiva
Atormentadora	Agonizing	Afetiva/Cognitiva
Bloqueadora	Blocking	Afetiva/Cognitiva
Brutal	Brutal	Afetiva/Cognitiva
Cansativa	Tiring	Afetiva/Cognitiva
Castigadora	Punishing	Afetiva/Cognitiva
Chata	Annoyng	Afetiva/Cognitiva
Como Agulhada	Sharp	Afetiva/Sensitiva
Como Choque	Shocking	Afetiva/Sensitiva
Como Facada	Stabbing	Afetiva/Sensitiva
Como Ferroada	Stinging	Afetiva/Sensitiva
Como Picada	Biting	Afetiva/Sensitiva

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Como Punhalada	Twinging	Afetiva/Sensitiva
Comprida	Long	Afetiva/Cognitiva
Constante	Constant	Afetiva/Sensitiva
Constritiva	Constrictive	Afetiva/Sensitiva
Contínua	Continuous	Afetiva/Sensitiva
Cruciante	Excruciating	Afetiva/Cognitiva
Cruel	Cruel	Afetiva/Cognitiva
Danosa	Damaging	Afetiva/Cognitiva
Debilitante	Debilitating	Afetiva/Sensitiva
Demasiada	Immoderate	Afetiva/Cognitiva
Demoníaca	Demonic	Afetiva/Cognitiva
Deprimente	Depressing	Afetiva/Cognitiva
Desagradável	Unpleasant	Afetiva/Cognitiva
Desastrosa	Disastrous	Afetiva/Cognitiva
Desconfortável	Uncomfortable	Afetiva/Sensitiva
Desesperadora	Desperate	Afetiva/Cognitiva
Desestimulante	Discouraging	Afetiva/Cognitiva
Desgastante	Grueling	Afetiva/Cognitiva
Desgraçada	Wretched	Afetiva/Cognitiva
Detestável	Detestable	Afetiva/Cognitiva
Destruidora	Destructive	Afetiva/Cognitiva
Desumana	Inhuman	Afetiva/Cognitiva
Devastadora	Devastating	Afetiva/Cognitiva
Dolorosa	Painful	Afetiva/Sensitiva
Em Fisgada	Pinching	Afetiva/Sensitiva
Embraseada	Scorching	Afetiva/Sensitiva
Enjoada	Nauseous	Afetiva/Cognitiva
Enlouquecedora	Maddening	Afetiva/Cognitiva
Entristecedora	Saddening	Afetiva/Cognitiva
Esmagadora	Overwhelming	Afetiva/Cognitiva
Espalhada	Dispervise	Afetiva/Sensitiva
Estafante	Exhausting	Afetiva/Cognitiva
Estorvadora	Hindering	Afetiva/Cognitiva
Exagerada	Exaggerated	Afetiva/Cognitiva
Excessiva	Excessive	Afetiva/Cognitiva
Fervente	Boiling	Afetiva/Sensitiva
Fina	Thin	Afetiva/Sensitiva
Flagelante	Flagellant	Afetiva/Cognitiva
Formigante	Tingling	Afetiva/Sensitiva
Forte	Strong	Afetiva/Sensitiva
Importuna	Nagging	Afetiva/Cognitiva
Impossível	Impossible	Afetiva/Cognitiva
Impressionante	Impressive	Afetiva/Cognitiva
Incômoda	Disconforting	Afetiva/Cognitiva

Descritor versão Original EMADOR	Descritor versão adaptada MPES	Dimensão do descritor
Infernal	Infernal	Afetiva/Cognitiva
Infernizante	Hellish	Afetiva/Cognitiva
Insuportável	Unbearable	Afetiva/Cognitiva
Intensa	Intense	Afetiva/Sensitiva
Irradiante	Pervasive	Afetiva/Sensitiva
Irritante	Irritating	Afetiva/Cognitiva
Lamentável	Pitiful	Afetiva/Cognitiva
Latejante	Throbbing	Afetiva/Sensitiva
Limitante	Limiting	Afetiva/Cognitiva
Localizada	Centralized	Afetiva/Sensitiva
Maçante	Tedious	Afetiva/Cognitiva
Maldita	Accursed	Afetiva/Cognitiva
Marcante	Striking	Afetiva/Cognitiva
Miserável	Miserable	Afetiva/Cognitiva
Monstruosa	Monstrous	Afetiva/Cognitiva
Mortal	Mortal	Afetiva/Cognitiva
Odiosa	Odious	Afetiva/Cognitiva
Pavorosa	Dreadful	Afetiva/Cognitiva
Penetrante	Penetrating	Afetiva/Sensitiva
Perfuradora	Piercing	Afetiva/Sensitiva
Permanente	Permanent	Afetiva/Sensitiva
Persistente	Persistent	Afetiva/Cognitiva
Pertubadora	Disturbing	Afetiva/Cognitiva
Prejudicial	Harmful	Afetiva/Cognitiva
Preocupante	Concerning	Afetiva/Cognitiva
Punitiva	Punitive	Afetiva/Cognitiva
Que Corrói	Corroding	Afetiva/Sensitiva
Que Espalha	Spreading	Afetiva/Sensitiva
Queimante	Burning	Afetiva/Sensitiva
Quente	Hot	Afetiva/Sensitiva
Sensível	Sensitive	Afetiva/Cognitiva
Sufocante	Suffocating	Afetiva/Sensitiva
Terrificante	Terrifying	Afetiva/Cognitiva
Terrível	Terrible	Afetiva/Cognitiva
Torturante	Torturing	Afetiva/Cognitiva
Tremenda	Tremendous	Afetiva/Cognitiva
Violenta	Violent	Afetiva/Cognitiva

Fonte: Elaborada Pelo Próprio Autor

5.2 Validação Aparente e de Conteúdo

Nessa etapa de validação aparente e de conteúdo, na questão aparente, uma das juízas sugeriu modificar o modo da apresentação sequencial dos descritores, colocando-os em forma cardinal ao invés de ordinal, visto que para a cultura americana os itens dos instrumentos geralmente os são.

Já no quesito conteúdo, foi sugerida modificação para definição de alguns descritores organizados na Tabela 5, encontrados em ambas as escalas que avaliam dor aguda e dor crônica.

Tabela 5: Alterações das definições dos descritores de dor aguda e de crônica na etapa de Validação Aparente e de Conteúdo da MPES, Boca Raton, 2015.

MPES Chronic
30 - DISPERSIVE
Definition
Antes da validação: 1. To become shed abroad, diffused, or disseminated; 2. tending to be separated; spreading.
Após validação: 1. Diffused, or disseminated; 2. tending to be separated; spreading.
39 - FLAGELLANT
Definition
Antes da validação: 1. A person who flagellates or scourges himself or herself; 2 .flagellating; 3. severely martyrizing.
Após validação: 1. A person who hurts himself, or subjects themselves to pain, a flogging.
42 - HALLUCINATING
Definition
Antes da validação: 1. that makes one lose judgement, reason, or understanding.
Após validação: 1. A false perception that appears to be real, a seemingly real perception of something not actually present.
80 - SPREADING
Definition
Antes da validação: 1. To become shed abroad, diffused, or disseminated.
Após validação: 1. Extending over a large or increasing area, to draw, stretch, or open out.
MPES Acute
48 - HALLUCINATING
Definition
Antes da validação: 1. That makes one lose judgement, reason, or understanding
Após validação: 1. A false perception that appears to be real, a seemingly real perception of something not actually present.
79 - SPREADING
Definition
Antes da validação: 1. To become shed abroad, diffused, or disseminated
Após validação: 1. Extending over a large or increasing area, to draw, stretch, or open out.

Fonte: Elaborada pelo próprio autor

O processo de adaptação transcultural da EMADOR/MPES nos EUA foi concluído. Para este fim, seguiram-se as linhas de orientação sugeridas na literatura nacional e internacional, que considera a equivalência semântica, a idiomática, a experimental ou cultural e a conceitual, relacionadas ao instrumento original. Estas são de extrema importância quando se trata de adaptar uma escala para outra cultura (BEATON et al., 2000). Muitos estudos seguiram o modelo proposto por Beaton, como, por exemplo, o de Carvalho et al. (2016), Marchon e Junior (2015), Gambaro et al. (2009) e Barroso et al. (2015). Nesses as semelhanças no processo de adaptação são perceptíveis, quando comparadas com a apresentação dos resultados no presente estudo, porém, pequenas diferenças e ajustes foram observados no que diz respeito a cada tipo de pesquisa e estilo de pesquisador.

No estudo de Carvalho (2016), foi realizada adaptação cultural e validação do instrumento Pain Quality Assessment Scale (PQAS), justificando que, a versão brasileira é um instrumento útil de avaliação, da qualidade da dor neuropática em pacientes com câncer. O procedimento seguiu as etapas de tradução, retrotradução, análise das versões do instrumento em português e inglês por um comitê de juízes e pré-teste. O pré-teste foi realizado em 30 pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, sendo as versões finais comparadas e avaliadas por comitê de pesquisadores brasileiros e mentores da escala. As versões traduzidas apresentaram 100% de equivalência semântica com a versão original, podendo ser iniciado o processo de validação.

De acordo com a pesquisadora, tal instrumento traduzido e adaptado transculturalmente, foi considerado ferramenta útil para clínicos e para pesquisadores na avaliação dos sinais e dos sintomas decorrentes de diferentes qualidades de dor, colaborando na elucidação do mecanismo doloroso, na avaliação da eficácia do tratamento de diferentes doenças e na detecção precoce de sintomas sensitivos em pacientes com risco de desenvolver graus mais prejudiciais da Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterápico (CARVALHO, 2016).

Comparando este estudo com o de Carvalho (2016), ambos apresentaram, na etapa de retrotradução, diferenças entre itens das escalas originais e itens traduzidos para versão adaptada das escalas. Contudo, após análise com comitê de pesquisadores, tais itens foram esclarecidos e solucionados, com intuito de que as versões adaptadas mantivessem maior nível de equivalência possível.

Com objetivo de descrever as etapas de tradução e adaptação do questionário do Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME), visando identificar incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Primária em Saúde (APS) Marchon e Junior (2015) adaptaram o questionário por meio de processo que envolveu sequencia de cinco etapas, a adaptação e tradução inicial do questionário original e do utilizado em Portugal, nas versões em inglês e português; o painel de especialistas para julgamento dos itens a partir de uma escala de Likert, de 0 a 5 pontos; o cálculo da tendência central da média e o percentual de concordância de cada resposta; o encontro presencial com especialistas e o pré-teste. O instrumento adaptado pode contribuir para melhoria da segurança do paciente, produzindo informações específicas na APS, e fortalecendo iniciativas nacionais para este nível de atenção à saúde.

Já o estudo de Gambaro et al. (2009) ao realizar a tradução e a adaptação do questionário "The Geriatric Pain Measure" (GMP), seguiram também o percurso metodológico das etapas de tradução do instrumento, de retrotradução, de validação da tradução, considerando os aspectos das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual. Após essa etapa, iniciaram a fase de aplicabilidade do instrumento e a análise das propriedades de medidas de consistência interna, reprodutibilidade e validade do instrumento. Para os autores o GMP, auxilia na avaliação de pessoas idosas com dores crônicas e no impacto que essas dores têm causado no humor, nas atividades de vida e, principalmente, na qualidade de vida dos idosos.

Conforme descrito, Barroso et al. (2015), desenvolveram, por meio de etapas de, traduções independentes, síntese das traduções, retro traduções, comitê de especialistas e pré-teste, a adaptação transcultural e aplicação no Brasil do Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey version 2.0. Este se trata de instrumento americano, desenvolvido para avaliar sintomas orais em pacientes com câncer de cabeça e de pescoço, submetidos à radioterapia. O pré-teste foi realizado em 37 pacientes com câncer de cabeça e de pescoço, divididos em quatro grupos para avaliar a relevância e entendimento dos itens. A média geral do índice de validade de conteúdo para as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual foram consideradas satisfatórias para posterior validação do instrumento e os participantes consideraram os itens do instrumento relevantes e de fácil entendimento.

Beaton (2000), descreve a importância de manter equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre a escala original e a adaptada. Assim, no

processo de adaptação dos 100 descritores da escala original da EMADOR para MPES, na etapa de validação aparente e de conteúdo, tais equivalências foram verificadas, após alterações de alguns itens, sendo 16 de dor aguda (Destructive, Scathing, Anguished, Twinging, Stabbing, Ruminating, Cramping, Fatiguing, Discomforting, Bombarding, Biting, Pinching, Centralized, Tedious, Erratic, Annoying) e 25 de dor crônica (Anguished, Agonizing, Frightening, Hellish, Wretched, Annoyng, Accursed, Dull, Grueling, Disconforting, Destructive, Dispersive, Immoderate, Scorching, Tedious, Corroding, Pinching, Stabbing, Inhuman, Nagging, Stinging, Pervasive, Biting, Centralized, Twinging).

Nessa etapa de validação aparente e de conteúdo, além da alteração dos descritores, os especialistas, também sugeriram alterações quanto às definições de itens da EMADOR/MPES, os quais, referente à dor crônica, 30- DISPERSIVE, 39- FLAGELLANT, 42-HALLUCINATING e 80- SPREADING e à dor aguda 48- HALLUCINATING e 79- SPREADING. Isso mostra similaridade com o processo de adaptação de um instrumento apresentado no estudo de Marchon e Mendes Junior (2015), a fim de obter a equivalência entre a versão de origem e de destino (BEATON et al., 2000).

Nesse cenário, observa-se que todos os estudos supracitados e o atual, seguem rigor metodológico de Beaton et al. (2000) e que ,como recomendado pela literatura os especialistas avaliaram os itens da EMADOR/MPES, com o objetivo de saber se a escala media o que se destinava a medir (PASQUALI, 2010). Assim a participação do comitê de especialistas, na etapa de validação aparente e de conteúdo, contribuiu para a clarificação, compreensão, pertinência e aceitação dos itens da escala, de modo a obter uma versão adaptada da EMADOR, a MPES para dor aguda (Apêndice 1) e para dor crônica (Apêndice 2), antes da etapa de teste piloto.

5.3 Aplicação da MPES e EMADOR

5.3.1 Dados sócios demográficos

5.3.2 Gênero e idade

Conforme representado no Gráfico 1, quanto à aplicação da escala adaptada - MPES nos Estados Unidos, dos 90 participantes (27 cuidadores de idosos e 63

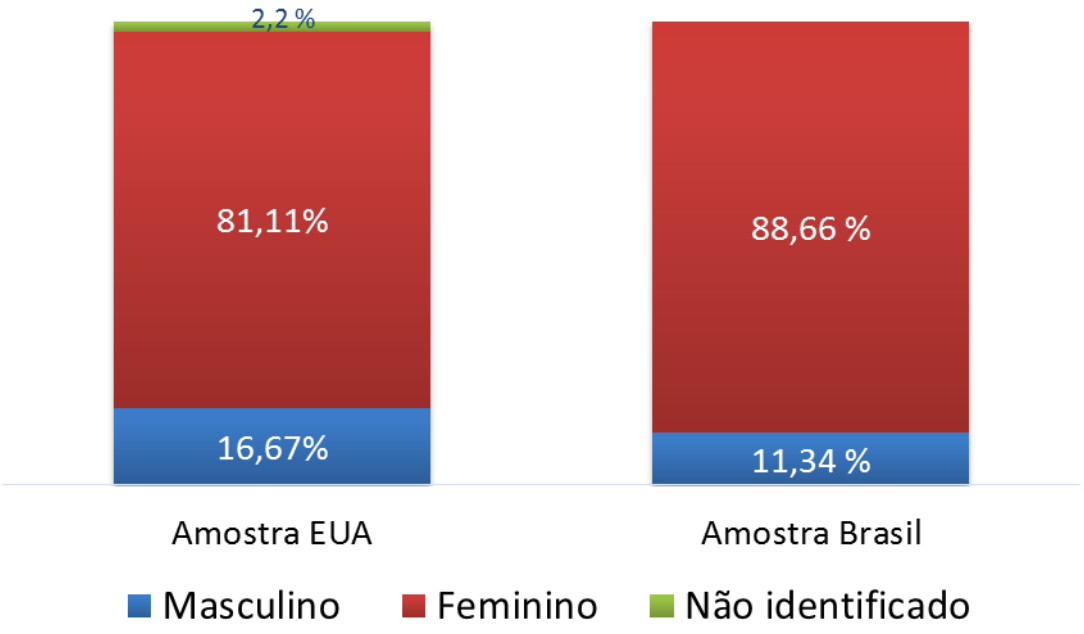
estudantes de graduação do curso de enfermagem), 81,11% eram do gênero feminino, 16,67% eram do gênero masculino e 2,2% não identificado.

No grupo de cuidadores de idosos dessa amostra de participantes norte americanos, a média da idade foi de 58,5 anos para os que apresentaram dor crônica e 45,3 anos para os que apresentaram dor aguda; Já no grupo de estudantes a média de idade foi de 24,3 anos para os que apresentaram dor crônica e 23,3 anos de idade para quem apresentava dor aguda.

Quanto à aplicação da escala EMADOR no Brasil, dos 97 participantes (28 cuidadores de idosos e 69 estudantes de graduação do curso de enfermagem), 88,66% eram do gênero feminino e 11,34% eram do gênero masculino.

A média da idade dos participantes, cuidadores de idosos brasileiros, que apresentavam dor crônica foi de 49,72 anos e 51,33 anos para dor aguda; Já no grupo de estudantes para os que apresentaram dor crônica a média de idade foi de 22,26 anos e para os que apresentaram dor aguda a média de idade foi de 21,33 anos.

Gráfico 1. Distribuição da porcentagem por gênero das amostras dos participantes do estudo dos Estados Unidos da América e do Brasil, 2017.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Nota-se que, a porcentagem de mulheres no estudo é maior que a de homens, em ambas as amostras, sendo que esse dado pode ser explicado pelo fato do cuidado ser prática, culturalmente estabelecida, de responsabilidade feminina (OJEDA, 2008; MOREIRA, 1999).

Ao longo história a mulher instituiu seu papel natural de cuidadora da família e do espaço doméstico. Na Idade Média, a educação feminina era extensão dos hábitos e costumes do espaço doméstico, com responsabilidade de gerenciamento do espaço familiar, incluindo filhos e a preservação da força de trabalho masculino, enquanto a masculina era voltada para vida social e ao trabalho fora de casa. Desde os sete anos eram encaminhados a internatos ou outros estabelecimentos que lhe propiciassem preparo para a vida na sociedade. Isso indica que, a organização social ocorre na ótica da vida pública e privada, salientando efeitos desiguais entre homens e mulheres (ARIÉS, 1986; MOREIRA, 1999).

Estudo realizado no Brasil, cuja amostra foi composta por estudantes de enfermagem, a partir de grupos focais e de análise de discurso evidenciou-se que, nas falas dos participantes, conceitos e ideias construídos a respeito dos papéis femininos e dos masculinos, representados historicamente na sociedade, podem justificar o número de pessoas do gênero feminino, na profissão de enfermagem (OJEDA, 2008).

No final do século XIX, a ampliação da educação da mulher, combina-se à modernização da sociedade, à necessidade de instituição de medidas de higienização da família, na busca da prevenção de doenças e à construção da cidadania dos jovens. É possível nesse processo visualizar-se, no percorrer da história educacional das mulheres, o estabelecimento de doutrinas, de representações e de práticas sociais constitutivas da subjetividade masculina e feminina, exibindo assim, nesses precedentes, práticas sociais atuais (OJEDA, 2008).

Verdades e mitos sobre o mundo da Enfermagem também foram observados no estudo. Quanto à participação feminina, as mulheres manifestaram-se mais exaltadas, preocupadas com a questão de posição, de cargos e de história, enquanto os homens exprimiram maior preocupação com a imagem da figura masculina no âmbito da Enfermagem, visto que preconceitos sociais relacionam o homem e a enfermagem com a homoafetividade (OJEDA, 2008).

Dentre os relatos dos conceitos e das ideias acerca dos papéis de gênero, segue alguns exemplos recortados pelos autores do estudo em questão (OJEDA, 2008, p. 80):

> [...] A Enfermagem é tão feminina pelo instinto afetivo da mulher; talvez por isso tenha menos homens porque a maioria não consegue ser sensível. [...]a sociedade se organiza sendo o homem mais forte e a mulher mais frágil.[...](G4)
>
> [...]. O papel de cuidado, até da maternagem, por ser essa questão mais delicada, mais afetiva é uma maneira de se expressar nesta profissão, o lado afetivo.[...](G1).
> [...] O homem não consegue prender seu sentimento e aí a mulher se torna aquela peça que tem que cuidar, manter, mandar falar para fazer certo.[...](G2)"
> [...]A gente espera do homem um cargo mais alto,como médico. Percebo que as pessoas respeitam muito mais o enfermeiro(homem), tanto os médicos como técnicos.[...](G1).
> [...]se vê isso com o médico nos andares e no setor cirúrgico, eles preferem lidar com instrumentadora mulher, enfermeira porque eles podem exercer seu poder; quando entra um instrumentador homem ele tem comportamento bem diferente, muda o tom e o jeito de falar [...] (G2)

Os autores evidenciaram que, os caminhos delineados entre homens e mulheres iniciam-se pela educação familiar e que os saberes de gênero estão configurados nas relações sociais, hierarquizando profissões (OJEDA, 2008).

Apesar da recompensa financeira e status sociais baixos, em relação ao gênero masculino, as mulheres constituem a maior proporção da força de trabalho profissional para os cuidados, os serviços de assistência social e os de apoio às pessoas com demência, seja no cuidado direto formal, seja no informal (EROL; BROOKER; PEEL, 2015; HUSSEIN; MANTHORPE, 2012, WHO, 2012).

Em muitas culturas espera-se que, tal cuidado seja assumido pela mulher, e esta muitas vezes aceita assumir esse papel de cuidadora de bom grado para com os pais, maridos ou outros membros idosos dentro do ambiente familiar, sem dar-se conta desse papel, identificando-o como uma extensão de seu compromisso ao longo da vida para cuidar da família. Quando esse papel de cuidador é assumido pelo homem, as tarefas cotidianas, como cozinhar, geralmente fornecem visão sobre o trabalho realizado por suas esposas, antes despercebido (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

Existem diferentes estratégias de enfrentamento, relatadas por homens e mulheres, no que se refere aos seus papéis de cuidadores. Homens focam em resolução de problemas e realização de tarefas, sendo suas experiências mais voltadas para a cognição, enquanto as mulheres concentram-se mais na qualidade do desempenho de tarefas e no apoio emocional. Dadas estas diferenças, faz-se imprescindível que, programas de educação a cuidadores concentrem-se em diferentes aspectos, dependendo do sexo do seu público-alvo (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

Em relação ao apoio, estudos mostram que cuidadoras mulheres recebem menos assistência do que cuidadores homens. Mulheres que cuidam de maridos com demência avançada em países de alta renda, relataram ter recebido menos apoio da família e amigos do que os homens a cuidar de suas esposas em semelhante situação, resultando em aumento de problemas físicos e mentais nesta população de cuidadoras femininas. (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

Geralmente o cuidado a pessoas com demência é fornecido por membros da família ou amigos, o que permite a continuidade do convívio familiar e em domicílio dessas pessoas. Alguns fatores associados ao papel de cuidador de pessoa com demência incluem motivos religiosos, orgulho, satisfação, amor, gratidão, ou até mesmo obrigação, como forma de "reembolsar" o cuidado recebido anteriormente por essas pessoas, que agora necessitam do cuidado (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

A transição para o papel de cuidador pode ser difícil e confuso, o que requer uma reavaliação das relações. No caso de cônjuge, um precisa entender as mudanças de comportamento do companheiro, bem como, a perda de cuidado recíproco. Os cuidadores são obrigados a assumir papéis tradicionalmente realizados por seu cônjuge e aprender novas habilidades (EROL; BROOKER; PEEL, 2015).

5.3.3 Tipos de dor

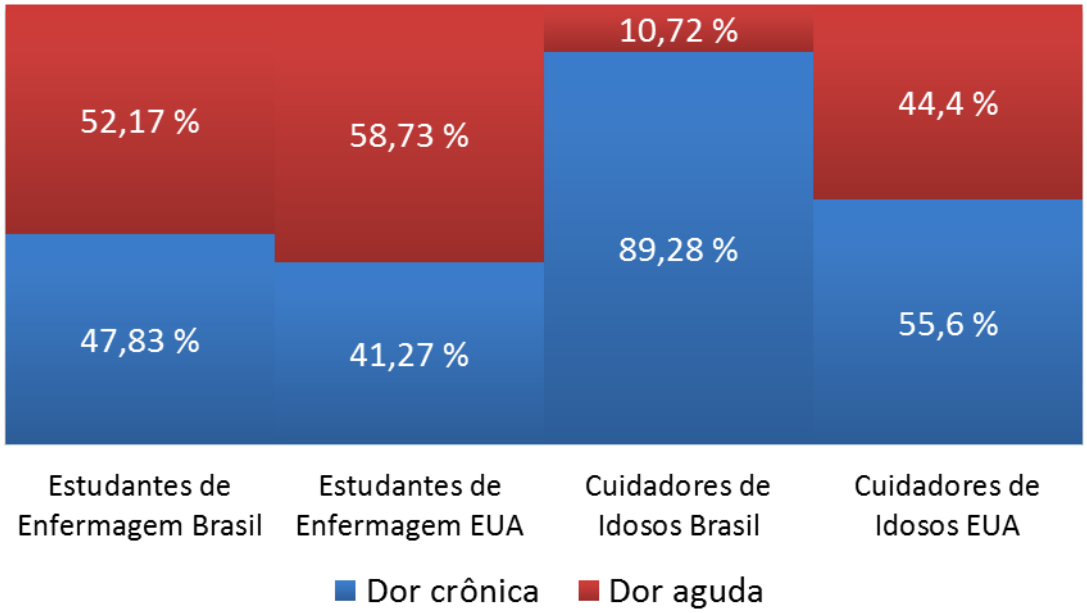
Em relação ao tipo de dor, 55,6% dos participantes, que eram cuidadores de idosos, da amostra norte americana, apresentaram dor crônica e 44,4% deles apresentaram dor aguda. Já dentre os estudantes de enfermagem, 41,27% apresentaram dor crônica e 58,73% apresentaram dor aguda. No total, dentre todos os participantes da amostra norte-americana, 46,66 % deles apresentaram dor crônica e 53,33 % deles, dor aguda.

Na amostra coletada no Brasil, dentre os participantes que eram cuidadores de idosos, 89,28% apresentaram dor crônica e 10,22% apresentaram dor aguda. No grupo de estudantes de enfermagem 47,83% apresentaram dor crônica 52,17% apresentaram dor aguda. No total, 59,79% deles apresentaram dor crônica e 40,20% participantes brasileiros, dor aguda.

Conforme descrito e apresentado no gráfico 2, nota-se que nos dois países a dor crônica teve maior prevalência nos cuidadores de idosos, que por sinal foram os participantes cuja faixa etária no Brasil estava entre 25-85 anos de idade (Média = 50) e

nos EUA entre 26-84 anos de idade (Média = 63). Já para os participantes estudantes de Enfermagem a dor aguda foi mais prevalente, no Brasil a idade variou entre 18-26 anos (Média = 21,5) e estudantes de enfermagem dos EUA a idade variou entre 19-55 anos (Média= 23,32).

Gráfico 2. Distribuição da porcentagem por tipo de dor das amostras dos participantes do estudo dos Estados Unidos e Brasil, Ribeirão Preto, 2017.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Em relação à prevalência de dor crônica, percebe-se pelos estudos abaixo, que geralmente, pessoas com idade avançada, relatam esse tipo álgico, devido ao próprio processo senil, à avaliação e manejos inadequados, o que leva tais indivíduos manifestarem suas dores por anos.

A senescência causa mudanças nos aspectos psicológicos, sociais, físicos e neuropsicológicos no indivíduo e no ambiente que o cerca, e assim, na faixa etária de idosos, a incidência de depressão e de demência é alta, acarretando em déficits de cognição, de memória, de linguagem, de funções executivas, de gnosias e de praxias, interferindo na sua autonomia e na necessidade de cuidados (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010; RAMOS, 2014).

No Brasil, pesquisadores investigaram a ocorrência de dor crônica em idosos. Dos 40 idosos avaliados, 27 eram mulheres e 13 homens, na faixa etária de 60 a 86

anos. Dos participantes, 25 (62,5%) apresentaram dor crônica, sendo que quanto à intensidade, 07 (28%) participantes apresentaram dor leve, 05 (20%) dor moderada, 04 idosos (16%) dor intensa e 09 (36%) dor insuportável. Como fatores relacionados à dor, foram relatados agentes lesivos biológicos, físicos, químicos ou fatores psicológicos, sendo que em 100% da amostra o agente lesivo biológico estava entre os agentes citados. Concluiu-se que, a dor crônica configurou um diagnóstico frequente em idosos e o processo de envelhecimento mal sucedido ou as patologias características desta faixa etária, são fatores relacionados a ela. Também se compreendeu a dor crônica como um problema de saúde coletiva, que deve ser rapidamente mapeado e atendido (LACERDA, et al, 2006).

Com o objetivo de caracterizar a dor crônica e os métodos analgésicos utilizados por idosos, residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, realizou-se estudo transversal com 172 idosos. Tais participantes foram questionados sobre as características da dor quanto à localização, duração, frequência, intensidade, fatores de melhora e de piora, assim como o impacto da dor na vida do indivíduo e descrição dos métodos analgésicos utilizados. Observou-se a dor crônica em 107 (62,21%) participantes, sendo que idosos com 80 anos e os com depressão apresentaram maior referência de dor crônica (DELLAROZA et al., 2008).

Foi realizado estudo com 66 mulheres, que apresentavam diagnóstico clínico de fibromialgia, com idades entre 30 e 68 anos de idade, com o propósito de identificar como o processo de envelhecimento associado à dor crônica, provocada pela fibromialgia era percebido, sentido e vivido por essas participantes da pesquisa e reconhecer o impacto dessa patologia nos âmbitos físico, pessoal e social de suas vidas. Foram utilizados perfil socioeconômico, cultural e demográfico dos usuários do Centro de Pesquisa Clínica do IMREA/HC FMUSP, Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ) e depoimentos verbais. Foi identificada maior incidência da fibromialgia entre as mulheres mais velhas, demonstrando compatibilidade com estudos, que apontam para a dor de mulheres idosas com doenças crônicas (HAYAR, 2014).

Para os autores, quando associado à dor crônica, o processo de envelhecimento, não parece ser fenômeno evidente para as mulheres que o atravessam. A dor em si, como entidade foi o que mais se destacou, acompanhando tais participantes diariamente e demandando inúmeras estratégias de enfrentamento, em especial, estratégias para enfrentar as sensações e as emoções provocadas pela presença insidiosa da dor. Muitas vezes, parece que o envelhecimento passa ao lado, escamoteando a presença dos

sintomas físicos e dos psíquicos típicos de algumas etapas inerentes à condição feminina, de acordo com os pesquisadores (HAYAR, 2014).

De acordo com estudo de Gagliese e Melzack (1997), dor crônica é experienciada por uma maioria significativa dos idosos, o que pode interferir no funcionamento normal desses. No entanto, uma proporção significativa desses indivíduos, não recebem manejo adequado da dor. Três fatores significativos que podem contribuir para isso são a falta de avaliação da dor adequada; riscos potenciais de farmacoterapia em idosos; e equívocos quanto à eficácia das estratégias não farmacológicas de manejo da dor e às atitudes dos idosos em relação a tais manejos.

Com objetivo de avaliar a influência da dor crônica na qualidade de vida dos idosos, usando a Escala Analógica Visual (EAV) da dor e o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), pesquisadores observaram em 50 idosos, com diagnóstico clínico de dor crônica, suas repercussões nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e do meio ambiente. Foram identificados em 34% dos participantes distúrbios da coluna; em 22% artrite reumatóide, em 18% osteoporose, em 14% artrose e em 12% tendinopatias. Houve influência negativa da dor crônica na qualidade de vida dos idosos no domínio físico e nas relações sociais. Foi evidenciada a presença de dor moderada avaliada pela escala unidimensional e destacou-se que, profissionais de saúde devem estar sempre atentos e utilizar métodos avaliativos que possam identificar a magnitude do quadro álgico para oferecer ao idoso todo o suporte de saúde necessário (CUNHA; MAYRINK, 2011).

Percebe-se que, no grupo da amostra de estudantes, apesar de a dor aguda apresentar-se com maior percentual, 58,73% para norte americanos e 52,17% para brasileiros, o percentual da dor crônica também foi alto em ambas as amostras, 41,27% para norte americanos e 47,83% para brasileiros. Alguns estudos abaixo corroboram com o atual, no que se refere à prevalência da dor, seja ela aguda ou crônica, presente nesse universo dos estudantes. Tal fato é preocupante, levando em consideração a idade dessa população.

Estudo com objetivo de determinar a prevalência e caracterização da dor, em universitários no Brasil, teve como participantes 300 universitários, sendo 100 da área de humanas, 100 de exatas e 100 de biológicas. Utilizou-se um questionário para coleta dos dados e obteve-se como resultados que, 42% da amostra relatou ter dor por mais de 06 meses, 38% relatou intensidade da dor entre 05 a 06 numa escala de 0 a 10 pontos, sendo a cefaleia a queixa álgica mais frequente (CARNEIRO et al., 2008).

No estudo de Vey, Silva e Lima (2013), o objetivo foi investigar a relação entre as horas em que os alunos de graduação ficavam na posição sentada e a queixa de dor nas costas. A amostra foi composta por 90 indivíduos com idade entre 19 e 45 anos. Utilizou-se ficha de avaliação, diagrama corporal e escala visual analógica da dor. Os resultados sugeriram que 82,23% dos participantes relataram sentir dor nas costas, passando em média 60,4 horas por semana na posição sentada, 59,46% apresentaram dor em um período de um a quatro anos, 25,68% referiram dor a menos de um ano e 14,86% referiram dor por mais de quatro anos. Por meio da escala análoga visual da dor, a média de intensidade obtida foi 3,86, sendo 01 o mínimo e 09 o máximo atribuído nesse estudo, numa escala de 0 a 10 pontos. Apenas 35,13% dos sujeitos da pesquisa procuraram tratamento e constatou-se que, 46% acreditavam que a dor influenciava negativamente seu rendimento acadêmico e 21,56% relataram que, a dor influenciava na qualidade do sono.

Para estimar a frequência de dores e de desconforto, identificando os prováveis fatores de risco percebidos por estudantes universitários, foi realizado um estudo com 200 acadêmicos da área de saúde. Para a coleta de dados, foi utilizado o questionário OSWESTRY (OSW), Escala Visual Analógica (EVA) e o questionário Nórdico Músculo Esquelético. Foi observada alta frequência de dor e de desconforto entre os universitários (98% relataram sentir dor em alguma região do corpo), sendo a região lombar a que teve maior frequência (66%), seguido das regiões do ombro e do pescoço (NETO; SAMPAIO; SANTOS, 2016).

Observou-se que, dados comprovam que a dor quando presente, sendo aguda ou crônica, pode causar prejuízos às vidas das pessoas que a sentem. Conforme apontaram os estudos acima, problemas de sono, rendimento acadêmico e automedicação são questões que devem ser levadas em conta, visto que, são problemas relacionados à saúde, os quais devem ser identificados e adequadamente manejados por quem percebe a dor e pelos profissionais de saúde.

5.3.4 Dor e tratamento farmacológico

Tabela 6. Distribuição da Frequência e da porcentagem dos participantes do estudo em uso de medicação para o alívio da dor crônica ou aguda

	Número de participantes em uso de medicamento para alívio da dor			
	Amostra Total Brasil = 97		Amostra Total Estados Unidos = 90	
Tipo de dor	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Dor Crônica	38	39,18%	21	23,33%
Dor Aguda	16	16,49%	17	18,89%
Total	54	55,67%	38	42,22%

Fonte: elaborada pelo próprio autor

No presente estudo, grande parte dos participantes utilizava algum tipo de medicamento para o alívio da dor, sendo estes 43,33% (39) dentre os 90 participantes da amostra coletada nos Estados Unidos da América e 57,73% (56) dentre os 97 participantes da amostra coletada no Brasil. Conforme apontado nos estudos que se seguem, os medicamentos de maior prevalência, também foram os analgésicos simples principalmente dipirona no Brasil e paracetamol para ambos os países, seguidos de anti-inflamatórios e antidepressivos. Cumpre mencionar que, utiliza-se o termo tratamento farmacológico, por considerar a dor, fenômeno subjetivo, multidimensional e complexo e coerente com ele, a necessidade de manejo das inúmeras variáveis que o envolvem. Sendo assim, o tratamento farmacológico, é considerado no presente estudo, como uma das possibilidades de manejo da dor.

Pesquisadores caracterizaram a dor crônica e os métodos analgésicos utilizados por idosos, residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde no Brasil. Foram entrevistados 172 idosos (101 mulheres e 71 homens), os quais foram questionados quanto à presença de dor, à localização, à duração, à frequência, à intensidade, aos fatores de melhora e aos de piora, assim como, ao impacto da dor na vida do indivíduo e à descrição dos métodos analgésicos utilizados. Constatou-se dor crônica em 107 (62,21%) idosos, esta prevalência foi 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, sendo que, grande número de idosos, referiram dor diária, contínua e de alta intensidade (DELLAROZA et al., 2008).

Em relação aos métodos analgésicos, houve predomínio dos métodos farmacológicos, referidos por 86 idosos (80,37%), e com maior utilização de

analgésicos simples (32,6%) principalmente dipirona e paracetamol. Outras medicações utilizadas foram anti-inflamatórios (38,2%), miorrelaxantes (9,3%), espasmolíticos (3,7%), tranqüilizantes menores (2,8%) e antidepressivos (1,9%). De acordo com os estudiosos, o uso de medicamentos em idosos pode estar associado a diversos efeitos colaterais, os quais deveriam ser monitorados pelos profissionais de saúde. Os autores descrevem que, apesar de eficazes e seguras, as terapêuticas não farmacológicas são pouco utilizadas pelos indivíduos com dor crônica e que, mesmo sabendo de algumas situações, nas quais a terapêutica farmacológica é a mais eficaz e indispensável para o controle da dor, sendo comprovado que, a associação de terapêuticas não farmacológicas diminui a necessidade de medicamentos, o que pode minimizar o risco de efeitos colaterais em idosos (DELLAROZA et al., 2008).

Foi realizado estudo com objetivo de analisar a prática da automedicação entre universitários e identificar se o curso e o conhecimento adquirido durante a graduação interferem nessa prática. Participaram da pesquisa 209 graduandos dos cursos de farmácia, enfermagem, medicina e odontologia que responderam a um questionário auto aplicado, contendo questões de múltipla escolha sobre a prática da automedicação. Em relação à automedicação, 98,1% participantes afirmaram que, já usaram medicamentos sem orientação ou receita médica. Os medicamentos mais utilizados na forma de automedicação foram analgésicos e antitérmicos (19,4%), sendo a cefaleia (20,8%) o sintoma mais relatado (SILVA; RODRIGUES, 2014).

Com objetivo de investigar o uso de vários métodos de alívio em idosos com dor crônica e a necessidade de ajuda para gerenciar as atividades da vida diária, foi realizado estudo, com 532 participantes com 75 anos de idade ou mais. Utilizaram o Multidimensional Pain Inventory-versão sueca e uma versão modificada do Pain Management Inventory, para avaliar a dor e os métodos de alívio da dor. Apresentaram dor 294 (55%) participantes e, dentre os métodos utilizados para alívio da mesma, foram a medicação (20%), o repouso (20%) a distração (15%), a estimulação elétrica nervosa transcutânea (0,5%), o álcool (1,4%) e os grupos de apoio (0,5%) (JAKOBSSON, 2004).

Outro estudo que testou o uso de terapia alternativa, no caso, um tipo de yoga, com objetivo de verificar sua eficácia para redução do nível de dor, melhora da função física e bem-estar emocional, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, por Park e McCaffrey (2012). Participaram 10 idosos com osteoartrite, a intervenção ocorreu num período de 8 semanas, sendo realizadas análises no início, meio e fim da

intervenção. Os resultados apontaram que a yoga não reduziu o nível de dor, mas foi eficaz na melhora da função física e na redução da rigidez em idosos com osteoartrite, contribuindo para qualidade de vida dos idosos do estudo.

Apesar de a medicação ser apontada como método utilizado para o controle da dor, no estudo de Jakobsson (2004), é significativo e estimulante constatar que terapias alternativas para atenuação da dor, como a yoga utilizada no estudo de Park e McCaffrey (2012), e o repouso e a distração, utilizadas por Jakobsson (2004), são alternativas que possibilitam diminuição de interações medicamentosa e abrangem o ser humano holisticamente.

Em relação ao uso de terapias alternativas, no presente estudo, dentre todos os participantes, que referiram uso de medicamento para alívio da dor, um deles, citou o pilates como estratégia de manejo. Não é possível afirmar que os demais participantes desse estudo, não utilizassem esse tipo ou outras terapias alternativas, além da medicamentosa, até porque, a questão presente no instrumento de coleta de dados, no caso a EMADOR/MPES, era se o participante usava algum medicamento para o alívio da sua dor. Mas, é interessante saber que, existem pessoas com dor com a perspectiva de que, o manejo álgico pode se dar por meio de alternativas, que não apenas a medicamentosa. E, apesar desse estudo não trazer essa questão, destacar a resposta desse participante é uma maneira de salientar o uso e a importância de terapias alternativas.

Com o objetivo de caracterizar a prática de automedicação e os fatores associados, entre estudantes ingressantes e concluintes do curso de graduação em Enfermagem, realizou-se estudo no qual se utilizou questionário semiestruturado, tendo participado 78 estudantes. Os resultados mostraram que, a maioria dos estudantes automedicava-se, sendo analgésico o tipo de medicamento mais utilizado e compreendiam que, um dos motivos para agirem dessa forma, era a presença de dor (SILVA; GOULART; LAZARINI, 2014).

Para Furtado (2014, p.75) a medicalização pode ser vista como uma normalização dos comportamentos, podendo ser compreendida “como uma transformação na cultura em que as questões sociais, os comportamentos, as emoções, as relações passam a ser pensadas a partir da inscrição no binômio “normal - patológico”. A pesquisadora também reflete sobre a dimensão política da medicalização, a partir da qual se desenvolvem mecanismos de controle social, que operam mediante o estatuto hegemônico do discurso científico médico sobre a verdade

da vida. Descreve que, a medicina dispõe de um tratamento para quase todos os problemas, tais quais solidão, tensões familiares, ansiedade, desafios profissionais, dificuldades de relacionamento, problemas sexuais, etc, que envolvem o viver humano e que esses problemas passam a ser tratados como distúrbios e transtornos medicamente inscritos em categorias diagnósticas. Desse modo, existe para cada um deles, medicamento para melhor combatê-lo, denominando tal ação como um modo de anestesiar a dor de existir, e consequentemente, um modo de regulação social.

Com início no século XIX, o processo de medicalização intensificou-se ao longo do século XX e atualmente adquire notável proporção, devido à legitimidade do discurso médico-científico e ao valor que a saúde adquire nas sociedades contemporâneas, atravessando os diferentes segmentos sociais, num acento expressivo quanto ao cuidado com o corpo e com o seu funcionamento otimizado, estabelecendo assim novas formas de relação com a vida e a morte e a dor e o prazer (FURTADO, 2014).

Guerci e Consigliere (1999) discutem que, ao longo dos séculos a necessidade de eliminar ou manter a raia do sofrimento, tem levado a medicina a melhor compreensão dos mecanismos fisiológicos que desencadeiam a dor e, consequentemente, ao desenvolvimento de produtos, de medicamentos e de técnicas cada vez mais sofisticados e eficazes na redução da mesma. Referem que, a "cognição da dor" ocidental, médica e medicalizada, tem resultado na luta química contra a dor, reduzindo suas manisfestações.

Apontam ainda que, mesmo com os diversos tipos de dor e suas diversas causas, no ocidente, a atual resposta química é o principal meio utilizado nas práticas de emergências, hábitos cotidianos, como por exemplo, uso de medicamentos para evitar a dor, antes mesmo da percepção da mesma. Isso se constata no uso elevado de aspirina em diversos países e na minimização da dor, durante os momentos críticos da vida, tais como parto, intervenções cirúrgicas, doenças, depressões e "sofrimento" genérico. Os autores referem-se a uma cura sintomática, cuja dor é anulada pela anestesia e a percepção, bem como, capacidades subjetivas de interação ambiental são bloqueadas. Entendem também que, tal resposta química é instrumentalizada com fins políticos, bélicos, e deve-se à evolução de algumas formas graves de toxicodependências (GUERCI, CONSIGLIERE,1999).

A partir da observação dos dados do estudo, bem como da literatura encontrada, faz-se interessante uma reflexão desse aspecto clínico, a medicalização. Esta envolve

não somente o indivíduo que faz o uso do medicamento para alívio de sua dor, mas toda uma sociedade, cujos valores estão voltados para o bem estar e o não sofrer. É mais fácil encontrar numa "pílula" respostas ou soluções para o bloqueio da dor, do que encará-la e elaborá-la, e assim, avaliá-la de forma fidedigna de modo a identificar peculiaridades de cada indivíduo e decorrente disso, pensar em estratégias de enfrentamento de dor conjuntamente (pessoa com dor e profissionais de saúde) para melhor manejo álgico.

5.3.5 Descritores da EMADOR/MPES e respectivas dimensões

Após a aplicação da escala, foi calculado o Alpha de Cronbach para testar a fidedignidade da versão EMADOR adaptada para o idioma inglês – MPES. Para dor crônica, o valor foi de 0.9741 e para dor aguda 0.9832. Na versão original da EMADOR, o valor de Alpha de Cronbach para dor aguda foi de 0.9889 e para dor crônica foi de 0.9831.

As versões original e inglês da EMADOR adaptada - MPES mostraram alto indicador de Cronbach, o que sugere elevada correlação esperada entre as variáveis da escala, indicando que elas pertencem ao mesmo constructo. Como nesse estudo, o Alpha de Cronbach também foi utilizado nas investigações de Rosseto, Martins e Mejias (2011); Yamada e Santos (2009), por exemplo, para refletir o grau de concordância dos itens entre si. Geralmente, um instrumento de pesquisa que obtém Alpha maior ou igual a 0,70 é considerado satisfatório, pois quanto mais próximo do valor 1,0, mais fidedigno o instrumento (MEDEIROS et al 2015).

Abaixo seguem as Tabelas 7, 8, 9 e 10 demonstrando valores da atribuição dos descritores de dor no método de Estimação de Categorias, de acordo com cálculo da Mediana, Quartis 1 e 3 e Intervalo-interquartil das amostras participantes.

Tabela 7. Distribuição dos descritores de dor crônica e suas respectivas dimensões, ranqueados em ordem decrescente, de acordo com os valores das medianas e suas respectivas variâncias-interquartis na amostra norte-americana.

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
1	Chata	Afetiva/Cognitiva	7	3,5	8	4,5
2	Incômoda	Afetiva/Cognitiva	7	3,5	9	5,5
3	Dolorosa	Afetiva/Sensitiva	7	4	10	6
4	Desagradável	Afetiva/Cognitiva	7	3	9	6
5	Irritante	Afetiva/Cognitiva	7	3	9	6
6	Desconfortável	Afetiva/Sensitiva	7	3	10	7
7	Persistente	Afetiva/Cognitiva	6	2	8	6
8	Intensa	Afetiva/Sensitiva	6	2	9	7
9	Constante	Afetiva/Sensitiva	5	2	8	6
10	Estafante	Afetiva/Cognitiva	5	1	7,5	6,5
11	Cruciante	Afetiva/Cognitiva	5	1	7,75	6,75
12	Atormentadora	Afetiva/Cognitiva	5	1	8	7
13	Esmagadora	Afetiva/Cognitiva	5	0	7	7
14	Preocupante	Afetiva/Cognitiva	5	0,5	7,5	7
15	Como Facada	Afetiva/Sensitiva	5	1	8	7
16	Localizada	Afetiva/Sensitiva	5	0	7	7
17	Insuportável	Afetiva/Cognitiva	5	0	8	8
18	Limitante	Afetiva/Cognitiva	5	0	8	8
19	Latejante	Afetiva/Sensitiva	4,5	1,25	9	7,75
20	Forte	Afetiva/Sensitiva	4,5	0	8,75	8,75
21	Sensível	Afetiva/Cognitiva	4	1	7	6
22	Contínua	Afetiva/Sensitiva	4	1,5	8	6,5
23	Miserável	Afetiva/Cognitiva	4	2	9	7
24	Importuna	Afetiva/Cognitiva	4	1	8	7
25	Terrível	Afetiva/Cognitiva	4	0	7,5	7,5
26	Comprida	Afetiva/Cognitiva	4	0	9	9
27	Estorvadora	Afetiva/Cognitiva	3	1	6	5
28	Brutal	Afetiva/Cognitiva	3	0	6	6
29	Que Espalha	Afetiva/Sensitiva	3	0	6	6
30	Desgastante	Afetiva/Cognitiva	3	0	6	6
31	Deprimente	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
32	Como Ferroada	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
33	Debilitante	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
34	Permanente	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
35	Cansativa	Afetiva/Cognitiva	3	0	8	8
36	Formigante	Afetiva/Sensitiva	2,5	0	7	7
37	Maçante	Afetiva/Cognitiva	2	0	4	4
38	Constritiva	Afetiva/Sensitiva	2	0	4	4
39	Irradiante	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
40	Perfuradora	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
41	Em Fisgada	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
42	Penetrante	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
43	Pertubadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	6,75	6,75
44	Queimante	Afetiva/Sensitiva	2	0	8	8
45	Desestimulante	Afetiva/Cognitiva	1,5	0	5	5
46	Torturante	Afetiva/Cognitiva	1,5	0	6,75	6,75
47	Agressiva	Afetiva/Cognitiva	1	0	3	3
48	Amedrontadora	Afetiva/Cognitiva	1	0	3	3
49	Detestável	Afetiva/Cognitiva	1	0	3	3
50	Danosa	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
51	Entristecedora	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
52	Quente	Afetiva/Sensitiva	1	0	4	4
53	Marcante	Afetiva/Cognitiva	1	0	4,75	4,75
54	Enjoada	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
55	Devastadora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
56	Tremenda	Afetiva/Cognitiva	1	0	6,5	6,5
57	Aborrecível	Afetiva/Cognitiva	1	0	6,75	6,75
58	Angustiante	Afetiva/Cognitiva	1	0	7	7
59	Flagelante	Afetiva/Cognitiva	0	0	0	0
60	Alucinante	Afetiva/Cognitiva	0	0	0	0
61	Odiosa	Afetiva/Cognitiva	0	0	0,25	0,25
62	Fina	Afetiva/Sensitiva	0	0	1	1
63	Lamentável	Afetiva/Cognitiva	0	0	1,75	1,75
64	Castigadora	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
65	Demoníaca	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
66	Punitiva	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
67	Impossível	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
68	Como Punhalada	Afetiva/Sensitiva	0	0	2	2
69	Como Agulhada	Afetiva/Sensitiva	0	0	2,25	2,25
70	Fervente	Afetiva/Sensitiva	0	0	2,75	2,75
71	Assustadora	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
72	Aterrorizante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
73	Desgraçada	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
74	Apavorante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
75	Maldita	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
76	Desesperadora	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
77	Destruidora	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
78	Espalhada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3
79	Impressionante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
80	Demasiada	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
81	Embraseada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3
82	Violenta	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
83	Desumana	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
84	Mortal	Afetiva/Cognitiva	0	0	3	3
85	Como Picada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3,5	3,5

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
86	Terrificante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3,75	3,75
87	Desastrosa	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
88	Cruel	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
89	Infernizante	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
90	Sufocante	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
91	Exagerada	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
92	Como Choque	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
93	Que Corrói	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
94	Bloqueadora	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
95	Monstruosa	Afetiva/Cognitiva	0	0	4,25	4,25
96	Prejudicial	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
97	Enlouquecedora	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
98	Infernal	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
99	Pavorosa	Afetiva/Cognitiva	0	0	6	6
100	Excessiva	Afetiva/Cognitiva	0	0	7	7

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 8. Distribuição dos descritores de dor crônica ranqueados em ordem decrescente de acordo com os valores das medianas e suas respectivas variâncias-interquartis na amostra brasileira.

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
1	Desconfortável	Afetiva/Sensitiva	9	6	10	4
2	Incomoda	Afetiva/Cognitiva	8,5	6	10	4
3	Dolorosa	Afetiva/Sensitiva	8	6	10	4
4	Chata	Afetiva/Cognitiva	8	5	10	5
5	Desagradável	Afetiva/Cognitiva	8	5	10	5
6	Cansativa	Afetiva/Cognitiva	8	3	10	7
7	Importuna	Afetiva/Cognitiva	7,5	3	10	7
8	Persistente	Afetiva/Cognitiva	7	5	9	4
9	Desestimulante	Afetiva/Cognitiva	7	4	8,25	4,25
10	Desgastante	Afetiva/Cognitiva	7	5	10	5
11	Irritante	Afetiva/Cognitiva	7	4	10	6
12	Detestável	Afetiva/Cognitiva	7	2,75	10	7,25
13	Permanente	Afetiva/Sensitiva	7	2	10	8
14	Constante	Afetiva/Sensitiva	6,5	4	10	6
15	Forte	Afetiva/Sensitiva	6,5	4	10	6
16	Estorvadora	Afetiva/Cognitiva	6,5	3	10	7
17	Angustiante	Afetiva/Cognitiva	6	3	8	5
18	Intensa	Afetiva/Sensitiva	6	4	9	5
19	Maçante	Afetiva/Cognitiva	6	3	8,25	5,25
20	Insuportável	Afetiva/Cognitiva	6	2,75	8,25	5,5

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
21	Infernizante	Afetiva/Cognitiva	6	2	8	6
22	Aborrecível	Afetiva/Cognitiva	6	3	9	6
23	Comprida	Afetiva/Cognitiva	6	3	9	6
24	Entristecedora	Afetiva/Cognitiva	6	2,5	9,5	7
25	Marcante	Afetiva/Cognitiva	6	2	9	7
26	Contínua	Afetiva/Sensitiva	6	1,75	9,25	7,5
27	Localizada	Afetiva/Sensitiva	6	2,5	10	7,5
28	Estafante	Afetiva/Cognitiva	6	1	9	8
29	Latejante	Afetiva/Sensitiva	6	0,75	9	8,25
30	Prejudicial	Afetiva/Cognitiva	5,5	4	9	5
31	Atormentadora	Afetiva/Cognitiva	5,5	3	8	5
32	Enjoada	Afetiva/Cognitiva	5,5	3	8,25	5,25
33	Preocupante	Afetiva/Cognitiva	5	4	8	4
34	Castigadora	Afetiva/Cognitiva	5	2	7	5
35	Cruel	Afetiva/Cognitiva	5	2	8	6
36	Exagerada	Afetiva/Cognitiva	5	2	8	6
37	Excessiva	Afetiva/Cognitiva	5	2	8,25	6,25
38	Terrível	Afetiva/Cognitiva	5	1	8	7
39	Pertubadora	Afetiva/Cognitiva	5	2	9	7
40	Danosa	Afetiva/Cognitiva	5	1	8	7
41	Que Corrói	Afetiva/Sensitiva	5	0	8	8
42	Bloqueadora	Afetiva/Cognitiva	5	0	8	8
43	Sensível	Afetiva/Cognitiva	5	1	9	8
44	Odiosa	Afetiva/Cognitiva	5	1	9,5	8,5
45	Deprimente	Afetiva/Cognitiva	4,5	2	7	5
46	Lamentável	Afetiva/Cognitiva	4,5	0	8	8
47	Assustadora	Afetiva/Cognitiva	4	1	6	5
48	Esmagadora	Afetiva/Cognitiva	4	1	6,25	5,25
49	Impressionante	Afetiva/Cognitiva	4	1	7	6
50	Torturante	Afetiva/Cognitiva	4	1	7,25	6,25
51	Agressiva	Afetiva/Cognitiva	4	1	8	7
52	Demasiada	Afetiva/Cognitiva	4	1	8	7
53	Debilitante	Afetiva/Sensitiva	4	1	8	7
54	Em Fisgada	Afetiva/Sensitiva	4	0	8	8
55	Constritiva	Afetiva/Sensitiva	4	0	8	8
56	Flagelante	Afetiva/Cognitiva	4	0	8	8
57	Irradiante	Afetiva/Sensitiva	4	0	8	8
58	Limitante	Afetiva/Cognitiva	4	0	8	8
59	Cruciante	Afetiva/Cognitiva	4	0	8,25	8,25
60	Pavorosa	Afetiva/Cognitiva	3,5	0	6	6
61	Sufocante	Afetiva/Sensitiva	3,5	0	8	8
62	Apavorante	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
63	Desastrosa	Afetiva/Cognitiva	3	0	6,25	6,25
64	Que Espalha	Afetiva/Sensitiva	3	1	7,25	6,25
65	Desesperadora	Afetiva/Cognitiva	3	0,75	7	6,25

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
66	Enlouquecedora	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
67	Violenta	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
68	Infernal	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
69	Aterrorizante	Afetiva/Cognitiva	2,5	0	5	5
70	Amedrontadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	6	6
71	Impossível	Afetiva/Cognitiva	2	0	6	6
72	Brutal	Afetiva/Cognitiva	2	0	6,25	6,25
73	Espalhada	Afetiva/Sensitiva	2	0	6,25	6,25
74	Desgraçada	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
75	Terrificante	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
76	Tremenda	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
77	Queimante	Afetiva/Sensitiva	2	0	8	8
78	Como Agulhada	Afetiva/Sensitiva	2	0	8	8
79	Penetrante	Afetiva/Sensitiva	1,5	0	7	7
80	Destruidora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
81	Miserável	Afetiva/Cognitiva	1	0	6	6
82	Fervente	Afetiva/Sensitiva	1	0	6	6
83	Devastadora	Afetiva/Cognitiva	1	0	6,25	6,25
84	Desumana	Afetiva/Cognitiva	1	0	6,25	6,25
85	Formigante	Afetiva/Sensitiva	1	0	6,25	6,25
86	Maldita	Afetiva/Cognitiva	1	0	7	7
87	Como Ferroada	Afetiva/Sensitiva	1	0	7	7
88	Fina	Afetiva/Sensitiva	1	0	7,5	7,5
89	Como Choque	Afetiva/Sensitiva	0,5	0	4,25	4,25
90	Mortal	Afetiva/Cognitiva	0	0	1	1
91	Como Picada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3
92	Punitiva	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
93	Como Facada	Afetiva/Sensitiva	0	0	4,5	4,5
94	Demoníaca	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
95	Monstruosa	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
96	Alucinante	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
97	Embraseada	Afetiva/Sensitiva	0	0	5,25	5,25
98	Como Punhalada	Afetiva/Sensitiva	0	0	5,25	5,25
99	Perfuradora	Afetiva/Sensitiva	0	0	6,25	6,25
100	Quente	Afetiva/Sensitiva	0	0	6,5	6,5

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 9. Distribuição dos descritores de dor aguda ranqueados em ordem decrescente de acordo com os valores das medianas e suas respectivas variâncias-interquartis na amostra norte-americana.

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
1	Dolorosa	Afetiva/Sensitiva	9	3,5	10	6,5
2	Irritante	Afetiva/Cognitiva	8	4	9	5
3	Desconfortável	Afetiva/Cognitiva	8	5	10	5
4	Desagradável	Afetiva/Cognitiva	8	3	10	7
5	Estafante	Afetiva/Cognitiva	7	4,25	9	4,75
6	Constante	Afetiva/Sensitiva	7	4	9	5
7	Incomoda	Afetiva/Cognitiva	7	3	9	6
8	Intensa	Afetiva/Sensitiva	7	3	10	7
9	Preocupante	Afetiva/Cognitiva	6	3	8	5
10	Insuportável	Afetiva/Cognitiva	6	2	8,5	6,5
11	Continua	Afetiva/Sensitiva	6	2	8,75	6,75
12	Terrível	Afetiva/Cognitiva	6	2,5	9,5	7
13	Esmagadora	Afetiva/Cognitiva	6	2	9	7
14	Miserável	Afetiva/Cognitiva	6	2	9	7
15	Súbita	Afetiva/Sensitiva	6	2	9	7
16	Chata	Afetiva/Cognitiva	6	3	10	7
17	Como Facada	Afetiva/Sensitiva	6	0,5	8	7,5
18	Latejante	Afetiva/Sensitiva	6	1	9	8
19	Que Queima	Afetiva/Sensitiva	6	0	8,75	8,75
20	Que Repuxa	Afetiva/Sensitiva	6	0	9	9
21	Fatigante	Afetiva/Cognitiva	5	3	8	5
22	Intermitente	Afetiva/Sensitiva	5	1	6	5
23	Como Ferroada	Afetiva/Sensitiva	5	1,5	8	6,5
24	Que Cansa	Afetiva/Cognitiva	5	1	8	7
25	Tremenda	Afetiva/Cognitiva	5	0	8	8
26	Forte	Afetiva/Sensitiva	5	1,5	9,5	8
27	Que Perturba	Afetiva/Cognitiva	4,5	1	8	7
28	Considerável	Afetiva/Cognitiva	4	2	7	5
29	Progressiva	Afetiva/Cognitiva	4	0	5	5
30	Aflitiva	Afetiva/Cognitiva	4	0	5,5	5,5
31	Aguda	Afetiva/Sensitiva	4	1	7	6
32	Alarmante	Afetiva/Cognitiva	4	1	7	6
33	Desestimulante	Afetiva/Cognitiva	4	0	6	6
34	Recorrente	Afetiva/Sensitiva	4	0,25	7	6,75
35	Brutal	Afetiva/Cognitiva	4	1	8	7
36	Duradoura	Afetiva/Cognitiva	4	0	7	7
37	Fisgada	Afetiva/Sensitiva	4	0	7	7
38	Excessiva	Afetiva/Sensitiva	4	0	8	8
39	Localizada	Afetiva/Sensitiva	3,5	0	7	7
40	Aterrorizante	Afetiva/Cognitiva	3	0,5	6	5,5

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
41	Angustiante	Afetiva/Cognitiva	3	0	5,5	5,5
42	Como Choque	Afetiva/Sensitiva	3	0	5,5	5,5
43	Media	Afetiva/Cognitiva	3	0,5	6	5,5
44	Evidente	Afetiva/Cognitiva	3	0	5,75	5,75
45	Importuna	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
46	Limitante	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
47	Definida	Afetiva/Cognitiva	3	0	6	6
48	Complicada	Afetiva/Cognitiva	3	0	6,75	6,75
49	Pavorosa	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
50	Penetrante	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
51	Paralisante	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
52	Que Aperta	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
53	Pulsátil	Afetiva/Sensitiva	3	0	7	7
54	Debilitante	Afetiva/Cognitiva	3	0	7	7
55	Profunda	Afetiva/Sensitiva	3	0	7,75	7,75
56	Nauseante	Afetiva/Sensitiva	3	0	8	8
57	Assustadora	Afetiva/Cognitiva	2,5	0	7	7
58	Arrasadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	4,75	4,75
59	Constritiva	Afetiva/Sensitiva	2	0	4,75	4,75
60	Sufocante	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
61	Marcante	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
62	Que Espalha	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
65	Exagerada	Afetiva/Cognitiva	1,5	0	6	6
66	Doida	Afetiva/Sensitiva	1,5	0	6,75	6,75
67	Formidável	Afetiva/Cognitiva	1	0	3,5	3,5
68	Desesperadora	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
69	Apavorante	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
70	Inconstante	Afetiva/Cognitiva	1	0	4,75	4,75
71	Enlouquecedora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
72	Monstruosa	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
73	Amedrontadora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
74	Instável	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
75	Destruidora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5,75	5,75
76	Que Cega	Afetiva/Cognitiva	1	0	6	6
77	Prejudicial	Afetiva/Cognitiva	1	0	6	6
78	Como Picada	Afetiva/Sensitiva	1	0	6	6
79	Colossal	Afetiva/Cognitiva	0,5	0	4	4
80	Desumana	Afetiva/Cognitiva	0	0	0,5	0,5
81	Aniquiladora	Afetiva/Cognitiva	0	0	1	1
82	Alucinante	Afetiva/Cognitiva	0	0	1,5	1,5
83	Que Remói	Afetiva/Sensitiva	0	0	1,75	1,75
84	Desenfreada	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
85	Impertinente	Afetiva/Cognitiva	0	0	2	2
86	Ardente	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3
87	Martirizante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3,5	3,5

RANK	EUA	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
88	Impressionante	Afetiva/Cognitiva	0	0	3,5	3,5
89	Cortante	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
90	Gigantesca	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
91	Punhalada	Afetiva/Sensitiva	0	0	4	4
92	Maçante	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
93	Invariável	Afetiva/Cognitiva	0	0	4	4
94	Bloqueadora	Afetiva/Cognitiva	0	0	4,5	4,5
95	Fulminante	Afetiva/Sensitiva	0	0	5	5
96	Violenta	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
97	Feia	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
98	Assaltante	Afetiva/Cognitiva	0	0	5	5
99	Dilacerante	Afetiva/Sensitiva	0	0	5,5	5,5
100	Que Castiga	Afetiva/Cognitiva	0	0	5,5	5,5

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 10. Distribuição dos descritores de dor aguda ranqueados em ordem decrescente de acordo com os valores das medianas e suas respectivas variâncias-interquartis na amostra brasileira.

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
1	Desconfortável	Afetiva/Cognitiva	6	3	8	5
2	Desagradável	Afetiva/Cognitiva	6	3	8	5
3	Importuna	Afetiva/Cognitiva	5	3	7	4
4	Irritante	Afetiva/Cognitiva	5	3	7	4
5	Que Perturba	Afetiva/Cognitiva	5	3	7	4
6	Incomoda	Afetiva/Cognitiva	5	3,75	8	4,25
7	Angustiante	Afetiva/Cognitiva	5	2	7	5
8	Aflitiva	Afetiva/Cognitiva	5	2	7	5
9	Dolorosa	Afetiva/Sensitiva	5	2	7	5
10	Chata	Afetiva/Cognitiva	5	3	8	5
11	Desestimulante	Afetiva/Cognitiva	5	3	8	5
12	Recorrente	Afetiva/Sensitiva	5	1,75	7,25	5,5
13	Localizada	Afetiva/Sensitiva	4,5	1	6,25	5,25
14	Debilitante	Afetiva/Cognitiva	4,5	1	7	6
15	Profunda	Afetiva/Sensitiva	4	2	6	4
16	Aguda	Afetiva/Sensitiva	4	2	6	4
17	Terrível	Afetiva/Cognitiva	4	2	7	5
18	Desesperadora	Afetiva/Cognitiva	4	1	6	5
19	Intensa	Afetiva/Sensitiva	4	2	7	5
20	Martirizante	Afetiva/Cognitiva	4	1	6	5
21	Continua	Afetiva/Sensitiva	4	1	6	5
22	Que Cansa	Afetiva/Cognitiva	4	2	7	5

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
23	Prejudicial	Afetiva/Cognitiva	4	2	7	5
24	Instável	Afetiva/Cognitiva	4	0,75	6	5,25
25	Considerável	Afetiva/Cognitiva	4	2	8	6
26	Latejante	Afetiva/Sensitiva	4	0	7	7
27	Súbita	Afetiva/Sensitiva	4	1	8	7
28	Impertinente	Afetiva/Cognitiva	4	1	8	7
29	Evidente	Afetiva/Cognitiva	3	2	5	3
30	Insuportável	Afetiva/Cognitiva	3	1	5	4
31	Forte	Afetiva/Sensitiva	3	2	6	4
32	Penetrante	Afetiva/Sensitiva	3	1	5	4
33	Constante	Afetiva/Sensitiva	3	1	5	4
34	Progressiva	Afetiva/Cognitiva	3	1	5	4
35	Estranha	Afetiva/Cognitiva	3	1	5	4
36	Excessiva	Afetiva/Sensitiva	3	1	6	5
37	Sufocante	Afetiva/Sensitiva	3	0	5	5
38	Limitante	Afetiva/Cognitiva	3	1	6	5
39	Estafante	Afetiva/Cognitiva	3	0	5	5
40	Duradoura	Afetiva/Cognitiva	3	2	7	5
41	Inconstante	Afetiva/Cognitiva	3	1	6,25	5,25
42	Amedrontadora	Afetiva/Cognitiva	3	0	6	6
43	Fatigante	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
44	Feia	Afetiva/Cognitiva	3	0	6	6
45	Que Aperta	Afetiva/Sensitiva	3	0	6	6
46	Preocupante	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
47	Maçante	Afetiva/Cognitiva	3	1	7	6
48	Definida	Afetiva/Cognitiva	3	1	8	7
49	Enlouquecedora	Afetiva/Cognitiva	2	0	4	4
50	Assustadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	4	4
51	Impressionante	Afetiva/Cognitiva	2	1	5	4
52	Intermitente	Afetiva/Sensitiva	2	1	5	4
53	Tremenda	Afetiva/Cognitiva	2	1	6	5
54	Fulminante	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
55	Monstruosa	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
56	Dilacerante	Afetiva/Sensitiva	2	1	6	5
57	Esmagadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
58	Desumana	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
59	Pavorosa	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
60	Violenta	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
61	Apavorante	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
62	Aterrorizante	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
63	Ardente	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
64	Agressiva	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
65	Que Remói	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
66	Miserável	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
67	Doida	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5

RANK	Brasil	Dimensão	Mediana	Quartil 1	Quartil 3	Variância Interquartil
68	Constritiva	Afetiva/Sensitiva	2	0	5	5
69	Media	Afetiva/Cognitiva	2	0	5	5
70	Que Castiga	Afetiva/Cognitiva	2	0	5,5	5,5
71	Arrasadora	Afetiva/Cognitiva	2	0	6	6
72	Gigantesca	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
73	Alarmante	Afetiva/Cognitiva	2	0	6	6
74	Que Repuxa	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
75	Pulsátil	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
76	Complicada	Afetiva/Cognitiva	2	1	7	6
77	Bloqueadora	Afetiva/Cognitiva	2	1	7	6
78	Nauseante	Afetiva/Sensitiva	2	0	6	6
79	Exagerada	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
80	Marcante	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
81	Assaltante	Afetiva/Cognitiva	2	0	7	7
82	Fisgada	Afetiva/Sensitiva	1,5	0	3,25	3,25
83	Invariável	Afetiva/Cognitiva	1,5	0	5,25	5,25
84	Aniquiladora	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
85	Brutal	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
86	Alucinante	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
87	Paralisante	Afetiva/Cognitiva	1	0	4	4
88	Punhalada	Afetiva/Sensitiva	1	0	4	4
89	Que Cega	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
90	Destruidora	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
91	Cortante	Afetiva/Sensitiva	1	0	5	5
92	Desenfreada	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
93	Formidável	Afetiva/Cognitiva	1	0	5	5
94	Que Espalha	Afetiva/Sensitiva	1	0	5	5
95	Colossal	Afetiva/Cognitiva	1	0	6	6
96	Que Queima	Afetiva/Sensitiva	1	0	6	6
97	Como Picada	Afetiva/Sensitiva	0,5	0	3	3
98	Como Choque	Afetiva/Sensitiva	0,5	0	4	4
99	Como Facada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3
100	Como Ferroada	Afetiva/Sensitiva	0	0	3	3

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Os resultados referentes à distribuição dos descritores da EMADOR/MPES aplicados nas amostras do Brasil e dos Estados Unidos, apontam escores mais elevados para os descritores de dor crônica e de dor aguda na amostra brasileira. Decorrente desta tendência, foi realizado teste não paramétrico de Mann-Whitney para identificar se houve diferença estatística significativa para tais valores. Relativo à dor crônica, houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$), indicando que, os valores atribuídos aos

descritores na amostra do Brasil foram maiores do que os atribuídos na amostra dos Estados Unidos. Já em relação à dor aguda, apesar de a amostra do Brasil apresentar maiores escores, não houve diferença estatística significativa entre os resultados dos dois países ($p < 0,05$) (Ver Tabela 11).

Tabela 11. Valores do Teste Mann-Whitney para dor crônica e aguda

Dor Crônica				Dor Aguda			
País	Nº Descritores	Média dos Ranks das Medianas	p	País	Nº Descritores	Média dos Ranks das Medianas	p
Brasil	100	99.36		Brasil	100	123.05	
EUA	100	101.65		EUA	100	77.95	
Total	200		0.777	Total	200		0.000

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Constata-se nesse estudo que, a diferença entre os escores, tanto para os descritores de dor crônica, quanto os de dor aguda, pode estar relacionada às divergências culturais existentes, entre as nações Brasil e Estados Unidos da América. Além disso, tais diferenças refletem na subjetividade da dor, visto que, embora as amostras sejam de participantes com aspectos em comum, no caso, cuidadores de idosos e estudantes de enfermagem, de ambos os países, a expressão álgica de cada participante tem suas subjetividades. Ademais, conforme descrito, no item 1.2 Dor e Cultura desse estudo e, destacado por Blackwell, Lucas e Clarke (2014), a questão cultural é apontada como algo que influencia na expressão dolorosa.

Observa-se que, dentre os descritores de dor crônica na amostra dos EUA com maior atribuição, observa-se que, apenas 03 são da dimensão Afetiva/Sensitiva e na amostra do Brasil, apenas 01 pertence a essa dimensão. Os descritores "Chata" (Afetiva/Cognitiva), "Incomoda" (Afetiva/Cognitiva), "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva), "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva), "Irritante" (Afetiva/Cognitiva) e "Persistente" (Afetiva/Cognitiva) foram comuns às duas amostras, diferenciando-se somente no valor do escore atribuído. No Brasil, os números da escala utilizados foram em média 02 ou 03 pontos mais altos.

Além disso, é interessante notar que, os descritores "Constante" e "Estafante" possuem significados similares aos "Cansativo" e "Persistente", sendo que, os dois primeiros foram atribuídos dentre os de maior atribuição, na amostra de participantes

brasileiros e os dois últimos foram atribuídos dentre os de maior atribuição, na amostra de participantes norte-americanos, todos os quatro pertencentes à dimensão Afetiva/Cognitiva. Compreende-se que, apesar das diferenças culturais, o significado da experiência álgica foi expresso, por meio de descritores com significados similares, constantes da EMADOR/MPES foram atribuídos pelos participantes.

Uma possível articulação para compreensão das semelhanças entre os descritores referidos pelas amostras dos dois países deve-se ao fato de, ainda que existam, diversidades culturais, o Brasil e outros países do terceiro mundo sofreram influências da Grã-Bretanha, antes da Segunda Guerra Mundial, somando-se, posteriormente à influência dos Estados Unidos no que se refere à disseminação da língua, a qual carregou e carrega consigo, além de aspectos linguísticos, de valores culturais e de ideologias políticas e sociais. Esse alastramento intensificou-se ainda mais, com a expansão tecnológica da televisão nos anos 50, a qual viabilizou o compartilhamento de músicas e de filmes, dentre outros produtos de consumo ingleses e estadunidenses, que começaram a integrar a vida dos brasileiros (GARCIA, 2002; TOTA, 2000).

Além disso, sendo os Estados Unidos um país em destaque mundial, sua língua por exemplo, aparece com maior notoriedade em materiais virtuais e em cinema. Investimentos em propagandas desse idioma e cultura são frequentes, tendo como objetivo angariar vantagens políticas, socioeconômicas e culturais, ligadas ou não, ao estudo e ao conhecimento da língua e aos setores que promovem e que comercializam produtos (TORELLI, FELICIO, CÂMARA, 2012).

Como descrito, constata-se idioma e cultura como aspectos indissociáveis, visto que, as línguas são herdadas e transmitidas de sociedade para sociedade, concomitantemente com as culturas que lhes são suporte (FURTADO et. al., 2006; DUBOIS, 1973). É por meio da linguagem que a realidade cultural é expressa, sendo um meio que propicia interação social. Para Justina (2006), a cultura influencia o idioma e este, a cultura, sendo as crenças delineadas pela cultura (práticas sociais) e pela língua (práticas comunicativas).

Tomando por pressuposto que, idioma está totalmente ligado à cultura e que, existe grande influência da cultura norte americana no Brasil, pode-se inferir que, as semelhanças dentre alguns dos descritores de maior atribuição, para participantes de ambos os países, pode ser devido às amostras dessas culturas valorizarem aspectos semelhantes.

Em estudo qualitativo com objetivo de conhecer aspectos comuns e diferentes em relação à cultura brasileira e norte americana, foi utilizado análise de conteúdo a partir de entrevistas individuais com 06 participantes. Observou-se que, em muitos aspectos, a cultura brasileira reproduz a cultura norte-americana, revelando inclusive, a tendência de brasileiros abandonarem a sua identidade por espelharem-se na cultura estrangeira (ALENCAR-RODRIGUES, STREY, PEREIRA, 2007).

Partindo da perspectiva de que o fenômeno doloroso implica também numa realidade sócio cultural, constata-se cada vez mais que, a dor não pode ser associada a um mecanismo neurofisiológico apenas, mas também ligada a componentes psíquicos e sociais, na maneira que é percebida, sentida e vivenciada. Assim a percepção da dor pelo ser humano, depende do significado que a ela é atribuído pelo coletivo também (SARTI, 2001).

Os indivíduos apenas estabelecem significados de suas experiências, como a dor, por exemplo, mediante as referências coletivas. Ou seja, não existe realidade social sem significado subjetivo para os que nela vivem, e o significado de cada ato individual, cotidiano e singular, só existe como produto do que lhe é fornecido na sociedade. Nesta concepção, o mundo, considerando-se logicamente, a complementariedade do objetivo com o subjetivo, demarca a realidade por meio da simbolização (SARTI, 2001).

Experiências vivenciadas por cada ser humano, seu modo de ser, de sentir ou de agir, são relacionados à sociedade à qual pertencem. Mesmo que subjetivo, o significado de qualquer experiência humana é invariavelmente elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida. Assim, pode-se pensar a singularidade da dor, como a relação entre o indivíduo e a sociedade (SARTI, 2001).

A dor ainda é simbolizada como realidade social, de acordo com os diferentes lugares sociais aos quais pertencem os indivíduos. Dentro de uma mesma sociedade, por exemplo, existem condições sociais diferenciadas para cada sujeito, mediante as clivagens sociais, dentre elas, as de gênero, as de classe e as de etnia, qualificando a realidade da dor e, dessa forma, a tolerância a ela depende daquilo que o indivíduo espera como sendo seu lugar social (SARTI, 2001).

Pensando-se nessa concepção de lugar social, o mundo pode ser dividido em duas grandes realidades, o mundo do ocidente e o do oriente. Helman (1994) aponta por exemplo, que em culturas não ocidentais, a dor é comumente encarada como infortúnio, ligada aos múltiplos sofrimentos. Consequentemente, nessas sociedades, as pessoas

com dor têm como causa comum, a “punição divina” ou a “feitiçaria” e a “reza”, a “penitência” e o “exorcismo” como maneiras de manejo. Tais sociedades também incluem o estresse emocional e conflitos interpessoais no sofrimento, e frequentemente descrevem a dor como física, conforme as expressões “ele me machucou”, “ela me feriu profundamente”, “este foi um comentário mordaz”, “uma simples alfinetada”, “isso foi um golpe para mim”, “dor no coração”, “alma torturada”, dentre outros.

Observa-se que, tanto para dor crônica, quanto para dor aguda, descritores da EMADOR/MPES, relacionados ao infortúnio foram menos atribuídos para todas as amostras desse estudo. Porém, descritores relacionados aos aspectos emocionais, tais como “Chata”, “Incômoda”, “Irritante”, “Desagradável”, “Importuna”, “Desgastante”, tiveram escores elevados no estudo, revelando que, não somente em culturas orientais, como referido por Helman (1994), os sujeitos se utilizam de linguagem metafórica para expressarem suas dores, mas também, em cultura ocidental, como revelado pelas amostras do presente estudo no Brasil e nos EUA.

A linguagem como um dos meios do ser humano expressar a dor é abordada por Alencar (2014), quando ele descreve que ela contém em si jogos de linguagem e atividades socioculturais linguisticamente constituídos e regulados por suas gramáticas na dinamicidade da história.

Helman (1994) também descreve que, em sociedades ocidentais, embora a medicina considere a multidimensionalidade da dor, as atitudes referentes ao fenômeno álgico geralmente desconsideram elementos sociais, morais e psicológicos. A partir dos achados desse estudo percebe-se, pela dimensão e pela atribuição dada aos descritores, que atualmente, fazem-se necessárias mudanças atitudinais dos profissionais, diante do fenômeno doloroso, visto que, tais elementos sociais, morais e psicológicos ficam evidentes na expressão da dor pelos participantes, e por isso precisam ser considerados para o devido manejo.

Referente ao manejo álgico, em um estudo com objetivo de identificar aspectos da influência cultural na dor de paciente cirúrgico, entrevistas revelaram comportamentos que denotaram conhecimento cultural ou experiências anteriores dos participantes como estratégias de manejo álgico. Os relatos revelaram valores originados no convívio familiar e social sobre medicamentos caseiros associados às crenças religiosas, à medicina alopática, além de aos comportamentos diferentes e contraditórios, conforme descrito pelas pesquisadoras Pereira e Zago (1998, p.149):

> AG: Fiquei quieto e pedi remédio... A enfermeira sempre fala para ficar quieto que a dor passa. Outras vezes dá uma viradinha, conserta o corpo, aí volta de novo... eu acredito em chás. Por exemplo: quando chegar em casa, vou banhar minha perna para desinchar com beladona. Ferve e faz um emplasto com pano em água quente. Ajuda muito! Um chá caseiro também ajuda. Já usei e resolveu. Mas no meu caso, nem banho, nem remédio caseiro iria adiantar, só a medicina mesmo! Primeiro lugar é DEUS, segundo é a medicina e depois vem essas coisinhas: bainho, cházinho...
> AL: Me deram um remédio e foi passando aos poucos. A dor apertava tanto que a moça da recuperação falou para eu ficar calmo... Eu falei que estava com a dor e eles me deram remédio e passou. Acredito em remédio, mas chá, essas coisas não resolve. Nunca me ensinaram nada e mesmo que ensine eu não vou fazer, porque não tenho confiança. Eu rezo, mas eu procuro um médico"...).

Outro estudo também discutiu estratégias de manejo da dor, demarcando questões culturais pautadas em crenças sobre o uso de medicamentos alopáticos e de naturais, não convencionais, como por exemplo, o uso de pó de cobra assada e de mastruz com babosa (COSTA E CHAVES, 2012).

É interessante notar que, em ambas as investigações descritas, estratégias relacionadas à intervenção profissional e ao conhecimento cultural, como o uso de receitas caseiras e/ou espiritualidade, destacaram-se como recursos valorizados pelos participantes. Cabe ressaltar a importância sobre atitudes profissionais em relação à compreensão da dor enquanto fenômeno multidimensional, coerente com o conceito de dor total. Compreende-se portanto que, independente da cultura, o manejo da dor com êxito, depende da interação entre a pessoa com dor e o profissional de saúde, que possibilite tal compreensão.

Apreendendo o fenômeno álgico na perspectiva da dor total (SAUNDERS, 1964), caracterizado pela sua multidimensionalidade (MARQUEZ, 2011; FALEIROS SOUSA et. al., 2010), optou-se para discussão desse estudo categorizar os descritores de dor da EMADOR/MPES conforme suas dimensões, formando-se as díades Afetiva/Sensitiva e Afetiva/Cognitiva. Dessa forma, alguns descritores carregam predominantemente, junto ao componente afetivo, o componente sensitivo, enquanto outros, o componente cognitivo.

O contexto do vocábulo afetividade reúne ilimitados conteúdos psicológicos como tristeza, amor, paixão, inveja, desesperança, além de estados de ânimo e caracteriza-se como organização viva, que aloja em si mesmo um rol de significados e de conteúdos próprios (MOURA SIQUEIRA, 2013). Assim, nesse estudo, compreende-

se que todos os descritores de dor da EMADOR/MPES contêm em seus significados tais acepções psicológicas.

Quando o sujeito menciona um descritor de dor, refere além do conteúdo da dor, todo o conteúdo emocional, presente na sua relação com a dor e com toda a dor contida nas relações entre as pessoas que estão envolvidas no fenômeno. Em outros termos, na comunicação humana todo conteúdo transmitido está ligado às relações entre indivíduos (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967).

Além do componente afetivo associado aos descritores de dor, há o componente sensitivo e, optou-se por este termo ao invés de sensorial, pelos argumentos fundamentados na própria definição contextualizada a seguir, segundo os dicionários Michaelis (2009) e de psicologia da The American Psychological Association (APA) (VANDENBOS, 2010) e por entender, inclusive, que o componente sensitivo guarda as propriedades do sensorial.

O componente sensorial é caracterizado quando o descritor passa a impressão metafórica de algo mais concreto, "relativo aos sentidos, à sensação ou a uma parte de todo o aparelho mental e suas estruturas de apoio que estão envolvidas em qualquer um destes" (VANDEBOS, 2010). O componente sensitivo da dimensão afetiva/sensitiva é caracterizado como sendo o "que recebe ou transmite impressões dos sentidos: Nervos sensitivos, que seja prontamente afetado por agentes ou influências exteriores, que responde à estimulações que causam sentimento ou estímulo; pungente, que se impressiona vivamente"(MICHAELIS, 2009).

Já o terceiro componente associado às dimensões da EMADOR/MPES, é o cognitivo, da dimensão Afetiva/Cognitiva. Este é caracterizado quando o descritor está "relacionado a todas as formas de conhecimento e de consciência, tais como perceber, conceber, lembrar, raciocinar, julgar, imaginar e resolver problemas de um indivíduo" (VANDEBOS, 2010).

Conforme descrito em estudo de Faleiros Sousa et al. (2016), a dimensão afetiva/sensitiva, refere-se à sensação física do evento doloroso, diferentemente da caracterização Afetiva/Cognitiva da dor, na qual há, além da natureza emocional, explicação, racionalização e intelectualização do evento mencionado.

Para melhor compreensão da formação das díades Afetiva/Sensitiva e Afetiva/Cognitiva, um exemplo interessante seria a dor de uma queimadura grave no braço, a qual é mencionada por Nasio (2008). Ele relaciona essa dor ao rompimento das barreiras psíquicas, que influencia no processo de surgimento álgico. Para o autor, após

o contato do braço com uma superfície quente, o sujeito experiencia uma dor oriunda de alguma perturbação interior. A dor é sentida devido a alguma excessiva excitação de energia, originária de alguma zona corporal periférica e então, passa a ser percebida pelo sujeito. Desse modo, qualquer lesão é identificada pelo eu, como uma agressão do mundo exterior. Duas sensações heterogêneas são percebidas ao mesmo tempo pelo sujeito, uma dor externa, procedente da lesão, e um incômodo interno. Para além da sensação dolorosa da região lesada, ao sentir a dor, o sujeito cria uma imagem psíquica do braço em carne viva. Tal representação mnêmonica da lesão fixa a dor experimentada num lugar específico do corpo.

A representação interna da dor provoca o desequilíbrio homeostático do sistema psíquico, de modo que, o sujeito perceba seu transtorno como uma perturbação pulsional, em consonância com o que Freud propôs sobre a dor e a libido. A imagem interna da dor provoca uma lembrança na memória e no inconsciente. Essa lembrança pode aparecer em outro momento e em outro lugar, como uma dor psicogênica, uma manifestação psicossomática ou como um afeto. Como estratégia de defesa, o sujeito tenta elaborar um auto curativo para a representação psíquica da dor, passando para a lesão, a energia que dispõe para neutralizar o fluxo contínuo de excitação dolorosa. Assim, nota-se que, a resposta a uma dor física não é somente fisiológica, mas comporta, também, ordem psíquica (NASIO, 2008).

Desta mesma perspectiva exposta, Dupim (2015) descreve que, a relação de cada indivíduo com a dor depende do significado atribuído por esse, no momento em que, é afetado por tal evento. Entende que, a dor não é puramente física, mas compreende uma percepção simbólica pelo sujeito, tornando-se este ativo no processo, pelo fato de representar e dar significado a sua dor, o que a torna fenômeno singular, de acordo com o contexto pessoal de cada um.

A partir das teorias psicológicas de Gagné, Ausubel, Wallon e Piaget, Corrêa (2008) compreende que a afetividade/emoção é o elemento importante nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento humano, uma vez que, todo contato estabelecido pelos indivíduos com as pessoas ao seu redor, desde o nascimento, é constituído também de emoções. Assim, a afetividade possui papel fundamental no desenvolvimento da pessoa, pois é por meio dela que o ser humano demonstra seus desejos e suas vontades. Pode-se dizer ainda que, é por meio da afetividade que o ser humano demonstra também suas dores.

Após analisar os diferentes estágios do desenvolvimento humano propostos por Piaget, Corrêa (2008) descreve que, as dimensões cognitiva e afetiva são indissociáveis, tanto do ponto de vista do funcionamento, quanto do desenvolvimento humano, já que, ambas as dimensões desenvolvem-se simultaneamente e influenciam-se mutuamente, possuindo igual importância, conforme apresentado nas dimensões dos descritores da EMADOR/MPES, propostos nesse estudo.

Contudo, subentende-se que, o sujeito psicológico transmite o produto de sua ação psíquica em qualidade valorativa, sendo que, a dor emparelhada pelo ser humano, está imersa na complexidade do universo de significado simbólico e de atribuição de qualidades subjetivas, as quais estão intrínsecas às pessoas, aos objetos e aos locais das experiências (PINTO, 2005). Entende-se, portanto, que a dimensão afetiva perpassa pela dimensão cognitiva e pela sensitiva e que a dor carrega sofrimento psíquico importante (afeto).

Um estudo interessante que destaca o componente afetivo na expressão dolorosa, e que fortalece a compreensão das dimensões da dor, apresentada no presente estudo, é o de Costa e Chaves (2012), os quais avaliaram a dor crônica e a aguda em pacientes oncológicos que estiveram em tratamento quimioterápico em uma cidade do Brasil. Utilizaram dentre os instrumentos de medida o questionário McGill, sendo que os descritores mais escolhidos pelos participantes foram latejante, pontada, agulhada, fina, beliscão, calor, ferroada, dolorida, sensível, cansativa, enjoada, amedrontadora, atormenta, miserável, fria, aborrecida, fisgada, queimação, ardor, que incomoda, atravessa e rasga. Em relação às dimensões, os pesquisadores constataram que, mesmo sendo a dimensão sensorial a mais escolhida, seguida pela afetiva, avaliativa e miscelânea, os descritores apresentados com mais intensidade foram os do componente afetivo (COSTA; CHAVES, 2012).

Assim, concernente à discussão das dimensões dos descritores da EMADOR/MPES atribuídos pelos participantes, seguem alguns estudos que corroboram com os resultados da presente investigação.

Comparando-se os resultados deste estudo com os do estudo realizado por Lippi (2011), a qual também utilizou a EMADOR como instrumento de avaliação de dor em três diferentes amostras, sendo a de câncer digestivo, a de câncer de mama e a de câncer de próstata. Constatou-se semelhanças quanto aos descritores “Desconfortável” (Afetiva/Cognitiva), “Chata” (Afetiva/Cognitiva), “Dolorosa” (Afetiva/Sensitiva), “Incômoda” (Afetiva/Cognitiva), “Desagradável” (Afetiva/Cognitiva), e “Cansativa”

(Afetiva/Cognitiva) apresentados dentre os descritores de maior atribuição, para todas as amostras de ambos os estudos.

Os 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 descritores de maior atribuição, tanto na amostra desse estudo quanto no estudo realizado por Pedrosa et al. (2014), no qual foi utilizada a EMADOR para avaliação de pessoas com dor crônica isquêmica.

Comparado ao estudo de Saltareli et al. (2008), cuja amostra foi composta por participantes com fibromialgia, utilizando a EMADOR como instrumento de avaliação de dor, os descritores de dor crônica semelhantes, referidos dentre os dez de maior atribuição na amostra desse estudo e na amostra do estudo citado, quais sejam, os descritores "Persistente" (Afetiva/Cognitiva), "Incômoda" (Afetiva/Cognitiva), "Chata" (Afetiva/Cognitiva), "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva) e "Desconfortável" (Afetiva/Cognitiva).

O estudo, realizado por Moura-Siqueira (2013), teve objetivo caracterizar a dor crônica e a aguda em crianças e adolescentes entre 05 e 18 anos. Dentre os 05 descritores de maior atribuição, para dor crônica, 04 foram observados também no presente estudo, quais sejam, "Dolorosa" (Afetiva/Sensitiva), "Desagradável" (Afetiva/Cognitiva), "Chata" (Afetiva/Cognitiva) e "Desconfortável" (Afetiva/Cognitiva).

Nos estudos citados e no presente estudo, a maioria dos descritores de maior atribuição à expressão álgica, está alocado na dimensão Afetiva/Cognitiva. Referente a essa dimensão, uma interessante discussão do estudo de Faleiros Sousa et al. (2016), diz respeito à afetividade na organização do pensamento humano, descrito como a interconexão entre as relações lógicas, racionais e emocionais e a compreensão do humano como ser cognitivo-afetivo que pensa, sente e tem afeto.

A literatura dispõe de outros estudos sobre a expressão dolorosa, utilizando-se de diferentes escalas multidimensionais, que podem ser comparados ao presente estudo. Dentre tais, pode-se citar a investigação de Braga et al. (2012), os quais verificaram a experiência álgica de 203 estudantes universitários brasileiros, utilizando Questionário de McGill-LFA como instrumento de medida. Os resultados revelaram que, os descritores escolhidos para expressar as dores dos estudantes foram latejante (74,3%),

pontada (62,9%), enjoada (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%).

Silva et al. (2011) também desenvolveram estudo no Brasil com 211 estudantes universitários de enfermagem, com objetivo de caracterizar a dor, segundo a qualidade. Utilizaram o questionário de McGill. A expressão da dor demonstrada pelo uso de descritores com maiores escores para subgrupo Sensitivo-discriminativo foram "Latejante", "Pontada" e "Aperto"; para o Afetivo-motivacional foram "Cansativa" e "Enjoada"; para o Cognitivo-avaliativo foi "Que incomoda" e para o Agrupamento misto foi "Aperta".

Corroborando com o atual estudo, nota-se que, apesar das diferentes definições relativas às dimensões do questionário McGill-LFA, quais sejam sensitiva, afetiva, avaliativa e mista, e às dimensões da EMADOR/MPES, cujas díades são Afetiva/Sentitiva ou Afetiva/Cognitiva, a qualidade da dor expressada pelos participantes, por meio dos descritores dessas escalas, revelou a presença do fator multidimensional para dor crônica.

Na presente investigação, observa-se que, as medianas dos escores de dor aguda, na amostra norte americana foram maiores que, as medianas dos escores para dor crônica. Corroborando esses dados, estudo sobre dor aguda pós-cirúrgica, menciona que, mesmo em países desenvolvidos, a prevalência álgica é elevada, aumentando a morbidade perioperatória, a mortalidade, o aumento do tempo de internação hospitalar e os custos, além da diminuição da qualidade de vida das pessoas com dor (PEREZ-GUERRERO, 2017).

No tocante à prevalência da dor aguda, por meio de revisão sistemática foram agrupadas investigações de vários países, no período entre 1992 e 2011, com objetivo de estabelecer a prevalência de dor aguda, para adultos em ambiente hospitalar e unidades médicas, bem como, identificar a quantidade de dor relatada. Constatou-se que, a dor era comum dentre as pessoas internadas em hospitais, sendo intensa em 36% dos entrevistados, revelando-se como fardo elevado para metade dos usuários de unidades médicas especializadas (GREGORY; MCGOWAN, 2016).

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) considera a dor aguda como grave problema de saúde pública, que muitas vezes progride para dor crônica, decorrente principalmente do período pós-operatório ou doenças e condições, como a dor de dente e a cólica menstrual, por exemplo, que podem causar impacto emocional. A SBED também ressalta que, mesmo sabendo das possibilidades de manejo, elevado

número de pessoas queixam-se de dor aguda no Brasil e no mundo e, muitos desses ficam desassistidos (SBED, 2017).

Perez-Guerreiro (2017) compreendem que, a qualidade do manejo da dor depende do conhecimento, das atitudes e das habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto, e o pouco conhecimento e inexperiência sobre dor, por parte desses profissionais, os levam a considerá-la "normal" e, geralmente a manejá-la de acordo com protocolos de atendimentos institucionais, descaracterizando a singularidade da mesma. Dessa forma, os estudiosos enfatizam necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais, para melhorar a qualidade da assistência às pessoas com dor.

Kent et al. (2017) também salientam o aspecto negativo gerado pelo manejo álgico inadequado da dor aguda, o que contribui para a evolução de sua cronicidade. Além disso, expõem que, mesmo com o advento de multiplas estratégias analgésicas modernas, muitas pessoas ainda sofrem de dor aguda significativa.

Em relação à discussão sobre os descritores e suas dimensões na dor aguda, quando da comparação deste estudo com o de Pereira e Faleiros Sousa (2007), cujo objetivo foi avaliar dor pós-operatória em 48 participantes, utilizando a EMADOR, os resultados apontaram semelhanças entre os 20 descritores de maior atribuição de ambos os estudos para os descritores “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) na amostra de norte americanos.

Assim como na dor crônica houve predomínio de descritores de maior atribuição para os descritores da díade Afetiva/Cognitiva, esse resultado reforça a importância de se compreender a dor, como fenômeno que extrapole a sensação física e seja compreendido também, na perspectiva das emoções e dos pensamentos, bem como, realça a necessidade de implementação de estratégias específicas a cada indivíduo com experiência álgica, também destacada na SBED (2017).

Constatada a importância da dimensão Afetiva/Cognitiva neste e outros estudos da literatura sobre a experiência dolorosa, fica evidente a importância dos profissionais de saúde, que lidam com pessoas com tais demandas, de considerarem as respostas álgicas desses, visto que, os pensamentos dessas pessoas com dor crônica ou aguda, estão focados na compreensão de suas dores. Assim, os profissionais precisam

desenvolver, juntamente com essas pessoas, manejos nos níveis de ideias e de afetos (FALEIROS SOUSA et. al., 2016).

Corroborando com a ideia de que o pensamento dos que percebem o evento álgico é mais complexo e extrapola a questão sensitiva, Alencar-Rodrigues, Strey e Pereira (2007), descrevem que, geralmente os sentimentos afetam o juízo crítico dos indivíduos, levando-os, muitas vezes, a resolver problemas concretos, em termos pessoais, utilizando-se raciocínio emocional de uma cultura, ao invés de racional.

De modo geral, compreende-se que, o fenômeno álgico faz parte da existência humana e que, a expressão dolorosa está imersa em sensações, pensamentos, emoções e afetos vivenciados pelas pessoas (BARREO; MORATO; CALDAS, 2013).

Constata-se assim que, nos diferentes contextos, as respostas dadas pelos participantes do estudo por meio de descritores da EMADOR/MPES apontaram para a subjetividade da dor e para sua multidimensionalidade discutida ao longo do estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizou-se neste estudo a adaptação transcultural da EMADOR/MPES, etapa essencial do processo de validação de escalas. Conforme apontado pela literatura, as adaptações transculturais de instrumentos, têm crescido nos últimos anos (Carvalho et al. 2016; Alexandre, Coluci 2002; Gambaro et al., 2008; Barroso et al., 2015) revelando que, estudos dessa natureza são importantes para elevar a qualidade da saúde das pessoas pois, pesquisadores e profissionais de saúde, precisam de instrumentos de medidas confiáveis e apropriados para os diferentes contextos e as diferentes populações (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

As adaptações de instrumentos são interessantes por possibilitarem estudos transculturais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), tendo em vista, ampliar compreensão de fenômenos que ocorrem em diversos lugares. Decorrente desse estudo, por exemplo, houve possibilidade de comparação do fenômeno álgico entre participantes de amostras do Brasil e dos EUA.

Os resultados desse estudo geraram e podem gerar ricas discussões, favoráveis ao desenvolvimento de estratégias inovadoras para o manejo da dor. Porém, cabe ressaltar que, os resultados da adaptação da EMADOR/MPES, indicam adequação da equivalência entre as versões original e em inglês considerando as variações culturais. No entanto, o processo de validação da escala na versão em inglês – MPES precisa ser realizado e analisado por procedimentos e propriedades psicofísicas e assim tornar-se uma escala válida no contexto norte americano, para ser também tal como no Brasil, utilizada no âmbito da pesquisa e da clínica nos Estados Unidos da América.

Observou-se que, tanto a dor aguda quanto a dor crônica faz-se presente em grupos de estudantes universitários de enfermagem e cuidadores de idosos, seja nos Estados Unidos da América ou no Brasil e que tem sido utilizados medicamentos para alívio da dor em ambas as culturas, porém, de acordo com os resultados, e apesar disso os participantes atribuem descritores de dor da EMADOR/MPES, revelando a existência da mesma.

Considerando a dor fenômeno presente no decorrer da vida do ser humano, em todas as etapas do ciclo vital, é importante que, na qualidade de experienciadores de dor e de profissionais de saúde inseridos no campo da prática clínica, da pesquisa e do ensino, faça-se imprescindível o respeito à singularidade da dor do outro. Para tal, pode-se iniciar a partir de avaliação fidedigna na qual, considere-se a dor em suas múltiplas

dimensões, de modo a gerar possibilidades de manejos mais criativos e variados, que respeitem a autenticidade de viver de cada um.

Relativo ao aspecto a dor do outro, um ponto interessante destacado por Sarti (2001) refere-se ao pouco que, se pode saber sobre ela, devido a sua característica subjetiva e, ao quanto a singularidade do sujeito pode ser revelada por meio da dor, entendendo que, simultaneamente expressões dolorosas, particularidades da cultura e das condições humanas são manifestadas. Dessa forma, sendo a dor culturalmente constituída, (SARTI, 2001; ESPADINHA; SANTOS, 2012) ressaltam que a utilização da EMADOR/MPES é importante por possibilitar avaliação em diferentes culturas, viabilizando diferentes simbolizações e significados à dor, por meio de uso de seus descritores.

Compreende-se que, essas distintas significações atribuídas as diferentes dores de diferentes pessoas em diferentes contextos, podem propiciar expansão da consciência humana a respeito dos padrões culturais de reações frente à dor de diferentes regiões e consequentemente avanços das estratégias no manejo da mesma.

Compreende-se que, ao utilizar a EMADOR/MPES como um instrumento de avaliação álgica, os indivíduos que respondem à escala, podem beneficiar-se da mesma, pela reflexão que esta promove. Ao ler o descritor, os participantes precisam refletir sobre suas próprias percepções e estarem cientes de suas situações, antes de assinalarem a escala. Este processo de tornar-se consciente de sua situação é interessante porque, consoante com Waterkemper, Reibnitz e Monticelli (2010), a consciência coloca o ser humano de frente com sua realidade, contribuindo para o desenvolvimento de novas possibilidades do existir. Além disso, de acordo com tais estudiosos, o homem ciente é capaz de desafiar os problemas, compartilhar suas experiências e sua consciência no diálogo com os outros permitindo-lhes ressignificações constantes dos contextos e a continuidade da vida.

Por meio da EMADOR/MPES pode torna-se possível aos profissionais de saúde, avaliarem a dor das pessoas a partir de suas perspectivas cultural e individual, conforme descrito por Espadinha e Santos (2012). Dessa maneira, tais profissionais podem estar mais bem preparados para ultrapassarem limites, os quais geralmente causam sofrimentos desnecessários e desigualdades no manejo à pessoa com dor.

Ademais, conforme estudo de Bottega e Fontana (2010), por meio do uso de escala analógica visual para avaliação de dor, profissionais de saúde alteraram suas percepções e compreenderam o fenômeno doloroso, como o quinto sinal vital,

favorecendo tomadas de decisões e manejo mais humanizado, relacionados às necessidades dos que apresentavam queixa álgica. Pode-se dizer portanto, que a EMADOR/MPES é uma escala que pode dar suporte aos profissionais de saúde na realização de seus trabalhos com alto nível de desempenho, no que diz respeito à qualidade da assistência prestada às pessoas com dor e às pesquisas da área, contribuindo consequentemente, para avanços no ensino.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. N. Linguagem, dor e agência: a gramática descolonial dos trabalhadores rurais sem terra. Linguagem em foco. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da UECE**, v. 6, n. 2, 2014.

ALENCAR-RODRIGUES, R.; STREY, M. N.; PEREIRA, J. Experiência migratória: encontro consigo mesmo?: Percepções de brasileiros sobre sua cultura e mudanças pessoais. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p. 168-180, 2007.

ALEXANDRE, N. M., GUIRARDELLO, E. B. Cultural adaptation of instruments utilized in occupational health. **Panam Am J Public Health**, v. 11, p. 109-111, 2002.

ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the developent and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011.

AMERICAN ACADEMY OF PAIN MEDICINE. Disponível em: http://www.painmed.org/PatientCenter/Facts_on_Pain.aspx#incidence. Acesso em: 24 Jan. 2014.

ANASTASI, A. **Testes psicológicos**. Trad. Dante Moreira Leite. 2. ed. São Paulo: EPU, 1977.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 1986.

AZEVEDO, L. F.; COSTA-PEREIRA, A.; MENDONÇA, L.; DIAS, C. C.; CASTRO-LOPES, J. M. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. **The journal of pain**, v. 13, n. 8, p. 773-783, 2012.

BARREO, C. L. B. T, MORATO, H. T. P.; CALDAS, M.T. **Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica**, Curitiba: Juruá Editora; 2013.

BARROSO, E. M.; CARVALHO, A. L; PAIVA, C. E.; MURPHY, B. A.; PAIVA, B. S. R. The Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey Brazilian Portuguese version 2.0 (VHNSS 2.0): psychometric properties for patients with head and neck cancer who have undergone radiotherapy. **BMC Research Notes**, v. 8, p.522, 2015.

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.

BLACKWELL, D. L.; LUCAS, J. W.; CLARKE, T. C. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2012. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat**, v.10, n. 260, 2014.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia** [online], v.22, n.53, p. 423-432, 2010.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010.

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.

BRASIL. Ministério da **Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BREIVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDDA, V.; COHEN, R.; GALLACHER, D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, v. 10, p. 287– 333, 2006.

BULLINGTON, J. L., NORDEMAR, R., NORDEMAR, K., SJÖSTRÖM-FLANAGAN, C. Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. **Scand J Caring Sci**, v.17, n. 4, p. 325-31, 2003.

CARDOSO, R.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Identification and Validation of Brazilian Chronic Pain Descriptors. **Pain Management Nursing (Print)**, v. 10, p. 85-93, 2009.

CARNEIRO, K. P.; COUTO, M.; SANCHES, N. M. A. R.P.; SOUZA, R. A.; BUENO, T. L. A.; SALVETTI, M. G. Pain characterization and prevalence in university students of São Paulo countryside. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v.26, n. 1, p.7-9, 2008.

CARVALHO, A. B.; GARCIA, J. B. S.; SILVA, T. K. M.; FONSECA, J. V. R. Translation and transcultural adaptation of Pain Quality Assessment Scale (PQAS) to brazilian version. **Rev Bras Anestesiol,** v. 66, p. 94-104, 2016.

CARVALHO, M. Dor um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 2º edição, 1999.

CLARK, D. Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. Social Science & Medicine, v. 46, n. 6, p. 727-736, 1999.

COLHADO, O.C.G.; MOURA SIQUEIRA, H. B. O.; PEDROSA, D. F. A.; SALTARELI, S.; RAMINELLI DA SILVA, T. C.; HORTENSE, P.; FALEIROS

SOUSA, F. A. E. Evaluation of low back pain: comparative study between psychophysical methods. **Pain Medicine**, v. 14, p. 1307-1315, 2013.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, C. Construction of measurement instruments in the area of health. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

CORREA, L. S. et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento da Organização Mundial da Saúde sobre o uso de sinais de alarme para dengue por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 247-256, 2015.

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.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Pain in cancer patients undergoing chemotherapy. **Rev Dor, Pesqui Clín Terapêutica**, v. 13, n. 1, p.45-9, 2012.

CUESTA-VARGAS, A. I.; GABEL, C. P.; BENNETT, P. Cross cultural adaptation and validation of a Spanish version of the lower limb functional index. **Health and Quality of Life Outcomes,** v. 12, n. 75, 2014.

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 E RIBEIRO-FILHO. A dor como um problema psicofísico, **Revista Dor**. São Paulo, v. 12, n. 2, p.138-51, 2011.

DA SILVA, J. A. The challenge of pain. **Psychology & Neuroscience** (Online), v. 7, p. 1-2, 2014.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2006.

DAUT, R.L.; CLEELAND, C.S.; FLANERY, R.C. Develpoment of the Wisconsin Brief Pain Questionnarie to asses pain in cancer and other diseases. **Pain**, v. 17, p. 197-210, 1983.

DELLAROZA, M.S. G.; FURUYA, R.K.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO. T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização caracterização da dor crônica crônica e métodos analgésicos analgésicos. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DIAS, A. **Dor crônica, um problema de saúde pública**. Artigo resumido no âmbito de realização de um projeto de implementação de uma unidade de dor. Psicologia.com.pt, 2007. Disponívem em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0372.pdf Acesso em: 24 out. 2017.

DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S. Instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n. 2, p. 55-8, 2000.

DUBOIS, Jean. Dicionário de Lingüística. São Paulo: Ed. Cultrix, 1973.

DUPIM, G. A dor de cada um. ECOS, v. 1, ano 5, p. 21-33, 2015.
EROL, R.; BROOKER, D.; PEEL, E. **Women and Dementia: A Global Research Review**. London, UK: Alzheimer's Disease International, 2015.

ESPADINHA, A. M. N.; SANTOS, V. A. S. Conceito e vivência da dor: perspectiva transcultural. J**ournal of Aging and Innovation**, v. 1 n. 5, 2012.

EVANGELISTA, R. A.; HORTENSE, P.; SOUZA, F. A. E. F.; Estimação de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, 2004.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem[online]**, Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p. 446-447, 2002.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. **Mensuração de atributos sociais e clínicos: um enfoque experimental.** Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. O quinto sinal vital. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v. 5, p. 21-22, 2004.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; HORTENSE, P. ; EVANGELISTA, R. A. Descritores de dor pós-hemorroidectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.2, p. 203-207, 2005.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; PEREIRA, L. V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010.

FALEIROS SOUSA, F.A.E. et al. A dor desde a perspectiva do ciclo de vida: avaliação e medição atravésde métodos psicofísicos de estimação de categoria e magnitude. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.24:e2769, 2016.

FALEIROS SOUSA, F.A.E.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Revista Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica,** v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.

FERRER, E.; MARKS, R.; MIDLARSKY, E.; HUTZ-MIDGETT, A. Substance abuse and pain in a cohort of college students. Research Journal of Drug Abuse, v. 2, n. 1, 2015.

FISHMAN, B.; PASTERNAK, S.; WALLENSTIEN, S.L.; ET AL., The memorial Pain Assesmente Card: a valid instrument for the evaluation of cancer pain. **Cancer**, v. 60, p. 1151-1158, 1987.

FURTADO, C. M. N. M.; CARVALHO, M. S. F.; DIALECTAQUIZ, M. S.; PONTES, M. N. A. Língua - Sociedade - Cultura: uma relação indissociável. **Principia**, n.14, 2006.

FURTADO, M. A. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida**. 2014. Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GAGLIESE, L.; MELZACK, R. Chronic pain in elderly people. **Pain,** v. 70, n. 1, P.3-14, 1997.

GAMBARO, R. C.; SANTOS, F. C.; THÉ, K. B.; CASTRO, L. A. ; CENDOROGLO, M. S. Questionnaire of pain in geriatrics: adaptation proposal for portuguese language of Geriatric Pain Measure (GPM). **Rev Bras Med**, v. 66, p. 62-5, 2009.

GARCIA, E. V. Estados Unidos e Grã-Bretanha no Brasil: transição de poder no entreguerras. **Contexto int**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 41-71, 2002.

GASKIN, D. J.; RICHARD , P. The Economic Costs of Pain in the United States. **The Journal of Pain**. v. 13, n. 8, p. 715-724, 2012.

GRACELY, R.H.; KWLOSZ, D.M. The descriptor differential scale: Applying psychophysical principles to clinical pain assessment. **Pain**, v. 279-288, 1988.

GREGORY, J.; MCGOWAN, L. An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. **J Clin Nurs**, v. 25, p. 583–598, 2016.

GUALTIERI, M. Percepção e ação imaginadas. **Neurociências**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 13-15, 2009.

GUERCI, A.; CONSIGLIERE S. Por uma antropologia da dor. Nota preliminar. **ILHA.** Florianópolis, n. 0, p. 57-72, 1999.

HAYAR, M. A. S. P.; SALIMENE, A. C. M.; KARSCH, U. M.; IMAMURA, M. Aging and chronic pain: a study of women with fibromyalgia. Acta Fisiatr, v. 21, n. 3, p. 107-112, 2014.

HELMAN. C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas. 1994.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, Cuidados Paliativos, 2012.

HORTENSE, P.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 207-214, 2009.

HUSSEIN, S.; MANTHORPE, J. The dementia social care workforce in England: secondary analysis of a national workforce dataset. **Aging Ment Health**, v. 16, n.1, p. 110-8, 2012.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain Terminology. Disponívelem:<http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay. cfm&ContentID=1728#Pain>. Acesso em: 16 Abr. 2010.

JACKSON T., THOMAS S., STABILE V. , HAN X., SHOTWELL M., MCQUEEN K. Prevalence of chronic pain in low-income and middleincome countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 27, Suppl 2:S10 p. 385, 2015.

JAKOBSSON, U.LF. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. **Pain Management Nursing**, v. 5, n.4, p. 137–143, 2004.

JOHANNES, C. B.; LE, T. K.; ZHOU, X.; JOHNSTON, J. A.; DWORKIN, R. H. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. **Journal of Pain,** v. 11, n. 11, p. 1230-9, 2010.

JUSTINA, O. D. **Presença e uso de anglicismos no cotidiano brasileiro: a visão de pessoas comuns**./ Olandina Della Justina. – Cuiabá: A autora, 2006.

JUSTINA, O. D. **Presença e uso de anglicismos no cotidiano brasileiro: a visão de pessoas comuns**./ Olandina Della Justina. – Cuiabá: A autora, 2006.

KENT, M. et al. The ACTTION–APS–AAPM Pain Taxonomy (AAAPT) Multidimensional Approach to Classifying Acute Pain Conditions. Pain Medicine, v. 18, n. 5, p. 947-958, 2017.

KNIHS, N. S.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. A. Tradução transcultural de instrumentos de qualidade do processo de doação de órgãos. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 27, n. 1, p. 56-62, 2014.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-13, 2006.

LACERDA, P. F.; GODOY, L. F.; COBIACHINI, M. G.; BACHION, M. M. Estudo da ocorrência de "dor crônica" em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, 2006.

LARAIA, R. B. **Cultura: uni conceito antropológico** / 14ºedição, Rio de Janeiro: Jorge "zahar ed., 2001.

LIMA, M.G.; GOMES, B. D.; VENTURA, D.F.; SILVEIRA, L.C.L. Métodos utilizados na avaliação psicofísica da visão de cores humana. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n.1, 2011.

LIPPI, E. Â. A.C. **Avaliação e mensuração da dor crônica advinda do câncer**. Ribeirão Preto, 2011. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia) – Universidade de São Paulo, 2011.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO-FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje** 2. ed. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 17, p. 235-36.

LONGHI, E.; COSTA, M. F. Psicofísica clínica: aplicação de metodologia psicofísica no auxílio de diagnósticos. Descrição de método. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 47-160, 2011.

MACIEL, M. G. S. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. Revista Prática Hospitalar, n. 35, 2004.

MARCHON, S. G., MENDES JUNIOR, W. V. Translation and adaptation of a questionnaire to assess patient safety in primary health care. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, p. 1395-402, 2015.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, v. 63, n.2, p. 28-32, 2011.

MCCAFFERY, M.; PASEO, C. **Pain Clinical Manual**. St Louis, MO: Mosby, 1999.

MCNAMARA, M. C.; HARMON, D.; SAUNDERS, J. Effect of education on knowledge skills and atitudes around pain. **British Journal of Nursing**, v. 21, n. 16, p. 958-64, 2012.

MEDEIROS, R. K. S.; JÚNIOR, M. A. F.; PINTO, D. P. S. R.; VITOR, A. F.; SANTOS, V. E. P.; BARICHELLO, E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Rev. Enf. Ref**, v. IV, p. 127-135, 2015.

MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v.1, p. 277-299, 1975.

MELZACK R. The short-form McGill Pain Questionnaire. **Pain**, v. 33, p. 191-197, 1987.

MELZACK, R.; WALL, P. D. The chalenge of pain. 2.ed., London: Peguin Books, 1991.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em: 10 abr. 2009.
MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In **Leão, E. R.; Chaves, L. D. Dor: o quinto sinal vital. Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** Curitiba: Ed. Maio, 2004. 169-180p.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências**, **Saúde**, v. 3, p. 621-4, 1999.

MORONE N. E.; WEINER D. K. Pain as the 5th vital sign: exposing the vital need for pain education. **Clin Ther**. v. 35, n. 11, p. 1728–1732, 2013.

MOURA-SIQUEIRA, H. B. O. A percepção de dor na experiência de câncer infanto-juvenil. Ribeirão Preto, 2013. Tese (Doutorado em Ciência e Tecnologia) – Universidade de São Paulo, 2013.

MURRAY, T.; SACHS, M. ET AL. The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: self and caregiver report and comparison with standardized symptom assessment measures. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 298-305, 2012.

MURTA, S. G. Avaliação e manejo da dor crônica. In. **J.M.M. Carvalho (eds.) Dor, um estudo multidisciplinar**. 2º ed. São Paulo: Summus, 1999. 174-195p.

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.

NATHAN, A. M.; ZAKI, R.; ROZARIO, R.; DHANIA, N.; MOHD HAMIRUDIN, S. N. S.; EG, K. P.; DE BRUYNE, J. Cross cultural translation, adaptation and reliability of the Malay version of the Canadian Acute Respiratory Illness and Flu Scale. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 139, 2015.

NETO, M. G.; SAMPAIO, G. S.; SANTOS,P. S. Frequência e fatores associados a dores musculoesqueléticas em estudantes universitários. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v.6, n.1, p. 26-34, 2016.

OJEDA, B. S. et al . Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 1, p. 78-84, 2008 .

PARK, J., & MCCAFFREY, R. Chair yoga: Benefits for community-dwelling older adults with Osteoarthritis. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 38, n. 5, p. 12-22, 2012.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. 306p.

PEDROSA, D. F. A. et al. Evaluation of the quality of life of clients with chronic ischemic pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online**], Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 67-72, 2011.

PEDROSA, D. F. A., MOURA SIQUEIRA, H. B. O. FALCONI GOMEZ, R. R.; SALTARELI, S.; RAMINELLI DA SILVA, T. C.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Evaluation of the perception of chronic ischemic pain in humans with peripheral arterial disease. **Journal of Vascular Nursing**, 2014.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto contexto – enfermagem [online], v.15, n.2, p. 270-276, 2006.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.F. Z THE CULTURAL INFLUENCE IN THE PAIN OF SURGICAL PATIENT. Rev.Esc.Enf.USP, v. 32, n.2, p. 144-52, 1998.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.F. Z. The cultural influence in the pain of surgical patient. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 32, n.2, p. 144-52, 1998.

PEREIRA, L. V.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, p. 563-567, 2007.

PEREIRA, L. V.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, p. 41-48, 1998.

PEREZ-GUERRERO, A. C.; ARAGON, M. C.; TORRES, L. M.. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, v. 24, n. 1, p. 1-3, 2017

PINTO, F.E.M. Os (des)afetos da inteligência: o possível diálogo entre cognição e afetividade. Publicatio v.13, n.1, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: **A Dor como 5º sinal vital**. Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGCG, 2003.

RAMOS, T. S. **Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações** Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Medicina, 2014.

RANSFORD, A.O.; CAIRNS, D.; MOONEY, V. The Pain Draqing as an aid to the psycholopgic evaluation of patients with low-back pain. **Spine**, v. 1, p. 127-134, 1976.

RIBEIRO, S. B. F.; PINTO, J. C. P.; RIBEIRO, J.B. ; FELIX, M.M.S.; BARROSO, S. M.; OLIVEIRA, L. F. ; FELIX, A. A. ; NASCIMENTO, V. G. ; FELIX RIBEIRO, M.F.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. . Pain Management at Inpatient Wards of a University Hospital. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 62, p. 599-611, 2012.

ROSSETO EG, MARTINS TB, MEJIAS NA. Adaptação transcultural e validação do instrumento nurseparent support tool para a língua portuguesa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, p. 1-10, 2011.

SAÇA, C. S. et.al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Journal Health Science Inst,** v. 28, n. 10, p. 35-41, 2010.

SALLUM, A.M.C.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M. Acute and chronic pain: a narrative review of the literature. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. especial, p. 150-4, 2012.

SALTARELI, S.; PEDROSA, D. F. A.; HORTENSE, P.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia** (Impresso), v. 48, p. 151-156, 2008.

SANT'ANA, R.P.M.; PEREIRA, L.V.; SALTARELI, S.; FALEIROS SOUSA, F.A.E. Chronic pain descriptors: a psychological study. **Fechner Day** 2004, Coimbra, v.20, p. 512-517, 2004.

SARGENT, C. Between death and shame: dimensions of pain in bariba culture. **Social Science in Medicine**, v 19, n. 12, p. 1299-304, 1984.
SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde soc**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001 .

SAUNDERS, C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. **Prescribers' Journal**, v. 4, n. 4, p. 68-73, 1964.

SCARPA, A. Etnomedicina. I fattori psicomatic nei sistemi medici tradizionali. **Como: Red**, 1988.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects. **Rev Neurocienc**. v. 18, n 2, p.220-226, 2010.

SIERAKOWSKA, M.; SIERAKOWSKI, S.; SIERAKOWSKA, J.; HORTON, M.; NDOSI, M. Developing the Polish Educational Needs Assessment Tool (Pol-ENAT) in rheumatoid arthritis and systemic sclerosis: a cross-cultural validation study using Rasch analysis. **Quality of Life Research**, v. 24, n. 3, p. 721–733, 2015. Available from http://doi.org/10.1007/s11136-014-0805-6

SILVA, C. D.; CARVALHO, G.; SOUZA, L. A. F., CRUZ, L. V. S., STIVAL, M. M.; PEREIRA, L. V. Prevalência de dor crônica em estudantes universitários de enfermagem. **Texto & contexto** - enfermagem, v. 20, n. 3, p. 519-525, 2011.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. [online], v.15, n.4, p. 707-731, 2012.

SILVA, F.M.; GOULART, F. C.; LAZARINI, C. A. Caracterização da prática de automedicação e fatores associados entre universitários do curso de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet], v.16, n. 3, p. 644-51, 2014.

SILVA, L. A. F.; RODRIGUES, A. M. S. Automedicação entre estudantes de cursos da área de saúde. **Rev. Bras. Farm**., v. 95, n. 3, p. 961 – 975, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=74, 2017. Acesso em: 30 ago 2017.

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.

STEVENS, S. S. Issues in psychophysical measurement. **Psychological Review**, v. 78, p. 426-50, 1971.

STEVENS, S. S. To honor Fechener and repeal his law. **Science**, v. 133, p. 80-86, 1961

STEVENS, S.S. **Psychophysics: introduction to its perceptual, neural and social prospects**. New York: John Wiley, 1975.

TOMASZEWSKI, K. A.; HENRY, B. M.; PARADOWSKI, J.; KŁOSIŃSKI, M.; WALOCHA, E.; GOLEC, J.;DUDKIEWICZ, Z. Cross cultural adaptation of the English version of the IOF-QLQ to Polish, to assess the health-related quality-of-life of patients after a distal radius fracture. **Health and Quality of Life Outcome**, v. 13, n. 158, 2015.

TONGA, E., GABEL, C. P., KARAYAZGAN, S., & CUESTA-VARGAS, A. I. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Turkish version of the spine functional index. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.13, n. 30, 2015.

TORELLI, L. C. P.; FELICIO, A. G. T.; CÂMARA, N. S. A língua inglesa no Brasil e suas implicações para os sujeitos brasileiros contemporâneos. **Revista (con)textos Linguísticos**, v.6, n.7, p. 229 – 241, 2012.

TOTA, P. A. **O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da segunda guerra**, São Paulo: Cia das Letras, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a10.pdf. Acesso em: 01 ago 2017.

TURSKY B. **Development of pain perception profile**. In: Weisenberg M, & Tursky B (eds), Pain: New Perspective in therapy and Research. New York: Plenum Press, 1976.

VALENTE L. E. et al. Sample Self-perception of health of family caregivers and the dementia type: preliminary results of an outpatients. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.49, n. 1, 2013.

VANDENBOS, G. R. (Org.). **Dicionário de Psicologia da APA**. Tradução de Daniel. Bueno, Maria Adriana Veríssima Veronose, Maria Cristina Monteiro. Revisão técnica Maria lucia Tiellet Nunes, Giana Bitencourt Frizzo. et al. Porto Alegre:Artmed, 2010.

VEY, A.P.Z.; SILVA, A. C.; LIMA, F. S. T. Análise de dor nas costas em estudantes de graduação. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria**, v. 14, n. 2, p. 217-225, 2013.

WATERKEMPER R., REIBNITZ K. S., MONTICELLI M. Dialogues with nurses about oncologic pain assessment of patients under palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 334-9, 2010.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Dementia: a public health priority. World Health Organization, 2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng. Pdf. acesso em: 22 out 2010.

YAMADA BFA, SANTOS VLCG. Development and Validation of Ferrans & Powers Quality of LifeIndex - Wound version. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1105-1113, 2009.

ZBOROWSKI, M. Cultural Components in Responses to Pain. **Journal of Social Issues**, v, 8, p. 16-30, 1952.

APÊNDICE

Apêndice 1

Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES)
ACUTE PAIN DESCRIPTORS

Age:_____

Sex: ( )Male ( ) Female

Do you take any medication for pain? ( ) yes ( ) no What? _____

For how long have you had this pain? _____

Method: Category Estimation

INSTRUCTIONS

The objective of this study is to investigate the degree of attribution of the pain descriptors presented here in the characterization of acute pain, which is described as pain for less than three months.

The following list contains several words that are known as "Pain Descriptors." Each Pain Descriptor contains a definition from the dictionary of the English language.

Your task is to assign a score from 0 (zero) to 10 (ten) to each of the pain descriptors.

Below are the necessary steps to complete this task:

1. To identify the descriptor that is in capital letters.
2. To read carefully the definition of each pain descriptor.
3. To assign a score of 0 to 10 that represents the level of your pain. The score 0 (zero) indicates absence of pain and a score of 10 indicates the highest level of pain. ***Note: these pain descriptors can either describe physical or emotional pain.***
4. See the example below and ask for help if necessary.

Example: PAINFUL

Definition: 1. Affected with, causing, or characterized by pain.

MULTIDIMENSIONAL EVALUATION PAIN SCALE

ACUTE PAIN DESCRIPTORS

1. **ACUTE**

Definition: 1. Sharp or severe in effect; intense; 2. extremely great or serious; crucial; critical

2. **AFFLICTING**

Definition: 1. To distress with mental or bodily pain; trouble greatly or grievously

3. **AGGRESSIVE**

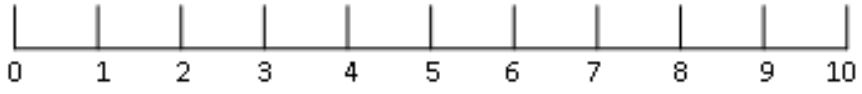
Definition: 1. Characterized by or tending toward unprovoked offensives, attacks, invasions, or the like; 2. forward or menacing

4. **ALARMING**

Definition: 1. Causing alarm or fear.

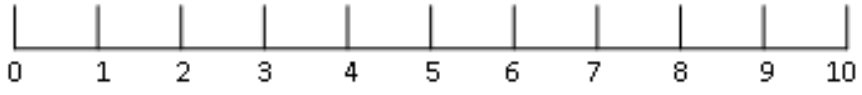
5. **ANGUISHED**

Definition: 1. Experiencing or expressing severe mental or physical pain or suffering.



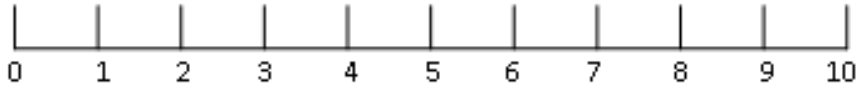
6. **ANNIHILATE**

Definition: 1. to reduce to utter ruin; destroy utterly; 2. to wipe out;



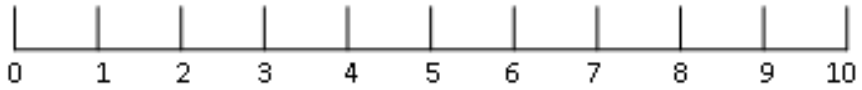
7. ANNOYING

Definition: 1. Causing irritation or annoyance



8. APPALLING

Definition: 1. awful; terrible; 2. to cause dread or fright

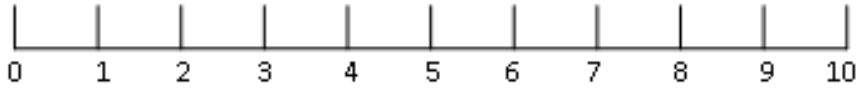


9. ARDENT

Definition: 1. Burning, fiery, or hot.

10. AVERAGE

Definition: 1. In the middle; 2. that represents a halfway point



11. BITING

Definition: 1. A sensation as from a sting or bite;

12. BLINDING

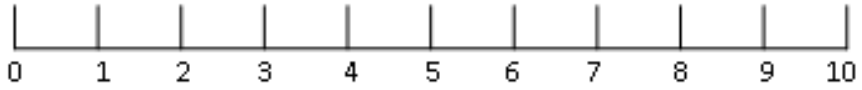
Definition: 1. unwilling or unable to perceive or understand; 2. not characterized or determined by reason or control; 4. not having or based on reason or intelligence; absolute and unquestioning;

13. BLOCKING

Definition: 1. To obstruct, hinder

14. BOMBARDING

Definition: 1. A sudden, violent attack.



15. BRUTAL

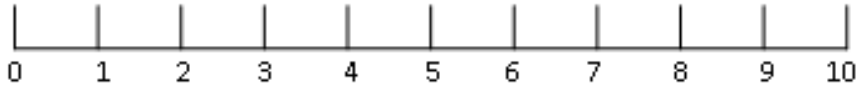
Definition: 1. savage; cruel; inhuman; 2. crude; coarse; 3. harsh; ferocious; 4. taxing, demanding, or exhausting

16. BURNING

Definition: 1. Aflame; on fire; 2. very hot; simmering; 3. caused by or as if by fire, a burn, or heat.

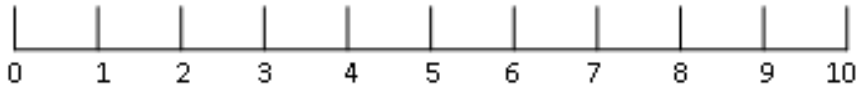
17. CENTRALIZED

Definition: 1.To make local; fix in, or assign or restrict to, a particular locality.



18. COLOSSAL

Definition: 1. Extraordinarily great in size, extent, or degree; gigantic; huge.



19. COMPLICATED

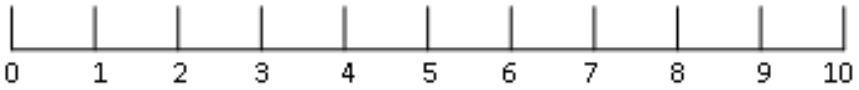
Definition: 1. Complex, intricate 2. difficult

20. CONSIDERABLE

Definition: 1. Rather large or great in size, distance, extent

21. CONSTANT

Definition: 1. Not changing or varying, uniform, regular, invariable; 2. continuing without pause or letup; unceasing; 3. regularly recurrent, continual, persistent

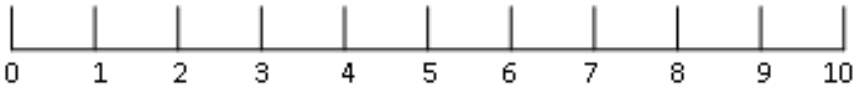


22. CONSTRICTIVE

Definition: 1. Tightening, compressing; 2. To compact

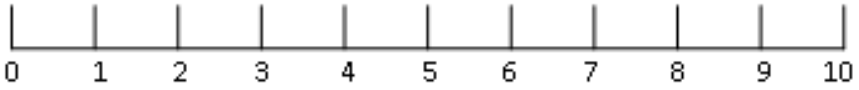
23. CONTINUOUS

Definition: 1. Uninterrupted in time; without cessation



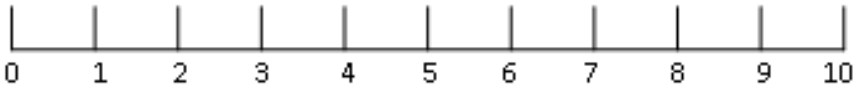
24. CRAMPING

Definition: 1. A quick, sharp pull, thrust, twist, throw, or the like; a sudden movement; 2. a spasmodic, usually involuntary, muscular movement



25. CRAZY

Definition: 1. senseless, impractical, totally unsound; 2. anxious or eager, impatient;



26. CRIPPLING

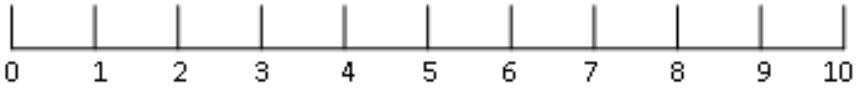
Definition: 1. that can temporarily disable or impair; that produces paralysis

27. CRUSHING

Definition: 1. To subdue, or suppress utterly

28. DEBILITATING

Definition: 1. To make weak or feeble; weakening



29. DEEP

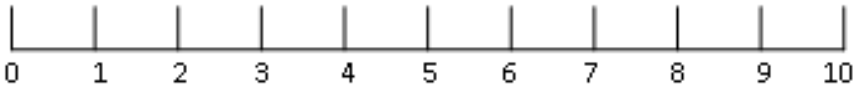
Definition: 1. Extending far down from the top or surface; 2. having a specified dimension in depth. 3. That pierces a lot

30. DEFINED

Definition: 1. to fix or lay down clearly and definitely; specify distinctly; 2.to make clear the outline or form of.

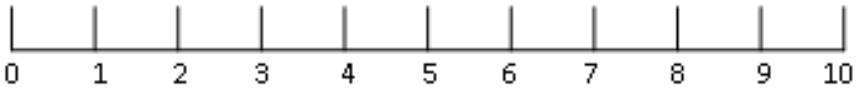
31. DESPERATE

Definition: 1. Having an urgent need, desire; 2. leaving little or no hope; very serious or dangerous; 3.extremely bad; intolerable or shocking; 4. extreme or excessive



32. DESTRUCTIVE

Definition: 1. causing great and irreparable harm or damage; 2. tending to refute or disparage; negative and unhelpful.

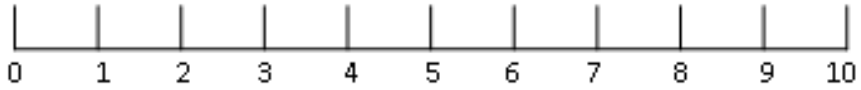


33. DISCOMFORTING

Definition: 1. Make feel uneasy, anxious; 2. cause slight pain. 3. unpleasing; annoying

34. DISCOURAGING

Definition: 1. to deprive of courage, hope, or confidence; 2. dishearten, dispirit.



35. DISTURBING

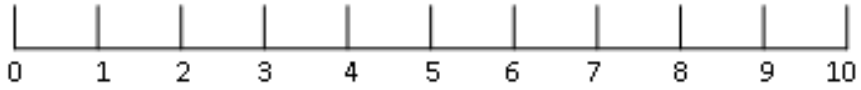
Definition: 1. Upsetting or disquieting, dismaying; 2. troubling

36. DREADFUL

Definition: 1. causing great dread, fear, or terror; terrible.

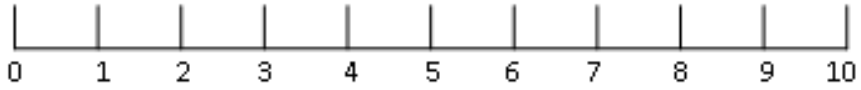
37. ERRATIC

Definition: 1. Not constant; changeable; fickle; variable



38. EVIDENT

Definition: 1. Plain or clear to the sight or understanding

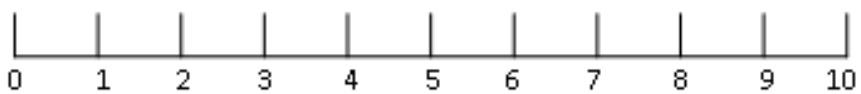


39. EXAGGERATED

Definition: 1. unduly or unrealistically magnified; 2. abnormally increased or enlarged.

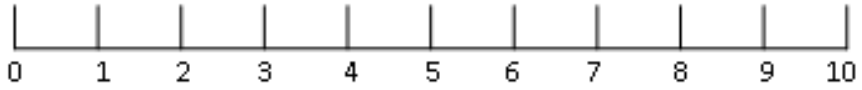
40. EXCESSIVE

Definition: 1. going beyond the usual, necessary, or proper limit or degree; characterized by surplus.



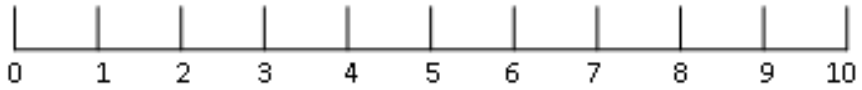
41. EXHAUSTING

Definition: 1. making one feel very tired; fatiguing



42. FATIGUING

Definition: 1. Cause to feel tired or exhausted.



43. FEARFUL

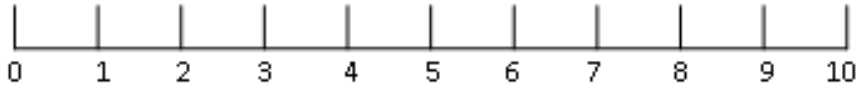
Definition: 1. causing or apt to cause fear, frightening; 2. feeling fear, dread, apprehension, or solicitude.

44. FORMIDABLE

Definition: 1. Causing fear, apprehension, or dread; 2. of discouraging or awesome strength, size, difficulty, intimidating;

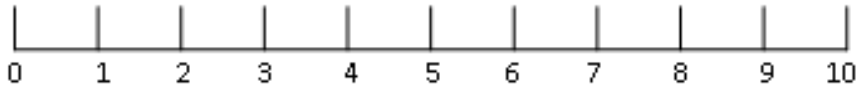
45. FRIGHTENING

Definition: 1. Make afraid or fearful, throw into a fright, terrify, scare.



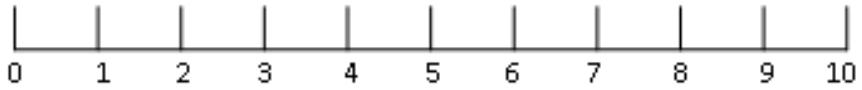
46. FULMINANT

Definition: 1. severe and sudden in onset.



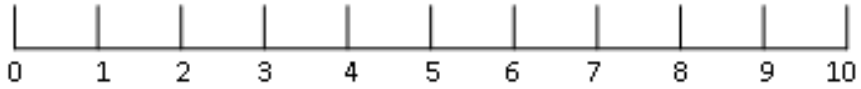
47. GIGANTIC

Definition: 1. Very large, huge; 2. grandiose



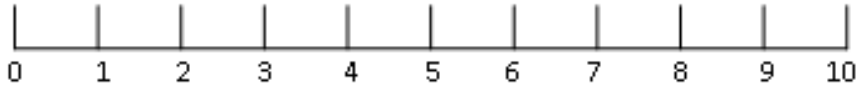
48. HALLUCINATING

Definition: 1. A false perception that appears to be real, a seemingly real perception of something not actually present.



49. HARMFUL

Definition: 1. Causing or capable of causing injury, detrimental



50. IMPERTINENT

Definition: 1. Intrusive or presumptuous; 2. inappropriate, incongruous, or absurd

51. IMPRESSIVE

Definition: 1. Striking, notable

52. INHUMANE

Definition: 1. without compassion for misery or suffering; cruel; 2. not human-like

53. INTENSE

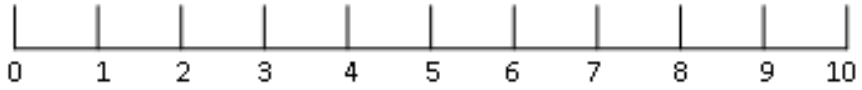
Definition: 1.Existing or occurring in a high or extreme degree; 2. acute, strong, or vehement, as sensations, feelings, or emotions; 3. strenuous or earnest

54. INTERMITTENT

Definition: 1. stopping or ceasing for a time, alternately ceasing and beginning again

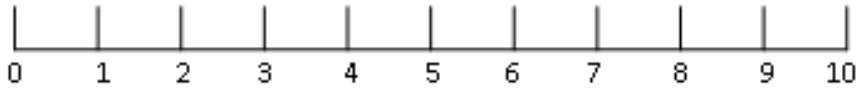
55. INVARIANT

Definition: 1. not variable; not changing or capable of being changed, static or constant



56. IRRITATING

Definition: 1. Causing irritation, annoying, provoking



57. LACERATING

Definition: 1. Distress or torture mentally or emotionally; wound deeply; pain greatly.

58. LASTING

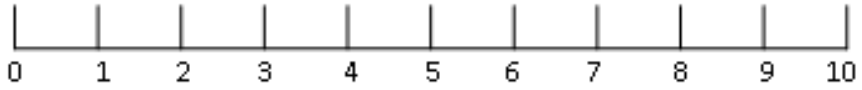
Definition: 1. Continuing or enduring a long time, permanent, durable.

59. LIMITING

Definition: 1. Serving to restrict or restrain; restrictive; confining.

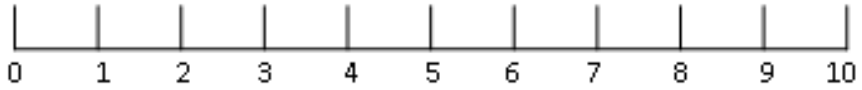
60. MADDENING

Definition: 1. Driving to madness or frenzy; 2. infuriating or exasperating; 3. raging; furious.



61. MARTYRIZING

Definition: 1. to afflict; torment.



62. MISERABLE

Definition: 1**.** wretchedly unhappy, uneasy, or uncomfortable; 2. wretchedly poor, needy

63. MONSTROUS

Definition: 1. shocking or revolting; outrageous; 3. extraordinarily great; huge; immense

64. NAGGING

Definition: 1. persistently painful or worrying; 2. that consistently makes one uncomfortable

65. NAUSEATING

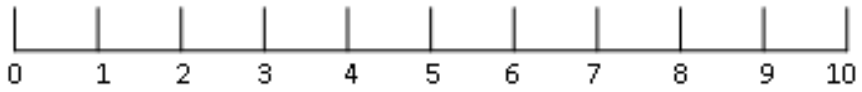
Definition: 1.Causing sickness of the stomach, nauseous; 2.such as to cause contempt, disgust, loathing.

66. OVERWHELMING

Definition: 1. Very great in amount (especially of an emotion) very strong; 2. oppressive; too much

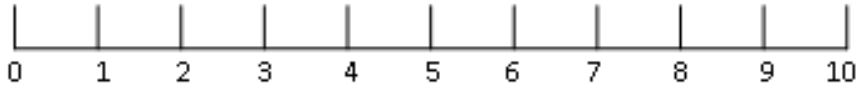
67. PAINFUL

Definition: 1. Affected with, causing, or characterized by pain; 2. Causing physical suffering or discomfort.



68. PENETRATING

Definition: 1. Able or tending to penetrate; piercing; sharp; 2. acute; discerning



69. PINCHING

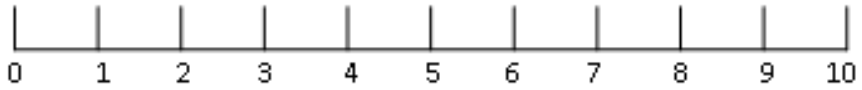
Definition: 1. To impair, injure, or weaken by stretching or overexertion; 2. to twinge, stitch.

70. PROGRESSIVE

Definition: 1. Characterized by such progress, or by continuous improvement; 2. going forward or onward.

71. PULSATING

Definition: 1. Expand and contract with strong regular movements; 2. produce a regular throbbing sensation or sound

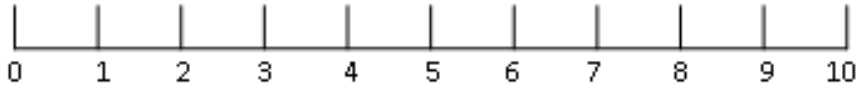


72. PUNISHING

Definition: 1. Causing or characterized by harsh or injurious treatment, severe, brutal.

73. RAMPANT

Definition: 1. Unrestrained or uncontrolled; 2. not constrained; spontaneous

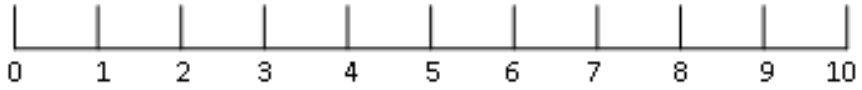


74. RECURRING

Definition: 1. Occurring or appearing again; 2. periodic

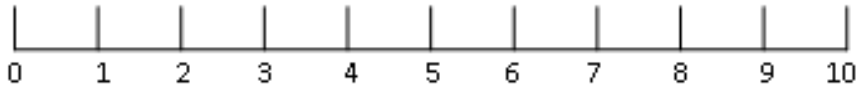
75. RUMINATING

Definition: 1. To cause to mull over, cogitate



76. SCARY

Definition: 1. Causing fright or alarm; 2. easily frightened; timid.

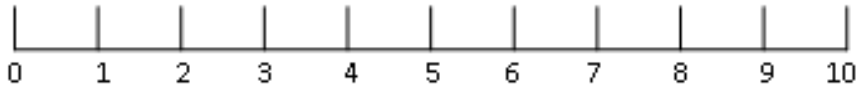


77. SCATHING

Definition: 1. Searing, mordant; 2. cutting or sharp

78. SHOCKING

Definition: 1. a sudden or violent disturbance or commotion; 2. sensation of an electric shock



79. SPREADING

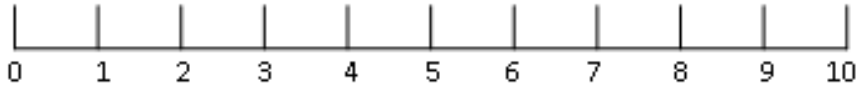
Definition: 1. Extending over a large or increasing area, to draw, stretch, or open out.

80. STABBING

Definition: 1. to pierce or wound with or as if with a pointed weapon; 2. to penetrate sharply or painfully

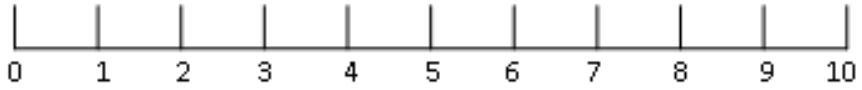
81. STINGING

Definition: 1. to feel a smarting pain, as from a blow or the sting of an insect; 2. any sharp physical or mental wound, hurt, or pain; 3. a sharp stimulus or incitement.



82. STRIKING

Definition: 1. notable; 2. Noticeable, eye-catching.



83. STRONG

Definition: 1. physically vigorous or robust; 2. accompanied or delivered by great physical, mechanical, etc., power or force; 3. aggressive; vigorous

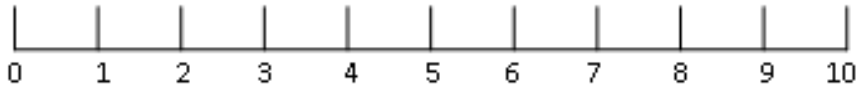
84. SUDDEN

Definition: 1. Happening, coming, made, or done quickly, without warning, or unexpectedly;

2. impetuous,rash; unpremeditated.

85. SUFFOCATING

Definition: 1. to impede the respiration of; 2. overpowering; stifling



86. TEDIOUS

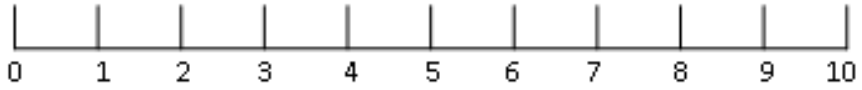
Definition: 1**.** causing or marked by boredom; 2. Dull, Boring; 3. wearisome

87. TERRIBLE

Definition: 1. Distressing; severe; 2. extremely bad; horrible; 3. exciting terror, awe, or great fear; dreadful; awful; 4. formidably great.

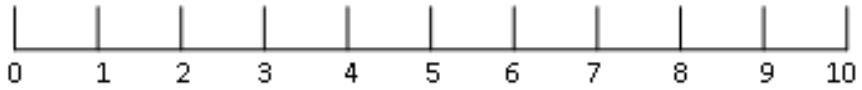
88. THROBBING

Definition: 1. a violent beat or pulsation, as of the heart.



89. TIGHTENING

Definition: 1. make or become tight; 2. Constricting, compressing



90. TIRING

Definition: 1. to reduce or exhaust the strength of, as by exertion; make weary; fatigue

91. TREMENDOUS

Definition: 1**.** Very great in amount, scale, or intensity

92. TWINGING

Definition: 1. Sudden, sharp stroke.

93. UGLY

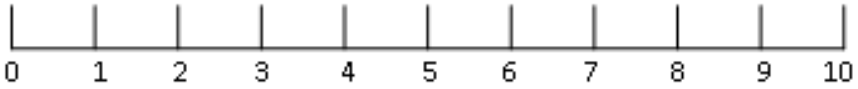
Definition: 1. Disagreeable, unpleasant, objectionable; 2. threatening trouble or danger.

94. UNBEARABLE

Definition: 1. Unendurable; intolerable.

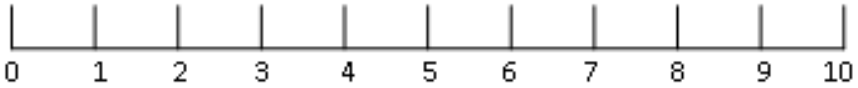
95. UNCOMFORTABLE

Definition: 1. Causing discomfort or distress, painful, irritating; 2. in a state of discomfort, uneasy, conscious of stress or strain.



96. UNPLEASANT

Definition: 1. Not pleasant; displeasing; disagreeable; offensive.



97. UNSTABLE

Definition: 1. Not stable; not firm or firmly fixed; unsteady

98. VIOLENT

Definition: 1. acting with or characterized by uncontrolled, strong, rough force; 2. intense in force, effect, severe, extreme; 3. roughly or immoderately vehement or ardent;

99. WEIRD

Definition: 1. Bizarre, abnormal; 2. unusual, odd

100. WORRYING

Definition: 1. to torment oneself with or suffer; 2. disturbing, distressing

Apêndice 2

Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES)
CHRONIC PAIN DESCRIPTORS

Age:_____

Sex: ( ) Male ( ) Female

Do you take any medication for pain? ( )yes ( ) no What?

_____

For how long have you had this pain? _____

Method: Category Estimation

INSTRUCTIONS

The objective of this study is to investigate the degree of attribution of the pain descriptors presented here in the characterization of chronic pain, which is described as pain for more than three months.

The following list contains several words that are known as "Pain Descriptors." Each Pain Descriptor contains a definition from the dictionary of the English language.

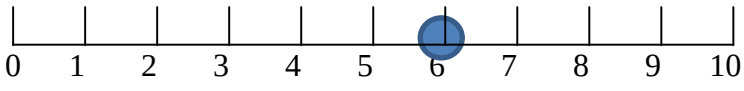
Your task is to assign a score from 0 (zero) to 10 (ten) to each of the pain descriptors.

Below are the necessary steps to complete this task:

5. To identify the descriptor that is in capital letters.
6. To read carefully the definition of each pain descriptor.
7. To assign a score of 0 to 10 that represents the level of your pain. The score 0 (zero) indicates absence of pain and a score of 10 indicates the highest level of pain. ***Note: these pain descriptors can either describe physical or emotional pain.***
8. See the example below and ask for help if necessary.

Example: PAINFUL

Definition: 1. Affected with, causing, or characterized by pain.

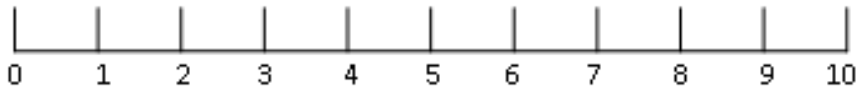


MULTIDIMENSIONAL EVALUATION PAIN SCALE

CHRONIC PAIN DESCRIPTORS

1. **ACCURSED**

Definition: 1. used to express strong dislike of or anger



2. **AGGRESSIVE**

Definition: 1. Characterized by or tending toward unprovoked offensives, attacks, invasions, or the like; 2. forward or menacing

3. **AGONIZING**

Definition: 1. causing great physical or mental pain.

4. **ANGUISHED**

Definition: 1. Experiencing or expressing severe mental or physical pain or suffering.

5. **ANNOYING**

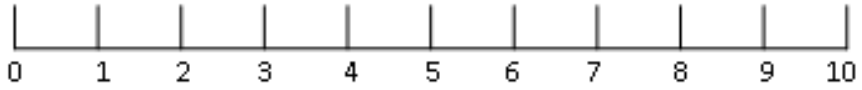
Definition: 1. Causing irritation or annoyance

6. **APPALLING**

Definition: 1. awful; terrible; 2. to cause dread or fright

7. BITING

Definition: 1. A sensation as from a sting or bite;



8. BLOCKING

Definition: 1. To obstruct, hinder

9. BOILING

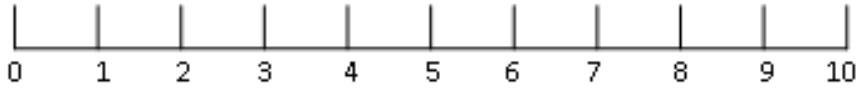
Definition: 1. Hot, burning; 2. steaming; sweltering

10. BRUTAL

Definition: 1. savage; cruel; inhuman; 2. crude; coarse; 3. harsh; ferocious; 4. taxing, demanding, or exhausting

11. BURNING

Definition: 1. Aflame; on fire; 2. very hot; simmering; 3. caused by or as if by fire, a burn, or heat.



12. CENTRALIZED

Definition: 1.To make local; fix in, or assign or restrict to, a particular locality.

13. CONCERNING

Definition: 1. worry, solicitude, or anxiety; 2. troubling, disturbing

14. CONSTANT

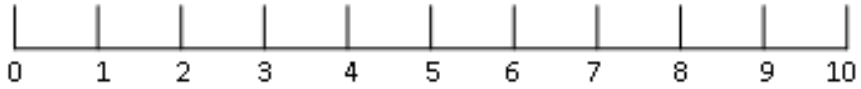
Definition: 1. Not changing or varying, uniform, regular, invariable; 2. continuing without pause or letup; unceasing; 3. regularly recurrent, continual, persistent

15. CONSTRICTIVE

Definition: 1. Tightening, compressing; 2. To compact

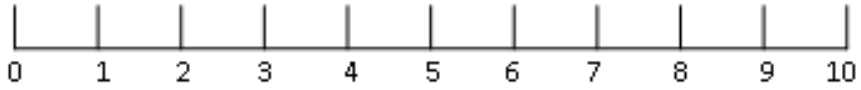
16. CONTINUOUS

Definition: 1. Uninterrupted in time; without cessation



17. CORRODING

Definition: 1. destroy or weaken slowly and gradually.



18. CRUEL

Definition: 1. causing or marked by great pain or distress; 2. rigid; stern; strict; unrelentingly severe.

19. DAMAGING

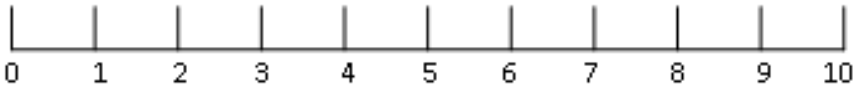
Definition: 1. Causing or capable of causing damages; harmful; injurious

20. DEBILITATING

Definition: 1. To make weak or feeble; weakening

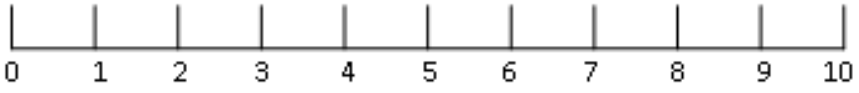
21. DEMONIC

Definition: 1. Inspired as if by a demon; 2. torturing.



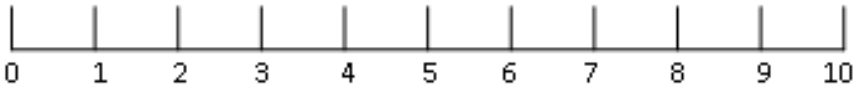
22. DEPRESSING

Definition: 1. inducing a state of depression; 2. disheartening, demoralizing



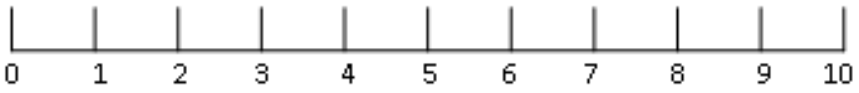
23. DESPERATE

Definition: 1. Having an urgent need, desire; 2. leaving little or no hope; very serious or dangerous; 3.extremely bad; intolerable or shocking; 4. extreme or excessive



24. DESTRUCTIVE

Definition: 1. causing great and irreparable harm or damage; 2. tending to refute or disparage; negative and unhelpful.

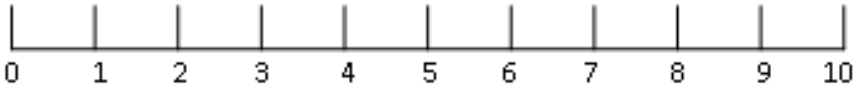


25. DETESTABLE

Definition: 1. unpleasant; dislikable; distasteful; 2. full of or expressing hate; malignant; malevolent

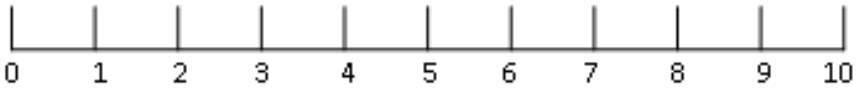
26. DEVASTATING

Definition: 1. Overwhelming, shocking; 2. shattering



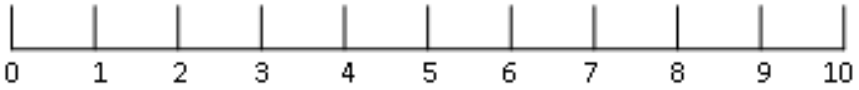
27. DISASTROUS

Definition: 1. Causing great sudden distress or injury; ruinous; calamitous



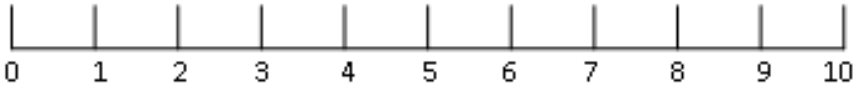
28. DISCOMFORTING

Definition: 1. Make feel uneasy, anxious; 2. cause slight pain. 3. unpleasing; annoying



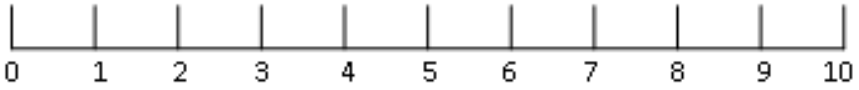
29. DISCOURAGING

Definition: 1. to deprive of courage, hope, or confidence; 2. dishearten, dispirit.



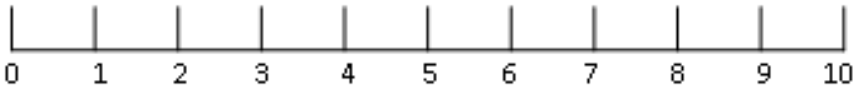
30. DISPERSIVE

Definition: 1.Diffused, or disseminated; 2. tending to be separated; spreading



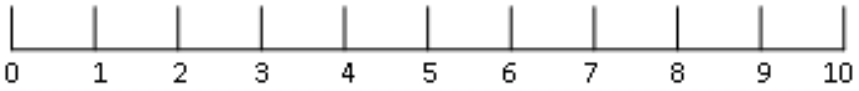
31. DISTURBING

Definition: 1. Upsetting or disquieting, dismaying; 2. troubling



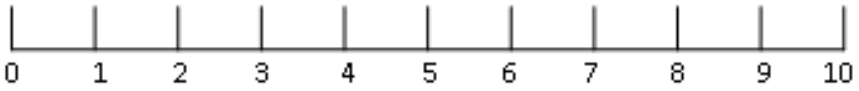
32. DREADFUL

Definition: 1. Causing great dread, fear, or terror; terrible.



33. DULL

Definition: 1. Uninteresting, boring, tedious.



34. EXAGGERATED

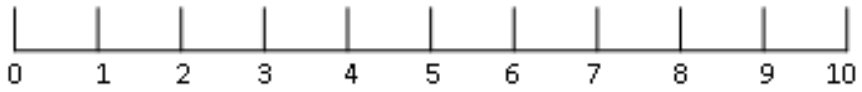
Definition: 1. unduly or unrealistically magnified; 2. abnormally increased or enlarged.

35. EXCESSIVE

Definition: 1. going beyond the usual, necessary, or proper limit or degree; characterized by surplus.

36. EXCRUCIATING

Definition: 1.Extremely painful, causing intense suffering, unbearably distressing, torturing; 2.exceedingly elaborate or intense.



37. EXHAUSTING

Definition: 1. making one feel very tired; fatiguing

38. FEARFUL

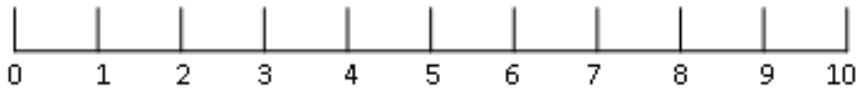
Definition: 1. causing or apt to cause fear, frightening; 2. feeling fear, dread, apprehension, or solicitude.

39. FLAGELLANT

Definition: 1. A person who hurts themselves, or subjects themselves to pain, a flogging

40. FRIGHTENING

Definition: 1. Make afraid or fearful, throw into a fright, terrify, scare.



41. GRUELLING

Definition: 1. Extremely tiring and demanding.

42. HALLUCINATING

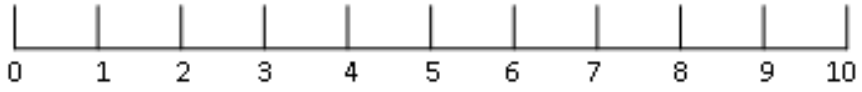
Definition: 1. A false perception that appears to be real, a seemingly real perception of something not actually present.

43. HARMFUL

Definition: 1. Causing or capable of causing injury, detrimental

44. HELLISH

Definition: 1. of or like hell, tormenting



45. HINDERING

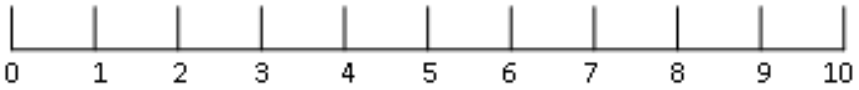
Definition: 1. To cause delay, interruption, or difficulty in, hamper, impede; 2. to prevent from doing, acting, or happening, stop.

46. HOT

Definition: 1. Having or giving off heat, having a high temperature; 2. having or causing a sensation of great bodily heat.

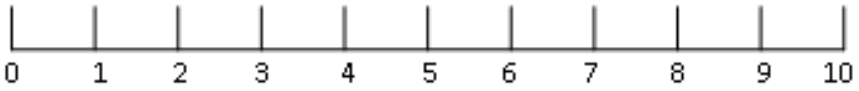
47. IMMODERATE

Definition: 1. Not sensible or restrained; excessive.



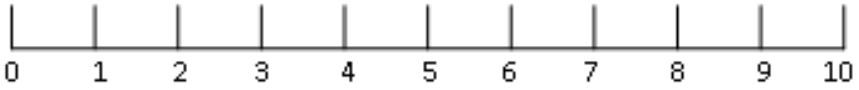
48. IMPOSSIBLE

Definition: 1. Not possible; unable to be, exist, happen; 2. unable to be done, performed, effected, etc.



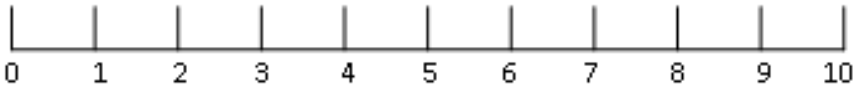
49. IMPRESSIVE

Definition: 1. Striking, notable.



50. INFERNAL

Definition: 1. Hellish, fiendish; 2.extremely troublesome, annoying, outrageous

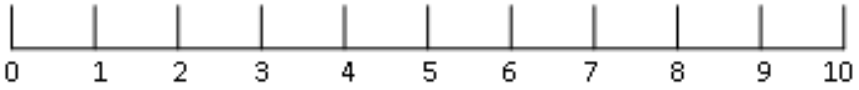


51. INHUMANE

Definition: 1. without compassion for misery or suffering; cruel; 2. not human-like

52. INTENSE

Definition: 1.Existing or occurring in a high or extreme degree; 2. acute, strong, or vehement, as sensations, feelings, or emotions; 3. strenuous or earnest



53. IRRITATING

Definition: 1. Causing irritation, annoying, provoking

54. LIMITING

Definition: 1. Serving to restrict or restrain; restrictive; confining.

55. LONG

Definition: 1. Having considerable duration in time; 2.extending, lasting, or totaling a number of specified units

56. MADDING

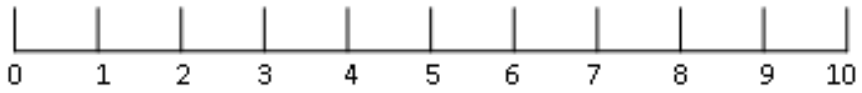
Definition: 1. acting madly or senselessly; insane; frenzied;

57. MISERABLE

Definition: 1**.** wretchedly unhappy, uneasy, or uncomfortable; 2. wretchedly poor, needy

58. MONSTROUS

Definition: 1. shocking or revolting; outrageous; 3. extraordinarily great; huge; immense.

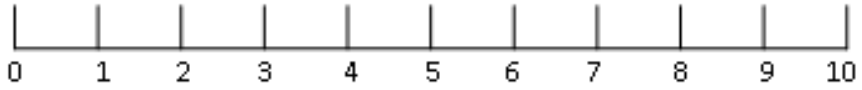


59. MORTAL

Definition: 1. relentless; 2. severe, dire, grievous, or bitter.

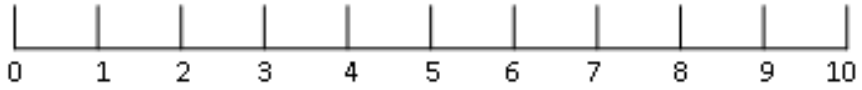
60. NAGGING

Definition: 1. persistently painful or worrying; 2. that consistently makes one uncomfortable



61. NAUSEOUS

Definition: 1. causing nausea; sickening; 2. disgusting; loathsome.

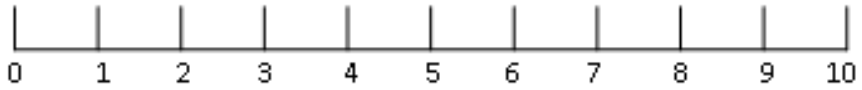


62. ODIOUS

Definition: 1. Deserving or causing hatred, hateful, detestable; 2. highly offensive, repugnant, disgusting.

63. OVERWHELMING

Definition: 1. Very great in amount (especially of an emotion) very strong; 2. oppressive; too much



64. PAINFUL

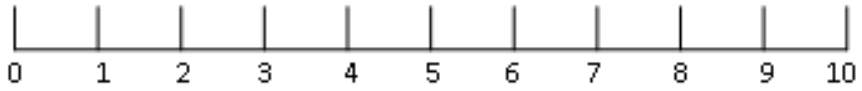
Definition: 1. Affected with, causing, or characterized by pain; 2. Causing physical suffering or discomfort.

65. PENETRATING

Definition: 1. Able or tending to penetrate; piercing; sharp; 2. acute; discerning

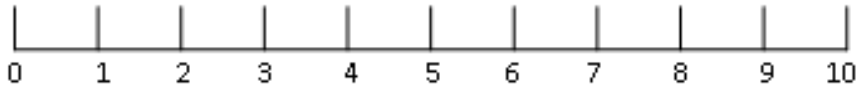
66. PERMANENT

Definition: 1. Existing perpetually; without significant change; 2.intended to exist or function for a long, indefinite period without regard to unforeseeable conditions.



67. PERSISTENT

Definition: 1. lasting or enduring tenaciously; 2. constantly repeated; continued



68. PERVASIVE

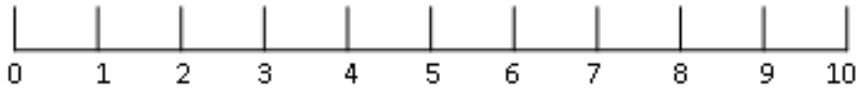
Definition: 1. spreading widely throughout an area.

69. PIERCING

Definition: 1. appearing to gaze deeply or penetratingly into something; 4. acute; 5. cutting

70. PINCHING

Definition: 1. To impair, injure, or weaken by stretching or overexertion; 2. to twinge, stitch.

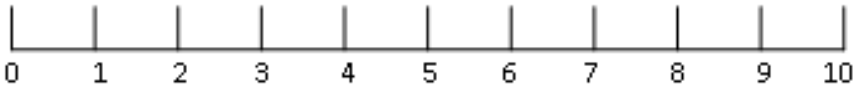


71. PITIFUL

Definition: 1. evoking or deserving contempt by smallness, poor quality; 3. full of pity.

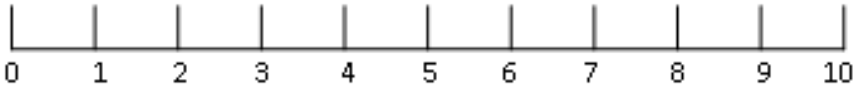
72. PUNISHING

Definition: 1. Causing or characterized by harsh or injurious treatment, severe, brutal.



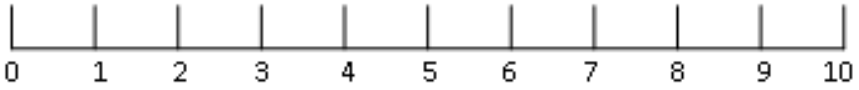
73. PUNITIVE

Definition: 1. serving for, concerned with, or inflicting punishment.



74. SADDENING

Definition: 1. To make or become sad; 2. dismaying

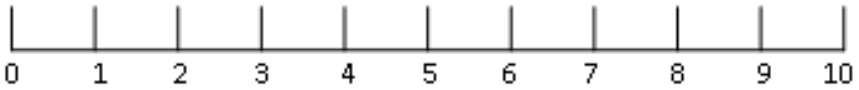


75. SCARY

Definition: 1. Causing fright or alarm; 2. easily frightened; timid.

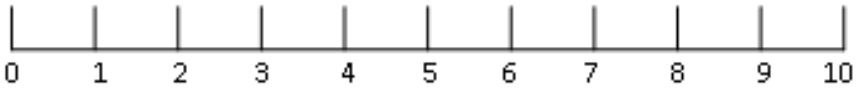
76. SCATHING

Definition: 1. Searing, mordant; 2. cutting or sharp.



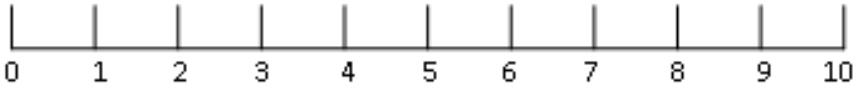
77. SCORCHING

Definition: 1. very hot; 2. harsh; severe.



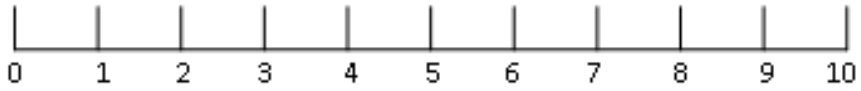
78. SENSITIVE

Definition: 1. capable of being perceived by the senses; 3. capable of feeling or perceiving; 4. perceptible to the mind.



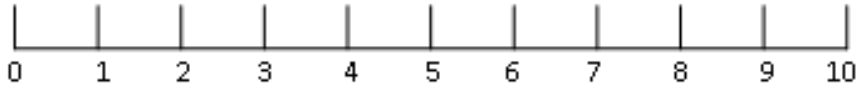
79. SHOCKING

Definition: 1. a sudden or violent disturbance or commotion; 2. sensation of an electric shock



80. SPREADING

Definition: 1. To become shed abroad, diffused, or disseminated.



81. STABBING

Definition: 1. to pierce or wound with or as if with a pointed weapon; 2. to penetrate sharply or painfully

82. STINGING

Definition: 1. to feel a smarting pain, as from a blow or the sting of an insect; 2. any sharp physical or mental wound, hurt, or pain; 3. a sharp stimulus or incitement.

83. STRIKING

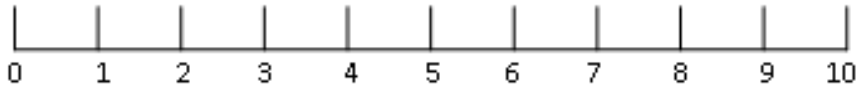
Definition: 1. notable; 2. Noticeable, eye-catching.

84. STRONG

Definition: 1. physically vigorous or robust; 2. accompanied or delivered by great physical, mechanical, etc., power or force; 3. aggressive; vigorous

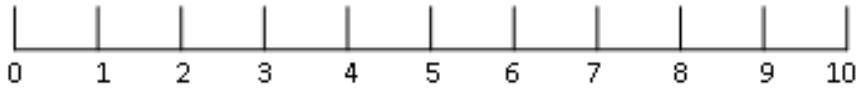
85. SUFFOCATING

Definition: 1. to impede the respiration of; 2. overpowering; stifling



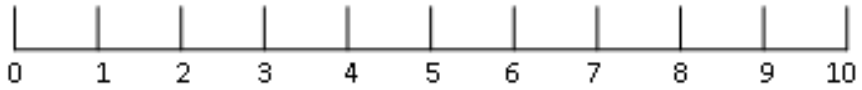
86. TEDIOUS

Definition: 1**.** causing or marked by boredom; 2. Dull, Boring; 3. wearisome



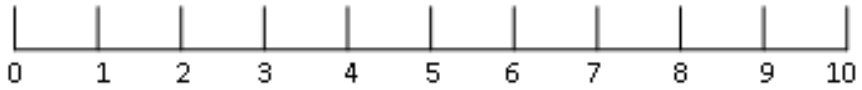
87. TERRIBLE

Definition: 1. Distressing; severe; 2. extremely bad; horrible; 3. exciting terror, awe, or great fear; dreadful; awful; 4. formidably great



88. TERRIFYING

Definition: 1. to fill with terror or alarm; make greatly afraid.

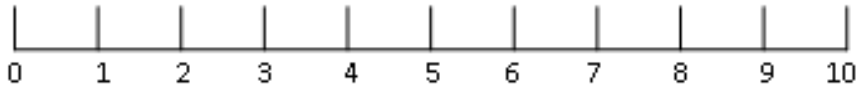


89. THIN

Definition: 1. of small cross section in comparison with the length, slender; 2. having little flesh, spare, lean; 3. scant; not abundant or plentiful

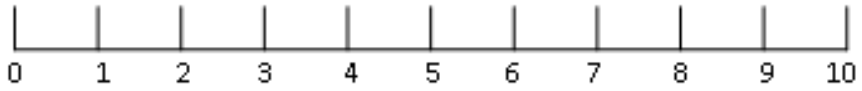
90. THROBBING

Definition: 1. a violent beat or pulsation, as of the heart.



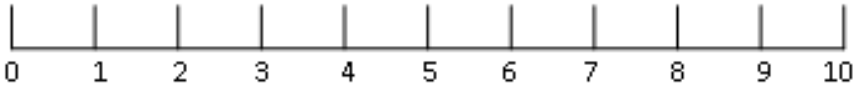
91. TINGLING

Definition: 1. To have a sensation of slight prickles, stings, or tremors, as from cold, a sharp blow, excitement.



92. TIRING

Definition: 1. to reduce or exhaust the strength of, as by exertion; make weary; fatigue



93. TORTURING

Definition: 1. the act of inflicting excruciating pain; 2. a method of inflicting such pain; 3. a cause of severe pain or anguish.

94. TREMENDOUS

Definition: 1**.** Very great in amount, scale, or intensity.

95. TWINGING

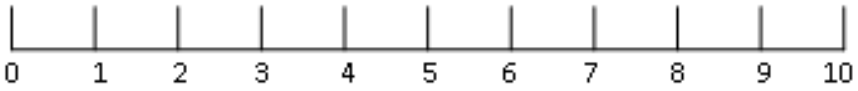
Definition: 1. Sudden, sharp stroke.

96. UNBEARABLE

Definition: 1. Unendurable; intolerable.

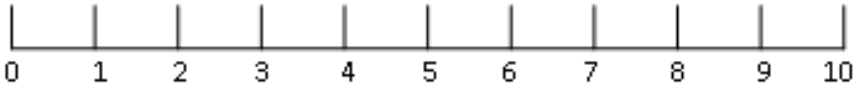
97. UNCOMFORTABLE

Definition: 1. Causing discomfort or distress; painful; irritating; 2. in a state of discomfort; uneasy; conscious of stress or strain



98. UNPLEASANT

Definition: 1.Not pleasant; displeasing; disagreeable; offensive.



99. VIOLENT

Definition: 1. acting with or characterized by uncontrolled, strong, rough force; 2. intense in force, effect, severe, extreme; 3. roughly or immoderately vehement or ardent;

100. WRETCHED

Definition: 1. in a very unhappy or unfortunate state; 2. of poor quality; very bad

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DE DOR (EMADOR)

Nome:_____ Idade: _____ anos.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Há quanto tempo tem dor? _____

Você toma algum medicamento para tratamento/alívio da dor? ( ) Sim ( ) Não

Qual medicamento?_____

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 30 minutos ou menos. A tarefa a ser realizada é fácil e 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 sobre a avaliação da experiência dolorosa.

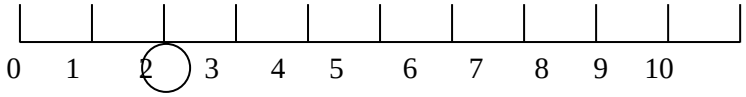
Seguindo em anexo uma lista de várias palavras denominadas "*descritores de dor*". A definição que consideramos mais adequadas a cada descritor de dor vem logo abaixo de cada um deles. Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que você irá atribuir a cada um deles, através de onze pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definição. Leia atentamente os passos abaixo, o qual você deverá seguir para a realização dessa tarefa.

1- Observe cada descritor em letras maiúsculas e identifique-o
2- Leia com atenção a definição que foi colocada logo abaixo do descritor.
3- Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definição. Nela você deve assinalar a nota que será atribuída ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de atribuiçãoe de dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuição que o descritor receberia na caracterização dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), também devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver próximo ao dez, maior o grau de atribuição do descritor e quanto mais próximo ao 0 (zero), menor seu grau de atribuição.
4- Leia o exemplo que damos a seguir e, se ainda houver dúvidas, solicite ajuda a pessoa responsável pela aplicação desse instrumento.

Exemplo: **QUEIMANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que queima, queimosa. 2. Muito picante, pimenta, queimante.

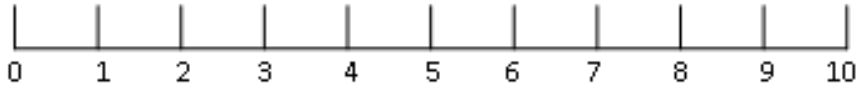
Nota:



DESCRITORES DE DOR AGUDA

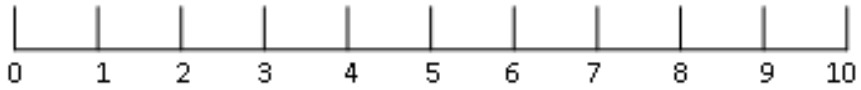
1º **TERRÍVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. 3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.



2º **INSUPORTÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.



3º **ENLOUQUECEDORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que endoidece; que torna louca; que faz perder a razão.

4º **PROFUNDA**

DEFINIÇÃO: 1. Que tem extensão, considerada desde a entrada até o extremo oposto. 2. Muito marcada. 3. Que penetra muito; dor profunda. 4. Enorme; desmedida; excessiva; demasiada. 5. De grande alcance; muito importante.

5º **TREMENDA**

DEFINIÇÃO: 1. Terrível. 2. Fora do comum; extraordinário.

6º **DESESPERADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa. 2. Aquela que faz desesperar.

7º **INTENSA**

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva**.**

8º **FULMINANTE**

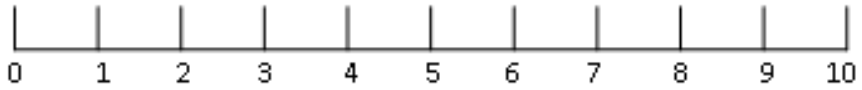
DEFINIÇÃO: 1. Que fulmina; despede raios; fulminadora. 2. Que assombra. 3. Cruel; terrível; atroz.

9º **ANIQUILADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que reduz a nada; que nulifica; anula. 2. Que destrói; mata; extermina.

10º **MONSTRUOSA**

DEFINIÇÃO: 1. Enorme; extraordinária.

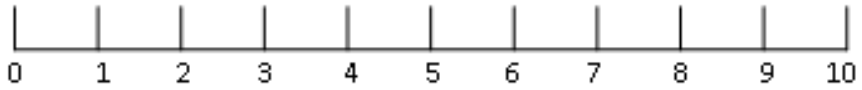


11º **DILACERANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que dilacera. 2. Que tortura; aflitiva; cruel.

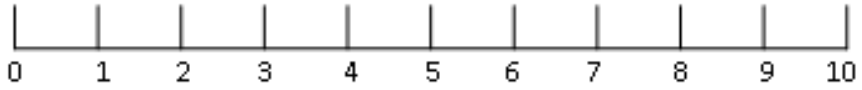
12º **FORTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que tem força; vigor. 2. Intensa; violenta. 3. Viva; ativa.



13º **BRUTAL**

DEFINIÇÃO: 1. Própria de bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; bárbara. 3. Impiedosa; violenta. 4. Medonha; terrível.



14º **ESMAGADORA**

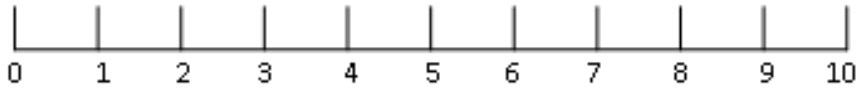
DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2. Opressiva; tirânica. 3. Indiscutível; irretorquível; irrefutável.

15º **DESUMANA**

DEFINIÇÃO: 1. Que não é humana; ferina; bestial; desnaturada. 2. Que denota desumanidade; bárbara; cruel.

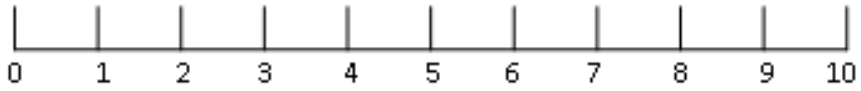
16º **ALUCINANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que alucina; faz perder o tino; a razão; o entendimento; alucinatório. 2. Estonteante



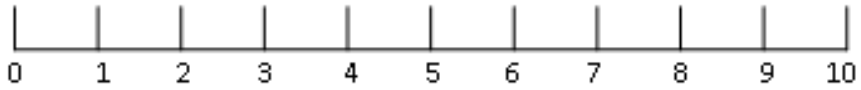
17º **QUE CEGA**

DEFINIÇÃO**:** 1. Que faz perder a razão; que faz alucinar-se.



18º **COLOSSAL**

DEFINIÇÃO: 1. Que tem proporção de colosso. 2. Enorme; agitada. 3. Imensurável; incomensurável; vastíssima. 4. Extraordinária; prodigiosa.

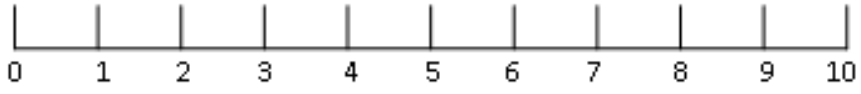


19º **PAVOROSA**

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde pavor. 2. Medonha; horrível; horrorosa.

20º **VIOLENTA**

DEFINIÇÃO: 1. 1. Impetuosa. 2. Agitada; tumultuosa. 3. Intensa.

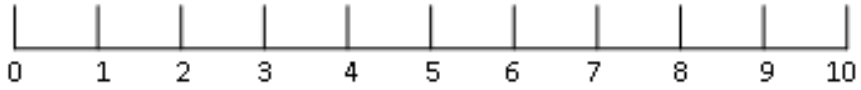


21º **DESTRUIDORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que destrói; destruidora; destrutiva. 2. Aquela que destrói; destrutora.

22º **MARTIRIZANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que aflige; atormenta; mortifica.

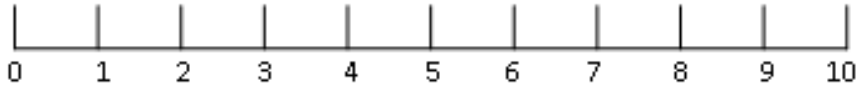


23º **AGUDA**

DEFINIÇÃO: 1. Afiada; grave. 2. Intensa, forte, violenta.

24º **EXCESSIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que é em excesso, exagerada; demasiada, desmedida.

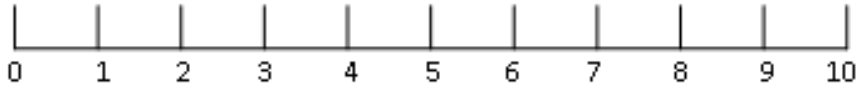


25º **ARRASADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que arrasa; arrasante.

26º **APAVORANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que apavora; que causa pavor; espanto.

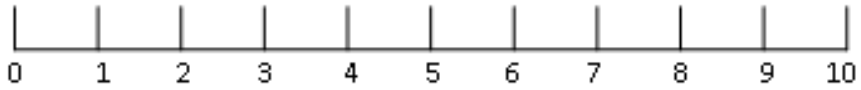


27º **CORTANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que corta. 2. Que abre caminho; que fende. 3. Aguda; estridente.

28º **GIGANTESCA**

DEFINIÇÃO: 1. Prodigiosa; grandiosa.



29º **ATERRORIZANTE**

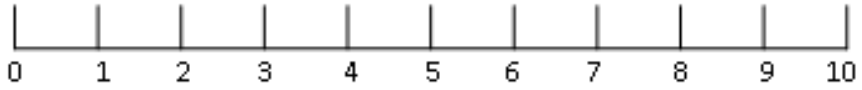
DEFINIÇÃO: 1. Que enche de terror; que faz medo.

30º **ANGUSTIANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

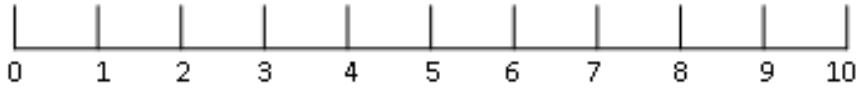
31º **AFLITIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que causa aflição; afligente; afligidora.



32º **PENETRANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que penetra. 2. Pungente, dolorosa. 3. Que passa além da superfície, como a ferida penetrante que perfura a parede de uma cavidade ou entra em um órgão.

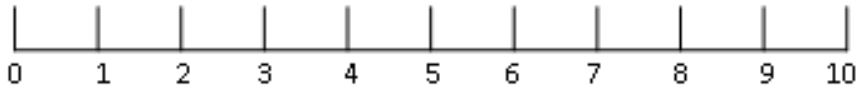


33º **ARDENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que queima; cáustica. 2. Que produz sensação semelhante à queimadura.

34º **QUE QUEIMA**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz ardência em; que afogueia; que abrasa; que faz arder.



35º **AGRESSIVA**

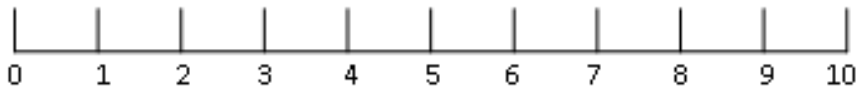
DEFINIÇÃO: 1. Que agride, denota ou envolve agressão.

36º **SUFOCANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que sufoca; sufocadora; sufocativa.

37º **PARALISANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz paralisia.



38º **DESENFREADA**

DEFINIÇÃO: 1. Que não tem freio. 2. Arrebatada; descomedida.

39º **IMPORTUNA**

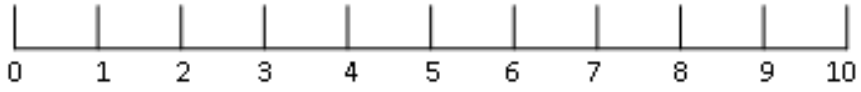
DEFINIÇÃO: 1. Que importuna; incomoda; incomodativa; impertinente; insuportável.

40º **PUNHALADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como golpe de punhal. 2. Como golpe mortal.

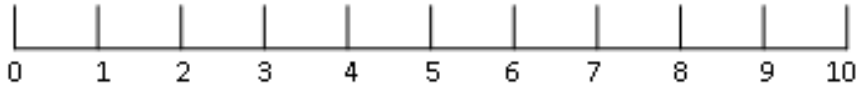
41º **ASSUSTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustadora. 2. Aquela que assusta.



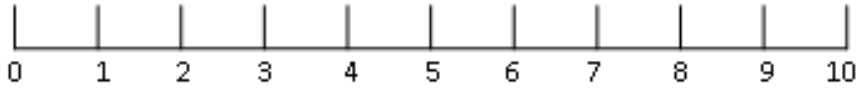
42º **CONTÍNUA**

DEFINIÇÃO: 1. Em que não há interrupção; seguida; sucessiva.



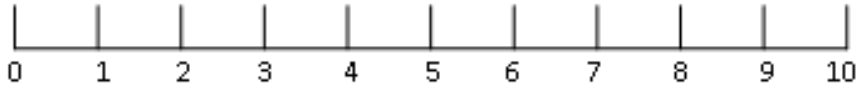
43º **LIMITANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que limita; restringe



44º **COMO FACADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como golpe de faca. 2. Surpresa dolorosa.

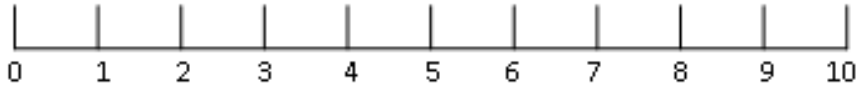


45º **LATEJANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que pulsa; palpita.

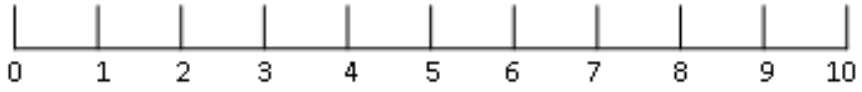
46º **QUE REMOE**

DEFINIÇÃO: 1. Que mói novamente. 2. Que torna a mastigar; que remastiga; que rumina.



47º **EXAGERADA**

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exagero. 2. Que exagera. 3. Excessiva.



48º **ALARMANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que causa alarme. 2. Que assusta.

49º **DOLOROSA**

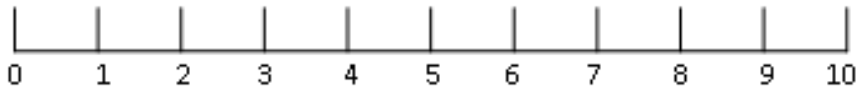
DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. 2. Doida.

50º **QUE CANSA**

DEFINIÇÃO: 1. Que molesta; importuna; enfastia; aborrece.

51º **QUE REPUXA**

DEFINIÇÃO: 1. Puxar de novo; 2.Puxar para trás; 3.Esticar; 4.contrair

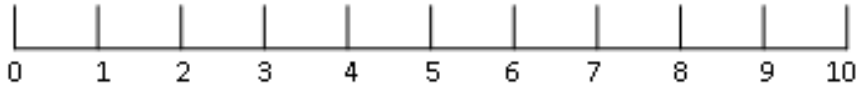


52º **PREJUDICIAL**

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.

53º **AMEDRONTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que mete medo; assusta; aterroriza.

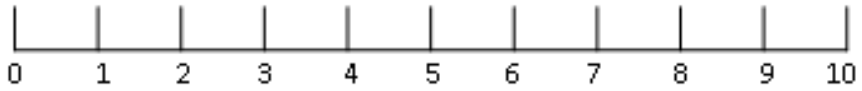


54º **CONSTANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que não se desloca; inalterável; imutável. 2. Incessante; contínua. 3. Invariável. 4. Que aparece com freqüência, de maneira dominante, por vezes obsessiva.

55º **MISERÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Desprezível; 2. Malvada; perversa; cruel.



56º **FATIGANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que fatiga; fatigadora; fatigosa; que aborrece; que importuna.

57º **DOIDA**

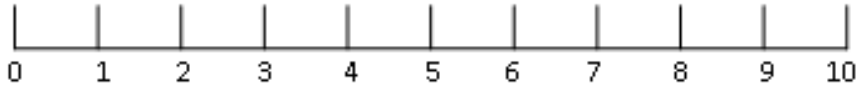
DEFINIÇÃO: 1. Extravagante; insensata; imprudente; exagerada.

58º **SÚBITA**

DEFINIÇÃO: 1.que ocorre ou surge sem ser prevista; repentina; inesperada.

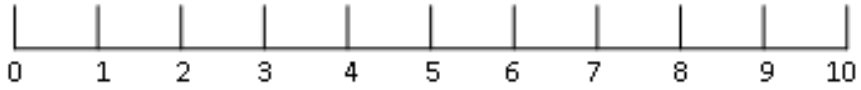
59º **INCÔMODA**

DEFINIÇÃO: 1. Que não oferece comodidade. 2. Que incomoda; que é desagradável; desconfortável. 3. Que enfada; aborrece; enfadonha; molesta; presença incômoda. 4. Que causa transtorno; importuna. 5. Que traz dificuldade; situação incômoda; incomodadora; incomodante.



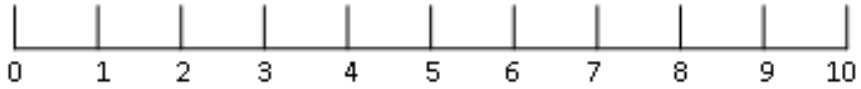
60º **ESTAFANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que estafa ou fatiga; fatigante; fadigosa; cansativa.



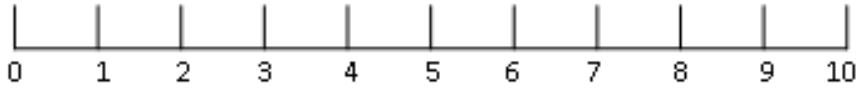
61º **FEIA**

DEFINIÇÃO: 1. Difícil; insuportável.



62º **QUE CASTIGA**

DEFINIÇÃO: 1. Que aflige castigo a; que pune.



63º **FORMIDÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Medonhamente grande; descomunal; colossal.

64º **MARCANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que marca; que assinala. 2. Que deixa marca; sobressai; evidencia-se.

65º **IRRITANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz ou dá origem a irritação.

66º **CONSIDERÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que se deve considerar, notável, importante. 2. Muito grande.

67º **QUE APERTA**

DEFINIÇÃO: 1. Que expreme; comprime.

68º **IMPRESSIONANTE**

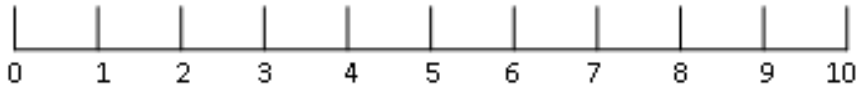
DEFINIÇÃO: 1. Que impressiona; produz uma sensação de estranheza; chama a atenção; abala; toca.

69º **DURADOURA**

DEFINIÇÃO: 1. Que dura muito; ou pode durar muito.

70º **PULSÁTIL**

DEFINIÇÃO: 1. Que pulsa; pulsadora; pulsante.

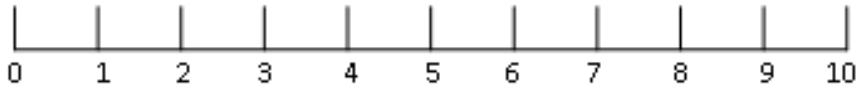


71º **COMPLICADA**

DEFINIÇÃO: 1. Que tem complicação; embaraçada; enredada; difícil.

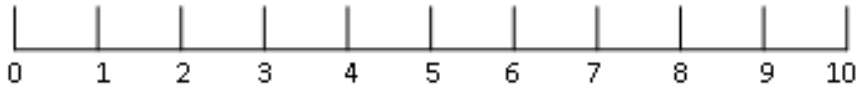
72º **DESCONFORTÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável; desconfortável.



73º **PREOCUPANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que preocupa. 2. Que ocupa primeiro.



74º **BLOQUEADORA**

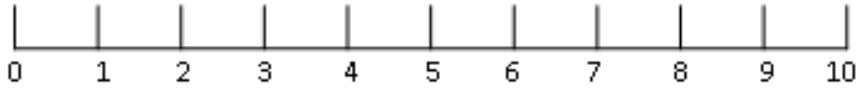
DEFINIÇÃO: 1. Que bloqueia; bloqueante.

75º **IMPERTINENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Não pertinente; descabida; inoportuna. 2. Insolente; irreverente.

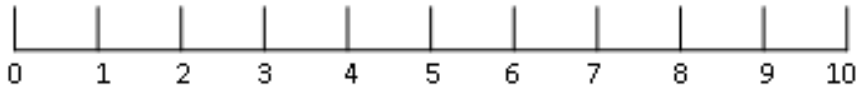
76º **QUE PERTURBA**

DEFINIÇÃO: 1. Que altera; modifica; desarranja. 2. Que causa embaraço ou perturbação.



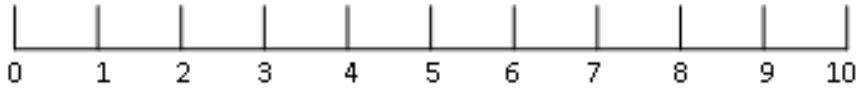
77º **PROGRESSIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que progride. 2. Que encerra progressão. 3. Que se vai realizando gradualmente.



78º **COMO CHOQUE**

DEFINIÇÃO: 1. Como sensação produzida por carga elétrica.



79º **CONSTRITIVA**

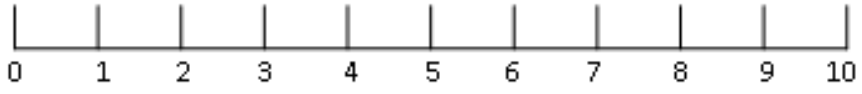
DEFINIÇÃO: 1. Que produz aperto; compressão.

80º **ASSALTANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que ataca de repente; investe com ímpeto e de súbito. 2. Acomete à traição.

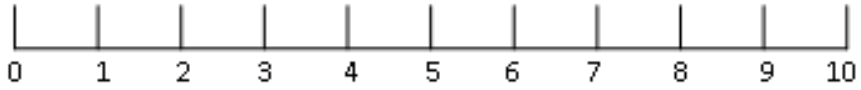
81º **QUE ESPALHA**

DEFINIÇÃO: **1.** Que lança para diferentes lados; dispersa. 2. Que infunde; irradia. 3. Que se propaga.



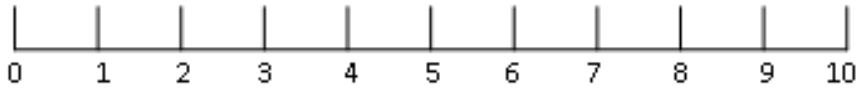
82º **COMO FERROADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como picada com ferrão ; pontada.



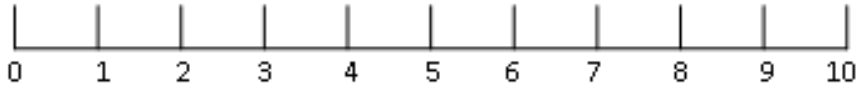
83º **COMO PICADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como trajeto formado ao se mergulhar uma agulha de inoculação em meio nutritivo, como ferida feita com objeto pontiagudo, como mordedura de inseto ou de cobra.



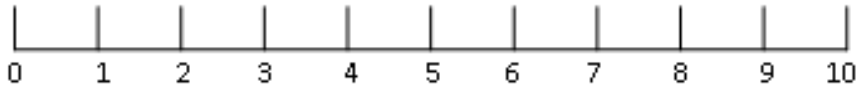
84º **FISGADA**

DEFINIÇÃO: 1. Em pontada; rápida.



85º **LOCALIZADA**

DEFINIÇÃO: 1. Que se localizou ou localiza.

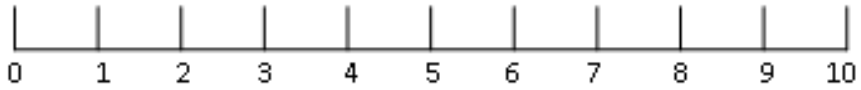


86º **DEFINIDA**

DEFINIÇÃO: 1. Determinada com exatidão; fixa 2. De que se deu a explicação precisa. 3. Demarcada; limitada. 4. Exata; precisa. 5. Aquela que se definiu.

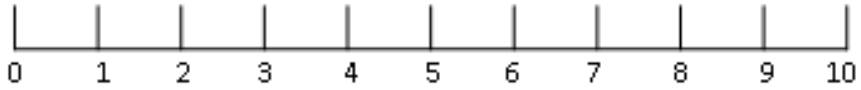
87º **MAÇANTE**

DEFINIÇÃO: Que maça; aborrece; entedia.



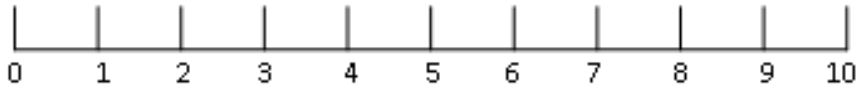
88º **ESTRANHA**

DEFINIÇÃO: 1. Fora do comum; anormal. 2. Singular; esquisita; extraordinária; extravagante; excêntrica. 3. Misteriosa.



89º **INVARIÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que não varia, constante. Imutável.



90º **NAUSEANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz náusea.

91º **INSTÁVEL**

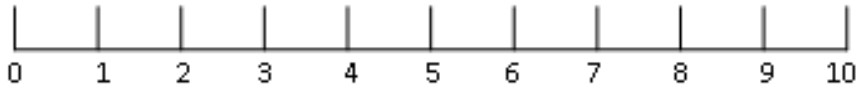
DEFINIÇÃO: 1. Não estável; inconstante; mudável; mutável.

92º **EVIDENTE**

DEFINIÇÃO**:** 1. Que não oferece dúvida; que se compreende prontamente; clara; manifesta; patente.

93º **MÉDIA**

DEFINIÇÃO: 1. Que está no meio ou entre dois pontos. 2. Que ocupa ou exprime o meio termo.



94º **INCONSTANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Não constante. 2. Instável; variável; mutável.

95º **DEBILITANTE**

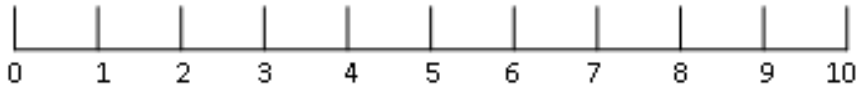
DEFINIÇÃO: 1. Que enfraquece.

96º **DESAGRADÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que desagrada; não agradável.

97º **RECORRENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que recorre. 2. Que retorna ao ponto de partida ou ressurge após haver desaparecido.

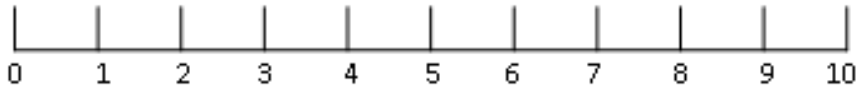


98º **CHATA**

DEFINIÇÃO: 1. Maçante. 2. Situação ou coisa chata.

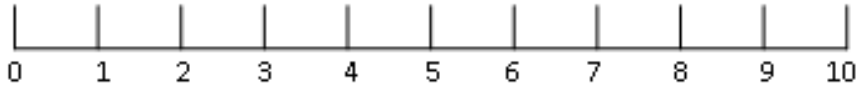
99º **DESESTIMULANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que desestimula; desestimuladora.



100º **INTERMITENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que apresenta interrupções ou suspensões; não contínua.



Anexo 2

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE AVALIAÇÃO DE DOR (EMADOR)

Nome:_____ Idade: _____ anos.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Há quanto tempo tem dor? _____

Você toma algum medicamento para tratamento/alívio da dor? ( ) Sim ( ) Não

Qual medicamento?_____

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 30 minutos ou menos. A tarefa a ser realizada é fácil e 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 sobre a avaliação da experiência dolorosa.

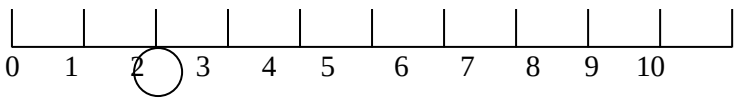
Seguindo em anexo uma lista de várias palavras denominadas "*descritores de dor*". A definição que consideramos mais adequadas a cada descritor de dor vem logo abaixo de cada um deles. Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que você irá atribuir a cada um deles, através de onze pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definição. Leia atentamente os passos abaixo, o qual você deverá seguir para a realização dessa tarefa.

5- Observe cada descritor em letras maiúsculas e identifique-o
6- Leia com atenção a definição que foi colocada logo abaixo do descritor.
7- Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definição. Nela você deve assinalar a nota que será atribuída ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de atribuiçãoe de dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuição que o descritor receberia na caracterização dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), também devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver próximo ao dez, maior o grau de atribuição do descritor e quanto mais próximo ao 0 (zero), menor seu grau de atribuição.
8- Leia o exemplo que damos a seguir e, se ainda houver dúvidas, solicite ajuda a pessoa responsável pela aplicação desse instrumento.

Exemplo: **QUEIMANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que queima, queimosa. 2. Muito picante, pimenta, queimante.

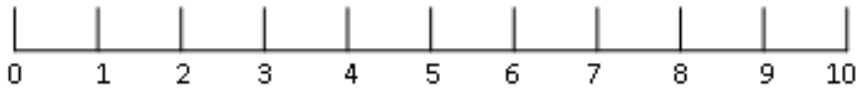
Nota:



DESCRITORES DE DOR CRÔNICA

01° **DEPRIMENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

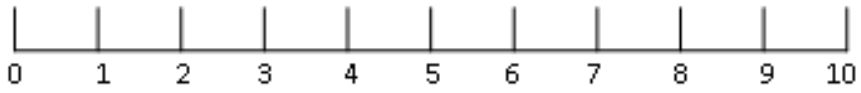


02° **PERSISTENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

03° **ANGUSTIANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

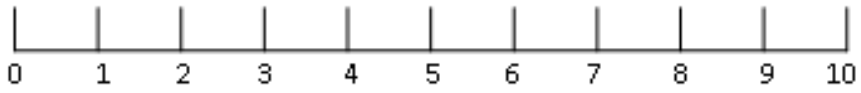


04° **DESASTROSA**

DEFINIÇÃO: 1. Em que há, ou que produz acontecimentos calamitosos, especialmente o que ocorre de súbito e ocasionando grande dano ou prejuízo.

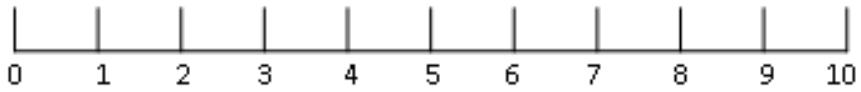
05º **PREJUDICIAL**

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.



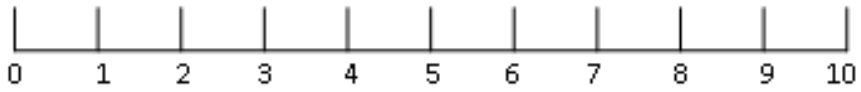
06º **DOLOROSA**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. 2. Dolorida.



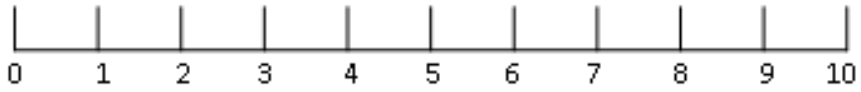
07° **INSUPORTÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.



08° **ASSUSTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustosa.

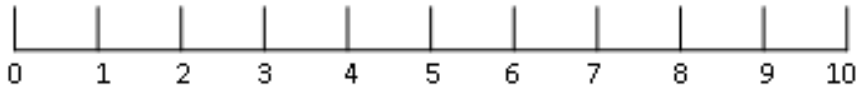


09º **CRUEL**

DEFINIÇÃO: 1. Dura; insensível; cruenta. 2. Severa; perigosa; tirana.

10º **DESCONFORTÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável, inconfortável.

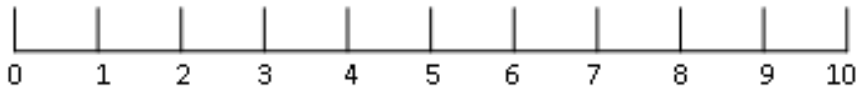


11º **TERRÍVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. **3.** Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

12° **AGRESSIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que agride, denota ou envolve agressão.



13º **ATORMENTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Aquela que tortura; sulicia; flagela; angustia; modifica; aflige.

14º **INTENSA**

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva**.**

15º **ESMAGADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2.opressiva, tirânica. 3. indiscutível; irretorquível; irrefutável.

16º **BRUTAL**

DEFINIÇÃO: 1. Própria do bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; barbara. 3. Impiedosa; violenta. 4. Medonha; terrível.

17º **ATERRORIZANTE**

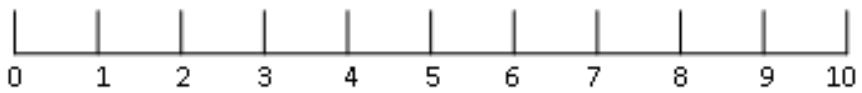
DEFINIÇÃO: 1. Que enche de terror; que faz medo.

18º **INFERNIZANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que torna muito incomoda; insuportável; que inferniza; que aflige; que desespera; que atormenta.

19º **DESGRAÇADA**

DEFINIÇÃO: 1. De má sorte. 2. Miserável. 3. Desprezível.

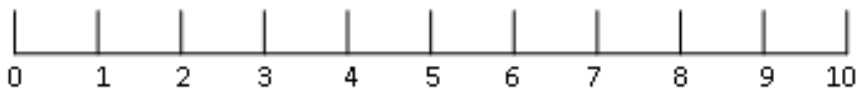


20º **ENJOADA**

DEFINIÇÃO: 1. Intolerável. 2. Desagradável.

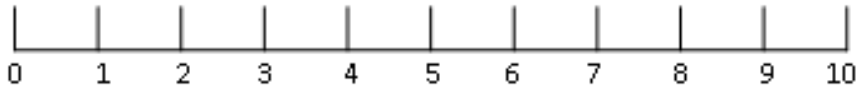
21º **CHATA**

DEFINIÇÃO: 1. Maçante. 2. Situação ou coisa chata.



22º **DESAGRADÁVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que desagrada, não agradável.



23º **SUFOCANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que sufoca; sufocadora; sufocativa.

24º **CASTIGADORA**

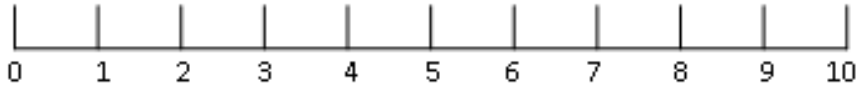
DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que castiga

25º **PREOCUPANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que preocupa. 2. Que ocupa primeiro.

26° **APAVORANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que apavora; que causa pavor; espanto.



27º **CONSTANTE**

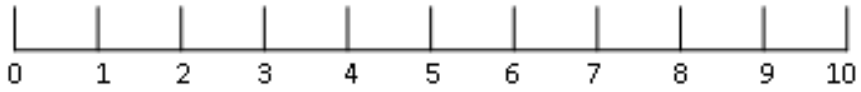
DEFINIÇÃO: 1. Que não se desloca; inalterável; imutável. 2. Incessante; contínua. 3. Invariável. 4. Que aparece com freqüência, de maneira dominante, por vezes obsessiva.

28º **PAVOROSA**

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde pavor. 2. Medonha; horrível; horrorosa.

29° **DEMONÍACA**

DEFINIÇÃO: 1. Relativa ao próprio de demônio; diabólica; satânica.

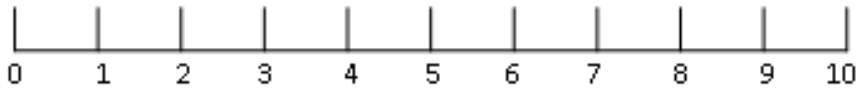


30° **QUE ESPALHA**

DEFINIÇÃO: 1. Que lança para diferentes lados; dispersa. 2. Que infunde; irradia. 3. Que se propaga.

31º **DEVASTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que destrói; assola. 2. Danifica; arruína.

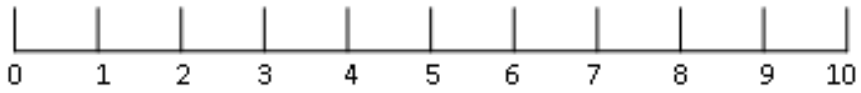


32º **CONTÍNUA**

DEFINIÇÃO: 1. Em que não há interrupção; seguida; sucessiva.

33º **EXCESSIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que é em excesso, exagerada; demasiada, desmedida.



34º **MISERÁVEL**

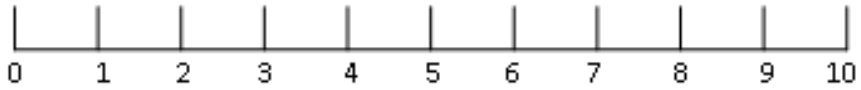
DEFINIÇÃO: 1. Desprezível. 2. Malvada; perversa; cruel.

35º **EXAGERADA**

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exageração; exagerada; demasiada; desmedida.

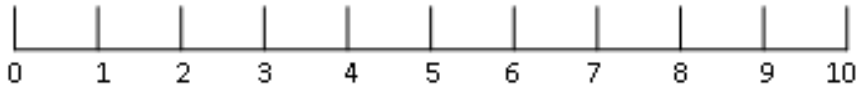
36º **MALDITA**

DEFINIÇÃO: 1. Amaldiçoada. 2. Pernicioso; funesta. 3. muito má, maligna.



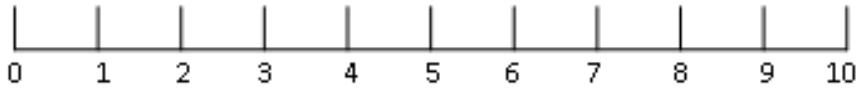
37° **PERTUBADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que causa pertubação; que altera; muda; modifica. 2. Que causa embaraço ou perturbação. 3. Que desnorteia, desorienta.



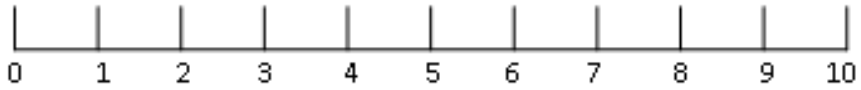
38° **ABORRECÍVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que pode ou deve causar aborrecimento ou horror; digna de horror; detestável; execrável; abominável; aborrecida; aborrecedora.



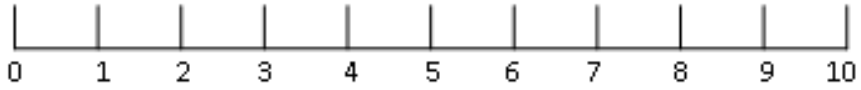
39° **DESGASTANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que desgasta. 2. Incomoda; tediosa; chata.



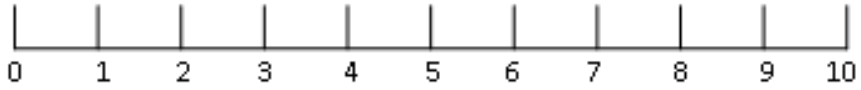
40º **DANOSA**

DEFINIÇÃO: 1. Que causa dano, nociva, prejudicial; daninha.



41° **ENLOUQUECEDORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que endoidece; que torna louca; que faz perder a razão.

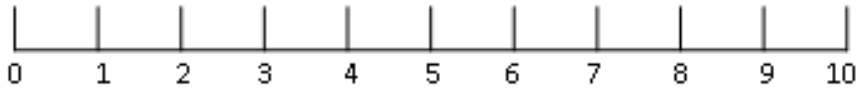


42° **QUEIMANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que queima; queimosa. 2. Muito picante; pimenta queimante.

43° **PUNITIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que pune; punidora. 2. Que envolve punição; medida punitiva.



44° **TORTURANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que tortura; que atormenta; torturadora; aflitiva; angustiante.

45º **DESESPERADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa. 2. Aquela que faz desesperar.

46° **CANSATIVA**

DEFINIÇÃO: 1. Que cansa; fatiga. 2. Aborrecida; entediante; enfastiante; enfadonha.

47° **MONSTRUOSA**

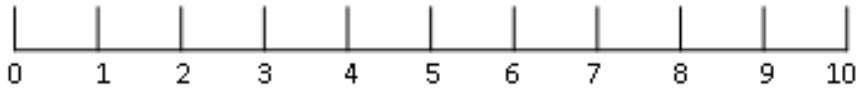
DEFINIÇÃO: 1. Que tem a conformação de monstro.

48° **INCÔMODA**

DEFINIÇÃO: 1. Que não oferece comodidade. 2. Que incomoda; que é desagradável; desconfortável. 3. Que enfada; aborrece; enfadonha; molesta; presença incômoda. 4. Que causa transtorno; importuna. 5. Que traz dificuldade; situação incômoda; incomodadora; incomodante.

49° **FORTE**

DEFINIÇÃO**:** 1. Que tem força; vigor. 2. Intensa; violenta. 3. Viva; ativa.



50° **AMEDRONTADORA**

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que mete medo; assusta; aterroriza.

51º **PERFURADORA**

DEFINIÇÃO:1. Que perfura; que é perfurada; perfurativa. 2. Aquela que perfura ou é própria para perfurar.

52º **DESTRUIDORA**

DEFINIÇÃO:1. Que destrói; destruidora; destrutiva. 2. Aquela que destrói; destrutora.

53º **COMO CHOQUE**

DEFINIÇÃO: 1. Como sensação produtiva por carga elétrica.

54º **LATEJANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que pulsa; palpita.

55º **TERRIFICANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que terrifica; terrífica; terrível.

56º **ESPALHADA**

DEFINIÇÃO:1. Que se espalhou. 2. Separada; intervalada; dispersa. 3. Derramada. 4. Difundida; divulgada; propalada.

57º **DESESTIMULANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que desestimula; desestimulante.

58º **IMPRESSIONANTE**

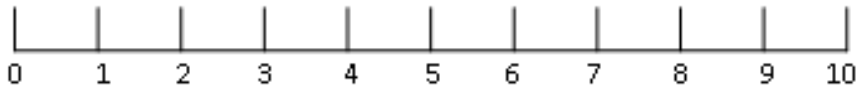
DEFINIÇÃO: 1. Que impressiona; produz sensação de estranheza; chama a atenção; abala; toca.

59º **DEMASIADA**

DEFINIÇÃO: 1. Que passa dos justos limites; excessiva. 2. Descomedida; desregrada; imoderada. 3. Exorbitante; abusiva. 4. Em demasia; por demasia; excessivamente

60º **DETESTAVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Que se deve detestar; abominável. 2. Péssima; insuportável.

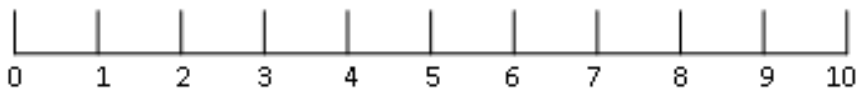


61º **EMBRASEADA**

DEFINIÇÃO:1. Posta em brasa. 2. Quente ao extremo.

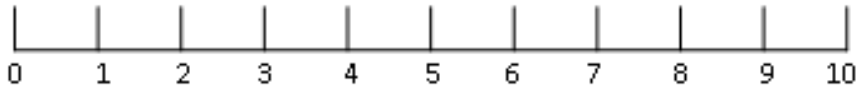
62º **TREMENDA**

DEFINIÇÃO:1.Terrível. 2. Fora do comum; extraordinária.



63º **MAÇANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que maça; aborrece; entedia.

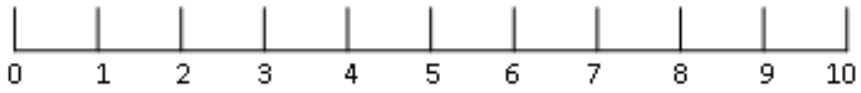


64º **QUE CORRÓI**

DEFINIÇÃO:1. Que roi lentamente; que consome pouco a pouco. 2. Que destrói ou danifica progressivamente.

65º **VIOLENTA**

DEFINIÇÃO:1. Impetuosa. 2. Agitada. 3. Intensa.



66º **COMO AGULHADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como picada com agulha.

67º **EM FISGADA**

DEFINIÇÃO:1. Em pontada; rápida.

68º **INFERNAL**

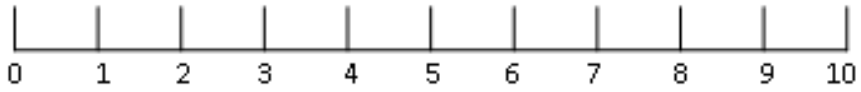
DEFINIÇÃO:1. Insuportável; atroz; medonha; horrenda; terrível.

69º **LAMENTÁVEL**

DEFINIÇÃO:1. Digna de ser lamentada.

70º **COMO FACADA**

DEFINIÇÃO:1. Como golpe de faca. 2. Surpresa dolorosa.



71º **CONSTRITIVA**

DEFINIÇÃO:1. Que produz aperto; compressão.

72º **FERVENTE**

DEFINIÇÃO:1. Que tem ardor; ardente.

73º **DESUMANA**

DEFINIÇÃO: 1. Que não é humana; ferina; bestial; desnaturada. Que denota desumanidade; bárbara; cruel.

74º **IMPORTUNA**

DEFINIÇÃO:1. Que importuna; incomodativa; impertinente; insuportável.

75º **FLAGELANTE**

DEFINIÇÃO**:**1. Que castiga; tortura; reluzente; fulgurosa; fulgente.

76º **COMO FERROADA**

DEFINIÇÃO:1. Como picada com ferrão; pontada.

77º **PENETRANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que passa além da superfície como a ferida penetrante que perfura a parede de uma cavidade ou entra em um órgão.

78º **MORTAL**

DEFINIÇÃO:1. Quer produz morte.

79º **COMPRIDA**

DEFINIÇÃO:1. Que dá ideia de haver durado muito.

80º **BLOQUEADORA**

DEFINIÇÃO:1. Que bloqueia.

81º **DEBILITANTE**

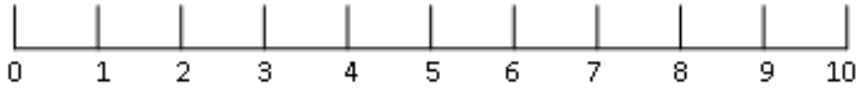
DEFINIÇÃO:1. Que enfraquece.

82º **IRRADIANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que irradia; irradiadora. 2. Que projeta em diversas direções, raios ou coisas comparáveis a raios.

83º **FINA**

DEFINIÇÃO:1. Aguçada; afiada. 2. Penetrante; cortante.



84º **ESTORVADORA**

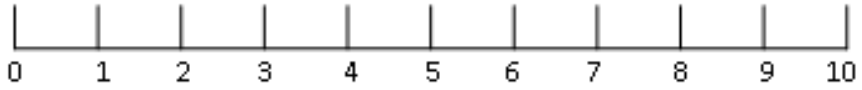
DEFINIÇÃO:1. Que ou aquela que estorva ou importuna, incômoda. 2. Embaraça; dificulta; impede.

85º **ALUCINANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que alucina; que faz perder o tino; a razão; o entendimento; alucinatório. 2. Estonteante.

86º **ENTRISTECEDORA**

DEFINIÇÃO**:** 1. Que torna triste; aflige; penaliza.



87º **COMO PICADA**

DEFINIÇÃO: 1. Como trajeto formado ao se mergulhar uma agulha de inoculação em meio nutritivo, com ferida feita com objeto pontiagudo, como mordedura de inseto ou de cobra.

88º **IRRITANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que produz ou dá origem a irritação. 2. Agente que produz irritação.

89º **PERMANENTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que permanece; contínua; ininterrupta; constante; uma dor permanente; sessão permanente. 2. Duradoura; durável.

90º **IMPOSSÍVEL**

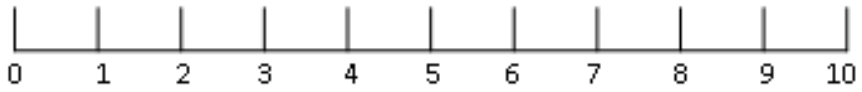
DEFINIÇÃO: 1. Muito difícil. 2. Incrível; extraordinária. 3. Extravagante; esquisita. 4. Insuportável; intolerável.

91º **LOCALIZADA**

DEFINIÇÃO: 1. Que se localizou ou localiza.

92º **QUENTE**

DEFINIÇÃO: 1. De temperatura elevada. 2. Em que há calor, cálido. 3. Atrasadora; ardente; queimante. 4. Que transmite calor.

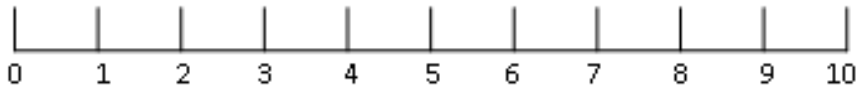


93º **ODIOSA**

DEFINIÇÃO: 1. Digna de ódio; detestável. 2. Repelente; repulsiva.

94º **SENSÍVEL**

DEFINIÇÃO: 1. Clara; evidente; manifesta.

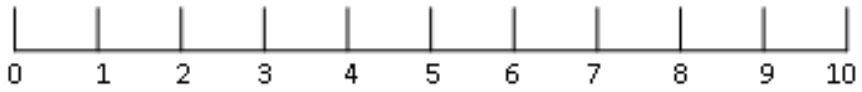


95º **ESTAFANTE**

DEFINIÇÃO: 1. Que estafa ou fatiga; fatizante; fadigosa; cansativa.

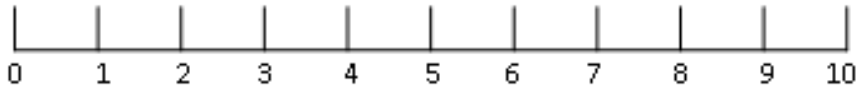
96º **MARCANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que marca; que assinala. 2. Que deixa marca; que sobressai; se evidencia.



97º **FORMIGANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que apresenta formigamento.



98º **CRUCIANTE**

DEFINIÇÃO:1. Angustiante; aflitiva; penosa.

99º **LIMITANTE**

DEFINIÇÃO:1. Que limita; restringe

100º **COMO PUNHALADA**

DEFINIÇÃO:1. Como golpe de punhal. 2. Como golpe mortal.

Anexo 3

Code Number _____

Title: Adaptation and cross-cultural validation of Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES)
Investigators: Lenny Chiang-Hanisko, Talita de Cassia Raminelli da Silva

Thank you for your interest in participating in our research study. The purpose is to adapt, validate and apply the Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES) for North American subjects. You are invited to participate in this study to evaluate this pain scale if you are an adult with acute pain (less than three months) or chronic pain (more than three months). You do not have to participate. You will be asked to respond on a scale of 0 to 10, the degree of pain you feel. It should take you no more than 30 minutes to complete this survey. You can skip questions that make you feel uncomfortable and you are free to withdraw from the study at any time without penalty. The potential risks in this study include possible fatigue or embarrassment during data collection, since the instrument is personal. Potential benefits of this study may include contributing to a greater understanding about pain and assisting in the creation of a valid and reliable pain assessment tool. In addition, you may benefit from the reflection and description of pain. Note that there are no financial incentives for participating.

By completing and returning the attached survey, you give consent to participate in this study. Please do not include any identifying data. We will give you a copy of this statement for your records. If you experience problems or have questions regarding your rights as a research subject, contact the Florida Atlantic University Division of Research at (561) 297-0777. For other questions about the study, you should call the principal investigator: Lenny Chiang-Hanisko, 561-297-2937 or send an email to lchiangh@fau.edu.

Please complete the following MPES (see attached)

FAU

Approved on:	9/4/2015
Expires on:	N/A

Institutional Review Board

FAU
FLORIDA ATLANTIC UNIVERSITY

Institutional Review Board
Division of Research
777 Glades Rd.
Boca Raton, FL 33431
Tel: 561.297.0777
fau.edu/research/research

Michael Whitehurst, Ed.D., Chair

DATE: January 22, 2016

TO: Lenny Chiang-Hanisko, PhD
FROM: Florida Atlantic University Social, Behavioral and Educational Research IRB

PROTOCOL #: 736320-2
PROTOCOL TITLE: [736320-2] Adaptation and cross-cultural validation of Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES)

SUBMISSION TYPE: Amendment/Modification

ACTION: APPROVED

EFFECTIVE DATE: January 21, 2016

Thank you for your submission of Amendment materials for this research protocol. The Florida Atlantic University IRB has approved your request to modify your protocol as outlined below:

- Change Subject Population and Recruitment Methods: Students and employees will be approached at the Christine E. Lynn College of Nursing. Contact will be with undergraduate senior students from Nursing Research classes and graduate students from the Qualitative Research Methods class.
- In addition researchers will put a copy of the questionnaires in each faculty and staff mail box at the College of Nursing as well as the approved consent paragraph.
- Recruitment script and recruitment letter to faculty and staff

Please use the stamped, revised (consents, instruments, etc.) that accompany this approval letter.

If you have any questions or comments about this correspondence, please contact Donna Simonovitch at:

Institutional Review Board
Research Integrity/Division of Research
Florida Atlantic University
Boca Raton, FL 33431
Phone: 561-297-0777
researchintegrity@fau.edu

* Please include your protocol number and title in all correspondence with this office.

This letter has been electronically signed in accordance with all applicable regulations, and a copy is retained within our records.

Anexo 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
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 235/2016, de 03.08.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 03 de agosto de 2016.

Protocolo CAAE: 56519816.3.0000.5393

Projeto: Avaliação de dor crônica e aguda: Etapa de um Estudo transcultural EUA e Brasil

Pesquisadores: Talita de Cássia Raminelli da Silva
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