



Crenças em relação às condições crônicas de saúde: uma revisão crítica de instrumentos adaptados para a língua portuguesa

Chronic pain beliefs: a critical review of instruments adapted for Portuguese language

Filipe Umbelino Silva^[a], Marcus Alessandro de Alcântara^[b], Olívia Lopes Barroso^[a]

^[a] Fisioterapeuta, Graduado pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Belo Horizonte, MG - Brasil, e-mail: filipe_umbelino@yahoo.com.br

^[b] Fisioterapeuta, professor assistente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri, (UFVJM), Mestre em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG - Brasil, e-mail: alcantara.marcus@hotmail.com; oliviafisio@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Este estudo teve dois objetivos: identificar instrumentos para avaliação de crenças em relação à dor crônica adaptados para a língua portuguesa e revisar as propriedades psicométricas destes. **Métodos:** A estratégia de busca consistiu em três etapas: 1) identificação de publicações relacionadas à mensuração de diversas crenças em relação à dor crônica; 2) seleção de instrumentos adaptados para a língua portuguesa; 3) análise das propriedades psicométricas da adaptação transcultural dos referidos instrumentos. **Resultados:** Por meio da busca realizada nas bases de dados SciELO e Periódicos Capes, foram selecionados cinco instrumentos: Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor, *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* – Brasil (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve) e Inventário de Atitudes frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais). Os valores de confiabilidade e validade variaram de moderados a bons. **Conclusão:** Os instrumentos apresentaram propriedades psicométricas moderadas a boas, proporcionando confiança a pesquisadores e clínicos quanto ao uso destas ferramentas.

Palavras-chave: Dor crônica. Fatores cognitivos. Autoeficácia. Confiabilidade. Validade.

Abstract

Objective: This study has two objectives: identify the chronic pain beliefs instruments adapted to the Portuguese language and to revise their psychometric properties. **Method:** The strategy consisted in three stages: 1) a systematic

search strategy was developed to identify papers related to measurement chronic pain beliefs; 2) the instruments adapted to the Portuguese language were selected; 3) the psychometric properties of these instruments were analyzed. **Results:** The following instruments were found in the SciELO and Periódicos Capes data base. Five instruments were identified: Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor, Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Brasil (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve) and Inventário de Atitudes frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais). Values of reliability and validity ranged from moderate to good. **Conclusion:** All the adapted instruments presented moderate or good psychometric properties; there are tools available by researcher and health care practitioners' to measure pain beliefs.

Keywords: Chronic pain. Cognitive factors. Self-efficacy. Reliability. Validity.

Introdução

Estudos têm investigado a influência de fatores cognitivos sobre a experiência dolorosa de uma pessoa (1). Fatores cognitivos são definidos como sentimentos ou expectativas de alguém sobre o significado de sua dor; são crenças em relação à habilidade no controle da própria dor (2). Diversos fatores cognitivos são descritos na literatura como crenças na autoeficácia, atitudes e crenças diante da dor, catastrofização e medo do movimento (3). Pesquisas mais recentes destacam a influência destas crenças como preditores de incapacidade física (4), depressão (5) e respostas ao tratamento para dor (6).

Um estudo de natureza correlacional investigou a influência dos fatores cognitivos em indivíduos com lombalgia crônica e concluiu que medo do movimento, catastrofização e, principalmente, baixa autoeficácia foram preditores de dor, incapacidade e depressão (1). Confirmando estes achados, Turner et al. (6) analisaram fatores cognitivos como mediadores de crenças na dor crônica temporomandibular e evidenciaram que autoeficácia e crenças e atitudes diante da dor foram preditores independentes de dor e incapacidade.

Embora estes resultados sejam promissores, parece um paradoxo avançar no corpo de conhecimento sobre o papel dos fatores cognitivos na experiência com dor crônica, enquanto pesquisas ainda demonstram baixa adesão de profissionais, como médicos e fisioterapeutas, no uso de instrumentos sistematizados (7). Persistência no uso do modelo biomédico e dificuldade em transferir resultados de pesquisas científicas para prática clínica são alguns fatores causais discutidos na literatura (8). Estes achados suportam a necessidade de implementar pesquisas que possam facilitar tal transição. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar profissionais de saúde em suas práticas clínicas, permitindo identificar instrumentos válidos e confiáveis para avaliação de crenças e monitorar a influência destas variáveis durante o tratamento.

Diante do exposto, esse estudo teve dois objetivos: identificar instrumentos adaptados para a língua portuguesa que avaliam crenças de uma pessoa sobre a dor e revisar as propriedades psicométricas desses instrumentos.

Métodos

A estratégia de busca consistiu em três etapas:

- 1) identificação de publicações sobre fatores cognitivos, especificamente criação e adaptação de instrumentos para mensuração de crenças em relação à dor crônica;
- 2) seleção de instrumentos adaptados para a língua portuguesa;
- 3) análise das propriedades psicométricas da adaptação transcultural dos referidos instrumentos.

Primeira etapa: identificação de publicações

As buscas *online* foram realizadas entre maio e setembro de 2009, em cinco bases de dados eletrônicas (Medline, Bireme, Lilacs, SciELO e Periódicos Capes), utilizando os seguintes termos: *beliefs, pain, chronic pain, cognitive, biopsychosocial, tool, measure, scale, health care, questionnaire, physical therapy, validation*. Inicialmente, foram realizadas buscas de estudos que investigaram fatores cognitivos em pacientes crônicos, para que os autores se familiarizassem com o referencial teórico. Na sequência, a busca foi direcionada às bases de dados nacionais SciELO e Periódicos Capes, na tentativa de encontrar artigos de adaptação transcultural de instrumentos padronizados para avaliação de fatores cognitivos. Finalmente, foi feita uma busca cruzada nas referências dos artigos encontrados para minimizar possíveis falhas na identificação de publicações, como, por exemplo, se um artigo de adaptação de instrumento para a língua portuguesa fosse publicado em periódico internacional.

Segunda etapa: seleção de instrumentos

Para ser incluído nesta revisão, o instrumento deveria ser validado na língua de origem, para garantir a padronização de sua criação. Graças à diversidade de natureza e classificações de dor, o objeto de estudo desta revisão foi investigar instrumentos de avaliação de crenças relacionadas à dor crônica musculoesquelética não específica na população adulta. Instrumentos que abordaram outros tipos de dor, como, por exemplo, a oncológica, foram excluídos. Artigos que não detalhavam as propriedades psicométricas da adaptação transcultural também foram excluídos, assim como instrumentos destinados à população idosa.

Terceira etapa: análise das propriedades psicométricas

Foram adotados critérios sistematizados descritos por Lohr et al. (9) e sugeridos por outros estudos (8), para avaliar a qualidade dos instrumentos:

- a) estrutura;
- b) confiabilidade;
- c) validade;
- d) responsividade;
- e) interpretabilidade;
- f) método de administração e resposta;
- g) formas alternativas de administração;
- h) equivalência entre as versões adaptada e original. Para avaliação da confiabilidade considerou-se o seguinte: escores abaixo de 0,40 foram qualificados como fracos (0); entre 0,41 e 0,70, como moderados (+); entre 0,71 e 0,90, como bons (++); e valores maiores que 0,90 foram considerados excelentes (+++) (10, 11). Três pesquisadores independentes revisaram os instrumentos e possíveis discordâncias foram discutidas entre os autores para encontrar um consenso sobre a qualidade de cada instrumento.

Resultados

Utilizando as palavras-chave *beliefs, pain e chronic pain*, foram encontradas 26.400 referências. Em seguida, a adição dos termos *cognitive e biopsychosocial* gerou aproximadamente 3.610 referências. Os termos *tool, scale, measure e questionnaire*, adicionados aos resultados acima, forneceram aproximadamente 1.160 referências.

Finalmente, a adição dos termos *physical therapy*, *health care* e *validation* forneceu 584 referências. Esta busca teve o objetivo de encontrar estudos que abordaram fatores cognitivos para embasar o referencial teórico desta pesquisa.

Em seguida, a busca foi direcionada para artigos de adaptação para a língua portuguesa de instrumentos que avaliavam crenças. Nas bases de dados nacionais SciELO e Periódicos Capes, foram encontradas oito referências que tratavam de instrumentos de avaliação de crenças adaptados para a língua portuguesa. Três estudos não se enquadravam nos critérios metodológicos adotados, pois eram voltados para patologias específicas, como fibromialgia e pacientes cadeirantes. Na busca cruzada, não foram encontrados outros artigos adaptados para língua portuguesa. Assim, esta revisão se concentrou nos seguintes instrumentos: Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC) (12), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) (13), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Brasil* (FABQ-Brasil) (14), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve) (15) e Inventário de Atitudes frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais) (16). Um breve resumo sobre os instrumentos pode ser visualizado na Tabela 1. A qualidade das propriedades psicométricas dos instrumentos está descrita na Tabela 2.

Tabela 1 - Resumo da estrutura, confiabilidade e validade da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Brasil* (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve), e Inventário de Atitudes Frente à Dor –profissionais (IAD-Profissionais) (Continua)

Item	AEDC	EPCD	FABQ-Brasil	IAD-Breve	IAD-Profissionais
Desfecho	Autoeficácia: crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos.	Pensamentos catastróficos: processos mentais direcionados a uma exagerada orientação negativa com relação a um estímulo nocivo.	Cinesiofobia: medo excessivo, irracional e debilitante do movimento e da atividade física, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão.	Crenças e atitudes diante da dor: crenças são suposições sobre a realidade que interferem no comportamento a partir da informação que o indivíduo possui referente a um alvo; atitudes afetam o comportamento por meio dos sentimentos da pessoa sobre um objetivo ou alvo.	Crenças e atitudes de profissionais de saúde diante da dor crônica, a partir de modificações do Inventário de Atitudes frente à Dor - versão reduzida.
População	Indivíduos com dor crônica musculoesquelética.	Indivíduos com dor crônica musculoesquelética.	Lombalgia crônica.	Indivíduos com dor crônica musculoesquelética.	Profissionais da saúde.
Domínios	1) Autoeficácia para o controle da dor (PSE); 2) Autoeficácia para função física (FSE); e 3) Autoeficácia para controle dos sintomas (CSE).	Pensamentos catastróficos.	1) FABQ-Work: medos e crenças dos indivíduos em relação ao trabalho; 2) FABQ-Phys: medos e crenças em relação às atividades físicas.	Sete domínios de crenças e atitudes diante da dor: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, medicação, emoção e dano físico.	Seis domínios de crenças e atitudes diante da dor: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, emoção e dano físico.

Tabela 1 - Resumo da estrutura, confiabilidade e validade da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* – Brasil (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve), e Inventário de Atitudes Frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais) (Conclusão)

Item	AEDC	EPCD	FABQ-Brasil	IAD-Breve	IAD-Profissionais
Interpretação	Cada crença é avaliada em uma escala tipo Likert que varia de 10 a 100 e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. É possível obter-se um escore para cada fator e a soma de todos os fatores fornece o escore total da escala. O escore máximo possível é de 300 e o mínimo é de 30	Escala Likert que varia de 0 (quase nunca) a 5 pontos (quase sempre). O escore total é a soma dos itens, dividida pelo número de itens respondidos. Quanto maior o escore, maior a catastrofização.	Escala Likert de sete pontos, que varia de 0 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente). Quanto maior o escore, maior é a crença do indivíduo em relação à atividade física e/ou atividade ocupacional e pior a sua dor.	Escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de 0 (totalmente falso) a 4 (totalmente verdadeiro). O escore é calculado pela soma dos pontos dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, sendo que o escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4.	Escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de 0 (totalmente falso) a 4 (totalmente verdadeiro). O escore é calculado pela soma dos pontos dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, sendo que o escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4.
Confiabilidade	Boa	Boa	Boa	Moderada	Moderada
Validade	Boa	Moderada	Boa	Moderada	Moderada

Tabela 2 - Avaliação da qualidade da Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* – Brasil (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve) e Inventário de Atitudes Frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais)

Instrumento	Critérios de avaliação da qualidade	
	Confiabilidade ¹	Validade ¹
AEDC	+++	++
EPCD	++	++
FABQ-Brasil	++	+++
IAD-Breve	+	++
IAD-Profissionais	+	+

Nota: 1 = critérios adotados de acordo com Lohr et al 1996. +++ = extensivo; ++ = adequado; + = limitado

Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC)

Estrutura

Autoeficácia é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (12). A AEDC é uma escala específica para medir a percepção de autoeficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor, em pacientes com dor crônica musculoesquelética. Consiste em 22 itens distribuídos em três domínios: autoeficácia para o controle da dor (PSE), autoeficácia para função física (FSE) e autoeficácia para controle dos sintomas (CSE). Cada item é avaliado em uma escala tipo Likert que varia de 10 (muita incerteza) a 100 (muita certeza) e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. O instrumento é autoaplicado, o tempo aproximado para resposta do questionário é de dez minutos e o escore de cada domínio é calculado dividindo-se a pontuação obtida pelo número de itens respondidos. O escore total é obtido pela soma da pontuação dos domínios dividida pelo número de domínios. Quanto maior o escore, melhor a autoeficácia do paciente para lidar com as consequências da dor (12, 17).

Adaptação transcultural

O processo de adaptação seguiu o conhecido modelo proposto por Guillemin et al. (18) para a adaptação e validação transcultural de instrumentos. Após obterem autorização da autora da escala original, a tradução do instrumento para o português foi realizada por uma tradutora profissional, seguida de um pré-teste aplicado numa população composta por pacientes com dor crônica não oncológica, de etiologias variadas, com idade superior a 18 anos. Finalmente foi realizada a retrotradução, seguida do parecer da autora da escala original consentindo a versão adaptada. De acordo com os autores, o teste-reteste não foi realizado graças ao pequeno retorno dos questionários, impossibilitando a análise dos dados.

Propriedades psicométricas

- 1) **Confiabilidade:** a confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, que reflete a dimensão com a qual os itens de um questionário medem o mesmo fenômeno, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach (12). O domínio AED obteve alfa de 0,76, indicando confiabilidade moderada. O domínio AEF obteve alfa de 0,92, indicando boa confiabilidade. O domínio AES obteve alfa de 0,89, indicando boa confiabilidade. Por fim, o alfa da escala total obtido para os 22 itens foi de 0,94, que indicou boa confiabilidade e confirmou a homogeneidade dos itens. Analisando-se a confiabilidade dos três domínios associados, obteve-se alfa de Cronbach de 0,84, que também indicou confiabilidade muito boa (12). Todos os escores apresentaram $p < 0,05$.
- 2) **Validade:** a validade convergente, cujo objetivo é confirmar o conteúdo da escala a partir da comparação com variáveis relacionadas, foi testada por meio do teste de correlação entre os constructos depressão e autoeficácia. Foram observadas correlações negativas entre a escala AEDC e Inventário de Depressão de Beck, com coeficientes variando entre -0,29 (fraca) e -0,55 (moderadamente fraco) ($p < 0,01$). Esses dados mostram que, quanto mais altos os valores de autoeficácia, menor o nível de sintomas depressivos (12).

Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD)

Estrutura

Pensamentos catastróficos podem ser definidos como processos mentais direcionados a uma orientação negativa exagerada com relação a uma experiência desagradável (11). O instrumento é composto por

nove itens, escalonados em uma escala Likert que varia de 0 (quase nunca) a 5 pontos (quase sempre). O questionário é autoaplicável e o tempo aproximado para resposta do questionário é de quatro minutos. O escore total é a soma dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, com escore variando de 0 a 5. Quanto maior o escore, maior indicativo de pensamentos catastróficos (13, 19).

Adaptação transcultural

Para esta adaptação, também foi usado o protocolo de Guillemín et al. (18). Os autores realizaram a tradução da escala para a língua portuguesa, seguida de aplicação do instrumento em sujeitos entre 18 e 80 anos de idade que experimentavam dor crônica não oncológica (fase pré-teste). A retrotradução para a língua inglesa foi feita por três profissionais da área da saúde fluentes em inglês e português. O método de tradução consistiu em traduzir, adaptar termos quando necessário e avaliar as versões em ambas as línguas. As modificações foram aceitas pelo autor do instrumento original (13).

Propriedades psicométricas

- 1) Confiabilidade: a escala possui boa consistência interna ($\alpha = 0,89$), fator que estima as possíveis correlações entre os itens do instrumento (9). A correlação entre os domínios (Pearson) foi de 0,74, indicando equivalência e precisão da escala (13).
- 2) Validade: a análise de componentes principais revelou a existência de dois componentes ou fatores para a Escala de Pensamentos Catastróficos (denominados ruminação e desesperança). Uma correlação entre itens superior a 0,40 e um coeficiente de correlação de Pearson de 0,62 entre as alternativas 1 e 2 confirmam a validade da escala. Os coeficientes de correlação item-escala (cada item correlacionado com toda escala) variando entre 0,71 e 0,81 sugerem que todos os itens estão adequadamente relacionados com o escore total (13).

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – Brasil (FABQ-Brasil)

Estrutura

O medo do movimento, ou cinesiofobia, é definido como um medo excessivo, irracional e debilitante do movimento físico, que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão (14). O FABQ – Brasil é um instrumento de avaliação que aborda o medo, crenças e comportamentos dos indivíduos com dor lombar crônica em relação à atividade física e trabalho. A escala é constituída por 16 itens de autorrelato, que são divididos em duas subescalas: a primeira aborda medos e crenças dos indivíduos em relação ao trabalho (FABQ-Work) e a segunda avalia seus medos e crenças em relação às atividades físicas (FABQ-Phys). Cada item é graduado em uma escala Likert de sete pontos, que varia de 0 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente). O instrumento é autoaplicado e o tempo aproximado para resposta do questionário é de sete minutos. Na interpretação, os itens são somados, respectivamente, em cada domínio de forma independente. Quanto maior o escore, maior a crença do indivíduo de que atividade física e/ou atividade ocupacional piora sua dor nas costas e, portanto, devem ser evitadas (14, 20).

Adaptação transcultural

Seguiu-se uma metodologia sistematizada (18), na qual os autores traduziram, aplicaram o instrumento numa amostra de 53 indivíduos com idade entre 20 e 75 anos portadores de lombalgia crônica inespecífica e, posteriormente, retrotraduziram o instrumento. Na sequência, a versão foi submetida a comitê de juízes especialistas, constituído por profissionais da área da saúde com domínio do tema e fluentes nos idiomas inglês

e português. Foi discutida a equivalência semântica, idiomática, cultural ou experimental, e conceitual entre a versão traduzida (FABQ-Brasil) e a original (FABQ) (14). Com o intuito de preservar a linguagem internacionalmente utilizada e conhecida para se referir ao instrumento, decidiu-se manter as siglas em inglês (14).

Propriedades psicométricas

- 1) Confiabilidade: a confiabilidade teste-reteste [FABQ-Work: coeficiente de correlação intraclassa (CCI) = 0,91; FABAQ-Phys: CCI = 0,84] e consistência interna do instrumento [FABQ-Work: $\alpha = 0,90$; FABAQ-Phys: $\alpha = 0,80$], obtiveram valores adequados e considerados elevados (14).
- 2) Validade: a validade de construto da medida foi avaliada pelo método de regressão múltipla stepwise e utilizou-se o resultado dos escores no FABQ-Work ou FABQ-Phys como variável dependente e cada item da respectiva subescala como variáveis independentes. Os resultados evidenciaram que todos os itens apresentaram correlação significativa ($p < 0,05$) e positiva com suas respectivas subescalas. Na FABQ-Phys, os itens explicaram 99% da variação do seu escore final, sendo que o item 4 isoladamente explicou 83% desta variação. Na FABQ-Work, o item 11 sozinho explicou 76% da variação (14).

Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve)

Estrutura

As atitudes afetam o comportamento a partir dos sentimentos da pessoa sobre um objetivo ou alvo, enquanto que as crenças são suposições sobre a realidade que interferem no comportamento a partir da informação que o indivíduo possui referente a um alvo (21). O IAD-Breve avalia crenças e atitudes de pessoas com dor crônica não oncológica. É composto por 30 itens, distribuídos em sete domínios: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, medicação, emoção e dano físico. Cada item é graduado em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de 0 (totalmente falso) a 4 (totalmente verdadeiro). O escore de cada escala ou domínio é calculado pela soma dos pontos dos seus respectivos itens, dividida pelo número de itens respondidos, sendo que o escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4. Não há ponto de corte, nem resposta certa ou errada; os escores dos sete domínios ou escalas não são somados. Há orientações de respostas mais “desejáveis” por serem consideradas, pelo autor do inventário, como hipoteticamente mais adaptativas. A orientação desejável dos escores para cada escala é: controle = 4; emoção = 4; incapacidade = 0; dano físico = 0; medicação = 0; solicitude = 0 e cura médica = 0 (21). O tempo aproximado para resposta do questionário é de 12 minutos.

Adaptação transcultural

A adaptação para o português do instrumento em estudo foi autorizada pelo autor da escala e a tradução para o português, reversão para o inglês e comparação entre a versão original em inglês com a resultante da reversão foram feitas por três diferentes tradutores que possuíam o inglês como língua materna. As autoras discutiram com os profissionais de língua inglesa as possíveis reformulações, avaliando a equivalência do conteúdo e a equivalência semântica do inventário traduzido. Em entrevistas informais, não estruturadas, 69 doentes com média de idade de 50,8 anos e com diagnóstico de dor crônica foram consultados sobre o significado, clareza e adequação na formulação dos itens. As sugestões ou manifestações de compreensão errônea sobre os conteúdos serviram de referência para o ajuste dos itens (15).

Propriedades psicométricas

- 1) Confiabilidade: a confiabilidade foi testada pelo alfa de Cronbach aplicado a cada uma das sete escalas do instrumento, uma vez que estas são independentes. Os valores obtidos para cada

domínio foram: controle (Alfa: 0,77), emoção (Alfa: 0,89), incapacidade (Alfa: 0,60), dano físico (Alfa: 0,76), medicação (Alfa: 0,57), solicitude (Alfa: 0,83), cura médica (Alfa: 0,55) (15).

- 2) Validade: neste estudo, a realização da análise fatorial teve como finalidade verificar se a estrutura dos sete domínios (fatores) mantinha-se semelhante à original após a versão adaptada para o português. A análise fatorial permitiu a solução com sete fatores (domínios), que produziram um percentual de explicação de 62,9%, sendo que as perguntas foram mantidas, em concordância com a versão original (15).

Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica – profissionais (IAD-Profissionais)

Estrutura

O IAD-Profissionais foi elaborado com base no IAD-Breve com a finalidade de identificar crenças e atitudes de profissionais de saúde diante da dor crônica (16). O instrumento é composto por 20 itens distribuídos em seis domínios: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, emoção e dano físico. O domínio medicação foi retirado pelo fato de não apresentar uma correlação adequada com os demais. Cada item é graduado em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de 0 (totalmente falso) a 4 (totalmente verdadeiro). O instrumento é autoaplicado, o tempo aproximado para resposta do questionário é de oito minutos e o escore de cada escala ou domínio é calculado pela soma dos pontos dos seus respectivos itens, dividido pelo número de itens respondidos, sendo que o escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4 (16).

Procedimento de adaptação

A adaptação inicial do IAD-Breve para IAD-Profissionais foi realizada pelas autoras por meio da mudança das frases na primeira pessoa do singular (eu/meu) para a expressão “no doente” em 29 assertivas, com exceção da assertiva 13 (“Pode-se, com certeza, aprender a lidar com a dor”), que não faz referência à primeira pessoa do singular. Com essa modificação, as autoras assumiram que as respostas para cada assertiva refletem as crenças e atitudes dos profissionais de saúde diante da dor crônica não oncológica (16).

O instrumento foi submetido aos membros do Grupo de Pesquisa Dor, Controle de Sintomas e Cuidados Paliativos do Conselho Nacional para o Desenvolvimento Tecnológico e Científico (CNPq). Inicialmente, cinco enfermeiras do grupo de pesquisa formaram uma banca de juízas para avaliar o IAD-Profissionais (pré-teste). Esta banca comunicou aos autores sobre dificuldades percebidas, bem como a equivalência de cada assertiva comparada à versão original e ainda se a nova escala expressava a crença do profissional. Percebeu-se que o instrumento expressava mais a crença em relação ao doente e não sua própria crença em relação à dor crônica não oncológica. Sugeriram, então, que a referência ao doente fosse retirada das assertivas, e os ajustes foram feitos (16).

Propriedades psicométricas

- 1) Confiabilidade: o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi usado para mensurar a confiabilidade. Os resultados evidenciaram que a confiabilidade entre os domínios variaram de 0,58 (dano físico) a 0,81 (emoção), indicando consistência moderada a boa (16).
- 2) Validade: foi feita uma análise fatorial entre os domínios das duas versões, cuja finalidade foi verificar se a estrutura dos fatores mantinha-se semelhante à original após a adaptação. Observou-se que vários itens não estavam com carga fatorial adequada de acordo com o domínio original (valores $> 0,3$). Nessa primeira solução, a variância total explicada foi de 57,7%. Foram excluídos todos os itens que não apresentaram carga fatorial acima de 0,3 em seu domínio original e, desse modo, dez itens e um domínio (medicação) deixaram de existir na versão final do inventário (16).

Discussão

O objetivo desta revisão foi identificar instrumentos que avaliavam crenças das pessoas em relação à dor e que fossem adaptados para a língua portuguesa. A proposta não foi apresentar uma hierarquia, mas descrever uma visão geral das propriedades de cada instrumento. Cabe ao usuário, então, identificar aquele mais apropriado, de acordo com sua pesquisa ou uso clínico. Questões como variável de interesse, população investigada e tempo de aplicação são alguns aspectos a serem considerados na escolha do instrumento.

Foram encontradas apenas quatro adaptações transculturais de instrumentos cuja proposta era avaliar crenças sobre a experiência pessoal com dor crônica e apenas uma escala que abordava o sentimento do profissional de saúde sobre a dor do paciente. Isso revela que o corpo de conhecimento nesta área ainda é limitado. Embora a preocupação de muitos pesquisadores em utilizar instrumentos validados tenha aumentado nos últimos anos, ainda não é suficiente. É necessário avançar com pesquisas com abordagem em novas adaptações transculturais, bem como desenvolvimento de instrumentos de mensuração de outros fatores cognitivos na população brasileira.

Os resultados apontaram que tanto a confiabilidade quanto a validade dos instrumentos adaptados foi de moderada a boa (9-16). Os escores também foram semelhantes aos resultados encontrados pelos autores nas escalas originais, sugerindo boa equivalência entre as versões. Isso garante um relativo suporte aos profissionais de saúde na utilização destes instrumentos na prática clínica (9). Uma equipe de saúde precisa estar apta a reconhecer pacientes que apresentam crenças negativas diante de sua dor, em virtude da importância desses fatores nos desfechos de incapacidade. A identificação breve e apropriada de queixas físicas associadas a potenciais fatores de risco pessoais e ambientais (perda de confiança na realização de tarefas e comportamentos diante da dor, crença em si como incapacitado pela dor, percepção de que a atividade física é lesiva e deve ser evitada) pode fornecer relevantes informações acerca dos componentes mais relacionados à perda de função (4).

Dentre os instrumentos obtidos, apenas o IAD-Profissionais foi desenvolvido para avaliar a visão do profissional da saúde perante a dor do paciente. As representações dos profissionais de saúde a respeito da doença e do doente já foram investigadas e parecem influenciar o tratamento. Um estudo qualitativo a respeito de LER/DORT demonstrou que grande parte dos fisioterapeutas apresentava visão negativa a respeito do prognóstico do paciente com este tipo de lesão (22). Estes achados justificam a importância de se mensurar os fatores cognitivos não apenas dos pacientes, mas dos profissionais da saúde também.

De forma geral, os instrumentos passaram por um processo sistematizado de adaptação transcultural, contudo foram abordados apenas critérios parciais na tradução, como modelo estrutural, validade e confiabilidade (9). Apesar de não invalidar o uso dos instrumentos, algumas questões permanecem obscuras. Por exemplo, nenhum dos instrumentos abordou explicitamente propriedades como responsividade (sensibilidade para detectar mudanças no estado de saúde do paciente com o tempo) ou interpretabilidade (capacidade de avaliar qualitativamente uma informação quantitativa). Estudos analisando outras propriedades psicométricas destes instrumentos poderão contribuir para o refinamento dos modelos teóricos que defendem a influência dos fatores cognitivos sobre a dor e incapacidade (23).

Nenhum dos autores relatou o tempo de resposta do instrumento, prejudicando a discussão destes dados. Ferraz et al. (24) argumentam que a extensão do questionário e adequação ao nível socioeconômico são dois fatores de grande relevância para garantir seu uso na prática clínica. Os tempos para aplicação foram descritos com base na nossa experiência de utilização dos instrumentos. Apesar dos autores indicarem a forma autoaplicada, estudos envolvendo pessoas com dor crônica evidenciam baixo nível socioeconômico (4, 12). Para evitar um potencial viés de mensuração, a alternativa é a aplicação por meio de entrevista; contudo, irá interferir diretamente no tempo de aplicação, que poderá aumentar consideravelmente, limitando o uso na prática clínica. Fica a sugestão para que os profissionais de saúde considerem o custo-benefício destas considerações na escolha do instrumento e método de aplicação.

Algumas limitações devem ser mencionadas. Primeiro, é possível que algum instrumento não tenha sido incluído na revisão por falha do processo de busca. Existem inúmeras bases de dados, algumas não indexadas, o que pode ter comprometido a identificação dos instrumentos. Segundo, nosso estudo se concentrou

em instrumentos específicos para a população com dor musculoesquelética não específica. Mais do que novos instrumentos, é importante a adaptação dos instrumentos existentes para populações variadas, para que maior número de pessoas seja beneficiado (8).

Conclusão

Foram encontrados cinco instrumentos que avaliam as crenças dos pacientes com condições crônicas de saúde: Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC), Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor, *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* – Brasil (FABQ-Brasil), Inventário de Atitudes frente à Dor – versão reduzida (IAD-Breve) e Inventário de Atitudes frente à Dor – profissionais (IAD-Profissionais). Apesar dos autores concentrarem-se na análise da confiabilidade e validade, nossos resultados evidenciaram que as escalas apresentaram propriedades psicométricas moderadas a boas, proporcionando confiança a pesquisadores e clínicos quanto ao uso destas ferramentas.

Referências

1. Woby NK, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *Eur J Pain*. 2007;11(8):869-77.
2. Turk DC. Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes. *The Spine Journal*. 2004;4(1):1-7.
3. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(3):678-90.
4. Alcântara MA, Sampaio RF, Pereira LSM, Fonseca ST, Silva FCM, Kirkood RN, et al. Disability associated with pain: a clinical approximation of the mediating effect of belief and attitudes. *Physiother Theory Pract*. (in press).
5. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*. 2007;131(12):38-47.
6. Turner JA, Holtzman S, MaclL. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 2007;127(3):276-86.
7. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil*. 2002;12(4):223-32.
8. Bishop A, Thomas E, Foster NE. Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: a systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*. 2007;132(12):91-101.
9. Lohr KN, Alonso J, Aaronson NK, Burnam NA, Patrick DL, Perrin EB, et al. Evaluating quality-of-life and health status instruments. *Clinical Therapeutics*. 1996;18(5):979-92.
10. Maletta CHM. Bioestatística em saúde pública. 3a ed. Belo Horizonte: Independente; 2000.
11. Jensen MP. Questionnaire validation: a brief guide of readers of the research literature. *Clin J Pain*. 2003;19(6):345-52.
12. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da chronic pain self-efficacy scale para a língua portuguesa. *Rev Psiq Clín*. 2005;32(4):202-10.
13. Sarda Jr. J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CAM, Asghari A, Cruz RM. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiátr*. 2008;15(1):31-6.
14. Abreu AM, Faria CDCM, Cardoso SMV, Salmela LFT. Versão brasileira do fear avoidance beliefs questionnaire. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):615-23.

15. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do inventário de atitudes frente à dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):365-73.
16. Garcia DM, Pimenta CAM, Cruz DALM. Validação do inventário frente à dor crônica - profissionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):636-44.
17. Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT, Pettersasdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 1995;63(1):77-84.
18. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
19. Flor H, Behle DJ, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther*. 1993;31(1):63-73.
20. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157-68.
21. Tait RC, Chibnall JT. Development of a brief version of the survey of pain attitudes. *Pain*. 1997;70(2-3):229-35.
22. Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(1):49-56.
23. Jensen MI, Turner JA, Romano JM. Pain belief assessment: a comparison of the short and long versions of the survey of pain attitudes. *Pain*. 2000;1(2):138-50.
24. Ferraz EVAP, Lima CA, Cella W, Arieta CEL. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. *Arq Bras Oftalmol*. 2002;65:293-8.

Recebido: 23/08/2010

Received: 08/23/2010

Aprovado: 01/09/2010

Approved: 09/01/2010