

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

TALITA SILVA ALVES TIBOLA

***INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE* VERSÃO
PORTUGUÊS DO BRASIL: VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA**

UBERABA/MG

2024

TALITA SILVA ALVES TIBOLA

***INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE VERSÃO
PORTUGUÊS DO BRASIL: VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo Temático: Saúde do Adulto e Idoso

UBERABA/MG

2024

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

T431i Tibola, Talita Silva Alves
International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire versão portu-
guês do Brasil: validação psicométrica / Talita Silva Alves Tibola.
-- 2024.
88 p. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

1. Dor pós-operatória. 2. Dor aguda. 3. Medição da dor. 4. Cuida-
dos pós-operatórios. I. Barbosa, Maria Helena. II. Universidade Fe-
deral do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.8-009.7

TALITA SILVA ALVES TIBOLA

**INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE VERSÃO
PORTUGUÊS DO BRASIL: VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa (Orientadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Patrícia da Silva Pires
Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais: Rosangela e José Geraldo
Pelo incentivo, apoio, exemplo e amor incondicional.

Ao meu marido Fernando
Por me fazer querer ser melhor a cada dia e caminhar sempre comigo em cada
passo.
Sem você, chegar até aqui não seria possível!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar e dar forças para finalizar mais uma etapa.

À Profa. Dra. Maria Helena por me orientar e me acompanhar durante essa trajetória.

Aos professores da pós-graduação pela troca de conhecimentos e experiências, em especial ao Dr. Vanderlei José Haas pelo auxílio na análise de dados.

Às Prof. Dra. Maria Beatriz Guimarães Ferreira e Dra. Márcia Félix por sanarem minhas dúvidas e pelo auxílio na análise de dados. Vocês tornaram o processo mais leve! Obrigada!

A todos os profissionais assistenciais e administrativos que compõem a equipe da Unidade de Clínica Cirúrgica HC-UFTM, sou grata pelo apoio, incentivo e compreensão.

Aos meus pais Rosangela e José Geraldo, obrigada por me incentivarem, acreditarem em meu potencial e pelo amor incondicional. Tudo que sou e tenho devo a vocês! À minha Irmã Gabriela pela amizade e companheirismo. Às minhas avós Arahilda e Florinda por sempre me acolherem, apoiarem e incentivarem.

Ao meu marido Fernando por toda a ajuda, apoio e por acreditar em mim e me incentivar sempre a buscar minha melhor versão.

Às minhas amigas Cynthia, Maria Aline, Eliane, Rubinéia, Daiane, Sara, Ana Hermínia pelo companheirismo, ajuda, fofocas e risadas, em especial a Maíla Fidalgo por não me deixar desistir, pela ajuda na coleta de dados, pelo acolhimento, carinho, ensinamentos e pelos melhores cafés da manhã repletos de risadas e troca de experiências.

Por fim, agradeço por todas as vezes que eles estiveram presentes comigo em

cada decisão que tomei até aqui, apoiando-me e auxiliando, sempre acreditando no meu melhor.

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

TIBOLA, Talita Silva Alves. **International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire versão português do Brasil: validação psicométrica**. 2024. 88 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. No pós-operatório, mostra-se de difícil controle e com alta prevalência, o que impacta diretamente a capacidade de melhora e as taxas de complicações dos pacientes. Evidencia-se a necessidade de considerar a dor de forma total, com o uso de instrumentos que proporcionem uma avaliação holística, fácil, precisa e confiável, a fim de facilitar o seu manejo. Esta pesquisa teve como objetivo realizar a avaliação das propriedades métricas do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire* versão português do Brasil. Trata-se de uma pesquisa metodológica que ocorreu no período de fevereiro a agosto de 2023, na unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital público, de ensino e de grande porte, no estado de Minas Gerais, realizada com pacientes em pós-operatório de cirurgias eletivas ou de emergência, internados na Unidade com, no mínimo, 24 horas de pós-operatório. Excluíram-se os pacientes que não tinham condições de manter diálogo. Para validação das propriedades métricas, realizaram-se a validade de construto convergente comparando o IPO com o Inventário Breve de Dor (IBD), a análise de confiabilidade com Consistência Interna Preliminar (alfa de Cronbach e a avaliação da confiabilidade interobservadores (Kappa e Correlação de Pearson). Os dados foram digitados, validados e armazenados no Microsoft Office Excel® e analisados com auxílio do Statistical Package for the Social Sciences®. A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 3.725.193/2019. A amostra do estudo foi de 360 pacientes, sendo 208 (57,8%) do sexo masculino, idade média de 55,8 anos, 179 (49,7%) da cor da pele autodeclarada branca, 158 (43,9%) casados e 178 (49,4%) com ensino fundamental como escolaridade. Eram aposentados 70 (19,4%) e 224 (62,2%) possuíam outras profissões. As cirurgias mais realizadas foram 38 (10,6%) colecistectomias, seguidas por 24 (6,7%) angioplastias e 23 (6,4%) hernioplastias. Dos participantes, 203 (56,5%) não apresentavam nenhuma comorbidade prévia. A anestesia geral foi utilizada em 154 (42,8%) pacientes. A grande maioria, 349 (96,9%) procedimentos, não teve intercorrências. Quanto à analgesia, 346 (96,1%) pacientes a utilizaram, sendo os medicamentos prevalentes dipirona, em 337 (96,1%), e tramadol, em 276 (76,7%) dos pacientes entrevistados. A média de tempo de cirurgia em minutos foi de 123,44. A validade convergente foi realizada usando o instrumento IBD. Todas as correlações tiveram $p \leq 0,001$, o que significa correlação significativa entre o IPO e o IBD. Os resultados indicam que há correlação forte e muito forte (0,786 a 0,933) em diversos itens semelhantes entre os instrumentos analisados, demonstrando que o IPO é capaz de avaliar a dor nos pacientes na mesma medida que o IBD. A análise confiabilidade foi realizada por meio do alfa de Cronbach para consistência interna. Para as escalas de 0 a 10, obteve-se um alfa de 0,796, dentro dos valores considerados aceitáveis para a confiabilidade do instrumento. Também foi considerada a análise interobservador avaliado por meio do Kappa e da correlação de Pearson entre observadores para cada item do instrumento.

Todos os resultados da confiabilidade interobservador indicam boa confiabilidade (Kappa =1 ,0 e coeficiente de correlação de Pearson > 0,999). Conclui-se que este estudo possibilitou a validação do instrumento proposto de acordo com a metodologia e passos estipulados pela literatura, possibilitando o seu uso para a assistência a pacientes em pós-operatório, evitando, desse modo, complicações nesse período e melhorando a qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Cuidados Pós-Operatórios. Dor Pós-Operatória. Medição da Dor. Dor Aguda.

ABSTRACT

TIBOLA, Talita Silva Alves. **International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire Brazilian Portuguese version: psychometric validity**. 2024. 88 pp. Thesis (Master's degree in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, City of Uberaba (State of Minas Gerais), 2024.

Pain is an unpleasant sensorial and emotional experience, influenced by biological, psychological and social factors. Postoperative pain has been difficult to control and it has a high prevalence and that impacts directly on the patient's ability to improve and also on their complication rates. There is a need to consider pain in its entirety, with the use of instruments that provide a holistic, easy and accurate assessment in order to facilitate its handling. This research aimed at evaluating the metric properties of the instrument International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire Brazilian Portuguese version. This is methodological research that took place from February to August 2023 at the Surgical Clinic unit of a large public teaching hospital in the state of Minas Gerais. The research was carried out with patients in the postoperative period of elective or emergency surgeries, admitted to the unit at least 24 hours after surgery. The patients who were unable to keep a dialogue were excluded. In order to validate the metric properties a convergent validity was carried out comparing the International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire to the Brief Pain Inventory (BPI); analysis of reliability with Preliminary Internal Consistency (Cronbach's alpha) and Assessment of Inter-observer Reliability (Kappa and Pearson Correlation). The data were input, validated and stored in Microsoft Office Excel® and analyzed with the help of Statistical Package for the Social Sciences® software suite. The research was initiated after the approval of the Research Ethics Committee, opinion No. 3,725,193/2019. The sample of the study consisted of 360 patients, 208 (57.8%) male, average age 55.8 years, 179 (49.7%) self-declared white skin color, 158 (43.9%) married, and 178 (49.4%) with primary education as their level of education. 70 (19.4%) were retired and 224 (62.2%) had other professions. The most performed surgeries were: 38 (10.6%) cholecystectomies, followed by 24 (6.7%) angioplasties, 23 (6.4%) hernioplasties. 203 (56.5%) of the participants did not have any previous comorbidity. General anesthesia was used in 154 (42.8%) patients. The vast majority, 349 (96.9%) of the procedures were uneventful. As for analgesia, 346 (96.1%) patients used it, with the prevalent medications being dipyrone in 337 (96.1%) and tramadol in 276 (76.7%) of the patients interviewed. The average surgery time in minutes was 123.44. Convergent validity was performed using the Brief Pain Inventory (BPI) instrument. All correlations had $p \leq 0.001$, which means a significant correlation between IPO and BPI. The results indicate that there is a strong and very strong correlation (0.786 to 0.933) in several similar items between the instruments analyzed, demonstrating that the IPO is capable of evaluating pain in patients to the same extent as the IBD. Reliability analysis was performed using Cronbach's alpha for internal consistency. For scales from 0 to 10, an alpha of 0.796 was obtained, within the values considered acceptable for the reliability of the instrument. Interobserver analysis was also considered, assessed using Kappa and Pearson correlation between observers for each item of the instrument. All

interobserver reliability results indicate good reliability (Kappa = 1.0 and Pearson correlation coefficient > 0.999). It is concluded that this study made it possible to validate the proposed instrument according to the methodology and steps stipulated in the literature, enabling its use to assist post-operative patients, avoiding complications during this period and improving the quality of care provided.

Keywords: Postoperative Care; Postoperative Pain; Pain Measurement; Acute Pain.

RESUMEN

TiBOLA, Talita Silva Alves. **International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire versión portugués de Brasil: validación psicométrica**. 2024. 88 p. Tesis (Maestría en Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales. En el postoperatorio se ha demostrado difícil de controlar y con alta prevalencia y esto impacta directamente en la capacidad de mejora y en las tasas de complicaciones de los pacientes. Es evidente la necesidad de considerar el dolor de manera total, con el uso de instrumentos que brinden una evaluación holística, fácil, precisa y fiable para facilitar su gestión. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar las propiedades métricas del instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire* versión portugués de Brasil. Esta es una investigación metodológica que se realizó de febrero a agosto de 2023 en la unidad de Clínica Quirúrgica de un hospital público universitario y grande, en el estado de Minas Gerais. Realizado con pacientes en postoperatorio de cirugías electivas o de emergencia, ingresados en la Unidad con 24 horas mínimo de postoperatorio. Los pacientes que no tenían condiciones para mantener el diálogo fueron excluidos. Para validar las propiedades métricas, llevó a cabo una validez de constructo convergente comparando la IPO con el Inventario Breve de Valoración del Dolor (IBD); Análisis de confiabilidad con Consistencia Interna Preliminar (Alfa de Cronbach y evaluación de confiabilidad inter observador (Kappa y Correlación de Pearson). Los datos fueron digitados, validados y almacenados en el Microsoft Office Excel® y analizados con la ayuda del Statistical Package for the Social Sciences®. La investigación se inició luego de la aprobación del Comité de Ética en Dictamen de investigación nº3.725.193/2019. La muestra del estudio fue de 360 pacientes, 208 (57,8%) eran hombres, la edad promedio fue de 55,8 años, 179 (49,7%) eran color de piel blanco autodeclarado, 158 (43,9%) casados y 178 (49,4%) con educación primaria como la escolarización. 70 (19,4%) estaban jubilados y 224 (62,2%) tenían otras profesiones. Las cirugías más realizadas fueron: 38 (10,6%) colecistectomías, seguidas de 24 (6,7%) angioplastias, 23 (6,4%) hernioplastias. 203 (56,5%) de los participantes no presentaban ninguna comorbilidad previa. Anestesia general fue utilizada en 154 (42,8%) pacientes. La gran mayoría, 349 (96,9%) procedimientos transcurrieron sin incidentes. Respecto a la analgesia 346 (96,1%) los pacientes lo utilizaron, siendo los medicamentos prevalentes la dipirone en 337 (96,1%) y tramadol en 276 (76,7%) de los pacientes entrevistados. Tiempo promedio de cirugía en minutos fue 123,44. La validez convergente se realizó utilizando el instrumento IBD. Todas las correlaciones tuvieron $p \leq 0.001$ que significa correlación diferencia significativa entre la IPO y el IBD. Los resultados indican que existe una correlación fuerte y muy fuerte (0,786 a 0,933) en varios ítems similares entre los instrumentos analizados, demostrando que el IPO es capaz de evaluar el dolor en los pacientes en la misma medida que el EII. El análisis de confiabilidad se realizó utilizando el alfa de Cronbach para la consistencia interna. Para las escalas de 0 a 10 se obtuvo un alfa de 0,796, dentro de los valores considerados aceptables para la confiabilidad del instrumento. También se consideró el análisis interobservador, evaluado mediante correlación Kappa y Pearson entre

observadores para cada ítem del instrumento. Todos los resultados de confiabilidad interobservador indican una buena confiabilidad (Kappa = 1,0 y coeficiente de correlación de Pearson > 0,999). Se concluye que este estudio permitió validar el instrumento propuesto según la metodología y pasos estipulados en la literatura, permitiendo su uso para ayudar a los pacientes postoperatorios, evitando complicaciones durante este período y mejorar la calidad de la atención brindada.

Palabras clave: Cuidados Postoperatorio; Dolor postoperatoria; Medición del Dolor; Dolor agudo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos pacientes (n= 360) em pós-operatório... 37	37
Tabela 2 – Dados clínicos dos pacientes (n= 360) em pós-operatório..... 38	38
Tabela 3 - Dados cirúrgicos dos pacientes (n= 360) em pós-operatório 39	39
Tabela 4 – Avaliação da dor pelo instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" (n= 360), das questões avaliadas de 0 a 10, em pós-operatório 43	43
Tabela 5 – Avaliação da dor pelo instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" (n= 360), das questões avaliadas de 0 a 100%, em pós-operatório 44	44
Tabela 6 – Avaliação da dor pelo instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" (n= 360), das questões dicotomizadas em sim e não, em pós-operatório 44	44
Tabela 7 – Validade convergente considerando como instrumento o Inventário Breve de Dor. Uberaba/MG, 2023 45	45
Tabela 8 – Resultados da confiabilidade interobservador por meio do coeficiente de Kappa..... 46	46
Tabela 9 – Resultados da confiabilidade interobservador por meio do coeficiente de correlação de Pearson 47	47

LISTA DE SIGLAS

ASA- *American Society of Anesthesiologists*

APS - *American Pain Society*

APS-POQ-R American Pain Society Patient Outcomes questionnaire

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

END - Escala Numérica de Dor

EVA - Escala Visual Analógica

GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa

HC - Hospital de Clínicas

IBD - Inventário Breve de Dor

IC – Intervalo de Confiança

IPO - *International Pain Outcomes*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAAS - *Power Analysis and Sample Size*

PO – Pós-operatório

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences®*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EU – União Europeia

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UMC - University Medical Center

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	15
2	FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA -----	18
2.1	DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO-----	18
2.2	MENSURAÇÃO DA DOR -----	19
2.3	TRATAMENTO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA -----	22
2.4	MANEJO DA DOR PELOS ENFERMEIROS -----	23
2.5	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA DOR ----	25
2.6	JUSTIFICATIVA -----	27
3	OBJETIVOS -----	29
3.1	GERAL -----	29
3.2	ESPECÍFICOS -----	29
4	MATERIAIS E MÉTODOS -----	30
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO -----	30
4.2	LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA -----	30
4.3	POPULAÇÃO -----	30
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO -----	30
4.5	DIMENSÃO AMOSTRAL-----	31
4.6	PERMISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL PARA A VALIDAÇÃO E USO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA -----	31
4.7	INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL -----	32
4.8	ETAPAS RELACIONADAS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	33
4.8.1	Validade de construto convergente -----	33
4.8.2	Análise de Confiabilidade -----	34
4.8.2.1	<i>Consistência Interna Preliminar</i> -----	34
4.8.2.2	<i>Avaliação da confiabilidade interobservadores</i> -----	34
4.9	APLICAÇÃO DA VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO <i>INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE</i> -----	34
4.9.1	Procedimento de coleta dos dados -----	34
4.9.2	Procedimentos de análise dos dados -----	35
4.10	ASPECTOS ÉTICOS -----	36

5	RESULTADOS -----	37
5.1	CARACTERIZAÇÃO -----	37
5.2	ANÁLISE DE ITENS DO INSTRUMENTO IPO -----	41
5.3	VALIDADE DE CONSTRUCTO CONVERGENTE -----	45
5.4	CONFIABILIDADE -----	46
6	DISCUSSÃO -----	49
6.1	CARACTERIZAÇÃO -----	49
6.2	ANÁLISE DE ITENS DO INSTRUMENTO IPO -----	51
6.3	VALIDAÇÃO DO IPO -----	53
7	CONCLUSÃO -----	57
	REFERÊNCIAS -----	58
	APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS -----	68
	APÊNDICE II – INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO)	
	QUESTIONNAIRE VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL -----	70
	ANEXO I – PERMISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL PARA A	
	VALIDAÇÃO E USO DO INSTRUMENTO -----	74
	ANEXO II – INVENTÁRIO BREVE DE DOR -----	76
	ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO -----	78
	ANEXO IV - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
	-----	81

1 INTRODUÇÃO

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, trata-se de uma sensação sensorial e emocional desagradável, vinculada a lesões reais ou potenciais, invariavelmente subjetiva e influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020).

Embora seja de natureza fisiológica, a sensação de dor pode impactar e alterar os padrões normais do corpo, diminuindo a qualidade da saúde e promovendo mudanças nos aspectos físicos, espirituais, psicológicos e sociais (Gelman *et al.*, 2018; Teixeira *et al.*, 2014; Barbosa *et al.*, 2014).

A dor também tem sido um tópico importante na pesquisa psicológica. Em um artigo publicado por Jensen *et al.* (2020), explora-se a relação entre dor crônica e fatores psicológicos, destacando a influência da cognição e das emoções na percepção da dor.

Outro estudo aborda o conceito de dor crônica e suas implicações. Os autores destacam que a dor crônica é acompanhada por mudanças estruturais no cérebro, afetando a plasticidade cerebral. Essas alterações podem resultar em um aumento da sensibilidade à dor, o que representa um desafio significativo no manejo da dor crônica (Holopainen, 2021).

No pós-operatório, apesar de considerada um fenômeno comum e previsível, sendo possível preveni-la e tratá-la de forma efetiva, a dor é de difícil controle e sua prevalência tem se mostrado alta (Meier *et al.*, 2017; Lovich-Sapola; Smith; Brandt, 2015).

A dor pós-operatória imediata tem um impacto direto na capacidade de melhora e nas taxas de complicações (Kong *et al.*, 2020; Finnerty *et al.*, 2020; Hanely *et al.*, 2020). Além disso, libera substâncias químicas nos tecidos lesionados, levando a uma hiperexcitação medular que aumenta e prolonga a dor (Mishriky; Waldron; Habib, 2015).

Um estudo publicado por Apfelbaum *et al.* (2003) analisou as causas da dor pós-operatória. Os pesquisadores destacaram que a incisão cirúrgica em si não é a única causa da dor, pois fatores como inflamação e lesão nervosa também contribuem significativamente.

Outra pesquisa relevante foi realizada por Ochroch *et al.* (2020), a qual investigou a prevalência da dor pós-operatória em cirurgias ambulatoriais e evidenciou

que, embora a dor geralmente seja de intensidade moderada, pode persistir por vários dias após o procedimento, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

Outro aspecto importante e que muitas vezes não é amplamente discutido refere-se à perspectiva dos pacientes no contexto da sua dor. Os estudos qualitativos que exploram as experiências e as expectativas de cuidados segundo a percepção dos pacientes podem, muitas vezes, ajudar na compreensão do tipo de tratamento mais significativo para eles. De acordo com as recomendações das diretrizes, como o *AGREE Enterprise* no Canadá e o *VA/DoD clinical practice guideline*, os pacientes esperam avaliação, exame e explicações adequados, tranquilização e tomada de decisão compartilhada (Holopainen, 2021).

Quanto ao manejo da dor, terapias não farmacológicas também são consideradas importantes enquanto medidas complementares de tratamento. Um estudo de Lee *et al.* (2019) investigou a eficácia da acupuntura no tratamento da dor crônica lombar e descobriu que esta demonstrou ser uma terapia promissora para o alívio da dor.

A dor pode se manifestar de maneira aguda, como o caso da dor associada a procedimentos cirúrgicos, ou de forma crônica, por exemplo, em distúrbios e síndromes do sistema musculoesquelético. Em ambos os casos, o manejo da dor é essencial, sendo um procedimento que deve fazer parte da terapêutica do paciente durante toda a apresentação do sintoma (Antunes *et al.*, 2018).

Considerando a dor crônica, a fisioterapia e o exercício físico são componentes cruciais do manejo da dor, especialmente para pacientes com dor musculoesquelética. Um estudo de Hayden *et al.* (2010) examinou a eficácia da fisioterapia no tratamento da dor nas costas e concluiu que é uma abordagem eficaz para o alívio da dor nas costas.

O aspecto psicológico da dor não deve ser subestimado. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no manejo da dor. Um estudo de Eccleston *et al.* (2020) analisou a eficácia da TCC no tratamento da dor em crianças e adolescentes e destacou os benefícios dessa abordagem.

A tecnologia desempenha um papel crescente no manejo da dor. Um estudo recente de Silva *et al.* (2021) explorou o uso de aplicativos móveis no rastreamento da dor e no fornecimento de informações e suporte aos pacientes.

Mais importante que um bom tratamento e manejo da dor, é necessário que esse sintoma seja avaliado corretamente, uma vez que impacta diretamente a tomada de decisão do profissional sobre a melhor maneira de abordar o sintoma. Os profissionais devem utilizar instrumentos validados de acordo com a causa da dor (aguda ou crônica) e que permitam considerar a dor em todos os seus aspectos e individualidades do paciente. Uma boa avaliação da dor provê conhecimento aos profissionais e auxilia em um bom manejo e resolução do quadro algico do paciente (Boscarol *et al.*, 2019; Sedrez; Monteiro, 2020).

2 FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

2.1 DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO

Certamente, os procedimentos cirúrgicos compreendem uma ampla gama de intervenções médicas realizadas para diagnosticar, tratar ou corrigir condições de saúde variadas. Eles podem ser classificados de acordo com a finalidade, área do corpo afetada, grau de invasão e complexidade (Barbosa *et al.*, 2022).

O número de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil, conforme registrado no sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), indicou que em 2018 foram efetuadas 2,4 milhões de cirurgias eletivas. Até outubro de 2019, aproximadamente 2 milhões de cirurgias foram realizadas (Brasil, 2020).

Um estudo de revisão identificou o perfil das principais cirurgias realizadas no Brasil, como também o perfil dos pacientes submetidos aos procedimentos. Os resultados encontrados apontaram para o sexo feminino com maior prevalência nos procedimentos cirúrgicos, além das comorbidades mais identificadas, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e as cardiopatias congênitas. Evidenciaram ainda que os procedimentos obstétricos e as cirurgias de média complexidade foram os mais recorrentes (Luna *et al.*, 2022).

Avanços significativos têm ocorrido na cirurgia, incluindo o desenvolvimento de tecnologias minimamente invasivas, como laparoscopia e cirurgia robótica. Essas técnicas reduzem o tempo de recuperação, minimizam o desconforto pós-operatório e diminuem o tempo de internação (Câmara; Felix; Corgozinho, 2022).

Além disso, a aplicação de biomateriais avançados, como próteses articulares, enxertos ósseos e tecidos biológicos, tem aprimorado os resultados cirúrgicos, promovendo uma melhor cicatrização e integração do corpo com os materiais implantados (Barbosa *et al.*, 2022).

Lidar com a dor pós-operatória é um desafio significativo, e muitos estudos científicos têm explorado abordagens para melhorar o manejo da dor e o conforto do paciente após procedimentos cirúrgicos (de Souza *et al.*, 2022).

A gestão eficaz da dor após procedimentos cirúrgicos é crucial para a recuperação do paciente e a qualidade de vida. Estudos recentes têm investigado diversas estratégias para minimizar a dor pós-operatória e seus impactos. Um estudo

clínico randomizado conduzido por Hyland *et al.* (2019), que avaliou 59 pacientes submetidos à artroplastia total do joelho, em um hospital de Ohio, nos Estados Unidos, demonstrou que a utilização de anestésicos locais de longa duração, como a bupivacaína lipossomal, pode reduzir significativamente a dor pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas.

Além disso, a intervenção psicológica tem ganhado destaque na gestão da dor pós-operatória. Um estudo conduzido nos Países Baixos, por Wijma *et al.* (2016), com o objetivo de descrever o processo de dor por meio do Pain – *Somatic factors – Cognitive factors – Emotional factors – Behavioral factors – Social factors – Motivation – model (PSCEBSM-model)*, mostrou que a terapia cognitivo-comportamental pode reduzir a ansiedade e melhorar a tolerância à dor em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, resultando em uma recuperação mais suave.

Outro estudo analisou a dor pós-cirúrgica em cirurgias de grande porte. Eles destacaram a importância da avaliação sistemática da dor e do tratamento individualizado, considerando fatores como idade, sexo e tipo de cirurgia, para otimizar o controle da dor (Gerbershagen *et al.*, 2013).

Os procedimentos cirúrgicos continuam a evoluir à medida que a pesquisa médica avança. A precisão, a segurança e a eficácia dessas intervenções são aprimoradas constantemente, levando a resultados mais favoráveis para os pacientes (Câmara; Felix; Corgozinho, 2022).

A escolha do procedimento cirúrgico adequado depende da condição médica específica de cada paciente, sendo determinada em conjunto pelo médico especialista e o paciente após uma avaliação cuidadosa (Câmara; Felix; Corgozinho, 2022).

Rodrigues *et al.* (2012) reconheceram a relevância da identificação e diagnóstico de enfermagem, assim como dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante procedimentos cirúrgicos, tais como integridade tissular prejudicada, risco para infecção, hipotermia, dor aguda, ansiedade, risco para lesão por posicionamento, entre outros. O objetivo é antecipar medidas preventivas para complicações e assegurar a segurança do paciente (Rodrigues *et al.*, 2012).

2.2 MENSURAÇÃO DA DOR

Mesmo havendo instrumentos de avaliação da dor disponíveis, nem sempre estes são empregados pelos profissionais, pois na maioria das vezes consideram somente os sinais fisiológicos, como a alteração nos sinais vitais e manifestações perceptíveis. Igualmente, depender exclusivamente da comunicação verbal revela-se altamente subjetivo, agravado pelo fato de que, frequentemente, o próprio paciente não consegue descrever com precisão o que está sentindo (Nascimento *et al.*, 2016; Valente *et al.*, 2019).

As escalas e ferramentas de avaliação da dor são categorizadas como unidimensionais ou multidimensionais. As unidimensionais concentram-se exclusivamente em uma das dimensões da experiência dolorosa, sendo concebidas para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor. Por outro lado, as multidimensionais possibilitam uma análise abrangente da dor, sendo utilizadas para avaliar e mensurar as diversas dimensões da dor com base em diferentes indicadores de respostas e suas interações. Dessa forma, as escalas unidimensionais são amplamente preferidas devido à sua aplicação mais simples, enquanto as escalas multidimensionais são mais complexas em razão da sua abordagem abrangente que incorpora várias dimensões (Varandas, 2013).

Ao avaliar a dor, é crucial utilizar instrumentos para mensurar não apenas a intensidade, mas também para obter informações sobre sua qualidade, localização, irradiação, duração, periodicidade e impacto no comprometimento funcional. Essas características desempenham um papel fundamental no diagnóstico, planejamento e monitoramento da resposta terapêutica. A avaliação sistemática é crucial para avaliar a eficácia das intervenções no controle da dor, possibilitando comparações e estudos de variáveis clínicas e ambientais que podem desencadear ou mitigar o episódio doloroso (Lasaponari *et al.*, 2013; Caumo *et al.*, 2002).

Evidencia-se a necessidade de considerar a dor de forma total com o uso de instrumentos que proporcionem uma avaliação holística, fácil, precisa e confiável do estado do paciente, sendo a escolha do instrumento em função das características e capacidades do paciente, podendo o profissional de saúde optar pelas escalas unidimensionais e/ou multidimensionais (Melo *et al.*, 2016).

Dentro desse cenário, as ferramentas destinadas à comunicação da experiência dolorosa são essenciais para compreender a condição álgica. Torna-se

crucial a implementação de métodos de avaliação nas instituições de saúde visando identificar corretamente a dor e facilitar seu manejo (Pieszak *et al.*, 2015).

Um estudo seminal de Jensen *et al.* (1986) descreveu a Escala Visual Analógica (EVA) como um método confiável para mensurar a intensidade da dor. Os pesquisadores concluíram que a EVA era sensível o suficiente para captar variações na dor, sendo amplamente utilizada na prática clínica e em pesquisas para avaliar a dor em pacientes.

Além disso, a Escala Numérica de Dor (END) também tem sido extensamente estudada. Um artigo de Collins *et al.* (1997) destacou a validade e a confiabilidade da END como uma ferramenta de mensuração da dor, particularmente em estudos clínicos que buscam avaliar a eficácia de intervenções para o controle da dor.

A importância de considerar a dor como uma experiência subjetiva levou ao desenvolvimento de ferramentas de avaliação multidimensionais. Um exemplo é o Índice de Dor de McGill, abordado por Melzack (1987), que incorpora múltiplas dimensões da dor, incluindo sua qualidade sensorial, afetiva e avaliativa.

Um artigo de referência nesse contexto é o de Jensen *et al.* (1986), que discute a importância de abordagens padronizadas na avaliação da dor. Os autores enfatizam que escalas de avaliação de dor, como a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica de Dor (END), são amplamente utilizadas e validadas para a medição da dor em pacientes. Eles ressaltam a necessidade de incluir a perspectiva do paciente na avaliação da dor, reconhecendo que a autopercepção da dor é um componente essencial.

Além disso, Melzack e Wall (1996) desenvolveram a famosa Teoria do Portão da Dor, que desempenhou um papel fundamental na compreensão da dor crônica. Essa teoria postula a existência de um "portão" no sistema nervoso central que modula a transmissão da dor, o que influenciou a forma como os pesquisadores abordam a avaliação e o tratamento da dor.

Collins *et al.* (2017) investigaram o uso de dispositivos eletrônicos e aplicativos móveis na medição da dor. Eles descobriram que essas ferramentas podem ser eficazes para coletar dados precisos e permitir uma monitorização contínua da dor em pacientes com doenças crônicas, como a fibromialgia.

Outro estudo notável é o de Hawker *et al.* (2011), que explorou a relação entre a mensuração da dor e os resultados clínicos após cirurgias ortopédicas. Os

pesquisadores destacaram a importância de incluir medidas de dor em protocolos de avaliação de pacientes, uma vez que a intensidade da dor pós-operatória pode influenciar a qualidade de vida e a recuperação.

2.3 TRATAMENTO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

Apesar dos avanços da medicina, o controle adequado da dor ainda é uma tarefa desafiadora, seja devido à complexidade do fenômeno doloroso ou à ausência de um instrumento de medição ideal, que permita um acesso preciso e acurado ao que o outro está experimentando (Cardoso; Oliveira 2021; Yang, 2019).

Um estudo conduzido nos Estados Unidos revelou que mais de 80% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos enfrentam dor durante o período pós-operatório (Gan, 2017).

Na Europa, dos pacientes submetidos à cirurgia, 41% mencionaram sentir, no dia zero, dor moderada ou intensa; no primeiro dia, 30%; e 19%, 16% e 14% nos dias 2, 3 e 4 de pós-operatório, respectivamente (Rawal, 2016). Na Colômbia, pesquisa mostrou que a dor estava presente em mais da metade dos pacientes (59,1%) estudados no pós-operatório (Hernández, 2015). No Brasil, pacientes submetidos à cirurgia em um Hospital Universitário do Nordeste apresentaram dor no pós-operatório, sendo seu nível maior em pacientes com cirurgia com grau de dificuldade maior (Martins *et al.*, 2022). Enquanto em um Hospital em São Paulo, pacientes no pós-operatório apresentaram dor moderada a intensa (Maciel *et al.*, 2021).

O tratamento adequado da dor pós-operatória não é apenas uma questão fisiopatológica, mas também ética e econômica. O controle da dor não apenas previne o sofrimento desnecessário, mas também aumenta a satisfação do paciente com o atendimento e reduz os custos associados a possíveis complicações, que, por sua vez, podem resultar em períodos prolongados de internação. Portanto, a valorização do manejo da dor aguda no pós-operatório está em ascensão, à medida que os benefícios para o paciente são alcançados, e cabe à enfermagem contribuir para alcançar essas metas (Lisboa; Lisboa, Sá 2016; Santos *et al.*, 2018; Souza; Corgozinho, 2016).

O cuidado eficaz da dor durante o período pós-operatório exerce uma influência significativa na recuperação de pacientes submetidos a cirurgias. Isso permite a

diminuição do tempo de internação, a redução das taxas de consumo de analgésicos opioides e favorece uma recuperação mais otimizada para o paciente (Kong *et al.*, 2020; Finnerty *et al.*, 2020; Hanely *et al.*, 2020).

Para promover um tratamento eficaz e baseado em evidências, a *American Pain Society* (APS), em parceria com a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), desenvolveu, por meio de uma revisão sistemática da literatura, as Diretrizes do Manejo da Dor Pós-operatória (*Guidelines on the Management of Postoperative Pain*), com recomendações de controle da dor, visto que mais de 80% dos pacientes submetidos à cirurgia relatam desconforto e dor persistente (American Pain Society, 2016; Chou *et al.*, 2016).

Dessa forma, destaca-se a necessidade de um manejo planejado por equipe multidisciplinar com o objetivo de proporcionar um tratamento eficaz e efetivo, pois, quando não adequado, constitui um elemento de risco para o agravamento da morbidade pós-operatória, relacionado a resultados adversos que têm um impacto expressivo nos desfechos clínicos e econômicos da prestação de cuidados de saúde (Lambert, 2015; Salgado *et al.*, 2017).

2.4 MANEJO DA DOR PELOS ENFERMEIROS

Apesar de a dor ter sido reconhecida como o quinto sinal vital há mais de uma década, a enfermagem ainda demonstra resistência ou encontra dificuldades na avaliação, tratamento e educação de pacientes, assim como de cuidadores, tanto informais quanto formais, sobre esse sintoma. Essa limitação é identificada desde a formação (Ferrari *et al.*, 2019).

Segundo a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, "Dor aguda" é caracterizada como uma "experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain*); início súbito ou gradual, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração inferior a 3 meses" (Herdman; Kamitsuru, 2021), e a intervenção nesse diagnóstico envolve a mitigação da dor, reconhecida como um direito do paciente e uma obrigação ética do profissional empenhado na promoção da humanização e na excelência no cuidado (Lisboa *et al.*, 2016).

O enfermeiro deve se preocupar em identificar a queixa de dor e as repercussões da dor aguda na recuperação do paciente. A ausência de conhecimento em relação à avaliação e ao manejo da dor, bem como a falta de sistematização desses cuidados, contribui para a subnotificação e tratamento inadequado, mesmo diante das diversas ferramentas disponíveis para avaliação e controle da dor (Cavalheiro *et al.*, 2019). Dessa forma, a educação e o fornecimento de instrumentos à equipe de enfermagem são fundamentais para a avaliação da dor, quando associados à utilização de escalas validadas. Isso assegura a busca pela excelência e segurança no cuidado ao paciente (Cavalheiro *et al.*, 2019; Castro; Pereira; Bastos, 2018).

No contexto de fornecer assistência de qualidade e segura no setor de saúde, o ambiente cirúrgico emerge como um dos desafios. Nesse cenário, as atividades são complexas, interdisciplinares e altamente dependentes da atuação individual (Mendes; Araújo; Morgan, 2020).

A fundamentação das decisões em conhecimento científico e ético confere credibilidade, eficiência e precisão ao trabalho do enfermeiro. Portanto, o manejo apropriado da dor deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar, envolvendo uma avaliação criteriosa com a participação ativa do paciente. Isso assegura a eficácia do tratamento e sua continuidade (Moura *et al.*, 2017; Keszei *et al.*, 2010).

Diante do exposto, o enfermeiro é essencial na prevenção de efeitos adversos pós-operatórios. O processo de enfrentamento dessas complicações perpassa a integração da teoria da enfermagem prática, sendo necessário o uso de categorizações, diagnósticos e condutas da enfermagem que validam os elementos conceitos da segurança do paciente, impactando positivamente nas tomadas de decisões dos enfermeiros (Lopes *et al.*, 2019).

Reis, Martins, Languardia (2013) reforçam que no centro cirúrgico o papel do enfermeiro é prezar pela segurança do paciente, sendo caracterizado pela redução de riscos e danos desnecessários associados à assistência em saúde. Parte-se do princípio de que qualquer ato humano é passível de erro, seja por imperícia, negligência, imprudência ou omissão, porém a maioria dos eventos adversos pode ser evitada e é papel da enfermagem prezar pela garantia da segurança do paciente (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

2.5 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Os estudos de validação de instrumentos de pesquisa são fundamentais na área acadêmica e científica, uma vez que garantem a confiabilidade e a precisão dos dados coletados por meio desses instrumentos. Esses estudos buscam avaliar se um determinado instrumento, como questionários, escalas, entrevistas ou testes, mede de forma consistente aquilo que se propõe a mensurar (Polit; Beck, 2021).

A importância desses estudos é substancial, visto que a validação adequada de instrumentos de pesquisa assegura que os dados obtidos sejam precisos, confiáveis e verdadeiramente representativos do que se deseja investigar. Isso é crucial para pesquisas em diversas áreas, incluindo psicologia, sociologia, saúde, educação, entre outras (Santos Júnior; Costa, 2022).

Ao realizar estudos de validação de instrumentos, os pesquisadores buscam verificar se os itens ou perguntas do instrumento são claros, relevantes e consistentes para a população-alvo. Além disso, avaliam a confiabilidade do instrumento, ou seja, se ele é capaz de produzir resultados consistentes ao longo do tempo ou em diferentes situações (Polit; Beck, 2021).

Existem diferentes tipos de validação, como a validade de conteúdo, que avalia se o instrumento abrange adequadamente todos os aspectos do fenômeno em estudo; a validade de construto, que investiga se o instrumento realmente mensura o conceito teórico que se propõe a medir; e a validade de critério, que compara os resultados do instrumento com outros já validados para verificar a correlação ou concordância entre eles (Gordon *et al.*, 2010).

A falta de validação de instrumentos pode levar a resultados imprecisos e conclusões errôneas, comprometendo a qualidade e a credibilidade da pesquisa. Um instrumento mal validado pode gerar dados enviesados, prejudicando a interpretação dos resultados e, conseqüentemente, as conclusões obtidas (Santos Júnior; Costa, 2022).

Assim, os estudos de validação de instrumentos de pesquisa desempenham um papel crucial na garantia da qualidade e confiabilidade dos dados coletados, possibilitando a construção de conhecimento sólido e embasado em evidências. São essenciais para o desenvolvimento de pesquisas robustas, fornecendo informações

precisas e confiáveis que podem orientar políticas, práticas e intervenções em diversas áreas do conhecimento (Guimarães *et al.*, 2022).

Nesse contexto, apresenta-se o instrumento *International Pain Outcomes (IPO) questionnaire*. O estudo de criação e validação do IPO-Q foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa responsável pela pesquisa multicêntrica PAIN OUT desenvolvida e testada por um total de 17 parceiros clínicos e de investigação que recebem financiamento da União Europeia (UE), dos quais 11 centros clínicos em 9 países (França, Alemanha, Itália, Israel, Roménia, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido) realizam a recolha de dados. O reconhecimento internacional em uma fase inicial do projeto levou a uma expansão do PAIN OUT para os Estados Unidos e para uma série de centros clínicos em todo o mundo (Rothaug *et al.*, 2013).

Vale destacar que o IPO-Q foi desenvolvido pelos mesmos pesquisadores do PAIN OUT e baseado no American Pain Society Patient Outcomes questionnaire (APS-POQ-R), instrumento com mais de 20 anos de uso e boas propriedades psicométricas (American Pain Society, 1995; Gordon *et al.*, 2002; Dworkin *et al.*, 2005; Gordon *et al.*, 2005).

A versão mais recente do questionário APS (APS-POQ-R) foi revisada e validada em 2010 (Gordon *et al.*, 2010) e abrange cinco aspectos da medição de resultados em dor aguda: intensidade da dor, interferência na função, experiência afetiva, efeitos colaterais e percepções de cuidado. Foi adaptado ao ambiente pós-operatório e traduzido para todos os idiomas exigidos pelo projeto PAIN OUT seguindo procedimentos rigorosos. Um grupo interdisciplinar de especialistas (enfermeiros, médicos, psicólogo, estatístico e cientista da computação) realizou o presente estudo de validação. Portanto, o objetivo deste artigo é relatar a qualidade psicométrica do questionário após sua tradução e adaptação às exigências do ambiente pós-operatório (Gordon *et al.*, 2010).

Considerando esse trajeto em 2013, o instrumento IPO foi confeccionado e validado. O procedimento de validação foi realizado em 2 fases. Na fase 1, o APS-POQ-R de 23 questões foi complementado com 5 itens adicionais propostos por especialistas do grupo PAIN OUT como possíveis alternativas de redação e escala categórica. Um total de 5.134 pacientes de 1 a 3 locais em cada um dos 9 países completou a primeira versão resultante do instrumento entre fevereiro e dezembro de 2010 (Rothaug *et al.*, 2013).

2.6 JUSTIFICATIVA

A dor é o sintoma pós-operatório mais frequentemente referido. Mal gerida causa sofrimento, aumenta os custos dos cuidados e pode levar à dor crônica incapacitante. Ela é um dos aspectos que interfere na boa recuperação do paciente após a cirurgia, sendo o fator mais desafiador de quantificar por ser uma experiência subjetiva multidimensional. Seu manejo é complexo, uma vez que os padrões de dor são altamente individuais, surgem de diferentes fontes e os pacientes têm percepções únicas e tolerabilidade extremamente variáveis. Uma abordagem consistente para a avaliação e manejo da dor é primordial, considerando as características únicas de cada doente, suas necessidades e limitações (Benhamou *et al.*, 2017; Hoogervorst-Schilp *et al.*, 2016; Montes *et al.*, 2017).

Uma avaliação abrangente da doença demanda o uso de instrumentos padronizados que mensurem com precisão e qualidade as condições do paciente. Esses instrumentos são essenciais para monitorar a evolução clínica, verificar a eficácia do tratamento e avaliar a qualidade de vida conforme a perspectiva autônoma da saúde.

Dentre os instrumentos de medição, os questionários e as escalas funcionais desempenham um papel crucial na prática clínica e na pesquisa científica. Isso ocorre devido à sua capacidade eficiente, confiável e de baixo custo na análise de informações subjetivas (Glarcher *et al.*, 2021; Likar *et al.*, 2017)

Pesquisas recentes confirmam que, apesar das opções otimizadas de manejo da dor, os pacientes continuam a sofrer de dor pós-operatória intensa e, portanto, o manejo da dor não recebe a atenção necessária. Dentre as razões mais comuns citadas para o manejo impróprio da dor, inclui-se a má avaliação (Carr; Morlion, 2017; Likar *et al.*, 2017).

A aplicação de diretrizes baseadas em evidências pode reduzir ou evitar experiências desfavoráveis do paciente, como medo, dificuldade de locomoção ou respiração, sono insatisfatório, retenção urinária, redução da qualidade de vida durante uma recuperação lenta e desfechos clínicos indesejáveis. Além disso, pode também diminuir os custos administrativos devido ao tempo de permanência hospitalar e as taxas de complicação pós-operatórias (Carr; Morlion, 2017).

Pensando nisso, a Comissão Europeia criou o PAIN OUT com o objetivo de desenvolver abordagens eficazes e baseadas em evidências para melhorar o tratamento da dor em pacientes após a cirurgia. Ele se concentra em três áreas relacionadas à dor pós-operatória: estrutura, processo de atendimento e resultados, por meio de avaliação comparativa, indicadores de qualidade e as melhores evidências disponíveis. O núcleo do projeto é um questionário do paciente - o questionário *International Pain Outcomes* (IPO) - que compreende os principais resultados do tratamento da dor pós-operatória no nível do paciente, incluindo intensidade da dor, interferência funcional física e emocional, efeitos colaterais e percepção do cuidado, validando um sistema de medição e *feedback* da qualidade dos resultados e apoio à tomada de decisões (Zaslansky *et al.*, 2015; Murphy, Lopez, 2013; Yi *et al.*, 2015).

O questionário IPO foi traduzido para o português brasileiro e adaptado culturalmente, porém, para ser aplicado no Brasil, ele deve ser avaliado quanto às propriedades psicométricas para garantir que apresente exatamente as mesmas características, validade e confiabilidade da versão original.

Considerando que a dor é reconhecida como o quinto sinal vital, a avaliação desse sintoma demanda a utilização de instrumentos confiáveis. Isso é essencial para a aplicação de terapêuticas efetivas e adequadas às necessidades dos pacientes, proporcionando, assim, uma assistência mais humanizada.

Para uma assistência à saúde resolutiva e um tratamento da dor individualizado, é necessária a aplicação de instrumentos validados para a realidade local, a fim de identificar de forma sensível e eficaz os preditores, fatores de risco e características do sintoma do dor pós-cirúrgica, para que seja possível aos profissionais de saúde tomarem decisões baseadas em evidências e de acordo com a individualidade de cada paciente.

Dessa forma, este estudo foi desenvolvido com o intuito de validar a versão para o português brasileiro do *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire* em suas propriedades psicométricas, para que a intensidade e a gravidade da dor dos pacientes após a cirurgia sejam mais bem avaliadas, proporcionando um manejo eficaz e, conseqüentemente, o aprimoramento da qualidade do atendimento, a garantia da segurança do paciente e a diminuição das despesas operacionais para as organizações de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Realizar a avaliação das propriedades métricas do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire* versão português do Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a validade de construto convergente da versão para o português do Brasil do "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*";
- Avaliar a consistência interna dos itens da versão para o português do Brasil do "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*";
- Avaliar confiabilidade interobservador da versão para o português do Brasil do "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*".

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa metodológica, a qual tem como proposta realizar a validação de um instrumento de medida para o gerenciamento da dor na prática clínica. Esse tipo de pesquisa abrange a análise de métodos para obtenção, organização e análise de dados, incluindo criação, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de investigação (Polit; Beck, 2021).

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido com o Programa de Pós-graduação stricto sensu em Atenção à Saúde (PPGAS), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

A pesquisa foi conduzida no setor de Clínica Cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), reconhecido como um centro significativo de serviços hospitalares na área, abrangendo 27 municípios. O HC-UFTM destaca-se como uma referência em saúde na região e desempenha um papel crucial no cenário educacional. Sua abrangência abarca os 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais, funcionando como um hospital público dedicado a oferecer atendimento de alta complexidade. O setor de clínica cirúrgica conta com 49 leitos ativos e o tempo de permanência mensal dos pacientes é em média de 4 dias. No 1º quadrimestre de 2023, realizaram-se 1452 cirurgias eletivas e 1467 de urgência/emergência (EBSERH, 2023). A coleta de dados foi realizada durante o período de fevereiro a agosto de 2023.

4.3 POPULAÇÃO

A população-alvo para aplicação da versão português do Brasil do IPO foram os pacientes em pós-operatório, internados na Unidade de Clínica Cirúrgica da instituição sede do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Incluíram-se pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, em pós-operatório de cirurgias eletivas ou de emergência, internados na Unidade de Clínica Cirúrgica da instituição sede do estudo durante o período de coleta dos dados, com tempo mínimo de 24 horas de pós-operatório na unidade, os quais estavam conscientes o suficiente para responder ao questionário. Excluíram-se os pacientes que não estavam em condições de manter diálogo com a pesquisadora.

4.5 DIMENSÃO AMOSTRAL

Na literatura, recomenda-se a utilização de cinco a dez participantes respondentes para cada item do instrumento a ser avaliado na análise fatorial confirmatória (Kline *et al.*, 2010). Considerando que o artigo com a revisão e a validação da versão mais recente do instrumento (Gordon *et al.*, 2010) utilizou uma amostra de 299 participantes, optou-se pela participação de, pelo menos, 300 pacientes. É importante destacar que esse montante foi acrescido 20% para contemplar eventuais perdas, constituindo-se, assim, a amostra final (n) de 360 pacientes.

O cálculo do tamanho amostral para a análise de confiabilidade interobservador considerou um coeficiente de correlação intraclassa esperado de ICC = 0,8, entre os itens da versão adaptada do IPO, admitindo-se que o mesmo não seja inferior a ICC = 0,6%, para um poder de 90%, considerando-se um nível de significância $\alpha = 0,05$. Inserindo esses valores no aplicativo *Power Analysis and Sample Size (PASS)*, versão 13, obteve-se um tamanho amostral mínimo de n= 54 pacientes.

4.6 PERMISSÃO DO AUTOR PRINCIPAL PARA A VALIDAÇÃO E USO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

A permissão para avaliação das propriedades métricas do instrumento "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*" versão português do Brasil foi solicitada à Dra. Claudia Weinmann, autora principal, responsável pela versão original do instrumento, a qual foi concedida para Dra. Márcia Marques dos Santos Felix, autora do projeto de pós-doutorado, com o PPGAS, intitulado "Adaptação e validação

cultural do instrumento International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire: versão para o português Brasil”, a qual já realizou a validação transcultural do instrumento IPO para o português do Brasil. Por e-mail, as referidas autoras conferiram autorização para que a validação psicométrica do instrumento fosse realizada (ANEXO I).

Ressalta-se que este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Adaptação e validação cultural do instrumento International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire: versão para o português Brasil” referente ao projeto de pós-doutorado da autora da validação transcultural, membro do Grupo de estudo e pesquisa em Prática Baseada em Evidências e a Segurança do Paciente no Processo de Cuidar.

4.7 INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL

O IPO originou-se da busca da Comissão Europeia por desenvolver abordagens eficazes e baseadas em evidências para melhorar o tratamento da dor em pacientes após a cirurgia, sendo ele o núcleo do projeto, uma vez que compreende os principais resultados do tratamento da dor pós-operatória no nível do paciente, incluindo intensidade da dor, interferência funcional física e emocional, efeitos colaterais e percepção do cuidado, validando um sistema de medição e *feedback* da qualidade dos resultados e apoio à tomada de decisões (Zaslansky *et al.*, 2015; Murphy; Lopez, 2013; Yi *et al.*, 2015).

O IPO versão português do Brasil (APÊNDICE II) contém 13 questões e 3 dimensões: a primeira dimensão, da pergunta 1 a 5, aborda questões de intensidade da dor, tempo de dor intensa, o impacto da dor nas atividades realizadas no leito (como virar, mudar de posição e sentar-se) e fora do leito (como caminhar, ir até ao banheiro), sono, respirar ou tossir e a interferência da dor no humor e emoções dos pacientes; a segunda dimensão, apresentada pela questão 6, refere-se aos efeitos colaterais adversos do tratamento; a dimensão 3, das perguntas 7 a 13, aborda o alívio da dor percebida pelos pacientes; se gostaria de ter recebido mais tratamento para a dor; o recebimento de informações sobre o tratamento medicamentoso por parte do paciente; o nível de participação permitido no tratamento; a satisfação com o tratamento; o uso de abordagens não farmacológicas para reduzir a dor; e a presença de dor persistente nos três meses que antecederam a cirurgia.

As questões 3 e 7 estão ancoradas entre 0% e 100%. As perguntas 8, 9, 12 e 13 são dicotômicas, sendo aceitas respostas de “sim” ou “não”. As demais são medidas em uma escala de classificação numérica de 0 a 10.

4.8 ETAPAS RELACIONADAS ÀS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

4.8.1 Validade de construto convergente

A validade convergente demonstra similaridades nos construtos avaliados, isto é, confirma correlações elevadas entre escalas que avaliam um construto associado à teoria. Uma correlação elevada entre duas escalas indica que ambas estão mensurando um mesmo fator (Fayers; Machin, 2007).

Neste estudo, utilizou-se para comparação o Inventário Breve de Dor (IBD). Segundo Cleeland (2009), este instrumento foi desenvolvido inicialmente para avaliar a dor relacionada ao câncer, porém o IBD tem se mostrado apropriado para mensurar a dor causada em outras condições. O IBD é composto de nove itens organizados em duas dimensões: sensorial, mede a intensidade e gravidade da dor (itens 3 a 6); e reativa, que mensura a interferência da dor (impacto) na vida do paciente (itens 9a a 9g). A intensidade da dor e a interferência da dor (atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamentos com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida) são mensuradas em uma escala de 11 pontos variando de 0 (sem dor/não interferiu) a 10 (pior dor possível/interferiu completamente). Além disso, também inclui um diagrama corporal para avaliar a localização da dor (item 2), mede o percentual de alívio da dor (item 8) e solicita que o paciente descreva quais tratamentos e medicamentos ele está recebendo para controlar a dor (item 7). As pontuações para as duas dimensões variam de 0 a 10 e são calculadas usando a média do total de itens.

A versão brasileira, adaptada e validada a partir do *Brief Pain Inventory* (ANEXO 2), foi traduzida e validada em 2011, sendo considerada uma ferramenta breve, útil e válida para avaliar a dor e o seu impacto na vida do paciente (Ferreira *et al.*, 2011). Para a validação dessa escala, a análise fatorial confirmatória confirmou duas dimensões subjacentes, intensidade da dor e interferência da dor, com α de Cronbach de 0,91 e 0,87, respectivamente.

4.8.2 Análise de Confiabilidade

4.8.2.1 Consistência Interna Preliminar

A consistência interna dos elementos do instrumento foi determinada por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach, que permite avaliar se cada item mede, de forma equivalente, o mesmo conceito. Os valores do Alfa de Cronbach podem variar entre 0 e 1 e valores dentro da faixa de 0,70 a 0,90 são considerados aceitáveis (Hair *et al.*, 2009).

4.8.2.2 Avaliação da confiabilidade interobservadores

Fez-se a análise da confiabilidade interobservador que envolve a participação independente de dois ou mais avaliadores (Heale, 2015) por meio do coeficiente Kappa e da correlação de Pearson a fim de avaliar o grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento (Polit; Beck, 2011)

O coeficiente Kappa é uma métrica empregada na avaliação entre observadores, especialmente em relação a variáveis categóricas. Essa medida representa o nível de concordância entre os avaliadores, variando de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo. Quanto maior o valor de Kappa, maior é a concordância entre os itens (Salmond, 2008)

Nesta etapa, os pacientes da clínica cirúrgica, que atendiam aos critérios de inclusão, foram convidados para participar da pesquisa. Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), duas pesquisadoras aplicaram o questionário nos pacientes ao mesmo tempo, mantendo distância entre elas e sem se comunicarem ou trocarem informações durante a coleta (forma simultânea e independente).

4.9 APLICAÇÃO DA VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DO INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE

4.9.1 Procedimento de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras, enfermeiras pertencentes ao grupo de pesquisa Prática Baseada em Evidências e a Segurança do Paciente no Processo de Cuidar, após treinamento por três dias antes do início da coleta, com relação à forma de abordar o paciente e realizar as perguntas. Foram aplicados três instrumentos, a saber: 1. Instrumento contendo dados de identificação (nome, leito, número do prontuário), caracterização sociodemográfica (sexo, cor, idade, estado civil, profissão, grau de escolaridade) e caracterização clínica dos participantes (classificação do estado físico segundo a *American Society of Anesthesiologists* - ASA, cirurgia realizada, comorbidades, duração da cirurgia, duração da anestesia, complicações na sala cirúrgica e analgesia) (APÊNDICE I); 2. Versão adaptada do IPO (APÊNDICE II); 3. Inventário Breve de Dor (ANEXO II). Realizou-se estudo piloto com dez pacientes, que não foram incluídos na amostra nem utilizados na pesquisa.

Inicialmente, os participantes foram contatados na unidade de Clínica Cirúrgica do (HC/UFTM), antes da realização das cirurgias, quando receberam informações sobre o estudo e foram convidados para participar do mesmo. Após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III) e responderam ao instrumento de identificação e de caracterização sociodemográfica, antes da cirurgia.

No pós-operatório, com no mínimo 24 após a cirurgia, foram coletados os dados da caracterização clínica no prontuário e aplicada a versão adaptada do IPO e Inventário Breve de Dor.

A aplicação da versão adaptada do IPO foi realizada por duas pesquisadoras de forma simultânea e independente em 54 pacientes. Ambas aplicaram o questionário nos pacientes ao mesmo tempo, mantendo distância entre elas e sem se comunicarem ou trocarem informações durante a coleta. O instrumento de identificação, de caracterização sociodemográfica e clínica e o Inventário Breve de Dor foram coletados e aplicados somente pela pesquisadora principal.

4.9.2 Procedimentos de análise dos dados

Um banco de dados foi elaborado e, após a codificação das variáveis em um dicionário (codebook), estes foram inseridos em planilhas eletrônicas, adotando-se a técnica de dupla digitação e validação subsequente. A planilha validada foi importada por meio do aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 23.0, que também foi utilizado na análise exploratória e inferencial.

Realizaram-se análises descritivas com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão), para os dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica.

Para verificar a confiabilidade, ou seja, avaliação da medida de consistência interna dos itens do instrumento, utilizou-se o Coeficiente de Alfa de Cronbach. Consideraram-se aceitáveis os valores que estão no intervalo de 0,70 a 0,90 (Cummings; Stewart; Hulley, 2003).

Para confiabilidade interobservador, utilizou-se o coeficiente Kappa e Correlação de Pearson. À medida que o valor de Kappa aumenta, a concordância entre os observadores também se eleva. Valores próximos ou inferiores a 0,00 indicam a ausência de concordância (Salmond, 2008).

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Adaptação e validação cultural do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*: versão para o português do Brasil”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), com parecer nº 3.725.193/2019 e CAAE: 20386919.8.0000.8667 (ANEXO IV). Ressalta-se que as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas, todos os participantes do estudo receberam informações verbais e escritas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO

A pesquisa obteve uma amostra de 360 pacientes, sendo a maioria, 208 (57,8%), do sexo masculino, 179 (49,4%) da cor da pele autodeclarada branca, 158 (43,9%) casados e 178 (49,4%) com ensino fundamental. Quanto à ocupação, 70 (19,4%) eram aposentados e 224 (62,2%) possuíam outras profissões. A média de idade dos participantes foi de 55,88 ($\pm 16,378$). Esses dados podem ser observados na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos pacientes (n= 360) em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Feminino	152	42,2
Masculino	208	57,8
COR DA PELE		
Branca	179	49,7
Parda	132	36,7
Preta	39	10,8
Amarela	1	0,3
Não respondido	9	2,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	116	32,2
Casado	158	43,9
Separado	8	2,2
Divorciado	40	11,1
Viúvo	36	10
Não respondido	2	0,6
PROFISSÃO		
Aposentado	70	19,4
Do lar	42	11,7

Motorista	20	5,6
Outros	224	62,2
Não respondido	4	1,1
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	45	12,5
Ensino Fundamental	178	49,4
Ensino Médio	102	28,3
Ensino Superior	28	7,8
Especialização	4	1,1
Mestrado	0	0
Doutorado	1	0,3
Não respondido	2	0,6

Fonte: do autor, 2023.

Quanto às cirurgias, realizou-se um total de 79 tipos, sendo a mais realizada a colecistectomia em 38 (10,6%) pacientes, seguida por 24 (6,7%) angioplastias e 23 (6,4%) hernioplastias. Dos entrevistados, 203 (56,5%) não declararam nenhuma comorbidade, sendo que 125 (34,7%) referiram possuir hipertensão arterial sistêmica e 71 (19,7%) diabetes mellitus (Tabela 2).

Tabela 2 – Aspectos clínicos dos pacientes (n= 360) em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

VARIÁVEIS	N	%
CIRURGIA REALIZADA		
Colecistectomia	38	10,6
Angioplastia	24	6,7
Hernioplastia	23	6,4
Prostatectomia	21	5,8
Marcapasso	20	5,6
Laparotomia	19	5,3
Amputação	17	4,7
Outros	198	54,9
COMORBIDADES		

Sim	156	43,3
Não	203	56,5
POSSUI DIABETES		
Sim	71	19,7
Não	286	79,4
POSSUI HIPERTENSÃO		
Sim	125	34,7
Não	232	64,4
OUTRAS COMORBIDADES		
Nenhuma	327	90,8
Chagas	5	1,4
Insuficiência Renal	4	1,1
Crônica		
Dislipidemia	3	0,8
Outras	21	5,9

Fonte: do autor, 2023.

As variáveis relacionadas ao processo cirúrgico identificaram que a anestesia geral foi a mais utilizada: em 154 (42,8%) pacientes. Quanto aos procedimentos, 349 (96,9%) não tiveram intercorrências. No que se refere aos pacientes, 2 (0,6) tiveram como complicação insuficiência respiratória aguda, 3 (0,8%) tiveram hipotensão, 2 (0,6%) apresentaram hemorragia e 1 (0,3%) alteração de ritmo cardíaco. Quanto à analgesia, 346 (96,1%) pacientes a utilizaram, 346 (96,1%) dipirona e 276 (76,7%) tramadol. Em 274 dos entrevistados, a analgesia foi prescrita por horário e em 278 (58,6%) se necessário. Destaca-se também que a média de tempo de cirurgia em minutos foi de 123,44(±84,392).

Tabela 3 – Aspectos relacionados aos procedimentos cirúrgicos e analgesia pós-operatória dos pacientes (n= 360) em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

VARIÁVEIS	N	%
TIPO DE ANESTESIA		

Geral	154	42,8
Raquianestesia	84	23,3
Peridural	12	3,3
Combinada	44	12,2
Local	57	15,8
COMPLICAÇÃO		
CIRÚRGICA		
Sim	6	1,7
Não	349	96,9
TIPO DE		
COMPLICAÇÃO		
Insuficiência	2	0,6
Respiratória Aguda		
Hipotensão	3	0,8
Hemorragia	2	0,6
Alteração no ritmo	1	0,3
cardíaco		
ANALGESIA		
Sim	346	96,1
Não	12	3,6
DIPIRONA		
Sim	337	93,6
Não	23	6,4
TRAMAL		
Sim	276	76,7
Não	84	23,3
CETOPROFENO		
Sim	27	7,5
Não	333	92,5
PARACETAMOL		
Sim	20	5,6
Não	340	94,4
MORFINA		

Sim	45	12,5
Não	315	87,5
CODEINA		
Sim	6	1,7
Não	354	98,3
MÉTODO HORÁRIO		
Sim	244	67,8
Não	116	32,2
MÉTODO SE NECESSÁRIO		
Sim	211	58,6
Não	149	41,4
MÉTODO A CRITÉRIO MÉDICO		
Sim	85	23,6
Não	275	76,4

Fonte: do autor, 2023.

5.2 ANÁLISE DE ITENS DO INSTRUMENTO IPO

Considerando a análise de itens do instrumento, com relação a questão 1 que aborda a pior dor sentida desde a cirurgia, 50 (13,9%) dos respondentes destacaram intensidade 10, sendo a mais alta, e 124 (34,4%) referiram não sentir nenhuma dor.

A questão 2 que questiona a dor menos intensa sentida desde a cirurgia mostrou que 201 (55,8%) dos pacientes classificou como zero a dor menos intensa.

A questão 4 trata-se do quanto a dor interferiu nas atividades na cama, a respirar profundamente ou tossir, a dormir e a fazer atividades fora da cama. Dos pacientes que identificaram dor presente no pós-operatório, 75 (20,8%) indicaram dificuldade intensa, devido à dor, para atividades na cama, como se levantar, sentar-se e mudar de lado.

A questão 5, que aborda o quanto a dor interferiu nas emoções do paciente, 47 (13,1%) disseram que sentir dor os deixaram ansiosos. Com relação aos efeitos colaterais, abordados na questão 6, 43 (11,9%) destacaram que se sentiram sonolentos após o término da cirurgia.

Em relação às decisões para o manejo da dor, trazidas nas questões 10 e 11, 154 (42,8%) destacaram que não participaram nada das decisões, porém 271 (75,3%) ressaltaram estar extremamente satisfeitos nos resultados para o tratamento da dor. Na avaliação de dor crônica previa à cirurgia, questionada na questão 13, 72 (52,6%) dos pacientes classificaram-na como 10, a mais intensa (Tabela 4).

Quanto às perguntas 3, que se refere à frequência de tempo com que o paciente sentiu dor intensa, 128 (35,6%) pacientes referiram que a frequência de tempo em que permaneceu com dor intensa foi de zero, e a 7, que se refere ao alívio da dor após os tratamentos medicamentosos, identificou que 218 (60,6%) pacientes destacaram alívio completo do dor após os tratamentos utilizados (Tabela 5).

A pergunta 8 com relação à vontade do paciente de ter recebido mais tratamento para dor, identificou que 302 (83,9%) dos pacientes não gostariam de ter recebido mais tratamento para dor.

Quanto a questão 9, 161 (44,7%) referiram que não receberam informação sobre as opções para tratamento da dor. Enquanto na questão 12 sobre tratamento não medicamentoso, 344 (95,6%) mencionaram que não solicitaram métodos não medicamentosos para o alívio da dor. Por fim, a questão 13 que questiona se antes da cirurgia, houve condição de dor persistente por 3 meses ou mais, sua intensidade e local, 137 (38,1%) relataram ter sentido (Tabela 6).

Tabela 4 – Avaliação da dor pelo instrumento "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*" (n= 360), das questões avaliadas de 0 a 10, em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

DIMENSÕES	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	P1	124	34,4	5	1,4	12	3,3	21	5,8	13	3,6	27	7,5	24	6,7	24	6,7	38	10,6	22	6,1	50	13,9
	P2	201	55,8	22	6,1	55	15,3	26	7,2	21	5,8	16	4,4	5	1,4	3	0,8	5	1,4	2	0,6	4	1,1
	P4a	190	52,8	5	1,4	3	0,8	9	2,5	6	1,7	24	6,7	6	1,7	10	2,8	20	5,6	12	3,3	75	20,8
	P4b	236	65,6	4	1,1	3	0,8	9	2,5	7	1,9	16	4,4	7	1,9	12	3,3	21	5,8	7	1,9	38	10,6
	P4c	237	65,8	0	0	5	1,4	5	1,4	9	2,5	17	4,7	5	1,4	9	2,5	22	6,1	12	3,3	39	10,8
	P4d	207	65,7	2	0,6	5	1,6	8	2,5	6	1,9	15	4,8	8	2,5	11	3,5	17	5,4	10	3,2	26	8,3
	P5a	226	62,8	2	0,6	4	1,1	1	0,3	11	3,1	19	5,3	6	1,7	11	3,1	17	4,7	16	4,4	47	13,1
	P5b	292	81,1	1	0,3	2	0,6	6	1,7	2	0,6	10	2,8	3	0,8	5	1,4	12	3,3	5	1,4	22	6,1
	P6a	242	67,2	4	1,1	6	1,7	12	3,3	12	3,3	14	3,9	8	2,2	7	1,9	16	4,4	10	2,8	29	8,1
	P6b	195	54,2	1	0,3	5	1,4	9	2,5	9	2,5	25	6,9	12	3,3	15	4,2	28	7,8	18	5	43	11,9
2	P6c	288	80	1	0,3	6	1,7	4	1,1	4	1,1	12	3,3	7	1,9	8	2,2	15	4,2	4	1,1	11	3,1
	P6d	238	66,1	3	0,8	11	3,1	17	4,7	12	3,3	25	6,9	8	2,2	7	1,9	14	3,9	8	2,2	17	4,7
3	P10	154	42,8	3	0,8	6	1,7	0	0	3	0,8	8	2,2	9	2,5	15	4,2	11	3,1	7	1,9	144	40
	P11	4	1,1	0	0	4	1,1	4	1,1	5	1,4	5	1,4	7	1,9	8	2,2	27	7,5	27	7,5	271	75,3
	P13a	1	0,7	0	0	0	0	5	3,6	2	1,5	12	8,8	6	4,4	9	6,6	21	15,3	9	6,6	72	52,6

Item P4d: 45 não responderam, pois não haviam conseguido sair da cama após a cirurgia para avaliar a influência da dor

Item P13B: 223 não responderam, pois não tiveram nenhuma dor persistente nos últimos 3 meses

Tabela 5 – Avaliação da dor pelo instrumento "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*" (n= 360), das questões avaliadas de 0 a 100%, em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

		0		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensão 1	P3	128	35,6	44	12,2	33	9,2	23	6,4	19	5,3	31	8,6	12	3,3	21	5,8	17	4,7	6	1,7	26	7,2
Dimensão 3	P7	13	3,6	18	5	10	2,8	8	2,2	8	2,2	12	3,3	7	1,7	8	2,2	37	10,3	21	5,8	218	60,6

Tabela 6 – Avaliação da dor pelo instrumento "*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*" (n= 360), das questões dicotomizadas em sim e não, em pós-operatório. Uberaba/MG, 2023

		Sim		Não	
		N	%	n	%
Dimensão 3	P8	58	16,1	302	83,9
	P9	199	55,3	161	44,7
	P12	16	4,4	344	95,6
	P13	137	38,1	223	61,9

5.3 VALIDADE DE CONSTRUCTO CONVERGENTE

A validade convergente foi realizada usando o instrumento conhecido e válido IBD. Todas as correlações tiveram $p \leq 0,001$, o que significa correlação significativa entre o IPO e o IBD. A tabela a seguir apresenta os itens dos instrumentos que possuíram correlações, como o item 1 (número que representa a pior dor desde a cirurgia) do IPO com o item 3 (número que melhor descreve a pior dor nas últimas 24h) do IBD ($r=0,933$), item 2 (número que representa a dor menos intensa desde a cirurgia) do IPO com o item 4 (Número que melhor descreve a dor mais fraca nas últimas 24h) do IBD ($r=0,867$), item 4d (número que representa o quanto a dor interferiu nas atividades fora da cama) do IPO com o item 9c (número que melhor descreve o quanto a dor interferiu em sua habilidade de caminhar) ($r=0,806$), item 4c (número que representa o quanto a dor interferiu em dormir) do IPO com o item 9f (número que melhor descreve o quanto a dor interferiu em seu sono) do IBD ($r=0,786$) e item 7 (nível de alívio da dor após tratamentos utilizados) do IPO com o item 8 (melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações) do IBD ($r=0,809$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Validade convergente considerando como instrumento o Inventário Breve de Dor (IBD). Uberaba/MG, 2023

	R	Valor de p
		Número que melhor descreve a pior dor nas últimas 24h
Número que representa a pior dor desde a cirurgia	0,933	$\leq 0,001$
		Número que melhor descreve a dor mais fraca nas últimas 24h
Número que representa a dor menos intensa desde a cirurgia	0,867	$\leq 0,001$
		Número que melhor descreve o quanto a dor interferiu em sua habilidade de caminhar

Número que representa o quanto a dor interferiu nas atividades fora da cama	0,806	$\leq 0,001$
	Número que melhor descreve o quanto a dor interferiu em seu sono	
Número que representa o quanto a dor interferiu em dormir	0,786	$\leq 0,001$
	Melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações	
Nível de alívio da dor após tratamentos utilizados	0,809	$\leq 0,001$

Fonte: do autor, 2023.

Os resultados indicam que há uma correlação de forte a muito forte em diversos itens semelhantes entre os instrumentos analisados, demonstrando que o IPO é capaz de avaliar a dor nos pacientes na mesma medida que o IBD, instrumento já validado e utilizado na prática avaliada.

Também se calculou a relação entre o tempo de cirurgia e a dor avaliada pelo IPO, sendo encontrada uma correlação positiva, porém fraca ($r=0,147$; $p=0,07$) entre essas variáveis, mas aponta que o instrumento é capaz de avaliar e associar a dor ao procedimento cirúrgico de acordo com a percepção do paciente.

5.4 CONFIABILIDADE

A análise confiabilidade foi realizada por meio do alfa de Cronbach para consistência interna. Para as escalas de 0 a 10, obteve-se um alfa de 0,796, dentro dos valores considerados aceitáveis para a confiabilidade do instrumento.

Também se considerou a análise interobservador avaliado por meio do Kappa, assim como a correlação de Pearson entre observadores para cada item do instrumento. Todos itens avaliados na confiabilidade interobservador mostraram resultados de Kappa (Tabela 8) iguais a um, indicando boa confiabilidade

interobservador, assim como o coeficiente de correlação de Pearson, que apresentou resultados acima de 0,999 (Tabela 9).

Tabela 8 – Resultados da confiabilidade interobservador por meio do coeficiente de Kappa. Uberaba/MG, 2023

Itens	Observador 1				Observador 2				Proporção da concordância (%)	Kappa	Valor
	Sim		Não		Sim		Não				
	n	%	N	%	n	%	N	%			
Já conseguiu levantar da cama?	48	88,9	6	11,1	48	88,9	6	11,1	100	1	<0,001
Gostaria de ter recebido mais tratamento do que recebeu?	10	18,5	4	81,5	10	18,5	4	81,5	100	1	<0,001
Recebeu informações sobre suas opções de tratamento para dor?	21	38,9	3	61,1	21	38,9	3	61,1	100	1	<0,001
Tratamento não medicamentoso	9	9,3	4	90,7	9	9,3	4	90,7	100	1	<0,001
Antes dessa cirurgia, apresentou alguma dor persistente por 3 meses ou mais?	23	42,6	3	57,4	23	42,6	3	57,4	100	1	<0,001

Fonte: do autor, 2023.

Tabela 9 – Resultados da confiabilidade interobservador por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Uberaba/MG, 2023

Itens	Observador 1					Observador 2					rS	P
	Mín	Máx.	Médiana	Media	DP	Mín.	Máx.	Médiana	Media	DP		
Pior dor	0	10	5,65	6,5	3,43	0	10	5,65	6,5	3,43	1	<0,001
Menor dor	0	10	2,41	2	2,51	0	10	2,41	2	2,51	1	<0,001
Frequência de dor intensa	0	100	36,85	25	35,97	0	100	36,85	25	35,97	1	<0,001
Interferiu para realizar atividades na cama	0	10	4,89	5	4,17	0	10	4,89	5	4,17	1	<0,001
Interferiu para respirar ou tossir	0	10	3,96	1	4,34	0	10	3,96	1	4,34	1	<0,001

Interferiu para dormir	0	10	4,13	4,5	4,15	0	10	4,2	4,5	4,20	0,99	<0,001
Fez com que se sentisse ansioso	0	10	4,33	5	4,05	0	10	4,33	5	4,05	1	<0,001
Fez com que se sentisse desamparado	0	10	2,28	0	3,61	0	10	2,28	0	3,61	1	<0,001
Teve náusea como efeito colateral	0	10	2,22	0	3,47	0	10	2,22	0	3,47	1	<0,001
Teve sonolência como efeito colateral	0	10	4,06	4	4,11	0	10	4,06	4	4,11	1	<0,001
Teve coceira como efeito colateral	0	10	2,02	0	3,29	0	10	2,02	0	3,29	1	<0,001
Teve tontura como efeito colateral	0	10	2,57	0	3,44	0	10	2,57	0	3,44	1	<0,001
Alívio da dor com tratamentos utilizados	0	100	70	90	36,70	0	100	70	90	36,70	1	<0,001
Participação nas decisões do tratamento para dor	0	10	5,85	9,5	4,64	0	10	5,85	9,5	4,64	1	<0,001
Satisfação com os resultados de tratamento para dor	0	10	9,33	10	1,64	0	10	9,33	10	1,64	1	<0,001

Fonte: do autor, 2023.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, realizou-se a validação de construto, além da análise de confiabilidade do instrumento “*International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*”, a fim de disponibilizar seu uso na prática. Ressalta-se que esta pesquisa integra um projeto maior intitulado “Adaptação e validação cultural do instrumento International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire: versão para o português Brasil”.

O instrumento foi selecionado uma vez que a dor é um achado importante na assistência pós-cirúrgica. Esse instrumento foi desenvolvido para medir a qualidade do tratamento da dor pós-operatória durante as primeiras 24 horas de atendimento ao paciente no ambiente hospitalar.

6.1 CARACTERIZAÇÃO

O sexo masculino também é prevalente em outros estudos como o estudo de Gomes e Volpe (2018) que investigou o perfil de internações clínicas e cirúrgico em um hospital de Belo Horizonte e identificou que 51,8% das internações eram de pessoas do sexo masculino. Outra pesquisa que identificou o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca também corrobora com uma maioria de pacientes do sexo masculino (60%) (Reis *et al.*, 2019). Uma revisão integrativa buscando dados de artigos sobre cirurgias cardíacas identificou também uma maioria do sexo masculino (Carvalho; Silva, 2022). Todavia, outros estudos divergem e destacam o sexo feminino como mais prevalente (Nascimento *et al.*, 2015; Bezerra *et al.*, 2015; Isidoro *et al.*, 2019; Nascimento; Rodrigues, 2020)

O estudo de Reis *et al.* (2019) identificou uma maioria parda (64,5%), diferente da identificada por esta pesquisa. Estudo de Reis *et al.* (2019) identificou que 40,5% possuíam companheiros, dado semelhante ao desta investigação. A revisão de Carvalho e Silva (2022) também confirma uma maioria de casados, no que tange ao perfil de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas.

Destaca-se também que 19,4% eram aposentados e 62,2% possuíam outras profissões. Uma revisão considerando o perfil de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas também destacou que há uma grande parte deles aposentada ou em outras situações inativas (Carvalho; Silva, 2022).

A idade corresponde com a identificada pelo estudo de Gomes e Volpe (2018) que encontrou uma média de 54,4 anos. A idade ao ser analisada fornece aos gestores a possibilidade de adequação da estrutura física, dos recursos humanos e terapêuticos (Gomes; Volpe, 2018). Outros estudos também identificaram médias de idade parecidas (Nascimento *et al.*, 2015; Bellusse *et al.*, 2015; Fusco *et al.*, 2016; Werneck *et al.*, 2018)

A literatura destaca a urgência de realizar mais pesquisas direcionadas ao perfil dos pacientes submetidos a cirurgias. Como observado, é notável a escassez de estudos na literatura relacionados ao tema proposto (Carvalho; Silva, 2022).

A idade também é um indicador do processo de envelhecimento, processo que impacta diretamente o perfil clínico dos pacientes, aumentando a predisposição a doenças crônicas não transmissíveis e a complicações nos procedimentos cirúrgicos (Luna *et al.*, 2022).

Quanto às variáveis clínicas, estudo que investigou o perfil de cirurgias de urgência e emergência destacou que 44,6% dos procedimentos cirúrgicos eram de pequeno porte (Silva; Aidar, 2023), ou seja, mesmo sendo um estudo focado em urgência e emergência, corrobora com o encontrado por esta pesquisa, uma vez que os tipos de cirurgia mais encontrados foram de pequeno porte, como colecistectomia e hernioplastia.

A maioria dos pacientes não declarou possuir comorbidades, porém 19,7% possuíam diabetes mellitus. Outro estudo cujo objetivo foi identificar o perfil dos pacientes internados em um hospital de Belo Horizonte identificou que 10,5% eram diabéticos. E o mesmo de Gomes e Volpe (2018) identificou uma porcentagem menor de paciente hipertensos (24,1%) do que a identificada por este estudo. Outros estudos também destacam porcentagens de pacientes hipertensos parecidas com as deste estudo (Aguilar *et al.*, 2019; Maciel *et al.*, 2017)

É importante ressaltar que essas informações viabilizam a elaboração de fluxos de atendimento alinhados às necessidades do usuário, aprimorando as condições clínicas do paciente. Isso é particularmente relevante, pois essas informações representam problemas significativos no contexto da saúde pública, como fatores de risco e complicações à saúde (Gomes; Volpe, 2018).

As variáveis relacionadas ao processo cirúrgico identificaram que a anestesia mais usada foi a geral (42,8%), seguida pela raquianestesia (23,3%). Em uma

pesquisa que considerou o perfil das cirurgias de emergência, identificou-se que a anestesia mais utilizada foi a raquianestesia (38,54%) (Silva; Aidar, 2023).

A grande maioria dos procedimentos não teve intercorrências (96,9%). Das complicações, as mais frequentes foram insuficiência respiratória aguda (0,6%), hipotensão (0,8%), hemorragia (0,6%) e alteração do ritmo cardíaco (0,3%). A literatura identificou, em uma pesquisa sobre intercorrências em cirurgias cardíacas, a hipotensão como principal intercorrência, seguida de hemorragia e hiperglicemia (Silveira *et al.*, 2016), resultado semelhante ao desta pesquisa. Outro estudo que também analisou as intercorrências em cirurgias cardíacas identificou como a complicação mais frequente a hemorragia (Dente *et al.*, 2023).

Assim sendo, protocolos de segurança do paciente que visem ao objetivo mundial de cirurgias seguras devem ser implementados, indo desde a confecção de protocolos, a implementação de *checklists* de cirurgia segura a rodadas de educação permanente (Carvalho *et al.*, 2020).

Quanto à analgesia, 96,1% dos procedimentos cirúrgicos a utilizaram, sendo os medicamentos prevalentes dipirona em 96,1% das cirurgias e tramadol em 76,7%. Em 67,8% dos casos, programou-se a analgesia em horários prescritos e em 58,6% se necessário. Ressalta-se também que a média de tempo de cirurgia em minutos foi de 123,44(±84,392). Tempo total de cirurgia é semelhante ao do estudo de Barbosa *et al.* (2014) que encontrou um tempo de 151,18 minutos.

Estudo que avaliou o manejo da dor em paciente em pós-operatório identificou que a maior classe de medicamentos usadas no controle da dor foi AINES e opioides. Destaca-se, ainda, que, sendo um estudo documental, 54,3% dos prontuários não apresentavam nenhum tipo de registro em relação à presença ou não de dor (Oliveira *et al.*, 2013).

A literatura reforça a importância de um manejo de dor no período pós-operatório exige uma abordagem proativa, necessitando reformular conhecimentos, atualizar conceitos e capacitar profissionais a fim de obter compromisso por parte de profissionais e gestores. O sucesso depende de uma atitude positiva por todas as partes, ações compromissadas e reformulações nas políticas públicas (Garcia *et al.*, 2017).

6.2 ANÁLISE DE ITENS DO INSTRUMENTO IPO

No que tange ao uso do *International Pain Outcomes* (IPO), em suas diversas versões, percebe-se que é usado para o manejo da dor pós-operatória para o manejo eficaz do quadro algíco.

Estudo realizado no âmbito do projeto de registo de dor aguda pós-operatória PAIN OUT, criado como parte de um projeto multinacional e interdisciplinar apoiado pelo Sétimo Programa-Quadro da Comissão Europeia com cerca de 50.000 registros, identificou que 32% dos pacientes possuíam registros de dor, sendo a média do IPO de 7 pontos, e 86% dos pacientes que referiram dor identificaram como local de dor o sítio cirúrgico (Schnabel *et al.*, 2020).

Em outro estudo, dos 1.372 pacientes selecionados submetidos à cirurgia ortopédica no hospital universitário de Muenster entre março de 2010 e junho de 2011, 890 pacientes foram incluídos para avaliação de dor. A análise de regressão linear demonstrou que o sexo era um fator de risco estatisticamente significativo para “pior dor desde a cirurgia”. Além disso, puderam ser identificadas diferenças significativas entre os sexos no “tempo passado com dor intensa”, “sentir-se ansioso devido à dor”, “sentir-se impotente devido à dor” e “consumo de opiáceos desde a cirurgia” (Zheng *et al.*, 2017).

Estudo longitudinal prospectivo avaliou a qualidade do manejo da dor pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias eletivas gerais, ginecológicas e ortopédicas em hospitais na Etiópia. Dor pós-operatória moderada a intensa esteve presente em 88,2% dos pacientes, sendo esta tratada inadequadamente em 58,4% desses pacientes. A dor crônica ($\beta = 0,346$, IC 95%: 0,212, 0,480) previu a pior intensidade de dor dos pacientes. O gênero não foi associado à pior intensidade de dor ou porcentagem de tempo gasto com dor intensa. A intensidade da dor do paciente não previu o nível de satisfação (Eshete *et al.*, 2019).

Outro estudo avaliou 2.922 pacientes no primeiro dia de pós-operatório, em 13 hospitais terciários espanhóis, por meio do questionário PAIN OUT. A média da pior dor e a porcentagem de pacientes com dor intensa foram de 5,6 (em uma escala numérica de 0 a 10) e 39,4%, respectivamente. A avaliação da dor dos pacientes (83,1%) e as informações foram altas (63,3%), mas a participação na decisão-making (4,8) foi menor do que nos Estados Unidos (7,0) e na Europa (Alemanha, França, Noruega e Dinamarca; média, 5,9). Pacientes após cirurgia ortopédica tiveram os piores resultados (Polanco-García *et al.*, 2017).

Outro estudo prospectivo realizado em pacientes adultos submetidos à cirurgia ortopédica, vascular, trauma ou geral entre 2018 e 2019, usando modelos de regressão logística multivariável desenvolvidos usando dados do University Medical Center (UMC) Utrecht e validados em dados do Erasmus UMC Rotterdam, Holanda, identificou que 28,8% destacaram dor pós-cirúrgica. O modelo de melhor desempenho (intervalo de confiança [IC] de 95%, 0,76–0,87) incluiu tratamento pré-operatório com opioides, cirurgia óssea, pontuação de dor na escala numérica no 14º dia de pós-operatório e presença de frio doloroso na área dolorida 2 semanas após a cirurgia. O desempenho preditivo foi confirmado por validação externa (Van Driel *et al.*, 2022).

Estudo que considerou resultados do estudo multicêntrico PAIN OUT teve como objetivos: (1) caracterizar subgrupos de pacientes com base no *status* de dor crônica mamária preexistente; e (2) determinar a associação de dor crônica preexistente com resultados relatados pelo paciente relacionados à dor pós-operatória aguda e consumo de opioides após cirurgia de câncer de mama. O desfecho primário foi um escore composto compreendendo a média dos itens de intensidade e interferência da dor do International Pain Outcomes Questionnaire. O desfecho secundário foi o consumo de opioides na sala de recuperação e enfermaria (Raza *et al.*, 2021).

Estudo acima encontrou como resultados que, dentre 1.889 pacientes, caracterizaram-se três subgrupos: sem dor crônica preexistente (n = 1.600); dor crônica preexistente em outro lugar (n = 128); e dor crônica preexistente na mama com/sem dor em outro local (n = 161). Controlando as covariáveis, as mulheres com dor mamária crônica preexistente experimentaram dor pós-operatória aguda mais intensa e interferência da dor e necessitaram de doses mais altas de opioides no pós-operatório (Raza *et al.*, 2021).

6.3 VALIDAÇÃO DO IPO

Constatou-se que o instrumento IPO é amplamente usado no direcionamento do manejo de dor pós-operatória internacional e nacionalmente, justificando a importância da tradução, adaptação e validação do instrumento para a realidade brasileira. Nesse sentido, abaixo será apresentada a discussão do processo de validação.

A validade convergente foi realizada usando o instrumento conhecido e válido IBD. Todas as correlações tiveram $p \leq 0,001$, o que significa correlação significativa entre o IPO e o IBD. Os resultados indicam que há uma correlação de forte a muito forte em diversos itens semelhantes entre os instrumentos analisados, demonstrando que o IPO é capaz de avaliar a dor nos pacientes na mesma medida que o IBD, instrumento já validado e utilizado na prática avaliada.

Poucos estudos validaram este instrumento em específico, principalmente pelo fato dele ter sido criado recentemente e estar começando sua visibilidade como instrumento de avaliação de dor pós-cirúrgica. Para a discussão do processo de validação será usado o estudo de criação e validação do próprio instrumento IPO, assim como outros estudos de validação de outros instrumentos que também mensuram a dor.

O questionário IPO foi administrado a 9.727 pacientes em 10 idiomas em 8 países europeus e em Israel. A validade de construto foi avaliada por meio de análise fatorial. A avaliação da validade discriminante utilizou testes U de Mann-Whitney para detectar diferenças médias entre grupos entre duas disciplinas cirúrgicas. A confiabilidade da consistência interna foi calculada como alfa de Cronbach. A análise fatorial resultou em uma estrutura de 3 fatores explicando 53,6% da variância. O alfa de Cronbach no nível geral da escala foi alto (0,86) e para as três subescalas foi baixo, moderado ou alto (variação de 0,53 a 0,89). Diferenças médias significativas entre os grupos de pacientes de cirurgia geral e ortopédica confirmaram a validade discriminante. A qualidade psicométrica do questionário International Pain Outcomes pode ser considerada satisfatória (Rothaug *et al.*, 2013).

Neste estudo, calculou-se a relação entre o tempo de cirurgia e a dor avaliada pelo IPO, sendo encontrada uma correlação positiva ($r=0,147$; $p=0,07$) entre essas variáveis. A análise confiabilidade foi realizada por meio do alfa de Cronbach, para consistência interna, com um alfa de 0,796, semelhante ao estudo de validação original do próprio instrumento.

Também se considerou a análise interobservador avaliado por meio Kappa, assim como a correlação de Pearson entre observadores para cada item do instrumento. Todos os resultados de Kappa foram iguais a um, indicando boa confiabilidade interobservador, assim como o coeficiente de correlação de Pearson, que apresentou resultados acima de 0,999.

Quanto aos estudos de validação de outros instrumentos, destaca-se a validação do Inventário Breve de Dor, instrumento usado por este estudo para conduzir uma das etapas de validação. O estudo contou com uma amostra final de 475 pacientes do ensino fundamental, com uma média de idade de 54,37 anos (desvio padrão = 14,56), sendo a maioria do sexo feminino (58,9%). Esses pacientes responderam ao Inventário Breve de Dor quando o diagnóstico de câncer era confirmado, todos com idade superior a 18 anos, em tratamento no Ambulatório de Dor do Instituto do Câncer do Ceará e que assinaram um termo de consentimento. Para avaliar a confiabilidade da validação do inventário, empregou-se a análise fatorial exploratória e confirmatória com eixo de rotação oblíqua. Os resultados indicaram a adequação do modelo: 'X POT.2 (9)' = 48,6, $p = 0,106$, 'x POT.2' / gl = 912,52, GFI = 0,98, AGFI = 0,91, CFI = 0,98 e RMSEA = 0,07 (IC90% = 0,05-0,08). Esses resultados sustentam a validade psicométrica do inventário, demonstrando a conformidade com a estrutura tri-fatorial teorizada (Menezes, 2011).

Considerando estudos mais recentes, Batalha *et al.* (2009) adaptaram e validaram cultural e linguisticamente a escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC), a qual foi submetida a uma avaliação de sua reprodutibilidade. A tradução e retrotradução da escala foram realizadas de forma independente por duas tradutoras bilíngues, sendo a língua materna de cada uma correspondente à versão para a qual estava sendo feita a tradução. A versão final de consenso foi confrontada com a versão original para assegurar a equivalência entre ambas. Subsequentemente, em cinco serviços de um Hospital Pediátrico e em um Serviço de Pediatria de um Hospital Distrital em Portugal, a dor na mesma criança foi avaliada simultaneamente e de forma independente por três enfermeiros, utilizando a versão em português da escala FLACC. Em um total de 92 observações, o nível de concordância, determinado pela média do coeficiente Kappa entre os três enfermeiros, foi de 0,555 para o indicador de face, 0,686 para pernas, 0,631 para atividade, 0,692 para o choro e 0,673 para consolabilidade. O valor da concordância global alcançou 0.912 (Batalha *et al.*, 2009), resultado também semelhante ao desta pesquisa.

Uma abordagem alternativa na avaliação da dor envolve instrumentos visuais, como um estudo que buscou validar um instrumento composto de escala de cores e diagrama corporal para localizar e medir a intensidade da dor em adultos com plexopatia braquial. A amostra incluiu 35 pacientes com plexo braquialgia submetidos

à intervenção cirúrgica. O instrumento imagético consistiu em uma escala de quatro cores e um diagrama corporal. Os pacientes associaram uma cor a cada nível de intensidade de dor na escala e coloriram no diagrama a área representativa da dor, utilizando uma ou mais cores. A validação de critério foi empregada para verificar a correlação entre os escores do instrumento desenvolvido e os laudos cirúrgicos, que serviram como critério externo. O índice de fidedignidade alcançado foi de 98,6%, superando o nível de concordância preconizado de 70 a 80% (Oliveira *et al.*, 2020).

Um estudo descritivo de natureza experimental foi conduzido para desenvolver e validar um aplicativo de mensuração de dor. Esse processo envolveu a busca na literatura por diversas escalas de avaliação de dor, a realização de uma revisão exploratória sobre tais escalas e, posteriormente, a validação por especialistas em saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas). Essa validação foi realizada por meio de um questionário predefinido, e os dados foram analisados utilizando o índice de validade de conteúdo (IVC), sendo considerado válido quando o quesito apresentava um $IVC > 0.8$. Notavelmente, o aplicativo foi validado com um IVC de 1.0 pelos especialistas (Cordova Júnior *et al.*, 2021).

Este estudo apresentou como limitação o fato de existirem poucos estudos que validaram este instrumento, principalmente por ter sido criado recentemente e estar iniciando sua visibilidade como instrumento de avaliação de dor pós-cirúrgica. Apesar de limitar a discussão isto não comprometeu atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

7 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou validar o instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire", o que foi desenvolvido e alcançado com êxito por esta pesquisa.

A pesquisa evidenciou por meio da validade de construto convergente que o IPO é capaz de avaliar a dor nos pacientes na mesma medida que o IBD, instrumento já validado e utilizado na prática, por meio de altas correlações entre as escalas.

Com relação à consistência interna dos itens, os resultados obtidos por meio do alfa de Cronbach indicam valores considerados aceitáveis para a confiabilidade do instrumento, mostrando que cada item mede, de forma equivalente, o mesmo conceito.

A confiabilidade do instrumento realizada por meio do Kappa e do coeficiente de correlação de Pearson evidenciou boa confiabilidade interobservador.

Conclui-se, assim, que este estudo possibilitou a validação das propriedades métricas do instrumento International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire, o que possibilitará o seu uso com os pacientes no pós-operatório, contribuindo no manejo da dor e, conseqüentemente, na prevenção de complicações nesse período, além da qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. R. et al. Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 617–623, 2 dez. 2019.

AMERICAN PAIN SOCIETY. Guidelines on the management of postoperative pain. **The Journal of Pain**, Nova Iorque, v. 17, n. 2, p. 131-57, fev. 2016.

AMERICAN PAIN SOCIETY. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee. **JAMA**, v. 274, n. 23, p. 1874–1880, 20 dez. 1995.

ANTUNES, J. DE M. et al. Práticas de enfermagem ao paciente com dor crônica: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 681–687, dez. 2018.

APFELBAUM, J. L. et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. **Anesthesia and Analgesia**, v. 97, n. 2, p. 534–540, ago. 2003.

BARBOSA, L. L. et al. Complicações pós-operatórias e redução da qualidade de vida em indivíduos idosos após fratura de fêmur e quadril. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e19811528041–e19811528041, 3 abr. 2022.

BARBOSA, M.H. et al. Physiological alterations and analgesia in patients submitted to medium-sized surgeries. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p.142-150, mar. 2014.

BATALHA, L. M. C. et al. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. **Referência - Revista de Enfermagem**, v. II, n. 10, p. 7-14, 2009.

BELLUSSE, G. C. et al. Fatores de risco de infecção da ferida operatória em neurocirurgia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 66–73, 2015.

BENHAMOU, D., ECOFFEY, C., CALMUS, S., CAPUANO, F., DAHLET, M., & FOUCHARD, A. A new national quality indicator reflecting pain relief in the PACU has been launched and initial results show the positive performance of French teams. **Anesthesia Critical Care & Pain Medicine**, v. 38, n. 1, p. 11–13, 2017.

BEZERRA, W. R. et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 33339–33339, 31 dez. 2015.

BOSCAROL, G. T. et al. Avaliação do diagnóstico de enfermagem “dor aguda” em pacientes internados em uma clínica médico-cirúrgica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 20 dez. 2019.

BRASIL. **Brasil registra mais cirurgias em 2021 do que em 2020, mas número ainda é 27% menor do que antes da pandemia.** Brasília: ABIIS, 2020.

CÂMARA, M. V. S. DA; FELIX, C. A.; CORGOZINHO, M. M. Enfermagem no contexto da infecção da ferida cirúrgica: revisão integrativa. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 3, n. 14, p. 941–960, 4 jan. 2022.

CARDOSO, M. G. M.; OLIVEIRA JR, J. M. Controle da Dor no Departamento de Emergência: avaliação inicial e uso de opioides. **Cuidados Paliativos na Emergência**. 1.ed. São Paulo: Manole. 2021.

Carr; Morlion, 2017

CARVALHO, A. C. G. et al. A EXECUÇÃO DO CHECKLIST NA PREVENÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 6, n. 1, 30 jul. 2020.

CARVALHO, C. et al. Mobile health technologies for the management of spine disorders: A systematic review of mHealth applications in Brazil. **Musculoskeletal Science & Practice**, v. 60, p. 102562, ago. 2022.

CASTRO, C. C.; PEREIRA, A. K. S.; BASTOS, B. R. Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. **Rev Enferm UFPE online**, v. 12, n. 11, p. 3009-14, 2018.

CAUMO, W., et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. **Acta Anaesthesiol Scand.**, v. 46, p. 1265-71, 2002.

CAVALHEIRO, J. T. et al. Intervenções de enfermagem para pacientes com dor aguda.v. **Rev enferm UFPE**, v. 13, n. 3, p.632-639, 2019.

CHOU, R. et al. Guidelines on the management of postoperative pain. **The Journal of Pain**, Nova Iorque, v. 17, n. 2, p. 131-157, fev. 2016.

CLEELAND, C. S. **The Brief Pain Inventory: User Guide**. 2009. Disponível em: <www.mdanderson.org/departments/prg>.

COLLINS, S. L.; MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? **Pain**, v. 72, n. 1–2, p. 95–97, ago. 1997.

CORDÓVA JÚNIOR, V. A. et al. Criação e validação de aplicativo para avaliação de dor infantil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e529101017721–e529101017721, 17 ago. 2021.

CUMMINGS, S.R; STEWART, A.; HULLEY, S.B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap.15, p.265-281.

DE SOUZA, R. L. P. et al. Impact of a Multimodal Analgesia Protocol in an Intensive Care Unit: A Pre-post Cohort Study. **Cureus**, v. 14, n. 3, p. e22786, 2022.

DENTE, R. O. et al. CIRURGIA ENDOVASCULAR E ABERTA E A MORBIMORTALIDADE PERI-OPERATÓRIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ANEURISMA AORTO-ILÍACO EM HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARÁIBA. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 11, p. 21744–21763, 16 nov. 2023.

DWORKIN, R. H. et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. **Pain**, v. 113, n. 1–2, p. 9–19, jan. 2005.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Relatório de gestão do HC-UFTM julho de 2022 a junho de 2023**. 2023.

ECCLESTON, C. et al. Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. **PAIN**, v. 161, n. 5, p. 889, maio 2020.

ESHETE, M. T. et al. Quality of postoperative pain management in Ethiopia: A prospective longitudinal study. **PLOS ONE**, v. 14, n. 5, p. e0215563, 1 maio 2019.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. IN: FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2nd ed. Chichester; Hoboken, New Jersey: J. Wiley; 2007. chap. 4, p. 77-108.

FERRARI, M. F. M., et al. A dor como quinto sinal vital, desafios para a incorporação na formação em saúde. **REME –Rev Min Enferm.**, v. 23, p. e-1233, 2019. 10.5935/1415-2762.20190081

FERREIRA, K. A.; TEIXEIRA, M. J.; MENDONZA, T. R.; CLEELAND, C. S. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer**; v. 19, n. 4, p. 505-11, 2011. doi: 10.1007/s00520-010-0844-7.

FINNERTY, D. T., et al. Comparing erector spinae plane block with serratus anterior plane block for minimally invasive thoracic surgery: a randomised clinical trial. **Br J Anaesth.**, v. 125, n. 5, p. 802-10, 2020. doi: 10.1016/j.bja.2020.06.020.

FUSCO, S. DE F. B. et al. Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 43–49, fev. 2016.

GAN, T. J. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. **J Pain Res.**, v. 10, p. 2287-98, 2017. <https://dx.doi.org/10.2147/jpr.s144066>

GARCIA, J. B. S. et al. Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 67, p. 395–403, ago. 2017.

GELMAN, D. et al. Role of Multimodal Analgesia in the Evolving Enhanced Recovery after Surgery Pathways. **Medicina (Kaunas)**, v. 54, n. 2, p. 20, abr. 2018. doi: 10.3390/medicina54020020.

GERBERSHAGEN, H. J. et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. **Anesthesiology**, v. 118, n. 4, p. 934–944, abr. 2013.

GLARCHER, M., et al., Indicadores de qualidade (QI) de dor aguda após cirurgia em países europeus. **Pain Management Nursing**, v. 11, p. 3, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.01.012>

GOMES, L.; VOLPE, F. The profile of clinical and surgical admissions to the general hospitals of the FHEMIG network. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 1 jan. 2018.

GORDON, D. B. et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. **Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses**, v. 3, n. 4, p. 116–130, dez. 2002.

GORDON, D. B. et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 14, p. 1574–1580, 25 jul. 2005.

GORDON, D. B., et al. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. **J Pain**. v. 11, n. 11, p. 1172-86, 2010. doi: 10.1016/j.jpain.2010.02.012.

GUIMARÃES, A. C. et al. Validação do Mental Health Promoting Knowledge Scale (MHPK-10) para a população portuguesa | RevSALUS - **Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia**. 14 jun. 2022.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HANELY, C., et al. Ultrasound-guided continuous deep serratus anterior plane block versus continuous thoracic paravertebral block for perioperative analgesia in videoscopic-assisted thoracic surgery. **Eur J Pain**, v. 24, n.4, p. 828-38, 2020. doi: 10.1002/ejp.1533.

HAWKER, G. A. et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with osteoarthritis. **Arthritis Care & Research**, v. 63, n. 10, p. 1382–1390, 2011.

HAYDEN, J. A. et al. What is the prognosis of back pain? **Best Practice & Research. Clinical Rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 167–179, abr. 2010.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**, 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021. 889-91p

HERNÁNDEZ, C., et al. Factores predictores prequirúrgicos de dolor posquirúrgico en pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla. Una revisión sistemática. **Reum Clin.**, v. 11, n. 6, p. 361-80, 2015.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.12.008>.

HOLOPAINEN, R. Biopsychosocial framework – pain impacting life on multiple biopsychosocial domains. **European Journal of Physiotherapy**, v. 23, n. 5, p. 268–269, 3 set. 2021.

HOOGERVORST-SCHILP, J., et al. Postoperative pain assessment in hospitalised patients: National survey and secondary data analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 63, p. 124–131, 2016.

HYLAND, S. J. et al. Liposomal Bupivacaine Versus Standard Periarticular Injection in Total Knee Arthroplasty With Regional Anesthesia: A Prospective Randomized Controlled Trial. **The Journal of Arthroplasty**, v. 34, n. 3, p. 488–494, 1 mar. 2019.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **IASP Announces Revised Definition of Pain**. 2020. < <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475> Acessado em: 15 Dez. 2023.

ISIDORO, R. E. C. et al. BLOOD ORDERS AND PREDICTORS FOR HEMOTRANSFUSION IN ELECTIVE FEMUR FRACTURE REPAIR SURGERY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20180129, 4 jul. 2019.

JENSEN, M. P. et al. Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: a randomized clinical trial. **PAIN**, v. 161, n. 10, p. 2284, out. 2020.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, n. 1, p. 117–126, out. 1986.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v. 27, n. 1, p. 117–126, out. 1986.

KESZEI, A. et al. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res.**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3rd ed. The Guilford Press: New York, London, 2010. 428p.

- KONG, M et al. The effectiveness of preemptive analgesia for relieving postoperative pain after video-assisted thoracoscopic surgery (VATS): a prospective, non-randomized controlled trial. **J Thorac Dis.**, v. 12, n. 9, p. 4930-40, 2020. doi: 10.21037/jtd-20-2500.
- LAMBERT, L. Postoperative pain. **S Afr Pharm J.**, v. 82, n. 2, p. 26-29, 2015.
- LASAPONARI, E. F. et al.. Acute pain and nursing interventions in the immediate postoperative period. **Rev. SOBECC**, v. 18, n. 3, p. 38-48, 2013.
- LEE, P. et al. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 37, n. 9, p. 1770–1777, 1 set. 2019.
- LIKAR, R., et al. Interdisciplinary position paper Perioperative pain management. **Schmerz**, v. 31, n. 5, p. 463–482, 2017.
- LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A.; SÁ, K. N. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. **Rev Dor.**, v. 17, n. 1, p. 57-60, 2016.
- LOPES, R. et al. Complications in immediate postoperative recovery from elective cardiac surgery: a cross-sectional study based on Roy's theory. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. Nº 22, p. 23–32, 30 set. 2019.
- LOVICH-SAPOLA, J.; SMITH, C. E.; BRANDT, C. P. Postoperative pain control. **Surg Clin N Am.**, v. 95, p. 301-18, 2015.
- LUNA, A. A. et al. Perfil epidemiológico do paciente cirúrgico no Brasil. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 32–41, 7 jun. 2022.
- MACIEL, B. L. et al. Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigênio em pacientes na sala de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 2, p. 60–67, 9 jun. 2017.
- MACIEL, J.A. et al. Pain assessment in patients undergoing lumbar spine arthrodesis: application of unidimensional and multidimensional scale. **BrJP** [online]. 2021, v. 4, n. 3 pp. 198-203. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210043>.
- MARTINS, T. B. P.; ALENCAR, A.S.; LEITE, C. B. C.; SILVA, J. C.; CARDOSO, V. P.; SILVA FILHO, C. A. R. DA; REINALDO, L. G. C. Resultados clínicos conforme achados operatórios na colecistectomia laparoscópica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 6, p. e10255, 6 jun. 2022.
- MEIER, A. C. et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor em pacientes em pós-operatório imediato. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, jul. 2017.

MELO, A. R. C. et al. Avaliação da dor pós-operatória em pacientes submetidos à histerectomia abdominal em um hospital de ensino. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, supl 1, 2016.

MELZACK, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. **Pain**, v. 30, n. 2, p. 191–197, ago. 1987.

MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain mechanisms: A new theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. **Pain Forum**, v. 5, n. 1, p. 3–11, 1 mar. 1996.

MENDES, P. DE J. A.; ARAÚJO, K. DE C. G. DA S.; MORGAN, P. E. M. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRURGICO, UTILIZANDO SAEP. **BIUS -Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 19, n. 13, p. 1–17, 9 jun. 2020.

MENEZES, C. N. B. **Validação de uma versão brasileira do inventario breve de dor**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

MISHRIKY, B. M.; WALDRON, N. H.; HABIB, A. S. Impact of Pregabalin on Acute and Persistent Post-operative Pain: A systematic review and meta-analysis. **British Journal of Anaesthesia**, 2015.

MONTES, A., et al. Management of postoperative pain in Spain: a nationwide survey of practice.. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 61, n. 5, p. 480–491, 2017.

MOURA, C. C.; CHAVES, E. C. L.; SOUZA, V. H. S.; LUNES, D. H.; RIBEIRO, C. R. G.; PARAIZO, C. M. S. et al. Impacto da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 1, p. 53-62, 2017.

MURPHY, D. R.; LOPEZ, M. Neck and back pain specific outcome assessment questionnaires in the Spanish language: a systematic literature review. **Spine**, v. 13, p. 1667-74, 2013.

NASCIMENTO, F. C. L. DO; RODRIGUES, M. C. S. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3261–e3261, 23 fev. 2020.

NASCIMENTO, L.A. et al. Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. **Revista Dor**. v. 17, n. 2 p. 76-80, abr./jun., 2016.

NASCIMENTO, M. S. DO et al. Lesão renal aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 367–373, ago. 2015.

OCHROCH, J. et al. Analgesic efficacy of adding the IPACK block to a multimodal analgesia protocol for primary total knee arthroplasty. **Regional Anesthesia & Pain Medicine**, 31 ago. 2020.

- OLIVEIRA, C. M. DE et al. Validação de instrumento visual para localização e mensuração da intensidade da dor. **BrJP**, v. 3, p. 301–304, 2 out. 2020.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. **Revista Dor**, v. 14, p. 251–255, dez. 2013.
- PIESZAK, G. M., et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p. 881-9, 2015.
- POLANCO-GARCÍA, M. et al. Postoperative Pain Management in Spanish Hospitals: A Cohort Study Using the PAIN-OUT Registry. **The Journal of Pain**, v. 18, n. 10, p. 1237–1252, 1 out. 2017.
- POLIT D.F., BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 11ª ed. Wolt ers Kluwer Health: Filadélfia, 2021. E-book ISBN: ISBN-13: 978-1496300232
- RAWAL, N. Current issues in postoperative pain management. **Eur J Anaesthesiol**, v. 33, n. 3, p. 160-171, 2016.
<https://dx.doi.org/10.1097/eja.0000000000000366>
- RAZA, M. M. et al. Chronic Breast Pain Prior to Breast Cancer Surgery Is Associated with Worse Acute Postoperative Pain Outcomes. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 9, p. 1887, jan. 2021.
- REIS, M. M. R. et al. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1015–1022, 2019.
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2029–2036, jul. 2013.
- RODRIGUES, R. T. F. et al. Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 138–147, out. 2012.
- ROTHAUG, J. Patients' Perception of Postoperative Pain Management: Validation of the International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire. **The Journal of Pain**, v. 14, n. 11, p. 1361–1370, 1 nov. 2013.
- SALGADO, P. O., et al. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem “dor aguda” em pacientes no pós-operatório imediato. **Enf revista**, v. 20, n. 3, p. 66-79, 2017.
- SALMOND, S. S. Evaluating the Reliability and Validity of Measurement Instruments. **Orthop Nurs.**, v. 27, n. 1, p. 28-3, 2008.

HEALE, R. T. A. Validity and reliability in quantitative studies. **Evid Based Nurs.**, v. 18, n. 3, p. 66-7, 2015.

SANTOS JÚNIOR, C. J. DOS; COSTA, P. J. M. DE S. Adaptação transcultural e validação para o Português (Brasil) do Parent Attitudes About Childhood Vaccine (PACV). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2057–2070, 4 maio 2022.

SANTOS, M.L et al. Performance of the nursing professional with pain in a post - anesthetic recovery room. **Revista Multidisciplinar do Amapá**, v. 1, n. 1, p.128-138, jan./jun., 2018.

SCHNABEL, A. et al. Predicting poor postoperative acute pain outcome in adults: an international, multicentre database analysis of risk factors in 50,005 patients. **Pain Reports**, v. 5, n. 4, p. e831, 27 jul. 2020.

SEDREZ, E. DA S.; MONTEIRO, J. K. Avaliação da dor em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190109, 31 jul. 2020.

SILVA, A. P. DA et al. Usabilidade dos aplicativos móveis para profissionais de saúde: Revisão integrativa. **Journal of Health Informatics**, v. 13, n. 3, 27 set. 2021.

SILVA, M. V. DA; AIDAR, D. C. G. PERFIL DAS CIRURGIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO INTERIOR DE RONDÔNIA. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 6, p. 2471–2480, 14 jun. 2023.

SILVEIRA, C. R. et al. Desfechos clínicos de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um hospital do noroeste do Rio Grande do Sul. **Rev. enferm. UFSM**, p. 102–111, 2016.

SOUZA, V.S.; CORGOZINHO, M.M. Nursing in evaluation and control of postoperative pain. **Revista Científica Sena Aires**, v. 5, n. 1, p. p.70-78, dez., 2016.

TEIXEIRA, P.A.P. et al. Postoperative pain management: a bibliographic review. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 3, n. 1, p. 85-93, mar., 2014.

VALENTE, R. et al. Portuguese Society of Anesthesiology Recommendations for the Treatment of Acute Pain 2018. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**, v. 28, n. 2, p. 102- 109, jun., 2019.

VAN DRIEL, M. E. C. et al. Development and validation of a multivariable prediction model for early prediction of chronic postsurgical pain in adults: a prospective cohort study. **British Journal of Anaesthesia**, v. 129, n. 3, p. 407–415, 1 set. 2022.

VARANDAS, C. **Fisiopatologia da Dor**. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Cidade do Porto. 2013.

WERNECK, A. L. et al. Postoperative cardiac surgery complications and hospital length of stay. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 8, p. 2105–2112, 4 ago. 2018.

WIJMA, A. J. et al. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 32, n. 5, p. 368–384, jul. 2016.

YANG, M. M. H., et al. Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open.**, v. 1, n. 4, 2019.

YI, L. C., et al. Translation and cross-cultural adaptation of FFI to Brazilian Portuguese version: FFI-Brazil. **Rev Bras Reumatol.**, v. 55, p. 398-405, 2015.

ZASLANSKY, R., et al. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. **European Journal of Pain**, v. 19, n. 4, p. 490–502, 2015.

ZHENG, H. et al. Age and preoperative pain are major confounders for sex differences in postoperative pain outcome: A prospective database analysis. **PLOS ONE**, v. 12, n. 6, p. e0178659, 6 jun. 2017.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONARE VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASIL

Nº do instrumento: _____ Data ____/____/____

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1.Nome do paciente

2. Leito _____

3.nº do prontuário _____

4.DN: ____/____/____ 5.Idade _____

6.Sexo 1()Feminino 2() Masculino

7.Cor 1()branco 2()pardo 3()preto 4() amarelo 5()indígena

8.Estado civil 1()solteiro 2()casado 3()separado 4()divorciado 5()
viúvo

9.Profissão

10.Grau de escolaridade

1()analfabeto 2() ensino fundamental 3() ensino médio 4()
) ensino superior 5() especialização 6()mestrado
7()doutorado

PARTE II: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1.Cirurgia realizada _____

2.Comorbidades 1()sim 2() não

1()DM tipo 1 2()DM tipo 2

3()HAS 4()outras

3.Anestesia 1()geral 2()raquianestesia 3()peridural 4()combinada

4.Início da anestesia _____h

5.Término da anestesia _____h

6.Início da cirurgia _____h

7.Término da cirurgia _____h

8.Complicações da sala de operação (SO) 1()sim 2()não

1()Insuficiência respiratória aguda 2()Hipotensão 3()Hipertensão

4()Hipertermia 5()Hemorragia 6()Alteração do ritmo cardíaco

7()Outras _____

9.Analgesia 1()sim 2()não

10. Medicamentos

11.Esquema analgésico 1()contínuo 2()de horário 3()se necessário 4()ACM

**APÊNDICE II – INTERNATIONAL PAIN OUTCOMES (IPO) QUESTIONNAIRE
VERSÃO PORTUGUÊS DO BRASIL**



QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE

Caro(a) Senhor/Senhora

Nós ficaríamos muito gratos pela sua participação em nossa pesquisa sobre como os pacientes se sentem após um procedimento cirúrgico. O objetivo desta pesquisa é melhorar o manejo da dor pós-operatória nesta unidade.

Sua participação é voluntária e as informações que você fornecer serão armazenadas de forma anônima assim que você entregar este questionário. Isso significa que seu nome e outras formas de identificação serão eliminados do questionário após a entrega e não serão incluídos em nenhum dos nossos registros.

As suas respostas neste questionário **não** serão compartilhadas com sua equipe médica ou de enfermagem.

A equipe de profissionais que cuidam de você vai tratá-lo(a) da mesma forma, independentemente se você escolher participar ou não da pesquisa.

Muito obrigado por considerar participar desta pesquisa.

CÓDIGO DO PACIENTE: **QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE**

As questões a seguir são sobre a dor que você sentiu desde a cirurgia.

P1. Nesta escala, por favor assinale o número que representa a **piores dor** que você sentiu desde a cirurgia:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sem dor

piores dor possível

P2. Nesta escala, por favor assinale o número que representa a **dor menos intensa** que você sentiu desde a cirurgia:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sem dor

piores dor possível

P3. Com que frequência você sentiu **dor intensa** desde a cirurgia?

Por favor, assinale a porcentagem que mais se aproxima do tempo durante o qual você sentiu **dor intensa**:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

nunca senti dor intensa

dor intensa o tempo todo

P4. Assinale o número que melhor descreve o quanto, após a cirurgia, a **dor interferiu ou o(a) impediu de...**

a. realizar **atividades na cama**, tais como virar, sentar, mudar de posição:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

não interferiu

interferiu totalmente

b. respirar profundamente ou tossir:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

não interferiu

interferiu totalmente

c. dormir:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

não interferiu

interferiu totalmente

d. Você conseguiu **se levantar da cama** após a cirurgia?

Sim Não

Se sim, quanto a **dor o(a) atrapalhou ou impediu de fazer atividades fora da cama**, tais como caminhar, sentar-se em uma cadeira, ir ao banheiro:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

não interferiu

interferiu totalmente

CÓDIGO DO PACIENTE:

QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE**P5.** A dor pode influenciar o nosso humor e as nossas emoções.Nesta escala, por favor assinale o número que melhor descreve o quanto, após a sua cirurgia, **a dor fez com que você se sentisse ...**a. **ansioso (a):**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nem um pouco

extremamente

b. **desamparado:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nem um pouco

extremamente

P6. Você sentiu algum dos seguintes **efeitos colaterais** desde a cirurgia?

Por favor, assinale "0" se não sentiu; se sentiu, assinale o número que melhor representa a intensidade de cada um:

a. **Náusea:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nenhum

severo

b. **Sonolência:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nenhum

severo

c. **Coceira:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nenhum

severo

d. **Tonturas:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nenhum

severo

P7. Desde a cirurgia, quanto **alívio para a dor** você sentiu?Por favor, assinale a porcentagem que melhor representa o nível de alívio para dor sentido após todos os **tratamentos para dor utilizados** (tratamentos medicamentosos e não medicamentosos):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

nenhum alívio

alívio completo

P8. Você gostaria de ter recebido **MAIS tratamento para a dor** do que recebeu? Sim Não**P9.** Você recebeu alguma **informação** sobre as suas opções de **tratamento para a dor**? Sim Não

CÓDIGO DO PACIENTE: **QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE****P10.** Você **participou das decisões** sobre seu **tratamento para a dor** tanto quanto gostaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nem um pouco

bastante

P11. Assinale o número que melhor representa o quão **satisfeito(a)** você está com os resultados do seu **tratamento para dor** desde a cirurgia:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

extremamente insatisfeito(a)

extremamente satisfeito(a)

P12. Você solicitou ou recebeu algum **tratamento não medicamentoso** para alívio da **dor**? Sim NãoSe sim, **marque todos** que se aplicam:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> bolsa de gelo | <input type="checkbox"/> meditação | <input type="checkbox"/> respiração profunda |
| <input type="checkbox"/> calor | <input type="checkbox"/> acupuntura | <input type="checkbox"/> orações |
| <input type="checkbox"/> conversas com a equipe médica | <input type="checkbox"/> caminhada | <input type="checkbox"/> massagem |
| <input type="checkbox"/> conversas com amigos ou familiares | <input type="checkbox"/> relaxamento | <input type="checkbox"/> imagens ou visualização |
| <input type="checkbox"/> TENS (Neuroestimulação elétrica transcutânea) | | |
| <input type="checkbox"/> distrações (como ver TV, ouvir música, ler) | | |
| <input type="checkbox"/> outras (por favor, descreva): <input type="text"/> | | |

P13. Antes de vir ao hospital para realizar esta cirurgia você sentiu alguma **condição de dor persistente por 3 meses** ou mais? Sim Nãoa. Se sim, **qual a intensidade da dor** na maior parte do tempo? Por favor, assinale o número que indica esta intensidade.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sem dor

pior dor possível

b. Se sentiu dor, **onde esta dor persistente** estava localizada? local da cirurgia outros locais ambos (local da cirurgia e outros locais)**Obrigado por seu tempo e sua participação**

Para ser preenchido pelo assistente de pesquisa

Código do assistente de pesquisa: Paciente foi entrevistado? Sim Não

Se sim, por favor assinale o(s) motivo(s):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doente/fraco demais | <input type="checkbox"/> Sentia muita dor | <input type="checkbox"/> Necessitava de ajuda | <input type="checkbox"/> Não entendia as escalas |
| <input type="checkbox"/> Motivos técnicos (paciente estava sem óculos/é cego; não consegue sentar-se; é analfabeto; braço estava engessado etc.) | | | |

Versão

ANEXO I – PERMISSÃO PARA A VALIDAÇÃO E USO DO INSTRUMENTO



RE: Permissão para avaliação das propriedades métricas do instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire"

Marcia Felix <mm-sf@hotmail.com>

Qui, 26/08/2021 14:24

Para: Você



Boa tarde

Permissão concedida. Você está autorizada a realizar a avaliação das propriedades métricas do instrumento International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire versão português do Brasil.

Envio em anexo o arquivo com o instrumento.

Abrços

Márcia **M**arques **S.** **F**elix

Enfermeira, Doutora em Atenção à Saúde

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

^ Folders

- Inbox
- Junk Email
- Drafts
- Sent Items
- ^ Deleted Items 408
 - JMJ
 - Archive
 - BUSCA_QUALIFICAÇ
 - Conversation History
 - MÁRCIA FELIX
 - Scheduled
 - TCC ACUPUNTU 29
 - TESE

Prezadas, bom dia! Viram a resposta da Claudia?? Querem que eu pergunte mais alguma coisa ou só escrevo agradecendo, mesm



WC

Weinmann, Claudia <Claudia.Weinmann@med.uni-jena.de>

Yesterday, 4:19 AM

You: 'aci' (aci@uftm.edu.br); 'mariabgfo@gmail.com'; 'mhelena331@hotmail.com' ✉

Dear Maria Teresa Santos,

Thank you for your e-mail. **You may start with the process of cultural adaption.**

Feel free to contact me again if you want to participate in PAIN OUT.

We'd much appreciate if you keep us informed about your work.

Kind regards,
Claudia

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: aci [mailto:aci@uftm.edu.br]

Gesendet: Dienstag, 17. April 2018 17:29

An: Weinmann, Claudia

Cc: Rothaug, Judith; 'mm-sf@hotmail.com'; 'mariabgfo@gmail.com'; 'mhelena331@hotmail.com'

Betreff: Re: AW: Brazilian adaptation of IPO questionnaire

Dear Claudia Weinmann,

First of all, we thank you for your attention and for your authorization to carry out the study. We believe

We would like to inform that, at this moment, we are only interested in performing the cultural adaptati (IPO) questionnaire" (translation and back-translation) into Brazilian Portuguese, as well as analyzing the

We have contacted the Federal University of Triangulo Mineiro so that the Hospital may attend Pain Out consuming process.

For this reason, the International Cooperation Office would like to ask your permission to start with the analysis of the instrument's metric properties in order to use this scale in Brazil, even without the Hospit moment.

We kindly ask you to send us the original version of the questionnaire, if possible.

We make ourselves available for any clarification,

Best regards,

Maria Teresa Santos
International Cooperation Office- ACI/UFTM Rua Conde de Prados, 191 Nossa Senhora da Abadia, Uber
+55 (34)3700-6622

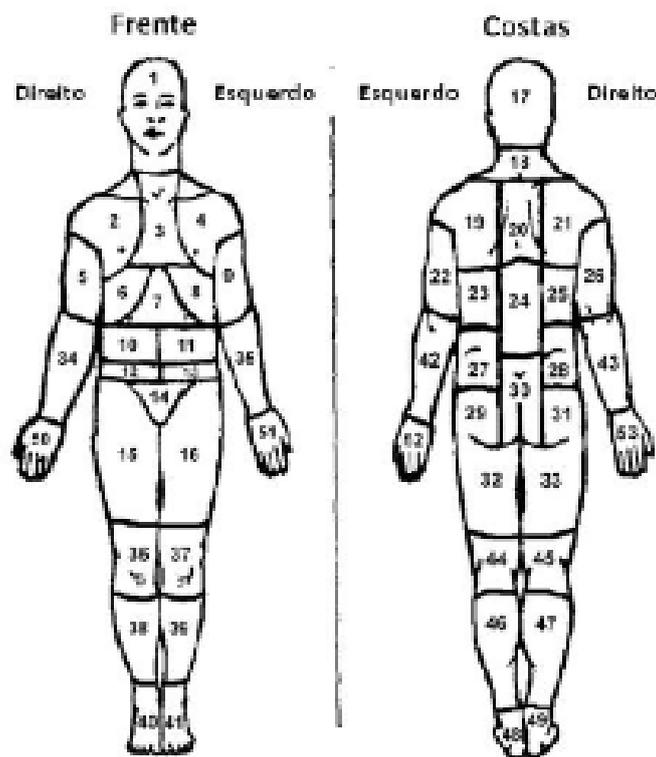
ANEXO II – INVENTÁRIO BREVE DE DOR

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1. Sim 2. Não

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?		
Nome	Dose/ Freqüência	Data de Início
8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando? Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve. Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alívio completo		
9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:		
Atividade geral		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Humor		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Habilidade de caminhar		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Trabalho		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Relacionamento com outras pessoas		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Sono		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente
Habilidade para apreciar a vida		
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	interferiu completamente

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde-PPGAS
 Av. Getúlio Guaritá, nº 107, Bairro Abadia - Uberaba-MG
 Telefone: (34)3700-6607 – E-mail: sec.ppgas@uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pacientes)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Adaptação e validação cultural do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*: versão para o português do Brasil”, coordenado por mim, Profa. Dra. Maria Helena Barbosa. O objetivo dessa pesquisa é traduzir, adaptar transculturalmente e validar para a língua brasileira um instrumento que avalia a dor pós-operatória.

Gostaria de contar com sua participação, uma vez que a validação deste instrumento ajudará os profissionais de saúde a avaliar a intensidade e gravidade da dor, e a capacidade funcional dos pacientes após a cirurgia, proporcionando um manejo eficaz da dor pós-operatória e conseqüentemente a melhoria da qualidade da assistência, da segurança do paciente e a redução de custos operacionais para as instituições de saúde.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário responder a um questionário com dados de caracterização sociodemográfica antes da cirurgia e responder um questionário da versão adaptada do instrumento que avalia a dor pós-operatória, após a cirurgia. Os procedimentos serão realizados em local adequado, tanto na enfermaria quanto na UTI em que você estiver internado(a), no dia da sua internação e no primeiro dia de pós-operatório, por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de 15 minutos. Será necessário também que a pesquisadora colete do seu prontuário alguns dados referentes à sua cirurgia. Não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à vida.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências: você será identificado(a) na pesquisa por números e iniciais do nome. Em momento algum os seus dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar você, serão revelados.

Você não terá nenhum benefício direto de sua participação na pesquisa, pois o instrumento ainda não foi validado. O instrumento resultante da pesquisa poderá proporcionar, como benefícios futuros à comunidade, um manejo eficaz da dor pós-operatória e a melhoria da qualidade da assistência, promovendo a segurança do paciente.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde-PPGAS
 Av. Getúlio Guaritá, nº 107, Bairro Abadia - Uberaba-MG
 Telefone: (34)3700-6607 – E-mail: sec.ppgas@uftm.edu.br

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo ao seu tratamento cirúrgico, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM).

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (questionários e arquivos digitais) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa, os questionários serão destruídos por meio de incineração e os arquivos digitais deletados após cinco anos do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Pesquisadores: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa e Dra. Márcia Marques S. Felix

E-mail: mhelena331@hotmail.com / marcia_felix@terra.com.br

Telefone/Celular: (34) 3700-6606 / 99166-9447 / 99960-3046

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 107, Bairro Abadia, Uberaba/MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep_hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde-PPGAS
 Av. Getúlio Guaritá, nº 107, Bairro Abadia - Uberaba-MG
 Telefone: (34)3700-6607 – E-mail: sec.ppgas@uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente à pesquisa “Adaptação e validação cultural do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*: versão para o português do Brasil”, coordenada pela Profa. Dra. Maria Helena Barbosa. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento cirúrgico que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, “Adaptação e validação cultural do instrumento *International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire*: versão para o português do Brasil”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba/MG, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

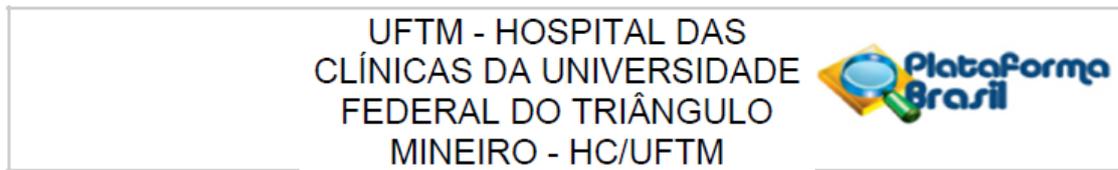
Profa. Dra. Maria Helena Barbosa – (34) 3700-6606 / 99166-9447
 Pesquisadora Responsável

Márcia Marques dos Santos Felix – (34) 99960-3046
 Pesquisadora Assistente

DATA

RUBRICA DO PARTICIPANTE RUBRICA DO PESQUISADOR

ANEXO IV – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação e validação cultural do instrumento International Pain Outcomes (IPO)
Questionaire: versão para o português do Brasil

Pesquisador: Maria Helena Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20386919.8.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.725.193

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora "A dor e seu gerenciamento são elementos vitais nas diretrizes cirúrgicas para aumento da recuperação física precoce após a cirurgia, entretanto, o manejo eficaz da dor pós-operatória continua insatisfatório em todo o mundo (SHERWOOD; MCNEILL, 2017). Apesar das inúmeras diretrizes e protocolos baseados em evidências, intervenções clínicas focadas e avaliações padronizadas, um grande número de pacientes experimenta a dor pós-operatória. Estima-se que 240 milhões de pacientes sejam submetidos a cirurgias por ano e 40 a 60% desses pacientes relatam dor clinicamente significativa (SHERWOOD; MCNEILL, 2017; SUKSOMPONG et al., 2016; SANANSILP; DEJARKOM; DEETAYART, 2016; ROBLEDA et al., 2014; ZASLANSKY et al., 2014; BOEZAART; MUNRO; TIGHE, 2013; ANDRADE; BARBOSA; BARICHELLO, 2010; RIBEIRO et al., 2012; ZASLANSKY et al., 2012).

A dor pós-operatória mal administrada causa sofrimento, aumenta os custos do cuidado, tem efeitos negativos nos resultados da cirurgia e na satisfação do paciente, podendo gerar alterações clínicas e psicológicas que, se não forem resolvidas, podem aumentar a morbidade e a mortalidade e levar à dor crônica incapacitante (RICO et al., 2013; ZASLANSKY et al., 2012; HARSOOR, 2011; MIRANDA et al., 2011).

Numerosas barreiras impedem o fornecimento de um manejo adequado da dor. A falta de evidências sobre a adequação e eficácia das intervenções de dor é considerada uma das cinco

<p>Endereço: R. Benjamin Constant, 16 Bairro: Nossa Srª da Abadia UF: MG Município: UBERABA Telefone: (34)3318-5319</p>	<p>CEP: 38.025-470 E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br</p>
--	--

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

maiores barreiras para o manejo da dor (LOESER, 2012). A intensidade da dor dos pacientes, assim como a experiência dolorosa são subjetivos, dificultando a definição de um limite específico para o seu tratamento (ANDERSSON, et al., 2016). Apesar dessas barreiras, avaliações regulares da dor são recomendadas após a cirurgia para que haja um aumento de conscientização dos profissionais de saúde, permitindo que eles forneçam abordagens analgésicas específicas e eficazes ao paciente (ERDEN et al., 018).

O manejo adequado da dor inclui avaliação contínua apropriada e reavaliações frequentes das respostas do paciente ao tratamento, usando uma escala de dor validada para otimizar o tratamento e reduzir o sofrimento (GORDON et al., 2010). O propósito de usar uma escala de dor é desenvolver um vocabulário compartilhado entre pacientes e profissionais de saúde. Na maioria dos casos, uma escala de dor unidimensional, como a Escala de Avaliação Numérica, a Escala Visual Analógica e a Escala de Avaliação Verbal, é suficiente no ambiente hospitalar e mede a intensidade da dor autorreferida (HJERMSTAD et al., 2011). No entanto, devido à complexidade da dor, seus aspectos multidimensionais devem ser levados em

consideração (BREIVIK et al., 2008).

Para proporcionar um manejo efetivo da dor, os profissionais de saúde, que têm essa responsabilidade, devem avaliar a incidência de dor, a intensidade da dor em repouso e durante as atividades diárias (como caminhar, virar na cama e adormecer), verificar o protocolo de analgesia, monitorar efeitos adversos dessa analgesia, estado emocional (como ansiedade, raiva e medo) e avaliar a satisfação do paciente, estabelecendo cuidados holísticos no tratamento da dor (ERDEN et al., 2018). Para auxiliar os profissionais de saúde a otimizar o gerenciamento da dor pós-operatória na Europa, o PAIN OUT, um projeto internacional financiado pela Comissão Europeia (PAIN OUT, 2018), em parceria com a Sociedade Americana de Dor desenvolveram o International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire, um instrumento que mede a variabilidade no atendimento, identifica as melhores práticas de manejo da dor e auxilia os profissionais na tomada de decisões (GORDON et al., 2010).

A versão mais recente do questionário IPO foi revisada e validada em 2010 (GORDON et al., 2010) e sua qualidade psicométrica foi avaliada por Rothaug e colaboradores em 2013. Esse instrumento foi desenvolvido para medir a qualidade do tratamento da dor pós-operatória durante as primeiras 24 horas de atendimento ao paciente no ambiente hospitalar.

O IPO contém 18 itens primários e 3 secundários. Os itens primários medem a intensidade da dor; o tempo de dor intensa; o impacto da dor na atividade física, sono e afeto dos pacientes; efeitos

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

colaterais adversos do tratamento; alívio da dor percebida pelos pacientes; nível de participação permitido no tratamento e satisfação com o tratamento. Itens secundários medem o uso de abordagens não farmacológicas para reduzir a dor e a percepção da utilidade das informações recebidas durante o tratamento. Com exceção dos itens que avaliam o tempo de dor intensa e a quantidade de alívio da dor recebida, que estão ancorados entre 0% e 100%, os itens IPO primários são medidos em uma escala de classificação numérica de 0 a 10 (GORDON et al., 2010; ROTH AUG et al., 2013) (ANEXO I). Este instrumento foi adaptado para o ambiente pós-operatório, traduzido e validado em vários idiomas, mas uma versão brasileira validada não está disponível até o momento."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Realizar a adaptação cultural e validação do instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" para o português do Brasil.

Objetivos específicos

- Realizar tradução e retrotradução do instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire";
- Avaliar a validade de face e conteúdo da versão para o português do Brasil do "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" por meio da análise de Comitê de Juizes;
- Avaliar a validade de construto convergente da versão para o português do Brasil do "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire";
- Avaliar a confiabilidade teste-reteste, bem como a consistência interna dos itens da versão para o português do Brasil do "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não será realizado nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida dos participantes do estudo. Os dados coletados serão confidenciais e os participantes serão identificados por números para evitar o risco de perda de confiabilidade. Ressalta-se que os nomes dos participantes não serão apresentados e os dados obtidos (questionários e arquivos digitais) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa, os questionários serão destruídos por meio de incineração e os arquivos digitais deletados após cinco anos do fim da pesquisa.

Os participantes da pesquisa não serão beneficiados, pois no momento o instrumento ainda não

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

foi validado. Como benefícios à comunidade espera-se que, com o uso da versão para o português brasileiro do International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire, a intensidade e gravidade da dor, e a capacidade funcional dos pacientes após a cirurgia sejam melhor avaliadas, proporcionando um manejo eficaz da dor pós-operatória e conseqüentemente a melhoria da qualidade da assistência, da segurança do paciente e a redução de custos operacionais para as instituições de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

MATERIAIS E MÉTODOS

População

A população alvo para aplicação da versão final do IPO serão os pacientes em pós-operatório de cirurgia, lotados nas diferentes unidades cirúrgicas e de recuperação da instituição sede do estudo, e que tenham, no mínimo, 24 horas de pós-operatório na unidade de internação.

Amostra

Na literatura preconiza-se de cinco a dez participantes respondentes para cada item do instrumento a ser estimado na análise fatorial confirmatória (KLINE et al., 2010). Considerando que o artigo com a revisão e validação da versão mais recente do instrumento (GORDON et al., 2010) utilizou uma amostra de 299 participantes, optou-se pela participação de, pelo menos, 300 pacientes. Ressalta-se que, para esse valor, serão acrescidos 20% devido às possíveis perdas.

Participarão ainda deste estudo, cinco juizes, que irão avaliar a clareza, a compreensão e a redundância dos itens do instrumento e 30 pacientes que participarão do estudo piloto da versão pré-final (pré-teste).
Local e Período de realização da pesquisa O estudo será desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HCUFTM), considerado centro relevante de atendimento hospitalar da região, composta por 27 municípios. O HC-UFTM é referência em saúde na região e desempenha papel essencial no ensino. Atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais como hospital público que oferece atendimento de alta complexidade. A coleta de dados será realizada por um período estimado de aproximadamente seis meses, iniciando após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para os juizes serão os seguintes: brasileiros, sendo quatro especialistas na temática ou no método do estudo e um enfermeiro clínico, que atue diretamente na assistência ao paciente, todos com título mínimo de doutor e domínio da língua inglesa. Os dados relativos à

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3318-5319

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

titulação do profissional serão verificados a partir do Currículo Lattes.

Os critérios de inclusão para os pacientes serão: pacientes maiores de 18 anos, em pós-operatório de cirurgia, lotados nas diferentes unidades cirúrgicas e de recuperação da instituição sede do estudo, que tenham, no mínimo, 24 horas de pós-operatório na unidade de internação e estejam alertas o suficiente para responder ao questionário. Serão excluídos os pacientes que não estiverem em condições de manter diálogo com a pesquisadora.

Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa metodológica, a qual tem como proposta realizar a adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida para o gerenciamento da dor na prática clínica. Esse tipo de pesquisa refere-se aos estudos sobre métodos de obtenção, organização e análise dos dados e trata da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de investigação (POLIT; BECK, 2016).

Permissão do autor/comissão principal para a adaptação cultural, validação e uso do instrumento de medida A permissão para adaptação transcultural e avaliação das propriedades métricas do instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" foi solicitada à Dra. Claudia Weinmann, administradora do Projeto PAIN OUT. Em e-mail recebido no dia 23/04/2018, a referida autora conferiu autorização para que o instrumento fosse adaptado para o idioma português do Brasil (ANEXO II).

Processo de adaptação cultural O processo de adaptação cultural adotado para o instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" seguirá as orientações propostas por Ferrer e colaboradores (1996) e Beaton e colaboradores (2007). As etapas a serem realizadas consistem em: 1) tradução do instrumento "International Pain Outcomes (IPO) Questionnaire" para o idioma português do Brasil; 2) síntese - obtenção do primeiro consenso da versão em português; 3) avaliação pelo Comitê de Juizes; 4) retrotradução; 5) obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original; 6) avaliação piloto da versão pré-final (pré-teste).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios postados estão adequados.

Recomendações:

Todas as recomendações solicitadas foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-HC/UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto,

Endereço: R. Benjamin Constant, 16	
Bairro: Nossa Srª da Abadia	CEP: 38.025-470
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3318-5319	E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

situação definida em reunião do dia 21/11/2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos.

A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1175612.pdf	07/11/2019 09:51:26		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_RECOMENDACOES_CEP.pdf	07/11/2019 09:50:32	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOV_TCLE_PACIENTES.docx	07/11/2019 09:49:59	Maria Helena Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.docx	07/11/2019 09:49:39	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	ANEXOII_AUTORIZACAO_PAIN_OUT.pdf	08/09/2019 20:41:51	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	CHECKLIST_Projeto_Pesquisa.pdf	08/09/2019 20:38:18	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	CHECKLIST_Documental.pdf	08/09/2019 20:38:01	Maria Helena Barbosa	Aceito

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.725.193

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_GEP.pdf	08/09/2019 20:37:17	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	ANEXOIV_INVENTARIO_BREVE_DOR.jpg	08/09/2019 20:36:35	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	ANEXOI_IPO_English.pdf	08/09/2019 20:32:23	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXOIII_TCL_JUIZES.docx	08/09/2019 20:28:32	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_AUTORIZACAO_CURSO.pdf	08/09/2019 20:26:42	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_AUTORIZACAO_SETOR_HC_UFTM.pdf	08/09/2019 20:26:06	Maria Helena Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA_DOR_RESPONSAVEL.pdf	08/09/2019 20:23:23	Maria Helena Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/09/2019 20:22:24	Maria Helena Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 26 de Novembro de 2019

Assinado por:
GILBERTO DE ARAUJO PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br