



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**ANA SHIRLEY MARANHÃO VIEIRA**

**EFEITO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM**  
**DOR CRÔNICA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

**TESE DE DOUTORADO**

**SALVADOR-BAHIA**

**2019**

**ANA SHIRLEY MARANHÃO VIEIRA**

**EFEITO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM  
DOR CRÔNICA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Nunes Sá

**SALVADOR-BAHIA**

**2019**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

V657 Vieira, Ana Shirley Maranhão

Efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica: ensaio clínico randomizado. / Ana Shirley Maranhão Vieira. – 2019.  
82 f.: il. 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Nunes Sá

Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Dor crônica. 2. Educação em saúde. 3. Ensaio clínico. I. Sá, Katia Nunes. II. Efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica: ensaio clínico randomizado.

CDU: 616.8

**ANA SHIRLEY MARANHÃO VIEIRA**

**"EFEITO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM  
INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA: UM ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO"**

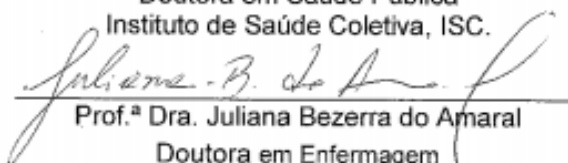
Tese apresentada à Escola  
Bahiana de Medicina e Saúde  
Pública, como requisito parcial para  
a obtenção do Título de Doutora em  
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 04 de outubro de 2019.

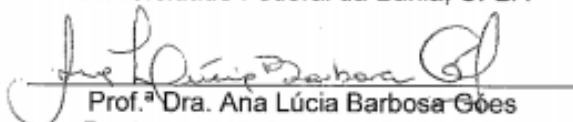
**BANCA EXAMINADORA**



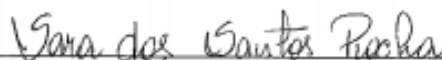
Prof.<sup>a</sup> Dra. Sara Cristina Carvalho Cerqueira  
Doutora em Saúde Pública  
Instituto de Saúde Coletiva, ISC.



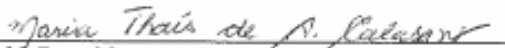
Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Bezerra do Amaral  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia Barbosa Góes  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP



Prof.<sup>a</sup> Dra. Sara dos Santos Rocha  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP



Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Thaís de Andrade Calasans  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP

**Dedico este trabalho às pessoas que sofrem com dor crônica e, em especial, às que participaram deste estudo.**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família pelo amor e apoio incondicional em tudo o que faço.

À professora Dra. Katia Nunes Sá, pela orientação em todas as horas, e por mesmo estando distante, ter se feito tão presente em todos os momentos.

À EBMSP, mantida pela Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, em nome da Excelentíssima Reitora, Profa. Dra. Maria Luísa Carvalho Soliani, por investir na pesquisa, apoiando a qualificação dos professores desta Instituição.

Ao Ambulatório da Dor do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) pela disponibilização do campo onde foi realizada a coleta de dados e aos profissionais deste serviço, em especial aos que participaram deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e, em especial, à Coordenação do Distrito Sanitário Boca do Rio, pela compreensão do trabalho e disponibilização do campo onde foi realizada a coleta de dados.

A todos os profissionais das Unidades de Saúde da Família Pituaçu e Parque de Pituaçu, em especial às agentes comunitárias de saúde (Adriana, Andrea, Solange e Zorádia) pela participação na coleta de dados.

Às pessoas que sofrem com dor crônica nas comunidades adstritas às Unidades de Saúde da Família Pituaçu e Parque de Pituaçu pela gentileza em participar das entrevistas e das atividades de educação em saúde.

**“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”**

**“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”**

**Paulo Freire**

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

**EBMSP**- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia



## **EQUIPE**

- Ana Shirley Maranhão Vieira, doutoranda da EBMSP.
- Katia Nunes Sá, orientadora da EBMSP.
- Sílvia Damasceno Benevides, professora da UFBA, participou da concepção do projeto e da análise dos dados.
- Naiara Sena Xavier Queiroz de Souza, enfermeira graduada pela EBMSP, participou da coleta e análise dos dados.
- Ana Flávia Brasil Nunes dos Santos, Catharina Pinho Landim de Moura, Yasmin Brito Carvalho, Renata Santos Cruz e Thiago dos Santos Araújo acadêmicos de Enfermagem da EBMSP, participaram da coleta e análise dos dados.
- Iasmyn Adélia Victor Fernandes de Oliveira, Janine Ribeiro Canatti, Kamyille Vila-Flor de Castro, acadêmicas da UFBA, participaram da coleta e análise dos dados.
- Diogo Guedes Vidal, pesquisador da Universidade Fernando Pessoa, Portugal, colaborador da EBMSP, contribuiu com a análise dos dados.
- Adriana da Silva Monteiro, Andréa Barbosa da Silva, Solange Lima Brito, Zorádia Ferreira Rangel: agentes comunitárias de saúde da USF Parque de Pituacu que participaram da coleta de dados.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

DC – Dor crônica

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

EVA-D – Escala Visual Analógica da Dor

HUPES – Hospital Universitário Professor Edgard Santos

IASP – *International Association for the Study of Pain*

IBD – Inventário Breve de Dor

I-IVC – Índice de Validade de Conteúdo

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

WHOQoL-bref – Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

## LISTA ILUSTRAÇÕES

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1</b> – Tema dos encontros e estratégias metodológicas utilizadas | 28 |
| <b>Figura 1</b> – Fluxograma dos pacientes                                  | 33 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> - Valores do Índice de Validade de Conteúdo por itens dos avaliadores por domínio                                                                                                   | 31 |
| <b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil                                                                              | 34 |
| <b>Tabela 3</b> - Caracterização clínica da dor na amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil                                                                                | 36 |
| <b>Tabela 4</b> - Comparação intragrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil                            | 37 |
| <b>Tabela 5</b> - Comparação intergrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil                            | 39 |
| <b>Tabela 6</b> - Comparação intragrupo do impacto da dor na qualidade de vida, a partir das variáveis da Whoqol, categorizada da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil | 41 |
| <b>Tabela 7</b> - Comparação intergrupo do impacto da dor na qualidade de vida, a partir das variáveis da Whoqol, categorizada da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil | 42 |

## RESUMO

Para o controle da dor crônica (DC) preconiza-se uso de abordagens multidimensionais, como programas de educação em saúde que demonstram efeitos superiores a outras intervenções. Diferentes métodos para realizar o processo educativo na saúde têm sido adotados, e através de cartilhas educativas, pessoas com DC podem adquirir conhecimento sobre a dor, ajudando a minimizar sintomas e aumentar eficácia de tratamentos. **Objetivo:** Avaliar efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, utilizando a cartilha EducaDor, elaborada em parceria entre Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e Universidade Federal da Bahia (UFBA). **Metodologia:** O estudo foi realizado em duas etapas. A 1ª etapa consistiu em estudo de validação da cartilha EducaDor no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da UFBA. Para esta validação foram formulados e aplicados questionários em amostra de pacientes com DC e profissionais de saúde com experiência na assistência a esse perfil de pacientes. Foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por itens considerando um escore maior ou igual a 80%. A 2ª etapa consistiu em um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) com pessoas que apresentavam DC em comunidade adscrita às USF Pituvaçu e Parque de Pituvaçu, Salvador, Bahia. **Resultados:** Para o processo de validação da cartilha foram entrevistados 60 pacientes e seis profissionais. Todos os seis domínios avaliados na cartilha obtiveram escore do IVC, por itens, maior que 80%, sendo que a taxa global do IVC por itens dos domínios avaliados pelos pacientes foi de 88% enquanto que para os profissionais foi de 92%. A amostra no ECR foi composta por 08 indivíduos no grupo controle e 08, no teste, totalizando 16. Nos indivíduos do grupo controle houve aumento na intensidade da dor e referiram dor mais intensa no momento da reavaliação ( $p < 0,05$ ). Além disso, na reavaliação, os indivíduos referiram que a dor estava interferindo com mais intensidade na atividade geral, habilidade de caminhar e trabalho. Com relação ao grupo teste, foi observada redução nos níveis de dor, menor interferência nas questões do cotidiano e no relacionamento com outras pessoas ( $p = 0,042$ ). Observou-se, na comparação intragrupo, que a dor se tornou mais intensa no grupo controle no momento da reavaliação ( $p = 0,034$ ) e, na comparação intergrupo, que o grupo teste apresentou dor menos intensa do que o grupo controle ( $p = 0,038$ ). No que se refere aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, relacionados à qualidade de vida, no grupo controle foi percebida uma discreta piora no físico, enquanto que no grupo teste só não se observou melhora, neste mesmo domínio. **Conclusões:** A cartilha EducaDor mostrou-se válida para a educação de pacientes com dor crônica, com eficácia no controle e redução da intensidade da dor e da piora das condições de saúde e qualidade de vida das pessoas acometidas.

**Palavras-chave:** Dor crônica. Educação em saúde. Ensaio clínico.

## ABSTRACT

When it comes to chronic pain (CP) control, it is recommended to use multidimensional approaches, such as health education programs, which show better results than other interventions. Different methods for carrying out the health education process have been adopted, and through educational booklets, people with CP can learn more about pain, helping to minimize symptoms and increase treatment effectiveness. **Objective:** Evaluating the effect of a health education program on individuals with chronic pain, using the EducaDor booklet, which was developed by Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) and Universidade Federal da Bahia (UFBA). **Methodology:** The study was conducted in two stages. The first one consisted of a validation study of the EducaDor booklet, carried at Hospital Universitário Professor Edgard Santos Pain Outpatient Clinic. For this validation, questionnaires were formulated and applied to a group of patients with CP and health professionals with experience in assisting this patient profile. Content Validity Index (CVI) was used for items considering a score greater than or equal to 80%. The second stage consisted of an Randomized Clinical Trial (RCT) with people who presented CP in a community in the neighborhoods of Pituvaçu and Parque de Pituvaçu, in Salvador, Bahia. **Results:** For the booklet validation process, 60 patients and six professionals were interviewed. All six domains assessed in the booklet obtained CVI score per item higher than 80%, and the overall CVI rate for items from domains assessed by patients was 88% while for professionals it was 92%. The RCT sample consisted of 08 individuals from the control group and 08 from the test, totaling 16. In the control group, there was an increase in pain intensity and the participants reported intense pain during reevaluation ( $p < 0.05$ ). In addition, in the reassessment, individuals reported that pain was interfering in general activities, walking ability and work. Regarding the test group, there was a reduction in pain levels, less interference with daily issues and relationships with other people ( $p = 0.042$ ). It was noted in intra-group comparison that pain was more intense in the control group during reassessment ( $p = 0.034$ ). In intergroup comparison, it was noted that the test group had less severe pain than the control group ( $p = 0.038$ ). Regarding physical, psychological, social relations and environment domains related to quality of life, it was noted in the control group a slight worsening in physical activities, while in the test group there was no improvement in this same domain. **Conclusions:** The EducaDor booklet proved to be valid, providing the patients with knowledge on chronic pain, effectively controlling and reducing pain intensity, and poor health conditions and improving the quality of life of affected people.

**Keywords:** Chronic pain. Health education. Clinical trial.

## SUMÁRIO

|            |                                                                       |    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b>                                                     | 15 |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b>                                                      | 17 |
| <b>2.1</b> | <b>Objetivo Geral</b>                                                 | 17 |
| <b>2.2</b> | <b>Objetivos Específicos</b>                                          | 17 |
| <b>3</b>   | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b>                                          | 18 |
| <b>3.1</b> | <b>Dor Crônica</b>                                                    | 18 |
| <b>3.2</b> | <b>Educação em Saúde e Dor Crônica</b>                                | 18 |
| <b>3.3</b> | <b>A Educação em Saúde no Manejo da Dor Crônica na Atenção Básica</b> | 20 |
| <b>3.4</b> | <b>Qualidade de Vida e Dor Crônica</b>                                | 20 |
| <b>4</b>   | <b>METODOLOGIA</b>                                                    | 23 |
| <b>4.1</b> | <b>Processo de Validação da Cartilha EducaDor</b>                     | 23 |
| 4.1.1      | Desenho e População Alvo                                              | 23 |
| 4.1.2      | Amostra                                                               | 23 |
| 4.1.3      | Critérios de Inclusão                                                 | 23 |
| 4.1.4      | Critérios de Exclusão                                                 | 23 |
| 4.1.5      | Etapas do Estudo de Validação                                         | 23 |
| <b>4.2</b> | <b>Efeito do Programa de Educação em Saúde</b>                        | 25 |
| 4.2.1      | Desenho e População Alvo                                              | 25 |
| 4.2.2      | Amostra                                                               | 25 |
| 4.2.3      | Critérios de Inclusão                                                 | 25 |
| 4.2.4      | Critérios de Exclusão                                                 | 25 |
| 4.2.5      | Instrumentos:                                                         | 25 |
| 4.2.6      | Procedimentos para o ECR                                              | 26 |
| 4.2.7      | Análise dos Dados                                                     | 29 |
| <b>4.3</b> | <b>Aspectos Éticos</b>                                                | 29 |
| <b>5</b>   | <b>RESULTADOS</b>                                                     | 31 |
| <b>5.1</b> | <b>Processo de Validação da Cartilha EducaDor</b>                     | 31 |
| <b>5.2</b> | <b>Efeito do Programa de Educação em Saúde</b>                        | 32 |
| 5.2.1      | Fluxograma dos participantes                                          | 32 |
| 5.2.2      | Caracterização sociodemográfica e clínica                             | 34 |
| 5.2.3      | Efeito da intervenção na intensidade da dor                           | 37 |
| 5.2.4      | Efeito da intervenção na qualidade de vida                            | 40 |
| <b>6</b>   | <b>DISCUSSÃO</b>                                                      | 43 |

|          |                                            |           |
|----------|--------------------------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO</b> | <b>47</b> |
| <b>8</b> | <b>CONCLUSÕES</b>                          | <b>48</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>                         | <b>49</b> |
|          | <b>ANEXOS</b>                              | <b>55</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

A dor é uma preocupação do ser humano e sua interpretação varia de uma condição cultural e socioeconômica para outra. Trata-se de um fenômeno multifatorial, no qual lesões teciduais, aspectos emocionais, socioculturais e ambientais interferem na vida dos acometidos<sup>(1,2)</sup>.

A dor crônica (DC) é definida pela *International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy* (IASP, 2018) como uma dor que perdura há mais de três meses, com frequência diária ou quase diária, gerando elevados custos aos sistemas de saúde e sofrimento para indivíduos acometidos e suas famílias, afetando a qualidade de vida dos envolvidos com esta condição de saúde<sup>(3)</sup>.

No Brasil, a dor crônica é considerada um problema de saúde pública que, em Salvador, afeta 41,4% da população em geral<sup>(4)</sup>. Por seu caráter multifatorial, entre as modalidades preventivas e terapêuticas adotadas para o controle do problema, tem sido preconizado o uso de abordagens multidimensionais que envolvam aspectos biopsicossociais. Os programas de educação em saúde são considerados como um modelo de abordagem multidimensional que tem demonstrado efeitos imediatos e tardios superiores a outras intervenções<sup>(5)</sup>.

Diferentes métodos para realizar o processo educativo na área da saúde têm sido adotados e envolve distribuição de cartilhas, folders, livros, reportagens, filmes, artes plásticas entre outras<sup>(6)</sup>. Através das cartilhas, pessoas que sofrem de dor crônica, profissionais e familiares podem adquirir conhecimento sobre mecanismos desencadeantes, crenças e atitudes frente à dor que ajudam a minimizar os sintomas e aumentar a eficácia de tratamentos, sendo efetivos no seu controle. Este instrumento educativo precisa ter um caráter autoexplicativo, com definições claras para que consiga atingir o objetivo a que se propõe. Dessa forma, a cartilha deve ser atrativa, acessível e correspondente ao contexto do público-alvo, não somente transmitindo informações, mas fomentando a reflexão e instrumentalização para a assistência ao paciente com dor<sup>(7)</sup>.

Sendo assim, a cartilha EducaDor foi elaborada em parceria entre o Programa de Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e o Laboratório de Eletroestimulação Funcional da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com o objetivo de ajudar indivíduos que sofrem de dor crônica a lidar com o problema por meio de informações de abrangência biopsicossocial<sup>(8)</sup>.

A escassez na literatura sobre a abordagem de ferramentas educativas, como a cartilha,

envolvendo orientações aos pacientes com dor crônica revela um desafio para os profissionais de saúde que lidam com essa população. Portanto, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que implicarão, dentre outros benefícios, no aprimoramento da assistência a esses pacientes e aos seus familiares.

Seguindo essa lógica, este estudo visa validar a referida cartilha e avaliar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, utilizando a cartilha “EducaDor”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, utilizando um material socioeducativo no formato de cartilha.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o processo de validação de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica;
- Descrever o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, verificando o efeito na intensidade da dor e na qualidade de vida.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Dor Crônica

A dor é um fenômeno multidimensional e de difícil interpretação. É definida por uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial, ou descrita em tais termos” (*International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy*, 1986).

A prevalência de dor crônica (DC) na população de Salvador é alta quando comparada aos valores internacionais. Está associada, na população, com gênero feminino, envelhecimento, tabagismo e obesidade, todos podendo ser considerados como preditores independentes<sup>(3)</sup>. O conhecimento destes fatores aponta para a necessidade da realização de intervenções de saúde pública voltadas para prevenção e controle do quadro de dor crônica, diminuindo, assim, o seu impacto na vida das pessoas e na sociedade como um todo<sup>(9)</sup>.

A dor crônica tem, em média, uma duração de 10 anos, nas escalas de intensidade vai de moderada a intensa, o que causa um impacto emocional importante. Como consequência, a pessoa pode perder o emprego, ser obrigada a mudar de profissão ou de função, permanecer em licença médica prolongada ou ser aposentada precocemente<sup>(10)</sup>.

Portanto, a dor crônica é uma condição multidimensional complexa e seu manejo ainda é um desafio. O cuidado biomédico é insuficiente para o controle da DC, sendo fundamentais as práticas integrativas e os modelos de abordagem biopsicossocial<sup>(11)</sup>.

Sendo assim, mudanças na relação entre profissionais de saúde e pacientes e o conhecimento de fatores preditivos e protetores, podem contribuir com o controle do fenômeno doloroso crônico. Por este motivo, intervenções socioeducativas têm sido recomendadas por diretrizes internacionais para o controle efetivo do problema<sup>(5,12-14)</sup>.

### 3.2 Educação em Saúde e Dor Crônica

Uma das estratégias para se lidar com a DC é a educação. Educar pessoas em relação ao que é a dor, como se processa em seus corpos, quais são suas causas mais comuns, fatores de risco e como prevenir ou tratar de forma efetiva podem ajudar a diminuir as suas repercussões negativas, a controlar os sintomas e otimizar o uso dos serviços de saúde<sup>(5,15)</sup>. Apesar de não se conhecer plenamente quais as melhores formas de se educar sobre este tema,

diversos estudos apontam a educação em saúde como um importante pilar para o manejo da DC<sup>(16)</sup>.

O que precisa ser levado em consideração, ainda, é que a dor crônica influencia a vida de uma pessoa não só no seu aspecto físico, mas, também, nas relações sociais. Sendo assim, deve-se pensar em realizar atividades de educação em saúde em grupo, uma vez que, é possível aprender com o outro a lidar com problemas crônicos, como a dor. O grupo pode ser um espaço educativo, onde o indivíduo participa ativamente do seu processo terapêutico, ao mesmo tempo em que aumenta a rede de apoio<sup>(17)</sup>.

Para atender esse processo de educação em saúde, é preciso investir na qualificação do profissional, uma vez que este pode enfrentar dificuldades, visto sua formação ter sido pautada em saberes biomédicos que reduzem seu olhar para fatores biológicos. Isto pode levar o profissional a negligenciar reais necessidades que poderiam ser exploradas pelos conhecimentos oferecidos pelas tecnologias em saúde<sup>(18)</sup>.

As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde<sup>(19)</sup>.

O profissional pode dispor, ainda, de materiais impressos, como cartilhas que uniformizam orientações e podem ser consultadas pelos pacientes sempre que necessário<sup>(8,20)</sup>.

Este tema é objeto do *Projeto EducaDor - Conhecendo e Controlando a Dor*, desenvolvido desde 2010, inicialmente com profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), numa parceria entre esta Secretaria, a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). O projeto inicial buscou educar os profissionais de saúde, que atuam na atenção básica, sobre dor e educação em saúde e avaliar os efeitos da educação sobre suas dores e crenças. Como o resultado deste projeto mostrou que o nível de compreensão sobre a dor e as evidências em relação ao seu tratamento são muito incipientes, foi desenvolvido um material socioeducativo para as pessoas que vivenciam a DC, utilizando uma linguagem acessível à população geral. O processo de desenvolvimento resultou na cartilha “EducaDor”, que fornece subsídios para programas socioeducativos de abordagem da dor crônica. O conteúdo deste instrumento envolve a dor desde seu conceito até seu o processamento, sendo abordada de forma simples e objetiva, e propondo estratégias de enfrentamento<sup>(8)</sup>.

### **3.3 A Educação em Saúde para o Manejo da Dor Crônica na Atenção Básica**

Na década de 1990, o Ministério da Saúde definiu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) que modificaram a forma de assistir o paciente na Atenção Básica. Este último consolidou-se como estratégia reorganizadora do sistema de saúde nacional, sendo aprovado na Constituição Federal de 1988 e editado nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8.080 e nº 8.142/90<sup>(21,22)</sup>.

O PSF atua com a demarcação do território de abrangência, adscrição de clientela, registro e acompanhamento da população que mora na área. Dessa forma, o PSF constitui porta de entrada para o sistema de saúde do município, caracterizando o primeiro nível de atenção à saúde, que corresponde à atenção básica<sup>(23)</sup>.

O Ministério da Saúde define a Atenção Básica (AB) como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) refere que as equipes são responsáveis, dentre outras questões, por programarem atividades que priorizem a solução de problemas mais frequentes e por desenvolverem ações educativas que interfiram no processo saúde-doença<sup>(21)</sup>.

Além disso, os profissionais de saúde que atendem na AB, são responsáveis pelo primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Portanto, podem contribuir com o rastreamento dos fatores causais para o desenvolvimento da dor crônica e interferir na prevenção e controle do problema<sup>(24)</sup>.

Portanto, implantar um programa de educação em saúde para indivíduos com dor crônica em pessoas cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Salvador, Bahia, poderá contribuir positivamente para a atuação da equipe de Saúde da Família responsável por esta área, bem como servir de modelo para as demais equipes do município de Salvador. Poderá contribuir, ainda, para que o paciente diagnosticado com dor crônica passe a ter um acompanhamento mais adequado, de acordo com sua realidade, interferindo diretamente na qualidade de vida da população.

### **3.4 Qualidade de Vida e Dor Crônica**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos

sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(25-27)</sup>.

A duração da DC é aspecto importante para avaliar o impacto na QV de milhões de pessoas que sofrem com isto. E, segundo a OMS, “uma em cada cinco pessoas sofre de dor crônica de moderada a intensa e uma em cada três é incapaz de manter uma vida independente devido à dor”. Assim, a DC pode influenciar o estado de saúde e a QV das pessoas em relação à sua afetividade familiar, ao estado psicológico e em seus aspectos cultural, econômico e ambiental<sup>(25)</sup>.

Quando se compara a QV dos pacientes com dor crônica em relação à população sadia, esta se mostra prejudicada, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e funcionalidade emocional. A presença da depressão piora consideravelmente essas escalas, assim como a saúde mental e, nos seus graus mais elevados, a percepção da saúde de modo geral. Portanto, esse indivíduo apresenta baixos escores nos seguintes aspectos da QV: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional<sup>(28,29)</sup>. Algumas teorias assumem haver relação de causa e efeito, em que a dor antecede a depressão ou vice-versa<sup>(30)</sup>.

Diferentes instrumentos são utilizados para avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde, dentre estes a escala de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-bref), que produz dados para estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde<sup>(26,31,32)</sup>. Este instrumento é recomendado pela OMS porque valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade. O instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio desse instrumento é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive<sup>(33)</sup>.

Ainda segundo a OMS, o WHOQOL-bref mensura o impacto da doença na QV das pessoas e podem ser utilizados em ensaios clínicos randomizados, uma vez que facilitam a compreensão das doenças e o desenvolvimento de novos tratamentos e ou intervenções. Cada domínio do WHOQOL-bref é composto por subdomínios. O domínio físico é composto por sete subdomínios - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico, por seis subdomínios - sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio social é composto por três subdomínios - relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual. Por fim, o domínio meio ambiente é

composto por oito subdomínios - segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico - poluição/ruído/trânsito/clima e transporte<sup>(34)</sup>.

A escolha do instrumento WHOQOL-bref para avaliação da QV, neste estudo, se justifica pela possibilidade de se estabelecer o escore basal da QV e para monitorar as mudanças ao longo das intervenções realizadas<sup>(25)</sup>. Assim, a dor poderia influenciar o estado de saúde e a QV das pessoas em relação à sua afetividade familiar, ao estado psicológico e em seus aspectos cultural, econômico e ambiental<sup>(34)</sup>.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Processo de Validação da Cartilha EducaDor

4.1.1 Desenho e População Alvo: Estudo de validação de uma tecnologia leve em saúde, realizado no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de junho de 2015 a novembro de 2016. Para a validação da cartilha foram formulados e aplicados questionários semiestruturados em uma amostra voluntária de pacientes com DC e profissionais de saúde com experiência na assistência a esse perfil de pacientes.

4.1.2 Amostra: Dentre os profissionais da equipe do referido ambulatório, foram selecionados seis juízes (JOVENTINO et al., 2013), que atenderam aos critérios de elegibilidade. A validação pelo público-alvo foi validada com 10 pacientes por profissional de saúde, totalizando 60 pacientes.

4.1.3 Critérios de Inclusão: Pacientes cadastrados no Ambulatório de Dor do HUPES/UFBA, com diagnóstico de DC, alfabetizados, com faixa etária de 18 a 60 anos e profissionais de saúde com experiência mínima de 5 anos na assistência ao paciente com DC.

4.1.4 Critérios de Exclusão: Foram excluídos os que não compreenderam o instrumento de avaliação, bem como os profissionais que estavam de férias ou licença.

4.1.5 Etapas do Estudo de Validação:

1ª Etapa: Construção dos questionários

A construção dos questionários foi realizada com base nos critérios de avaliação para validação de material educativo *Suitability Assessment of Materials* <sup>(36)</sup>. Esse método consiste na avaliação do conteúdo escrito em termos de compreensão, descrita como a dificuldade relativa em entender um significado. Para isso, as questões aplicadas têm como opção de resposta o grau de entendimento, sendo essas repostas graduadas em escala *likert* de “1” a “4”, correspondendo a “não”, “pouco”, “bastante” e “totalmente”, respectivamente.

Foram elaborados questionários estruturados para a validação da cartilha educativa por juízes. Um questionário era voltado para pacientes e outro para profissionais de saúde. O

questionário para pacientes (Anexo A) foi composto pelos domínios conteúdo, apresentação da literatura, ilustração, legibilidade e impressão, e avaliação geral, totalizando 5 domínios. Enquanto que o questionário para profissionais (Anexo B) foi composto por 6 domínios, sendo os já citados e acrescido o de acurácia científica. Os questionários de pacientes e profissionais consistiram de 22 e 24 questões, respectivamente. Ao final das questões de cada domínio era disponibilizado um espaço opcional para comentários e/ou sugestões de ajustes pelos juízes.

### 2ª Etapa: Entrevista

A entrevista foi realizada por quatro membros do grupo de pesquisa. Inicialmente foi apresentado ao voluntário o objetivo do estudo e uma breve introdução sobre o conteúdo da cartilha. Ao concordar em participar, e atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, o voluntário assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e lhe era disponibilizada uma cópia da cartilha para leitura. A leitura foi realizada em ambiente de sala de espera e o tempo disponível para realizá-la era de acordo com a necessidade individual de cada juiz. Logo em seguida, foi realizada a aplicação do questionário de avaliação. O sigilo das respostas era garantido pelos avaliadores através da não identificação dos juízes, e as respostas eram arquivadas para posterior análise.

### 3ª Etapa: Validação de conteúdo

Para a validação da cartilha educativa em dor foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo por itens (I-IVC)<sup>(37,38)</sup>, considerando um ponto de corte para aprovação maior ou igual a 78% quando houver sete ou mais juízes e de 86% para seis juízes<sup>(39)</sup>. O I-IVC avalia a proporção de avaliadores que julgaram determinados aspectos da cartilha como satisfatório, sendo esses avaliados através do questionário estruturado. Os itens dos questionários que eram pontuados com 1 e 2 eram classificados como respostas insatisfatórias e aqueles com 3 ou 4 eram classificados como satisfatórias. O escore final foi calculado a partir do número de avaliadores que julgaram cada item como satisfatório, dividido pelo número total de avaliadores:

$$\text{I-IVC} = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4}}{\text{número total de avaliadores}}$$

## 4.2 Efeito do Programa de Educação em Saúde

4.2.1 Desenho e População Alvo: Ensaio Clínico Randomizado (ECR) com pessoas que apresentavam dor crônica em uma comunidade adscrita às Unidades de Saúde da Família (USF) Pituaçu e Parque de Pituaçu, Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador, Bahia. Esta população está cadastrada nestas USFs, sendo atendida por cinco equipes multiprofissionais compostas, por médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de Enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

4.2.2 Amostra: Considerando uma diferença a ser detectada de três pontos na Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D) e um desvio padrão de três pontos para um nível de significância de 1%, poder do teste de 80% para uma hipótese bicaudal, serão necessários 16 indivíduos, com dor crônica, por grupo, totalizando um tamanho amostral de 32 indivíduos.

4.2.3 Critérios de Inclusão: Indivíduos cadastrados nas equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família Pituaçu e Parque de Pituaçu, com presença de dor diária ou quase diária há pelo menos seis meses, idade entre 18 e 60 anos, alfabetizados.

4.2.4 Critérios de Exclusão: Gestantes, pessoas com dificuldades para compreensão dos questionários, doenças associadas que possam reduzir o nível de qualidade de vida (doenças cardíacas, neurológicas, respiratórias, imunológicas e metabólicas).

4.2.5 Instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos e clínicos (Anexo C): Possibilitou caracterizar a população no que se refere a sexo, idade, peso, altura, nível educacional, classe social, diagnóstico médico, tabagismo, consumo de álcool, tratamentos realizados, prática de atividade física.
- Inventário Breve de Dor - IBD (Anexo D): faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas. A variável intensidade da dor foi categorizada, na qual, 0 a 3 foi considerada dor leve, 4 a 6, dor

moderada, e 7 a 10, dor intensa<sup>(33)</sup>. No Brasil, este instrumento foi aplicado em uma grande amostra de pacientes e os resultados mostraram que a versão brasileira é válida e fidedigna, podendo ser utilizada para avaliar e mensurar a dor nesta população<sup>(40)</sup>.

- Escala Visual Analógica da Dor - EVA-D (Anexo E): Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade da linha é marcada “nenhuma dor” e na outra “pior dor imaginável”. Pede-se, então, para que o paciente avalie e marque na linha a dor presente naquele momento. Essa variável foi categorizada, na qual, 0 a 3 foi considerada dor leve, 4 a 6, dor moderada, e 7 a 10, dor intensa<sup>(33)</sup>.
- Escala de Qualidade de Vida (QV) da Organização Mundial de Saúde - WHOQoL-bref (Anexo F): Consta de 26 questões divididas em 4 domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As variáveis foram categorizadas, onde 0 significou necessita melhorar, 1, ruim, 2, boa e 3, muito boa<sup>(31)</sup>. O WHOQoL-bref é uma versão abreviada do WHOQoL-100 e a versão em português foi validada, uma vez o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Além disso, aliou um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, sendo considerado como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil<sup>(34)</sup>.

#### 4.2.6 Procedimentos para o ECR

##### 1ª Etapa:

Apresentação do Projeto para os profissionais das equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) Pituvaçu e Parque de Pituvaçu.

##### 2ª Etapa:

Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, os indivíduos que referiram dor diária ou quase diária há pelo menos seis meses, e foram identificados pelos profissionais das equipes de saúde ou abordados nas salas de espera das Unidades, pelos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados, foram convidados para a primeira entrevista com a equipe de pesquisadores. Neste momento, tomaram ciência dos objetivos e procedimentos da pesquisa, ficando claro que a participação era voluntária e que, caso não desejassem participar, isso não implicaria em nenhum prejuízo para si ou sua família. Os riscos para os

participantes foram classificados como mínimos por não envolver nenhum procedimento invasivo ou diferente do adotado nas rotinas da unidade de saúde. Ainda assim, como os participantes poderiam se sentir constrangidos com as perguntas, a equipe de saúde da unidade estava apta e disponível a dar o suporte necessário e a fazer o encaminhamento para centros de referência, se fosse necessário. Como benefício direto, os participantes tiveram a possibilidade de ampliar a condição de lidar com sua dor e de ajudar outras pessoas da comunidade que sofrem com o mesmo problema. As pessoas que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam aos questionários que foram aplicados por equipe treinada de forma padronizada (pré-teste). Sendo assim, no momento da entrevista, as pessoas que aceitavam em participar do estudo, já eram submetidas ao pré-teste, com vistas a otimizar o tempo. Vale salientar, que a equipe de coleta de dados ficou cega aos grupos de estudo (no pré e pós-teste).

### 3ª Etapa:

Os participantes foram entrevistados, pelos pesquisadores, com aplicação de um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e foram submetidos à aplicação de instrumentos para caracterização da dor e qualidade de vida (Inventário Breve de Dor (IBD), Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D), Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-bref)). Esta entrevista aconteceu em um consultório na USF em que o indivíduo é cadastrado, garantindo o sigilo e a privacidade, evitando possíveis constrangimentos.

### 4ª Etapa:

Após a realização das entrevistas, outro pesquisador realizou o sorteio dos participantes através do aplicativo random.org, que gera números aleatórios, alocando-os em dois grupos: 1) **Grupo Teste**; 2) **Grupo Controle**.

O **Grupo Teste** recebeu a cartilha e participou de seis encontros coordenados pelo pesquisador responsável pela randomização, com uma hora de duração, um encontro por semana, durante seis semanas consecutivas. Nestes encontros, tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas, discutir com seus pares seus problemas e dificuldades. Os encontros aconteceram na própria Unidade de Saúde em um espaço que já é utilizado pelas equipes para desenvolvimento de atividades educativas. Neste Grupo, foram trabalhados os seis domínios da Cartilha Educador, utilizando-se as estratégias metodológicas descritas no quadro abaixo:

Quadro 1: Temas dos encontros e estratégias metodológicas utilizadas

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O que é dor?                                           | <p>Dinâmica de apresentação: “Para mim, o que é dor?” Cada participante recebeu papel e lápis . Cada pessoa fez um desenho que representasse para si o que é dor. Em seguida, cada um mostrou o seu cartaz e procedeu a sua apresentação: nome e explicação do seu desenho.</p> <p>O que é dor?</p> <p>A partir do que foi apresentado, o facilitador conduziu a leitura do 1º domínio da cartilha, trazendo tarjetas com as principais frases da Cartilha.</p>                                  |
| Dora aguda: a dor útil.                                | <p>O caminho da dor:</p> <p>O facilitador apresentou o “caminho da dor” através de desenhos, mediando a discussão e a compreensão dos conceitos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Dor crônica: a dor persistente.                        | <p>Diferenças entre dor aguda e dor crônica:</p> <p>O facilitador dividiu o grupo em dois. Um grupo conceituou dor aguda e o outro, dor crônica. Para isso, um grupo recebeu a tarjeta com o nome DOR AGUDA e outro grupo, com o nome DOR CRÔNICA. Além disso, foram disponibilizadas tarjetas contendo características da dor aguda e da dor crônica.</p> <p>Um grupo criou um painel com as características da dor aguda e o outro grupo, um painel com as características da dor crônica.</p> |
| A convivência com a dor crônica                        | <p>Números da dor – você não está sozinho</p> <p>O facilitador apresentou resultados de pesquisas mostrando o número de pessoas que convivem com a dor crônica.</p> <p>Como os participantes convivem com a dor crônica?</p> <p>Cada participante relatou quais as consequências que a dor crônica trouxe e traz para sua vida.</p> <p>Enquanto isso, o facilitador foi registrando as falas em papel flipchart. Ao final, o facilitador realizou uma releitura de todas as falas.</p>           |
| Falsas ideias sobre a dor crônica: não acredite nelas. | <p>Construção de um painel: Dor Crônica: Verdadeiro X Falso</p> <p>O facilitador trouxe tarjetas com informações verdadeiras e falsas sobre a dor crônica. Os participantes construíram um painel onde de um lado apareceram informações verdadeiras e de outro, informações falsas sobre dor crônica.</p>                                                                                                                                                                                       |
| Estratégias para lidar com a dor.                      | <p>Como lidar com a dor: O facilitador estimulou os participantes a construírem um cartaz com estratégias para lidar com a dor.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Para o **Grupo Controle** não foi ofertada nenhuma intervenção, neste período, conforme previsto no projeto apresentado ao Comitê de Ética. Porém, após o término do estudo, estas pessoas receberam a Cartilha EducaDor e foram convidadas a participar dos seis encontros coordenados pelo pesquisador responsável.

#### 5ª Etapa:

Logo na semana posterior ao término das intervenções educativas, todos os participantes (Grupo Teste e Grupo Controle) foram reconvocados para o pós-teste, quando foram reaplicados os instrumentos para caracterização da dor e qualidade de vida (Inventário Breve de Dor (IBD), Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D), Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-bref). Esta reavaliação foi realizada pelos mesmos pesquisadores que estavam cegos quanto à alocação.

O período de coleta aconteceu de outubro de 2018 a março de 2019.

4.2.7 **Análise dos Dados:** Os dados coletados no pré e pós teste nos dois grupos de estudo foram comparados através da análise pareada para a comparação dos dados antes e depois e da análise não pareada para a comparação entre os grupos. Os dados nominais estão apresentados em números absolutos e proporções e analisados quanto à associação entre as variáveis através do Teste Qui-quadrado. Os dados numéricos estão apresentados através de medidas de tendência central e dispersão e verificadas as associações através do Teste T de Student pareado e não pareado (testes paramétricos) ou do Wilcoxon e Mann Whitney (testes não paramétricos) conforme a normalidade da distribuição dos mesmos. Foi utilizado um nível de confiança de 95% em todas as situações de inferência estatística. Foi utilizado o Stata Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0.

**4.3 Aspectos Éticos:** O estudo encontra-se aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA de 2015 sob o protocolo 44318415.7.0000.5662 e no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Anexo G), sob o parecer nº 2.301.438 (CAAE 68160517.9.0000.5544). Encontra-se, ainda, autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador para realização da coleta de dados e dos encontros semanais com os participantes nas USF Pituauçu e Parque de Pituauçu, através do ofício nº 330/2017 (Anexo H). Além disso, o estudo está aprovado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR 6FYH2C). Os voluntários foram informados dos objetos da pesquisa e que a participação não lhes trará nenhum custo. Em seguida, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando ter ciência sobre os questionamentos sobre a história da doença, presença de dor, tratamentos realizados e medicamentos utilizados. Tiveram ciência, também, da aplicação dos testes funcionais indolores para caracterizar a dor, tais como, Inventário Breve de Dor (IBD), Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D) e Escala de Qualidade de Vida da Organização

Mundial de Saúde (WHOQoL-bref), com perguntas simples sobre aspectos físico, social, emocional, dor, sono, trabalho, estado geral e vitalidade. Ficou esclarecido que os participantes poderiam ter acesso a todas as informações e poderiam desistir da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ou dano. Os questionários e demais impressos utilizados ficarão armazenados sob a responsabilidade dos pesquisadores, garantindo a preservação da identidade dos participantes.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Processo de Validação da Cartilha EducaDor

Para o processo de validação da cartilha foram entrevistados 60 pacientes com DC e seis profissionais de saúde (01 técnico de Enfermagem, 01 médico, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo e 02 enfermeiras) com experiência na assistência a essa população. A maioria dos pacientes entrevistados foi do sexo feminino (83,3%) com ensino fundamental (38,3%) e médio completo (38,3%). Quanto aos profissionais de saúde, 83,3% possuíam ensino superior completo, enquanto que em relação aos pacientes, apenas 6 (10,0%) tinham esse nível de escolaridade.

No que se refere à validação da cartilha, propriamente dita, ao se avaliar o Índice de Validade de Conteúdo, observa-se que os profissionais entrevistados atribuíram 100% de acurácia científica ao material. A facilidade de leitura e a impressão foram os itens mais bem avaliados (94%), tanto por profissionais como por pacientes. No domínio do questionário intitulado como “conteúdo”, pacientes e profissionais foram indagados sobre a clareza do objetivo da cartilha, à compreensão do texto, ordem dos textos e necessidade de informações. Cerca de 87% dos pacientes e 92% dos profissionais julgaram o conteúdo como satisfatório. No entanto, a ilustração revelou o menor escore na visão dos pacientes (84%).

O escore final dos questionários se baseou no I-IVC. Foi contabilizado o total de respostas que categorizavam os itens avaliados da cartilha como satisfatórios. A análise foi realizada para cada domínio do questionário e ao final o valor do I-IVC total foi calculado, obtendo-se o valor de 88 e 92% para pacientes e profissionais de saúde, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Valores do Índice de Validade de Conteúdo por itens dos avaliadores por domínio

| Domínios                      | Pacientes (%) | Profissionais de Saúde (%) |
|-------------------------------|---------------|----------------------------|
| 1. Acurácia científica        | NA            | 100                        |
| 2. Conteúdo                   | 87            | 92                         |
| 3. Apresentação da literatura | 86            | 90                         |
| 4. Ilustração                 | 84            | 88                         |
| 5. Legibilidade e Impressão   | 94            | 94                         |
| 6. Avaliação geral            | 88            | 100                        |
| I-IVC total                   | 88            | 92                         |

## 5.2 Efeito do Programa de Educação em Saúde

### 5.2.1 Fluxograma dos participantes

Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 63 indivíduos que referiram dor diária ou quase diária há pelo menos seis meses, sendo convidados para a primeira entrevista com a equipe de pesquisadores. Neste momento, tomaram ciência dos objetivos e procedimentos da pesquisa, ficando claro que a participação era voluntária e que, caso não desejassem participar, isso não implicaria em nenhum prejuízo para si ou sua família, e assinaram o TCLE. Em seguida, foram convidados a responderem aos questionários que foram aplicados pela equipe de pesquisadores em um consultório da Unidade de Saúde.

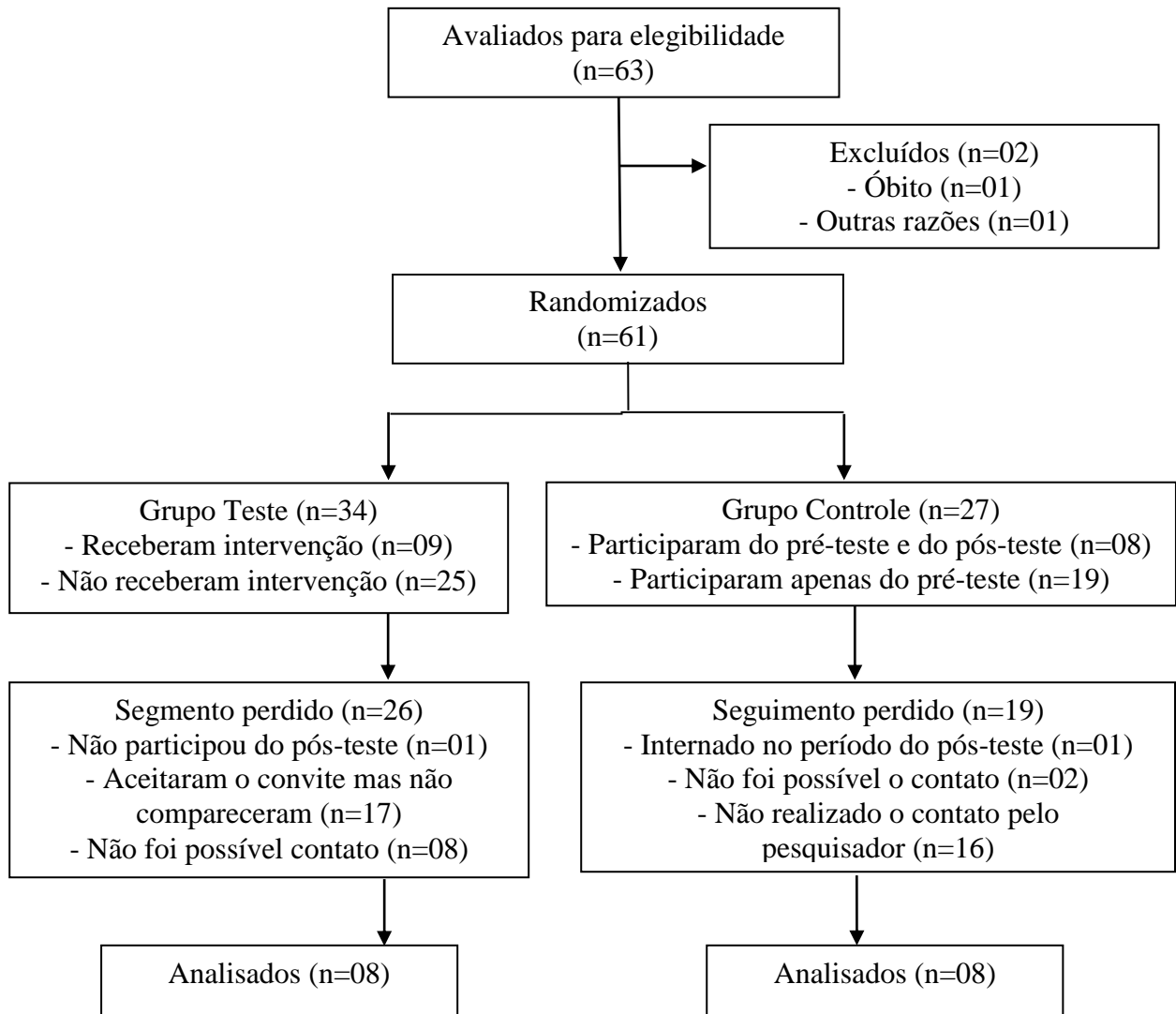
Após a realização das entrevistas, outro pesquisador realizou o sorteio dos participantes, alocando-os em dois grupos: 1) **Grupo Teste**; 2) **Grupo Controle**. Dos 63 indivíduos que participaram do pré-teste, 02 foram excluídos do estudo, 01 porque foi a óbito e a outra pessoa informou que não participaria mais, uma vez que sua dor foi associada ao diagnóstico de litíase biliar, sendo resolvida após intervenção cirúrgica. Sendo assim, se mantiveram no estudo, 61 sujeitos: 34 no Grupo Teste e 27 no Grupo Controle.

Dos 34 sujeitos alocados no Grupo Teste, 09 participaram dos seis encontros coordenados pelo pesquisador, 17 aceitaram o convite, mas não compareceram aos encontros e, não foi possível realizar o contato com 08 pessoas. Das 09 pessoas que participaram dos encontros, 01 não foi localizada para o pós-teste.

No que se refere ao Grupo Controle, apenas 08 sujeitos participaram dos dois momentos de aplicação dos questionários, pré e pós-teste, uma vez que, no momento pós-teste, 01 pessoa estava internada, não foi possível realizar o contato com 02, e os pesquisadores decidiram não contactar as outras 16, uma vez que no Grupo Teste só houve a participação efetiva de 08 pessoas.

Sendo assim, foram analisados os dados coletados a partir das entrevistas com 08 sujeitos no Grupo Teste e 08, no Grupo Controle (Figura 2).

Figura 1 – Fluxograma dos pacientes



### 5.2.2 Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra deste estudo foi composta por 08 indivíduos no grupo controle e 08, no grupo teste, totalizando 16 indivíduos. A média de idade dos participantes foi de  $48,6 \pm 8,6$  anos no grupo controle e de  $50,1 \pm 7,4$  no grupo teste, e o índice de massa corporal (IMC) apresentou média de  $30,3 \pm 5,3 \text{ Kg/m}^2$  e  $29,2 \pm 4,2 \text{ Kg/m}^2$ , respectivamente. Após a análise das características sociodemográficas e clínicas, observou-se homogeneidade entre as duas populações, uma vez que as diferenças não foram estatisticamente significantes, apresentando um  $p > 0,05$  (Tabela 2). No que se refere à caracterização sociodemográfica, os dois grupos do estudo foram compostos, em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (100% no grupo controle e 75% no grupo teste), de cor parda pelo autorrelato (62,5% nos dois grupos), não fumantes (50% no grupo controle e 87,5% no grupo teste) e que não consomem bebida alcoólica (75% nos dois grupos). A amostra foi composta, ainda, por pessoas que sabem ler e escrever (100% nos dois grupos) e que, atualmente, trabalham (75% no grupo controle e 62,5% no grupo teste). Os indivíduos referiram sentir dor entre 5 e 10 anos (57,1% no grupo controle e 37,5% no grupo teste), no período noturno (50% no grupo controle e 87,5% no grupo teste) e, no momento da coleta, 75% dos indivíduos do grupo controle e 50% do grupo teste, avaliaram seu estado de saúde como bom (Tabela 3).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

|                         | <b>Grupo Controle</b><br>N (%) | <b>Grupo Teste</b><br>N (%) | <b>P</b> |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------|
| <b>Sexo</b>             |                                |                             |          |
| Masculino               | 0 (0)                          | 2 (25.0)                    | 0.131    |
| Feminino                | 8 (100)                        | 6 (75.0)                    |          |
| <b>Estado Civil</b>     |                                |                             |          |
| Solteiro                | 1 (12.5)                       | 4 (50.0)                    | 0.202    |
| Casado                  | 6 (75.0)                       | 4 (50.0)                    |          |
| Divorciado              | 1 (12.5)                       | 0 (0)                       |          |
| <b>Raça/Cor da Pele</b> |                                |                             |          |
| Amarela                 | 0 (0)                          | 1 (12.5)                    | 0.549    |
| Parda                   | 5 (62.5)                       | 5 (62.5)                    |          |
| Preta                   | 3 (37.5)                       | 2 (25.0)                    |          |
| <b>Fumante</b>          |                                |                             |          |
| Não                     | 4 (50.0)                       | 7 (87.5)                    | 0.106    |
| Ex-Fumante              | 4 (50.0)                       | 1 (12.5)                    |          |

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil (Continuação)

|                                      |                     |                  |                     |                  |          |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|----------|
| <b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>   |                     |                  |                     |                  |          |
| Não                                  | 6 (75.0)            |                  | 6 (75.0)            |                  |          |
| Bebe nos fins de semana              | 2 (25.0)            |                  | 1 (12.5)            |                  | 0.513    |
| Uma vez por mês                      | 0 (0)               |                  | 1 (12.5)            |                  |          |
| <b>Sabe Ler</b>                      |                     |                  |                     |                  |          |
| Sim                                  | 8 (100)             |                  | 8 (100)             |                  | n.a.     |
| Não                                  | 0 (0)               |                  | 0 (0)               |                  |          |
| <b>Sabe Escrever</b>                 |                     |                  |                     |                  |          |
| Sim                                  | 8 (100)             |                  | 8 (100)             |                  | n.a.     |
| Não                                  | 0 (0)               |                  | 0 (0)               |                  |          |
| <b>Anos de Escolaridade*</b>         |                     |                  |                     |                  |          |
| 5 – 9                                | 4 (66.6)            |                  | 3 (50.0)            |                  |          |
| 10 – 15                              | 1 (16.6)            |                  | 3 (50.0)            |                  | 0.213    |
| >15                                  | 1 (16.6)            |                  | 0 (0)               |                  |          |
| <b>Trabalha Atualmente</b>           |                     |                  |                     |                  |          |
| Sim                                  | 6 (75.0)            |                  | 5 (62.5)            |                  |          |
| Não                                  | 1 (12.5)            |                  | 2 (25.0)            |                  | 0.489    |
| Estudante                            | 1 (12.5)            |                  | 0 (0)               |                  |          |
| Aposentado                           | 0 (0)               |                  | 1 (12.5)            |                  |          |
| <b>Agregado Familiar**</b>           |                     |                  |                     |                  |          |
| 1 a 2 pessoas                        | 2 (33.3)            |                  | 3 (60.0)            |                  | 0.462    |
| 3 a 5 pessoas                        | 4 (66.6)            |                  | 1 (20.0)            |                  |          |
| <b>Responsabilidade do Domicílio</b> |                     |                  |                     |                  |          |
| Apenas 1 morador                     | 3 (37.5)            |                  | 4 (50.0)            |                  | 0.614    |
| Mais de 1 morador                    | 5 (62.5)            |                  | 4 (50.0)            |                  |          |
| <b>Chefe de Família</b>              |                     |                  |                     |                  |          |
| Próprio/a                            | 2 (25.0)            |                  | 5 (62.5)            |                  |          |
| Cônjuge/Companheiro                  | 6 (75.0)            |                  | 2 (25.0)            |                  | 0.117    |
| Mãe                                  | 0 (0)               |                  | 1 (12.5)            |                  |          |
|                                      | <b>Média (D.P.)</b> | <b>Min - Max</b> | <b>Média (D.P.)</b> | <b>Min - Max</b> | <b>P</b> |
| <b>Idade</b>                         | 48.6 (8.6)          | 32 - 59          | 50.1 (7.4)          | 37 - 58          | 0.706    |
| <b>Peso</b>                          | 78.1 (12.9)         | 60 - 98          | 78.8 (20.4)         | 50 - 114         | 0.936    |
| <b>Altura</b>                        | 1.61 (0.1)          | 1.52 – 1.69      | 1.63 (0.1)          | 1.50 – 1.86      | 0.627    |
| <b>IMC</b>                           | 30.3 (5.3)          | 24.0 – 38.4      | 29.2 (4.2)          | 21.6 – 34.3      | 0.663    |

\*Missing = 4; \*\* Missing = 5; n.a. não aplicável

Tabela 3 – Caracterização clínica da dor na amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

|                                                   | <b>Grupo Controle</b><br>N (%) | <b>Grupo Teste</b><br>N (%) | <i>P</i> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------|
| <b>Doenças Diagnosticadas</b>                     |                                |                             |          |
| DIA                                               | 1 (12.5)                       | 0 (0)                       | 0.391    |
| Doença Renal/Coronariopatia                       | 0 (0)                          | 1 (12.5)                    |          |
| HAS                                               | 3 (37.5)                       | 1 (12.5)                    |          |
| HAS/DIA                                           | 0 (0)                          | 1 (12.5)                    |          |
| NSA                                               | 4 (50.0)                       | 5 (62.5)                    |          |
| <b>Usa medicamento para doença*</b>               |                                |                             |          |
| Sim                                               | 4 (100)                        | 3 (75.0)                    | 0.285    |
| Não                                               | 0 (0)                          | 1 (25.0)                    |          |
| <b>Sente dor</b>                                  |                                |                             |          |
| Sim                                               | 8 (100)                        | 8 (100)                     | n.a.     |
| Não                                               | 0 (0)                          | 0 (0)                       |          |
| <b>Tempo de dor</b>                               |                                |                             |          |
| <5 anos                                           | 3 (37.5)                       | 3 (37.5)                    | 0.788    |
| Entre 5 e 10 anos                                 | 4 (57.1)                       | 3 (37.5)                    |          |
| >10 anos                                          | 1 (12.5)                       | 2 (25.0)                    |          |
| <b>Dor tem relação com doença**</b>               |                                |                             |          |
| Sim                                               | 3 (75.0)                       | 1 (33.3)                    | 0.270    |
| Não                                               | 1 (25.0)                       | 2 (66.7)                    |          |
| <b>Período do dia em que dor é mais frequente</b> |                                |                             |          |
| Matutino                                          | 1 (12.5)                       | 1 (12.5)                    | 0.282    |
| Noturno                                           | 4 (50.0)                       | 7 (87.5)                    |          |
| Diurno                                            | 1 (12.5)                       | 0 (0)                       |          |
| Não há                                            | 2 (25.0)                       | 0 (0)                       |          |
| <b>Avaliação estado saúde</b>                     |                                |                             |          |
| Excelente                                         | 1 (12.5)                       | 0 (0)                       | 0.334    |
| Muito boa                                         | 0 (0)                          | 1 (12.5)                    |          |
| Boa                                               | 6 (75.0)                       | 4 (50.0)                    |          |
| Ruim                                              | 1 (12.5)                       | 3 (37.5)                    |          |

\*Missing = 8; \*\*Missing = 9

### 5.2.3 Efeito da intervenção na intensidade da dor

A tabela 4 apresenta a intensidade da dor nos momentos de avaliação e reavaliação dos indivíduos a partir dos instrumentos IBD e EVA.

No que se refere às variáveis do IBD, é possível observar que nos indivíduos do grupo controle houve aumento na intensidade da dor e referiram uma dor mais intensa no momento da reavaliação com um nível de significância estatística menor que 5%. Além disso, na reavaliação, os indivíduos referiram que a dor estava interferindo com mais intensidade na atividade geral, na habilidade de caminhar e no trabalho, apesar de não ter apresentado significância estatística. Com relação ao grupo teste, foi observada redução nos níveis de dor, porém sem significância estatística. Observa-se, ainda, que a dor passou a interferir menos nas questões do cotidiano do indivíduo, sendo estatisticamente significativa na interferência no relacionamento com outras pessoas ( $p=0,042$ ).

Com relação ao nível de intensidade da dor a partir das variáveis categorizadas da EVA-D, apresentadas em medianas, é possível visualizar, em uma comparação intragrupo que a dor se tornou mais intensa no grupo controle no momento da reavaliação ( $p=0,034$ ).

Tabela 4 – Comparação intragrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

| IBD                                                                | Controle             |                      | <i>p</i> *   |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
|                                                                    | Antes                | Depois               |              |
|                                                                    | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |              |
| Intensidade dor Categorizada                                       | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  | <b>0.034</b> |
| Número que mostra quanta dor você está sentindo agora (0 a 10)     | 4.00<br>(0.00-4.00)  | 7.00<br>(5.00-8.75)  | <b>0.011</b> |
| Interferência da dor na Atividade Geral (0 a 10)                   | 5.50<br>(0.50-9.25)  | 6.50<br>(0.00-8.75)  | 0.888        |
| Interferência da do no Humor (0 a 10)                              | 5.50<br>(3.50-9.75)  | 3.00<br>(0.00-8.00)  | 0.326        |
| Interferência da dor na Habilidade de Caminhar (0 a 10)            | 3.50<br>(0.00-7.75)  | 6.00<br>(1.00-8.75)  | 0.310        |
| Interferência da dor no Trabalho (0 a 10)                          | 4.00<br>(0.25-7.75)  | 4.50<br>(0.75-7.25)  | 0.832        |
| Interferência da dor no Relacionamento com Outras Pessoas (0 a 10) | 2.50<br>(0.00-8.50)  | 2.50<br>(0.00-6.50)  | 0.674        |
| Interferência da dor no Sono (0 a 10)                              | 7.00<br>(3.00-9.75)  | 6.00<br>(1.00-9.75)  | 0.779        |
| Interferência da dor na Habilidade para apreciar a vida (0 a 10)   | 4.00<br>(0.00-6.00)  | 1.50<br>(0.00-6.25)  | 0.733        |

Tabela 4 – Comparação intragrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil (Continuação).

| IBD                                                                      | Teste                |                      | <i>p</i> *          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
|                                                                          | Antes                | Depois               |                     |
|                                                                          | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |                     |
| Intensidade dor<br>Categorizada                                          | 1.00<br>(0.00-2.00)  | 0.00<br>(0.00-1.50)  | 0.157               |
| Número que mostra<br>quanta dor você está<br>sentindo agora (0 a 10)     | 5.00<br>(0.00-10.00) | 1.50<br>(0.00-6.00)  | 0.201               |
| Interferência da dor na<br>Atividade Geral (0 a 10)                      | 4.00<br>(0.00-9.75)  | 2.50<br>(0.00-4.50)  | 0.203               |
| Interferência da do no<br>Humor (0 a 10)                                 | 4.50<br>(0.00-9.75)  | 0.00<br>(0.00-0.75)  | 0.104               |
| Interferência da dor na<br>Habilidade de<br>Caminhar (0 a 10)            | 4.00<br>(0.00-9.50)  | 0.50<br>(0.00-4.50)  | 0.066               |
| Interferência da dor no<br>Trabalho (0 a 10)                             | 4.00<br>(0.00-10.00) | 0.00<br>(0.00-9.00)  | 0.102               |
| Interferência da dor no<br>Relacionamento com<br>Outras Pessoas (0 a 10) | 4.00<br>(0.00-9.00)  | 0.00<br>(0.00-0.00)  | <b>0.042</b>        |
| Interferência da dor no<br>Sono (0 a 10)                                 | 7.00<br>(1.25-9.75)  | 5.50<br>(0.00-10.00) | 0.588               |
| Interferência da dor na<br>Habilidade para<br>apreciar a vida (0 a 10)   | 1.00<br>(0.00-10.00) | 0.00<br>(0.00-8.50)  | 0.180               |
|                                                                          | Controle             |                      | Teste               |
|                                                                          | Antes                | Depois               | Antes               |
|                                                                          | Mediana              | Mediana              | Mediana             |
|                                                                          | (P25-P75)            | (P25-P75)            | (P25-P75)           |
|                                                                          | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  | 1.00<br>(0.00-2.00) |
| <i>p</i> **                                                              | <b>0.034</b>         |                      | 0.157               |

\*Wilcoxon

\*\*Mann-Whitney U

Na tabela 5 está apresentada a comparação intergrupos (controle e teste) nos momentos de avaliação e reavaliação dos indivíduos a partir dos instrumentos IBD e EVA. É possível observar, a partir das variáveis do IBD, que, após os seis encontros, o grupo teste apresentou uma dor menos intensa do que o grupo controle ( $p=0,038$ ). Além disso, a dor referida no momento, também, foi menos intensa ( $p=0,028$ ). Observa-se, ainda, que a dor passou a interferir menos na vida das pessoas do grupo teste, em todos os aspectos.

Com relação ao nível de intensidade da dor a partir das variáveis categorizadas da EVA-D, apresentadas em medianas, é possível observar, em uma comparação intergrupo, que,



após a intervenção, o grupo teste apresentou uma dor menos intensa do que o grupo controle ( $p=0,038$ ).

Tabela 5 - Comparação intergrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

| IBD                                                                                                | Antes                |                      | Depois               |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                                                                                    | Controle             | Teste                | Controle             | Teste                |
|                                                                                                    | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |
| <b>Intensidade da dor<br/>Categorizada</b><br>$p^*$                                                | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 1.00<br>(0.00-2.00)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  | 0.00<br>(0.00-1.50)  |
|                                                                                                    | 0.721                |                      | <b>0.038</b>         |                      |
| <b>Número que<br/>mostra quanta dor<br/>você está sentindo<br/>agora (0 a 10)</b><br>$p^*$         | 4.00<br>(0.00-4.00)  | 5.00<br>(0.00-10.00) | 7.00<br>(5.00-8.75)  | 1.50<br>(0.00-6.00)  |
|                                                                                                    | 0.505                |                      | <b>0.028</b>         |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor na Atividade<br/>Geral (0 a 10)</b><br>$p^*$                           | 5.50<br>(0.50-9.25)  | 4.00<br>(0.00-9.75)  | 6.50<br>(0.00-8.75)  | 2.50<br>(0.00-4.50)  |
|                                                                                                    | 0.878                |                      | 0.442                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor no Humor (0 a<br/>10)</b><br>$p^*$                                     | 5.50<br>(3.50-9.75)  | 4.50<br>(0.00-9.75)  | 3.00<br>(0.00-8.00)  | 0.00<br>(0.00-0.75)  |
|                                                                                                    | 0.645                |                      | 0.234                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor na Habilidade<br/>de Caminhar (0 a<br/>10)</b><br>$p^*$                | 3.50<br>(0.00-7.75)  | 4.00<br>(0.00-9.50)  | 6.00<br>(1.00-8.75)  | 0.50<br>(0.00-4.50)  |
|                                                                                                    | 0.798                |                      | 0.130                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor no Trabalho (0<br/>a 10)</b><br>$p^*$                                  | 4.00<br>(0.25-7.75)  | 4.00<br>(0.00-10.00) | 4.50<br>(0.75-7.25)  | 0.00<br>(0.00-9.00)  |
|                                                                                                    | 0.798                |                      | 0.574                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor no<br/>Relacionamento<br/>com Outras<br/>Pessoas (0 a 10)</b><br>$p^*$ | 2.50<br>(0.00-8.50)  | 4.00<br>(0.00-9.00)  | 2.50<br>(0.00-6.50)  | 0.00<br>(0.00-0.00)  |
|                                                                                                    | 0.694                |                      | 0.161                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor no Sono (0 a<br/>10)</b><br>$p^*$                                      | 7.00<br>(3.00-9.75)  | 7.00<br>(1.25-9.75)  | 6.00<br>(1.00-9.75)  | 5.50<br>(0.00-10.00) |
|                                                                                                    | 1.000                |                      | 1.000                |                      |
| <b>Interferência da<br/>dor na Habilidade<br/>para apreciar a<br/>vida (0 a 10)</b><br>$p^*$       | 4.00<br>(0.00-6.00)  | 1.00<br>(0.00-10.00) | 1.50<br>(0.00-6.25)  | 0.00<br>(0.00-8.50)  |
|                                                                                                    | 0.867                |                      | 1.000                |                      |

Tabela 5 - Comparação intergrupo da intensidade da dor, a partir das variáveis do IBD e EVA, da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil (Continuação).

| EVA (0 a 2) | Antes                |                      | Depois               |                      |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|             | Controle             | Teste                | Controle             | Teste                |
|             | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |
|             | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 1.00<br>(0.00-2.00)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  | 0.00<br>(0.00-1.50)  |
| <i>p</i> ** | 0.721                |                      | <b>0.038</b>         |                      |

\*Mann-Whitney U

\*\*Wilcoxon

#### 5.2.4 Efeito da intervenção na qualidade de vida

As tabelas 6 e 7 apresentam o impacto da dor na qualidade de vida dos indivíduos. Após os resultados, na comparação intragrupo, é possível observar que os indivíduos do grupo controle consideram sua qualidade de vida e sua saúde em geral, como boa, nos dois momentos (avaliação e reavaliação). Porém, no grupo teste, a qualidade de vida foi considerada boa, mas a saúde, ruim, apresentando uma melhora no momento após a intervenção, quando o valor categorizado passou de 1,0 para 1,5, mas sem significância estatística. No que se refere aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, no grupo controle foi percebida uma discreta piora no físico, enquanto que no grupo teste só não se observou melhora, neste mesmo domínio, apesar de não termos significância estatística nestas análises.

Na comparação intergrupo, fica claro que as diferenças entre os dois grupos, antes e após a intervenção, não são significativas. Os indivíduos dos dois grupos, de uma maneira geral, consideram que têm uma boa qualidade de vida, apesar de todos os domínios da escala encontrarem-se prejudicados, apresentando uma avaliação de necessita melhorar (0,00) a ruim (1,00).

Tabela 6 - Comparação intragrupo do impacto da dor na qualidade de vida, a partir das variáveis da Whoqol, categorizada da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

| Whoqol Bref       | Controle             |                      | <i>p</i> * |
|-------------------|----------------------|----------------------|------------|
|                   | Antes                | Depois               |            |
|                   | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |            |
| Qualidade de Vida | 2.00<br>(1.25-2.00)  | 2.00<br>(1.00-2.00)  | 0.655      |
| Saúde             | 2.00<br>(1.25-2.75)  | 2.00<br>(1.00-2.75)  | 0.655      |
| Físico            | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 0.50<br>(0.00-1.00)  | 0.564      |
| Psicológico       | 1.00<br>(1.00-1.00)  | 1.00<br>(1.00-2.00)  | 0.564      |
| Relações Sociais  | 1.00<br>(1.00-2.00)  | 1.00<br>(1.00-1.75)  | 0.317      |
| Meio Ambiente     | 1.00<br>(1.00-1.00)  | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 0.180      |
| Whoqol Bref       | Teste                |                      | <i>p</i> * |
|                   | Antes                | Depois               |            |
|                   | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |            |
| Qualidade de Vida | 2.00<br>(1.00-2.00)  | 2.00<br>(0.25-2.00)  | 1.000      |
| Saúde             | 1.00<br>(0.25-2.00)  | 1.50<br>(0.00-2.75)  | 0.564      |
| Físico            | 1.00<br>(0.25-1.00)  | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 0.564      |
| Psicológico       | 1.00<br>(1.00-1.75)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  | 0.157      |
| Relações Sociais  | 1.50<br>(0.25-2.00)  | 2.00<br>(2.00-2.75)  | 0.059      |
| Meio Ambiente     | 0.00<br>(0.00-1.00)  | 0.50<br>(0.00-1.75)  | 0.414      |

\*Wilcoxon

Tabela 7 - Comparação intergrupo do impacto da dor na qualidade de vida, a partir das variáveis da Whoqol categorizada da amostra de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

| Whoqol Bref              | Antes                |                      | Depois               |                      |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                          | Controle             | Teste                | Controle             | Teste                |
|                          | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) | Mediana<br>(P25-P75) |
| <b>Qualidade de Vida</b> | 2.00<br>(1.25-2.00)  | 2.00<br>(1.00-2.00)  | 2.00<br>(1.00-2.00)  | 2.00<br>(0.25-2.00)  |
| <i>p</i> *               | 0.645                |                      | 0.878                |                      |
| <b>Saúde</b>             | 2.00<br>(1.25-2.75)  | 1.00<br>(0.25-2.00)  | 2.00<br>(1.00-2.75)  | 1.50<br>(0.00-2.75)  |
| <i>p</i> *               | 0.234                |                      | 0.574                |                      |
| <b>Físico</b>            | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 1.00<br>(0.25-1.00)  | 0.50<br>(0.00-1.00)  | 1.00<br>(0.00-1.00)  |
| <i>p</i> *               | 0.721                |                      | 0.721                |                      |
| <b>Psicológico</b>       | 1.00<br>(1.00-1.00)  | 1.00<br>(1.00-1.75)  | 1.00<br>(1.00-2.00)  | 1.50<br>(1.00-2.00)  |
| <i>p</i> *               | 0.959                |                      | 0.721                |                      |
| <b>Relações Sociais</b>  | 1.00<br>(1.00-2.00)  | 1.50<br>(0.25-2.00)  | 1.00<br>(1.00-1.75)  | 2.00<br>(2.00-2.75)  |
| <i>p</i> *               | 1.000                |                      | 0.065                |                      |
| <b>Meio Ambiente</b>     | 1.00<br>(1.00-1.00)  | 0.00<br>(0.00-1.00)  | 1.00<br>(0.00-1.00)  | 0.50<br>(0.00-1.75)  |
| <i>p</i> *               | 0.161                |                      | 0.959                |                      |

\*Mann-Whitney

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou validar um material socioeducativo sobre DC no formato de uma cartilha que havia sido desenvolvida em estudo prévio<sup>(8)</sup>, a fim de verificar se ela poderia ser aplicada como recurso de educação em saúde, na perspectiva dos pacientes e de profissionais especializados. Além disso, procurou verificar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com DC, no que se refere à intensidade da dor e as repercussões na qualidade de vida.

As características sociodemográficas das duas amostras de pacientes mostrou que a maioria era do sexo feminino e tinha baixo grau de escolaridade. A literatura também tem encontrado resultados semelhantes<sup>(3,41-45)</sup>.

As diferenças na percepção dolorosa entre sexos também são bastante evidenciadas na literatura<sup>(46-49)</sup>. Estudos experimentais com animais de laboratório<sup>(50,51)</sup> e humanos<sup>(52)</sup> sustentam a hipótese de que as mulheres possuem maior percepção à dor, por encontrarem-se mais expostas a determinadas situações como dismenorrea e parto. O ciclo reprodutivo das mulheres pode ter efeito sensibilizante à percepção da dor, considerando-se que o ciclo menstrual é antecedido de um conjunto de sinais fisiológicos, muitas vezes dolorosos<sup>(53-55)</sup>.

Além das questões fisiológicas, existe a interferência do papel social na experiência da dor, fazendo com que as mulheres percebam a dor com maior seriedade por conta dos múltiplos papéis que representam: cuidadoras dos filhos, parentes idosos, administração do lar e emprego. Estas seriam razões suficientes para que a mulher considere a dor como ameaçadora<sup>(48)</sup>. Ademais, o significado da dor para homens e mulheres pode ser influenciado por normas sociais e culturais que permitem à mulher a expressão ou manifestação de dor enquanto encorajam os homens a desconsiderá-la, lembrando que a insensibilidade ou firmeza diante da dor pode servir, para o homem como medida ou parâmetro de virilidade<sup>(48,56)</sup>.

O grau de instrução inferior a 11 anos tem sido apontado como o maior fator de risco para a DC<sup>(57)</sup>. Justamente por esse perfil, o uso de materiais socioeducativos pode ser fundamental para o letramento em saúde, o que pode ter impacto no alívio da dor<sup>(58)</sup>.

Os profissionais entrevistados para a validação da cartilha consideraram que a cartilha possui excelência no que se refere a acurácia científica. Isto inspira confiança para a adoção imediata do material por outros profissionais na prática clínica. Profissionais cuidadosos têm incertezas frente ao reforço de crenças errôneas comumente encontradas em sites e materiais instrutivos não embasados em ciência. Devido à característica multifatorial da DC e às

informações disponíveis na internet, o enfrentamento do problema tem sido um desafio para os profissionais de saúde<sup>(59)</sup>.

O conhecimento sobre a dor com embasamento científico surge como uma estratégia coadjuvante ao tratamento de pessoas com DC. Programas de educação em dor utilizam abordagens que permitem transmitir informações sobre etiologia, nosologia e fisiopatologia da dor. Esse tipo de abordagem possibilita instrumentalizar pacientes para maior consciência dos diferentes fatores causais e agravantes. O simples conhecimento atua nas representações sociais e nas experiências da doença, facilitando sua recuperação<sup>(60)</sup>.

A facilidade de leitura e a impressão foram os itens mais bem avaliados, tanto por profissionais como por pacientes. Esse resultado demonstra que é necessário um cuidado com o material impresso para que ele tenha durabilidade suficiente para ser consultado diversas vezes e cumpra sua finalidade<sup>(13)</sup>. Uma revisão sistemática apontou que programas socioeducativos têm influência na melhora da dor, do movimento, além de promover diminuição de incapacidades e de utilização de serviços de saúde<sup>(61)</sup>.

O reconhecimento da qualidade da cartilha “EducaDor” pode indicar que essa ferramenta pode ser um auxílio no tratamento da DC no Brasil, devido aos aspectos biopsicossociais envolvidos<sup>(8)</sup>.

A elaboração de material educativo impresso é um meio de comunicação entre profissional e paciente que requer, além da clara identificação do público alvo, uma forma direta e intuitiva para transmitir o conteúdo abordado. Para despertar e manter o interesse do leitor devem ser considerados a linguagem, o *layout* e a ilustração. É a ilustração, no entanto, que vai, em grande parte, garantir a legibilidade e a compreensão de um texto<sup>(62)</sup>.

O conteúdo da cartilha foi considerado satisfatório tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais, mostrando que o material possui clareza de objetivo, permitindo a compreensão do texto. No entanto, a ilustração revelou o menor escore na visão dos pacientes. Ainda que em um nível bastante satisfatório, edições futuras devem considerar a possibilidade de aperfeiçoamento das ilustrações. Limitar o número de ilustrações, trazê-las de forma simples e representativa, enfatizando pontos importantes na descrição do texto, elencando eventos da vida real, são estratégias que facilitam na transmissão do conteúdo ao leitor. Sendo assim, pessoas com baixa escolaridade podem se beneficiar por meio desses materiais e tipos de linguagem<sup>(62)</sup>.

A “EducaDor” buscou abranger de forma clara e detalhada o conceito de dor, abordando a dor aguda e crônica, suas características e diferenças, processamento, formas de enfrentamento e crenças errôneas que pacientes e cuidadores têm acerca da dor. Até o

momento não foram encontradas cartilhas educativas validadas para pacientes com DC no Brasil. Entretanto, diversos materiais educativos estão disponíveis em sites para essa população. Além de abordar conceitos, esses materiais também discorrem sobre a qualidade do sono, ansiedade e tratamentos farmacológicos ou não. Evidências crescentes mostram que conhecer a neurofisiologia da dor faz com que o paciente com DC diminua a incapacidade e a catastrofização, aumentando os movimentos físicos e a adesão a terapêuticas variadas<sup>(63)</sup>.

Com relação ao efeito do programa de educação em saúde, assim como neste estudo, outras pesquisas<sup>(31,64)</sup> mostram que a média de idade das pessoas com dor crônica varia de 48 a 50 anos, que o cálculo do IMC identifica indivíduos com sobrepeso e obesidade grau I e que a maioria trabalha, mesmo sentindo dor. A dor relacionada com a obesidade é também um problema de saúde cada vez mais comum. No caso específico da dor musculoesquelética relacionada com a obesidade, a associação entre estes fatores vai para além da sobrecarga mecânica, estando provavelmente também relacionada a condições inflamatórias e degenerativas do sistema musculoesquelético<sup>(65)</sup>.

Com relação à intensidade da dor, a mesma se apresentou mais intensa no grupo controle do que no grupo teste, tanto nas variáveis do IBD quanto da EVA-D. Além disso, no grupo teste pode-se observar que a dor passou a interferir menos no relacionamento com outras pessoas. Resultados semelhantes são encontrados em estudos que avaliam a intensidade da dor antes e após a realização de atividades de educação em saúde voltadas para as pessoas com DC, uma vez que ações educativas podem desencadear mudanças de comportamento individual capazes de beneficiar a saúde da população<sup>(66-69)</sup>.

No que se refere à qualidade de vida (QV), no presente estudo, apesar de identificarmos uma tendência à melhora da QV nos indivíduos do grupo teste, após a intervenção, esta melhora não foi comprovada estatisticamente. Quando um indivíduo é acometido por uma doença crônica, não é somente o fator patológico que a influencia, ocorrem mudanças em suas vidas relacionadas aos incômodos físicos, às perdas de ordem pessoal, financeira e social<sup>(70)</sup>. Estudos demonstram que a QV encontra-se afetada em portadores de dor crônica em todos os seus aspectos e que, a realização de ações educativas tem melhorado esta situação, exceto no domínio físico, avaliado pelas escalas específicas<sup>(66,71)</sup>. Uma hipótese é que, ao participar de atividades em grupo, os pacientes podem apresentar maior dificuldade em aceitar suas limitações físicas, optando pelo isolamento social<sup>(72)</sup>. No entanto, apesar de não identificarmos melhorias neste aspecto, foi comprovado que, participar das atividades educativas não piorou a QV dos indivíduos do grupo teste após a intervenção.

A dor crônica influencia as atividades de vida diária e laborais das pessoas e isto afeta, conseqüentemente, a qualidade de vida. Sendo assim, importante que sejam desenvolvidas ações preventivas com o objetivo de se reduzir incapacidades funcionais, uma vez que a prevenção se configura como importante estratégia para o melhor desenvolvimento da saúde da população<sup>(73,74)</sup>.

Durante o período de coleta, não foi possível continuar acompanhando 45 pacientes dos 61 que realizaram o pré-teste pelas seguintes razões: não foi conseguido contato telefônico, não foram identificados pelos agentes comunitários de saúde e demais profissionais da Unidade ou foram convidados para participar da intervenção, aceitaram o convite, mas não compareceram. Em um segundo contato, a maioria das pessoas que aceitou o convite, mas não compareceu, referiu que a maior dificuldade estava relacionada ao horário de oferecimento das atividades que coincidia com o horário de trabalho. Esta dificuldade também foi relatada por outros autores<sup>(66)</sup>.

A pouca adesão às atividades educativas pode estar associada ao fato de que os usuários da Atenção Primária ainda vêm o atendimento do serviço de saúde como uma ação individual e curativa, em que a medicalização é a alternativa concreta de atendimento às suas necessidades, e não percebem as outras atividades, principalmente o trabalho educativo e as ações coletivas, como formas de melhorar a saúde. Portanto, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios para a saúde de toda a população. E, para que as pessoas tenham uma visão focada na promoção da saúde, faz-se necessário um longo processo de ações planejadas e avaliadas constantemente. Sendo assim, para que ocorram estas mudanças, é preciso um trabalho contínuo de conscientização dos profissionais junto à comunidade, sobre os preceitos da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, visando consolidar as propostas desse novo modo de assistência à saúde<sup>(75-77)</sup>.



## 7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Como limitação, pode-se citar a realização dessa validação em apenas um centro de referência em dor, situado em Salvador, Bahia, que apresenta características socioculturais específicas. Além disso, o reduzido número de profissionais de saúde entrevistados pode não expressar o que especialistas de outras regiões considerariam como relevante. Sugere-se que a cartilha EducaDor seja validada em outros centros de dor de outras regiões brasileiras.

No ECR o tamanho amostral com o qual se trabalhou pode ter influenciado nos resultados que, apesar de sugerirem eficácia da intervenção, nem todos foram comprovados estatisticamente. Sendo assim, sugere-se a continuidade deste estudo até que seja alcançado o número de pacientes conforme o cálculo amostral apresentado.

Uma vez que a reavaliação dos indivíduos, após a intervenção, foi realizada apenas em um momento, logo ao término das seis semanas, isto pode ter contribuído para que as mudanças esperadas, principalmente, os efeitos na QV, não tenham sido observadas.

Acredita-se que, caso os sujeitos da pesquisa, continuassem sendo acompanhados e estimulados a utilizarem a cartilha EducaDor, a verificação dos efeitos seriam mais intensos após seis meses da intervenção.

Portanto, estudos futuros de caráter longitudinal devem ser conduzidos para acompanhamento das condições de saúde e consequências da dor crônica nesse contexto de saúde da família gerando dados para as políticas de saúde locais, regionais e nacionais.

A partir daí, fica demonstrada a necessidade de programas de prevenção e controle da dor para uma possível melhora na qualidade de vida desses indivíduos. Esse programa deverá contemplar as seguintes etapas:

1. Capacitar os profissionais da equipe de Saúde da Família, qualificando-os para uma assistência adequada às pessoas com dor crônica;
2. Cadastrar as pessoas com dor crônica, identificando a frequência desse agravo na comunidade. Inicialmente cadastrar aquelas pessoas que referirem dor por um período igual ou maior que seis meses;
3. Delinear a dor crônica quanto ao tipo, localização, intensidade e duração;
4. Analisar os fatores relacionados e características definidoras para dor crônica, identificados nessa população;
5. Definir plano de assistência ao portador de dor crônica, garantindo uma atenção à saúde individualizada, com ênfase em atividades de educação em saúde, no formato de grupo.

## **8 CONCLUSÕES**

A cartilha EducaDor mostrou-se válida para o uso na educação de pacientes com dor crônica. Inclusive, este estudo demonstrou que ações de educação em saúde são eficazes e protegem as pessoas acometidas por DC quanto à piora das condições de saúde e da qualidade de vida. Como principal resultado, observamos redução na intensidade da dor do grupo tratado.

Além disso, fica claro, que o uso de tecnologias leves, como a cartilha EducaDor, se configuram como instrumentos importantes para o planejamento adequado das intervenções em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009;67(4):982-5.
2. Ruviaro L, Filippin L. Prevalência de dor crônica em uma unidade Básica de Saúde de cidade de Médio Porte. *Revista Dor*. 2012;13(2):128-31.
3. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador populaion, Brazil. *Pain*. 2008;139(3):498-506.
4. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(4):622-30.
5. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clinical Journal Pain*. 2004;20(5):324-30.
6. Livengood JM. Pain education: Molding the trainee-patient dialogue. *Pain Clinical Updates, International Association for the Study of Pain*. 2004;12(3):1-4.
7. Castro ANP, Júnior EDML. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Brasileira de Queimaduras*. 2014;13(2),103-13.
8. Mendez SP, Sá KN, Araújo PCS, Oliveira IAVF, Gosling AP, Baptista AF. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. *Rev Dor*. 2017;18(3):199-211.
9. Vieira ASM, Baptista AF, Mendes L, Silva KS, Gois SCA, Lima FMA, Souza I, Sá KN. Impact of neurophatic pain at the population level. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2014;6(2):111-19.
10. Azevedo L, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias C, Castro-Lopes J. Epidemiology of chronic pain: a population-base nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 2012;13(8):773-83.
11. Network Sig. Management of chronic pain [Internet]. 2013. Available from: [http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN\\_136](http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN_136).
12. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hidebrant J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Capter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(2):192-300.
13. Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2004;8(1):39-45.
14. State of Tennessee – Department of health. Tennessee chronic pain guidelines. 2014.

15. Hauagli L, Steen E, Laerum E, Nygard R, Finset A. Learning to have less pain - is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*. 2001;45:111-18.
16. Neto AAC, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2010;8(5):428-33.
17. Tavares AA, Freitas LM, Silva FCM, Sampaio RF. (Re) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2012;20(1):95-105.
18. Araújo PCS. Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle. Dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016.
19. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(8): 1953-7.
20. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):291-8.
21. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
22. Marques R, Mendes A. Atenção básica e o Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(2):403-15.
23. Escorel S, Giovanella M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21(2):164-76.
24. Garcia D, Pimenta C, Cruz D. Validação do inventário de atitudes frente à dor crônica – Profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(4):636-44.
25. Pedrosa D, Pelegrin A, Siqueira H, Silva T, Colhado O, Sousa F. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(1):67-72.
26. Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
27. Vall J, Braga V, Almeida P. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. In: *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2006;64(2-B):451-5.
28. Berber J, Kupek E, Berber S. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*.

- 2005;45(2):47-54.
29. Castro M, Quarantini L, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen K, Kraychete D, Oliveira I. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011;38(4):126-29.
  30. Pimenta C, Kiozumi M, Teixeira M. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2000;34(1):76-83.
  31. Almeida FC, Castilho A, Cesarino C, Ribeiro RCHM, Martins MRI. Correlation between neuropathic pain and quality of life. *Br J Pain*. 2018;1(4):349-53.
  32. Pimenta F, Simil F, Tôrres H, Amaral C, Rezende C, Coelho T, Rezende N. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008;54(1):55-60.
  33. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(4):299-308.
  34. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQoL-bref". *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
  35. Joventino ES, Oriá MO, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):371-9.
  36. Doak CC, Doak LG, Root JH. Learner Verification and Revision of Materials. In: Doak, CC, Doak LG, Root JH. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. Philadelphia: Lippincott Company. 1996;167-88.
  37. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
  38. Polit DE, Beck CT. *Essentials of Nursing Research*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
  39. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):925-36.
  40. Ferreira K, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011;19(4):505-11.
  41. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7.
  42. Harifi G, Amine M, Ouazar AIT, Boujemaoui M, Ouilki A, Rekkabi I, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the Moroccan general population: a national survey. *Pain Medicine*. 2013;14(2):287-92.

43. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SS, Caiaffa WT, Souza MF, Bernal RT. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(1):439-44.
44. Schestatsky P. Definição, Diagnóstico e Tratamento da Dor Neuropática. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. 2008;28(3):177-87.
45. Torrance N, Smith Bh, Bennett Mi, Lee A.J. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *The Journal of Pain*. 2006;7(4):281-9.
46. Palmeira CC, Ashmawi HA, Posso IP. Sexo e percepção da dor e analgesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61(6):820-8.
47. Greenspan JD, Craft RM, Leresche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain*. 2007;132(1):26-45.
48. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*. 1996;65(2-3):123-167.
49. Riley J, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*. 1998;74(2-3):181-7.
50. Fillingim RB, Gear RW. Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. *Eur J Pain*. 2004;8(5):413-25.
51. Thompson AD, Angelotti T, Nag S, Mokha SS. Sex-specific modulation of spinal nociception by alpha2-adrenoceptors: differential regulation by estrogen and testosterone. *Neuroscience*. 2008;153(4):1268-77.
52. Lira MO, Carvalho, MF. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. *Rev Rene*. 2013;14(1): 71-81.
53. Kreling M, Cruz D, Pimenta C. Prevalência de Dor Crônica em Adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006;59(4):509-13.
54. Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Alison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine*. 2003;28(11):1195-202.
55. Wijnhoven H, De Vet H, Picavet S. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in general population. *Pain*. 2006;124(1-2):158-66.
56. Feine JS, Busnell MD, Miron D, Duncan GH. Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain*. 1991;44(3):255-62.
57. Sardá JJ, Nicholas MK, Pimenta CA, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. 2012;13(2):111-8.

58. Santos ML, Paixão RL, Osorio-de-Castro CG. Avaliação da alfabetização em saúde do sujeito de pesquisa. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2013;1(7):84-95.
59. Louw A, Zimney K, O'hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):385-95.
60. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CM. Health education: knowledge, social representation, and illness. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):200-6.
61. Vieira A, Braga RM, Bartz PT, Candotti CT. Efetividade da escola postural em portadores de dor lombar crônica inespecífica. *Acta Fisiatr*. 2012;19(3):184-91.
62. Moreira MF, Nóbrega MM, Silva MI. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):184-8.
63. Louw A, Puentedura EL. Therapeutic neuroscience education, pain, physiotherapy and the pain neuromatrix. *Int J Health Sci*. 2014;2(3):33-45.
64. Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor*. 2011;12(4):297-300.
65. Dawson L, Wluka AE, Wang Y, Cicuttini FM. Obesity, arthritis, and gout. *Handbook of obesity*. 2014;1:625-33.
66. Borges RG, Vieira A, Noll M, Bartz PT, Candotti CT. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – Brasil. *Motriz*. 2011;17(4):719-27.
67. Bottamedi X, Ramos JS, Arins MR, Murara N, Woellner SS, Soares AV. Programa de tratamento para dor lombar crônica baseado nos princípios da Estabilização Segmentar e na Escola de Coluna. *Rev Bras Med Trab*. 2016;14(3):206-13.
68. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31(2):209-13.
69. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, Morais JC, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioter. Mov*. 2013;26(2):389-94.
70. Brasil V, Zatta L, Cordeiro J. Qualidade de vida de portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2):383-94.
71. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortop Bras*. 2010;18(3):127-31.
72. Oliveira ES, Gazetta MLB, Salimene ACM. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da escola de postura da DMRHC FMU. *Acta Fisiátrica*. 2004;11:22-6.

73. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):221-30.
74. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
75. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da estratégia saúde da família. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(4):439-44.
76. Roecker S, Budó ML, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46(3):641-9.
77. Sberse L, Claus SM. O programa saúde da família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. *Boletim da Saúde*. 2003;17(2):123-32.



## ANEXOS

### ANEXO A – Questionário para pacientes.

#### Questionário para validação da cartilha da dor crônica

#### EducaDor – Questionário Pacientes

**Legenda:**

*Não: de modo nenhum; negação.*

*Pouco: não muito; insuficiente.*

*Bastante: em quantidade suficiente; muito.*

*Nível de escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior*

**1 – Não 2 - Pouco 3 - Bastante 4 - Totalmente**

**Conteúdo**

**1.O objetivo dessa cartilha está claro para você?**

1 2 3 4

**2.Você gostou das orientações apresentadas na cartilha?**

1 2 3 4

**3.Você gostou da ordem em que os textos são apresentados?**

1 2 3 4

**4.Você acha que falta alguma informação?**

Sim

Não

Se sim, qual?

**5.Todas as informações apresentadas são necessárias?**

1 2 3 4

**Espaço para comentários / sugestões**

#### **Apresentação da Literatura**

**1. Você conseguiu entender todo o conteúdo escrito?**

1 2 3 4

**2. A cartilha foi escrita com palavras simples?**

1 2 3 4

**3. Os títulos facilitaram o entendimento da cartilha?**

1 2 3 4

**4. A linguagem é adequada para as pessoas de todos os níveis de estudo?**

1 2 3 4

**5. As ideias são expressas de forma objetiva?**

1 2 3 4

**Espaço para comentários / sugestões**

**Ilustração**

**1. A capa atraiu sua atenção para leitura da cartilha?**

1 2 3 4

**2. Os desenhos representam bem a ideia do texto?**

1 2 3 4

**3. Os desenhos lembram situações vividas?**

1 2 3 4

**4. Os desenhos são de fácil compreensão?**

1 2 3 4

**5. Você acha que a cartilha precisa de mais desenhos?**

1 2 3 4

**6. Os desenhos prenderam sua atenção para a leitura da cartilha?**

1 2 3 4

**Espaço para comentários / sugestões**

**Legibilidade e Impressão**

**1. O tamanho da letra está adequado?**

1 2 3 4

**2. O tipo da letra está adequado?**

1 2 3 4

**3. O conteúdo da cartilha está bem distribuído?**

1 2 3 4

**4. A impressão da cartilha é legível?**

1 2 3 4

**Espaço para comentários / sugestões**

**Avaliação Geral**

**1. A cartilha é o que você esperava?**

1 2 3 4

**2. A leitura da cartilha deixou algum mal entendido?**

Sim

Não

Se sim, qual?

**Espaço para comentários / sugestões**

## ANEXO B – Questionário para profissionais de saúde.

### Questionário para validação da Cartilha da Dor Crônica

#### EducaDor – Questionário Profissionais

Nível de escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior

#### Legenda:

*Não: de modo nenhum; negação.*

*Pouco: não muito; insuficiente.*

*Bastante: em quantidade suficiente; muito.*

*Totalmente: completamente.*

1 – Não 2 - Pouco 3 - Bastante 4 – Totalmente

#### Acurácia Científica

1. O conteúdo da cartilha está de acordo com o conhecimento atual?

1 2 3 4

2. As recomendações apresentadas na cartilha estão corretamente abordadas?

1 2 3 4

Espaço para comentários / sugestões

#### Conteúdo

1. O objetivo da cartilha está claro?

1 2 3 4

2. As recomendações apresentadas são satisfatórias?

1 2 3 4

3. O conteúdo da cartilha segue uma linha de raciocínio lógico?

1 2 3 4

4. Há alguma informação que deve ser acrescentada a cartilha?

Sim

Não

Caso sim, qual?

5. Todas as informações apresentadas são necessárias?

1 2 3 4

Espaço para comentários / sugestões

#### Apresentação da Literatura

1. A linguagem da cartilha é clara?

1 2 3 4

2. A maior parte do vocabulário é composta por palavras simples?

1 2 3 4

**3. A identificação dos títulos ajuda no entendimento do conteúdo?**

1 2 3 4

**4. A linguagem é adequada para os pacientes de todos os níveis de escolaridade?**

1 2 3 4

**5. As ideias são expressas de forma objetiva?**

1 2 3 4

Espaço para comentários / sugestões

**Ilustração****1. O layout da capa é capaz de atrair a atenção do leitor para a cartilha?**

1 2 3 4

**2. As ilustrações são adequadas?**

1 2 3 4

**3. As ilustrações são de fácil compreensão?**

1 2 3 4

**4. As ilustrações são familiares para os leitores?**

1 2 3 4

**5. Faz-se necessário a utilização de mais ilustrações?**

1 2 3 4

**6. As ilustrações são capazes de captar o interesse do leitor para a leitura da cartilha?**

1 2 3 4

Espaço para comentários / sugestões

**Legibilidade e Impressão****1. O tamanho da letra é adequado?**

1 2 3 4

**2. A fonte das letras é adequada?**

1 2 3 4

**3. O conteúdo da cartilha está bem distribuído?**

1 2 3 4

**4. A impressão da cartilha é legível?**

1 2 3 4

Espaço para comentários / sugestões

**Avaliação Geral****1. A cartilha satisfaz as suas expectativas?**

1 2 3 4

**2. A leitura da cartilha deixou algum mal entendido?**

Sim

Não  
Caso sim, qual?

**Espaço para comentários/sugestões**

## ANEXO C - Questionário de dados sociodemográficos e clínicos



### QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 NOME:

1.2 IDADE (em anos):

1.3 SEXO: ( ) M ( ) F

1.4 EST CIVIL: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outro

1.5 TELEFONES:

1.6 A COR DA SUA PELE OU RAÇA É: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

#### 2. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2.1 O DOMICÍLIO É: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido empregador ( ) Cedido outra forma ( ) Outro

2.2 N° TOTAL DE CÔMODOS (Inclusive banheiro e cozinha):

2.3 N° DE DORMITÓRIOS:

2.4 NO DOMICÍLIO EXISTE:

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

| Posse de Itens       | Não Tem | Tem (Quantidade) |   |   |   |
|----------------------|---------|------------------|---|---|---|
|                      |         | 1                | 2 | 3 | 4 |
| Televisor em cores   | 0       |                  |   |   |   |
| Videocassete/DVD     | 0       |                  |   |   |   |
| Rádio                | 0       |                  |   |   |   |
| Banheiro             | 0       |                  |   |   |   |
| Automóvel            | 0       |                  |   |   |   |
| Empregada mensalista | 0       |                  |   |   |   |
| Máquina de lavar     | 0       |                  |   |   |   |
| Geladeira            | 0       |                  |   |   |   |
| Freezer              | 0       |                  |   |   |   |

Grau de Instrução do Chefe de Família

| Nomenclatura Antiga            | Pontos | Nomenclatura Atual                  |
|--------------------------------|--------|-------------------------------------|
| Analfabeto/Primário Incompleto | 0      | Analfabeto/Até 3ª Série Fundamental |
| Primário Completo              | 1      | 4ª Série Fundamental                |
| Ginásial Completo              | 2      | Fundamental Completo                |
| Colegial Completo              | 4      | Médio Completo                      |
| Superior Completo              | 8      | Superior Completo                   |

| Pontuação             | Classes | Pontos  |
|-----------------------|---------|---------|
| Pontuação Mínima = 00 | A1      | 42 a 46 |
| Pontuação Máxima = 46 | A2      | 35 a 41 |
|                       | B1      | 29 a 34 |
|                       | B2      | 23 a 28 |
|                       | C1      | 18 a 22 |
|                       | C2      | 14 a 17 |
|                       | D       | 08 a 13 |
|                       | E       | 00 a 07 |

2.5 QUANTAS PESSOAS MORAM NO DOMICÍLIO:

2.6 A RESPONSABILIDADE DO DOMICÍLIO É DE: ( ) Apenas um morador ( ) Mais de um morador

2.7 QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA: ( ) O(A) Próprio (a) ( ) Cônjuge/companheiro ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão (ã) ( ) Filho (a) ( ) Outro

#### 3. HISTÓRIA SOCIAL

3.1 VOCÊ FUMA: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex-fumante

3.1.2 EM CASO DE FUMANTE, HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ FUMA: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

3.1.3 QUANTOS CIGARROS FUMA OU FUMOU POR DIA:

3.1.4 EM CASO DE EX-FUMANTE, HÁ QUANTO TEMPO PAROU: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

3.2 FAZ CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA: ( ) Não bebe ( ) Bebe finais de semana ( ) Uma vez por mês ( ) Todos os dias ( ) Não sabe

3.2.1 QUAL TIPO DE BEBIDA: ( ) Cerveja ( ) Cachaça ( ) Uísque ( ) Conhaque ( ) Vinho ( ) Outro

3.3 TEM RELIGIÃO: ( ) Sim ( ) Não

|                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. ESCOLARIDADE:</b>                                                                                                                                                                                                                           |
| 4.1 SABE LER: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                     |
| 4.2 SABE ESCREVER: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                |
| 4.3 QUAL A QUANTIDADE EM ANOS QUE FREQUENTOU A ESCOLA: _____ anos                                                                                                                                                                                 |
| <b>5. OCUPAÇÃO:</b>                                                                                                                                                                                                                               |
| 5.1 VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE: ( ) Sim ( ) Não ( ) Cuida de afazeres domésticos ( ) Estudante ( ) Recebe benefícios ( ) Incapacitado ( ) Aposentado ( ) Vive de renda ( ) Afastado ( ) Nunca trabalhou ( ) Outro _____                     |
| 5.2 QUAL É/ERA SUA PROFISSÃO:                                                                                                                                                                                                                     |
| 5.3 NESTE TRABALHO VOCÊ É/ERA: ( ) Empregado com carteira assinada ( ) Militar ( ) Funcionário público ( ) Empregado sem carteira assinada ( ) Autônomo ( ) Empregador ( ) Não remunerado                                                         |
| <b>6. ASPECTOS CLÍNICOS:</b>                                                                                                                                                                                                                      |
| 6.1 QUAL/QUAIS DA(S) SEGUINTE(S) DOENÇA(S) CRÔNICA(S) VOCÊ POSSUI DIAGNÓSTICO: ( ) HAS ( ) DIA ( ) Doença Renal ( ) Coronariopatia ( ) NSA                                                                                                        |
| 6.2 VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO PARA ESSA DOENÇA: ( ) Não ( ) Sim<br>Qual/Quais:                                                                                                                                                                   |
| 6.3 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TEM DIAGNÓSTICO DESTA DOENÇA: _____ anos _____ meses                                                                                                                                                                     |
| 6.4 VOCÊ SENTE DOR HÁ QUANTO TEMPO: _____ anos _____ meses                                                                                                                                                                                        |
| 6.5 VOCÊ ACREDITA QUE SUA DOR TEM RELAÇÃO COM A DOENÇA: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                           |
| 6.6 EM QUE PERÍODO DO DIA SUA DOR É MAIS FREQUENTE: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno ( ) Diurno ( ) Não há                                                                                                                                 |
| 6.7 FATOR (ES) QUE MELHORAM A DOR: ( ) Analgésicos ( ) Calor ( ) Frio ( ) Deitar ( ) Sentar ( ) Andar ( ) Ficar de pé ( ) Contato ( ) Repouso ( ) Exercícios ( ) Sono ( ) Medicamentos controlados ( ) Massagem ( ) Fisioterapia ( ) Outros _____ |
| 6.8 EM GERAL VOCÊ DIRIA QUE SUA SAÚDE É: ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Muito ruim                                                                                                                                              |
| 6.9 PESO:            6.10 ALTURA:            6.11 IMC:                                                                                                                                                                                            |

## ANEXO D – Inventário Breve de Dor – IBD



DATA:

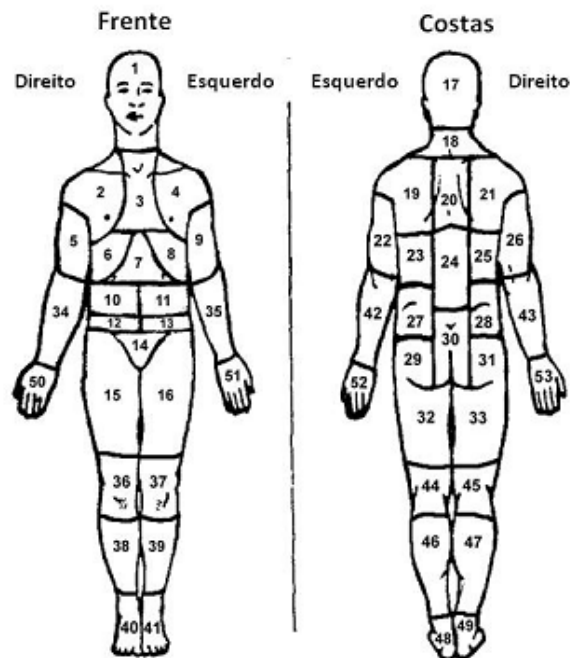
IDENTIFICAÇÃO:

**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

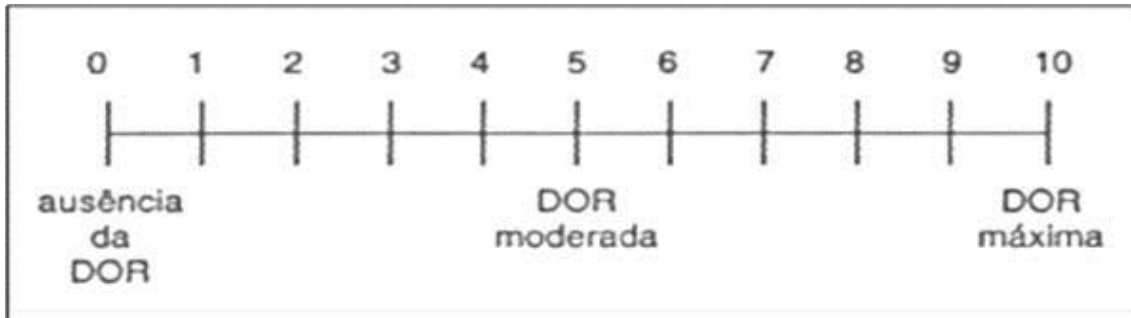




**ANEXO E – Escala Visual Analógica da Dor – EVA-D**

DATA:

IDENTIFICAÇÃO:



## ANEXO F - Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQoL-bref



DATA:

IDENTIFICAÇÃO:

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.**

|                                                                                                                                                |                                                                                       | Muito Ruim         | Ruim         | Nem Ruim Nem Boa                | Boa        | Muito Boa        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 1                                                                                                                                              | Como você avaliaria sua qualidade de vida?                                            | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
|                                                                                                                                                |                                                                                       | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
| 2                                                                                                                                              | Quão satisfeito(a) você está com sua vida?                                            | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas                                       |                                                                                       |                    |              |                                 |            |                  |
|                                                                                                                                                |                                                                                       | Nada               | Muito Pouco  | Mais ou Menos                   | Bastante   | Extremamente     |
| 3                                                                                                                                              | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 4                                                                                                                                              | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?          | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 5                                                                                                                                              | O quanto você aproveita a vida?                                                       | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 6                                                                                                                                              | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?                                   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 7                                                                                                                                              | O quanto você consegue se concentrar?                                                 | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 8                                                                                                                                              | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?                                      | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 9                                                                                                                                              | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?          | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas |                                                                                       |                    |              |                                 |            |                  |
|                                                                                                                                                |                                                                                       | Nada               | Muito Pouco  | Médio                           | Muito      | Completamente    |
| 10                                                                                                                                             | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?                                       | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 11                                                                                                                                             | Você é capaz de aceitar sua aparência física?                                         | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 12                                                                                                                                             | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?                       | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 13                                                                                                                                             | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?         | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 14                                                                                                                                             | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?                           | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

| As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. |                                                                                                  |                    |              |                                    |            |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
|                                                                                                                                                        |                                                                                                  | Muito Ruim         | Ruim         | Nem Ruim<br>Nem Bom                | Bom        | Muito Bom        |
| 15                                                                                                                                                     | Quão bem você é capaz de se locomover?                                                           | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
|                                                                                                                                                        |                                                                                                  | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito<br>Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
| 16                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?                                                     | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 17                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?   | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 18                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?                                 | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 19                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?                                                      | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 20                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 21                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?                                                | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 22                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?                         | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 23                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?                                | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 24                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?                             | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |
| 25                                                                                                                                                     | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?                                       | 1                  | 2            | 3                                  | 4          | 5                |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

|    |                                                                                                         | Nunca | Algumas<br>Vezes | Frequentemente | Muito<br>Frequentemente | Sempre |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|----------------|-------------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1     | 2                | 3              | 4                       | 5      |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

## ANEXO G – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** *¿Efeito de um Programa de Educação em Saúde em Indivíduos com Dor Crônica¿*

**Pesquisador:** KATIA NUNES SÁ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68160517.9.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.213.746

#### Apresentação do Projeto:

A dor é um fenômeno multidimensional e de difícil interpretação. Trata-se de uma condição multidimensional complexa e seu manejo ainda é um desafio. O cuidado biomédico é insuficiente para o controle da DC, sendo fundamentais as práticas integrativas e os modelos de abordagem. Sendo assim, mudanças na relação entre profissionais de saúde e pacientes e o conhecimento de fatores podem contribuir com o controle do fenômeno doloroso crônico. Por este motivo, intervenções socioeducativas têm sido recomendadas por diretrizes internacionais para o controle efetivo do problema e uma das estratégias para se lidar com este problema é a educação. Educar pessoas em relação ao que é a dor, como se processa em seus corpos, quais são suas causas mais comuns, fatores de risco e como prevenir ou tratar de forma efetiva podem ajudar a diminuir as suas repercussões negativas, a controlar os sintomas e otimizar o uso dos serviços de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, utilizando a cartilha EducaDor.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.213.746

**Objetivo Secundário:**

- Verificar o efeito na intensidade da dor;
- Verificar o efeito no consumo de medicamentos;
- Verificar o efeito na qualidade de vida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A autora relata a existência de risco do constrangimento ao indivíduo da pesquisa, será garantido sigilo absoluto das informações, uma vez que as entrevistas serão realizadas em um consultório privativo na USF e os participantes poderão desistir da pesquisa, se assim desejarem. Porém, se apesar de todos esses cuidados, o indivíduo ainda se sentir constrangido, o mesmo será encaminhado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família para a rede referenciada de apoio psicossocial do município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo realizado um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) com pessoas que apresentam dor crônica em uma comunidade adscrita às Unidades de Saúde da Família (USF) Pituauçu e Parque de Pituauçu, Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador, Bahia. Esta população está cadastrada nestas USFs, sendo atendida por cinco equipes multiprofissionais compostas, por médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de Enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Serão necessários 31 indivíduos, com dor crônica, por grupo, totalizando um tamanho amostral de 93 indivíduos.

**Critérios de Inclusão:** Indivíduos cadastrados nas equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família Pituauçu e Parque de Pituauçu, com presença de dor diária ou quase diária há pelo menos seis meses, idade entre 18 e 60 anos, alfabetizados.

**Critérios de Exclusão:** Gestantes, pessoas com dificuldades para compreensão dos questionários, doenças associadas que possam reduzir o nível de qualidade de vida (doenças cardíacas, neurológicas, respiratórias, imunológicas e metabólicas) e presença de analfabetismo funcional.

**Instrumentos:** Questionário de dados sociodemográficos e clínicos (sexo, idade, peso, altura, nível educacional, classe social, diagnóstico médico, tabagismo, consumo de álcool, tratamentos realizados, prática de atividade física), Inventário Breve de Dor (IBD), Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D), Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL).

Após a realização das entrevistas, os participantes serão então sorteados por outro membro cego

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275 | CEP: 40.290-000            |
| Bairro: BROTAS                     |                            |
| UF: BA                             | Município: SALVADOR        |
| Telefone: (71)3276-8225            | E-mail: cep@bahiana.edu.br |



Continuação do Parecer: 2.213.746

quanto aos dados da avaliação para a alocação em três grupos: 1) Grupo Teste; 2) Grupo Cartilha; 3) Grupo Controle.

Todos os participantes serão seguidos por seis meses consecutivos e estimulados ao uso da cartilha através de ligações telefônicas, mensagens telefônicas, mensagens por WhatsApp e e-mail uma vez por semana, de forma padronizada.

O Grupo Teste receberá a cartilha e participará de seis encontros coordenados por um pesquisador responsável com uma hora de duração durante seis semanas onde terão a oportunidade de esclarecer dúvidas, discutir com seus pares seus problemas e dificuldades. Os encontros acontecerão na própria Unidade de Saúde ou em algum espaço na comunidade que já seja utilizado pelas equipes para desenvolvimento de atividades educativas. Neste Grupo, serão trabalhados os seis domínios da Cartilha Educador:

1. O que é dor? 2. Dor aguda: a dor útil. 3. Dor crônica: a dor persistente. 4. Falsas ideias sobre a dor crônica: não acredite nelas. 5. Estratégias para o enfrentamento da dor. 6. Dicas gerais.

O Grupo Cartilha receberá a cartilha e nenhuma orientação adicional.

O Grupo Controle só receberá a cartilha ao final do estudo, caso se comprove algum benefício nos demais grupos. Porém, os cuidados habituais serão mantidos.

Após os seis meses de seguimento, todos os participantes serão convocados para o pós-teste, quando serão reavaliados os instrumentos para caracterização da dor (Inventário Breve de Dor (IBD), Escala Visual Analógica da Dor (EVA-D), Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL)).

Esta reavaliação será realizada pelos mesmos avaliadores cegos quanto à alocação.

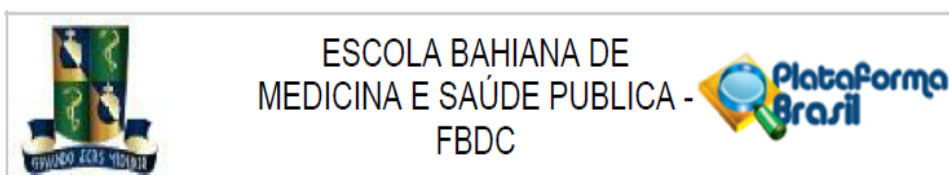
Ao final do estudo, comprovando-se o benefício do uso da Cartilha, todos os participantes da pesquisa receberão um exemplar deste dispositivo e os que estavam alocados nos grupos Cartilha e Controle serão convidados a participar de 6 encontros coordenados por um pesquisador responsável com uma hora de duração durante seis semanas.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: totalmente preenchida e assinada pelo responsável institucional;
- Carta de anuência do local da pesquisa apresentado assinado pela responsável técnica;
- Cronograma compatível;
- Orçamento: informa que será com financiamento próprio;
- TCLE : encontra-se claro e objetivo, explicando os riscos e benefícios, mais de uma forma de contato com pesquisadores, informação de acesso ao CEP-Bahiana para casos de dúvidas e denúncias.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br





Continuação do Parecer: 2.213.746

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanada(s) a(s) pendência(s) anteriormente assinalada(s) no Parecer Consubstanciado datado de 07.06.2017 referentes ao TCLE, o projeto garante o atendimento aos princípios básicos da bioética para pesquisa com seres humanos preconizados pela Res. 466/12 do CNS: autonomia dos participantes, equidade, beneficência e não maleficência.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

#### XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                                   | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                       | Situação |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                   | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905693.pdf | 22/06/2017<br>10:41:24 |                             | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador        | ProjetoDoutoradoCEP2.doc                     | 22/06/2017<br>10:23:18 | Ana Shirley Maranhão Vieira | Aceito   |
| Cronograma                                       | Cronograma2.doc                              | 22/06/2017<br>10:22:48 | Ana Shirley Maranhão Vieira | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TCLECEP2.doc                                 | 22/06/2017<br>10:22:17 | Ana Shirley Maranhão Vieira | Aceito   |

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

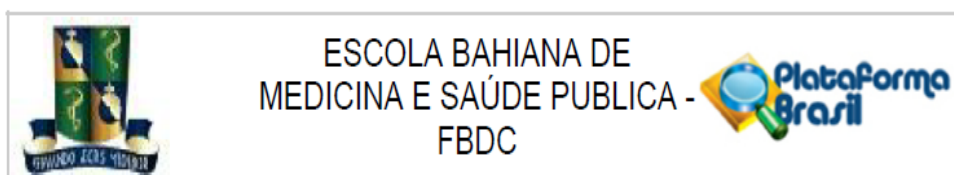
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br





Continuação do Parecer: 2.213.746

|                                                           |                         |                        |                                |        |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| Ausência                                                  | TCLECEP2.doc            | 22/06/2017<br>10:22:17 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | Folhaderosto.pdf        | 09/05/2017<br>22:13:03 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Outros                                                    | CartaAnuenciaSMS.pdf    | 28/04/2017<br>09:02:36 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLECEP.doc             | 26/04/2017<br>14:46:12 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoDoutoradoCEP.doc | 26/04/2017<br>14:45:41 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Outros                                                    | Whoqolbref.docx         | 25/04/2017<br>09:17:57 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Outros                                                    | EVAD.docx               | 24/04/2017<br>16:58:45 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Outros                                                    | IBD.docx                | 24/04/2017<br>16:58:06 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Outros                                                    | QUESTIONARIO.docx       | 24/04/2017<br>16:57:19 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Cronograma                                                | Cronograma.doc          | 24/04/2017<br>14:33:59 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |
| Orçamento                                                 | Recursos.docx           | 24/04/2017<br>14:32:42 | Ana Shirley<br>Maranhão Vieira | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 11 de Agosto de 2017

Assinado por:

Roseny Ferreira  
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000


UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br

**ANEXO H – Ofício nº 330/2017 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador autorizando a realização da coleta de dados e dos encontros semanais com os participantes nas USF Pituaçu e Parque de Pituaçu**

  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde**  
**Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 24 de agosto de 2017.  
Of. nº 330/2017.

**Ilmo. Sr.**  
**Moisés Gomes da Silva Filho**  
MD. Coordenador do Distrito Sanitário Boca do Rio  
Em Att: ao NUGETES  
**Srª. Vera Lúcia Batista Borges Marinho**  
**NESTA.**

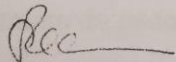
Senhor Coordenador,

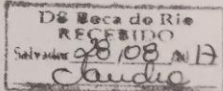
Encaminhamos a V.S.<sup>a</sup> a pesquisadora Ana Shirley Maranhão Vieira, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), para coletar dados referentes ao projeto de pesquisa *Efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica*. O objetivo geral desse estudo é descrever o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com dor crônica, utilizando a cartilha EducaDor. Trata-se de um ensaio clínico randomizado composto por três grupos de participantes: a) teste; b) cartilha e c) controle. No âmbito desta secretaria, os dados serão coletados mediante a aplicação de instrumentos (ex.: questionários e cartilha) com usuários das USF Pituaçu e Parque Pituaçu que consentirem a participação no estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Informamos que esse projeto foi analisado pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP (parecer nº 2.213.746). Salientamos ainda que, após a conclusão do estudo, a pesquisadora deverá apresentar cópia do produto da pesquisa à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal, bem como comprometer-se a apresentá-la à Secretaria Municipal da Saúde, caso seja solicitada.

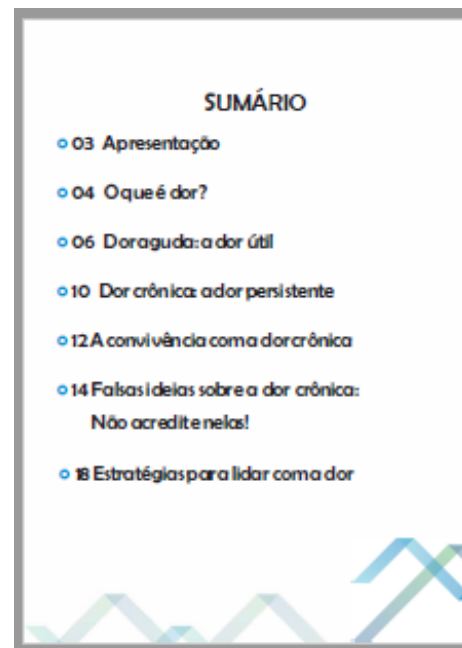
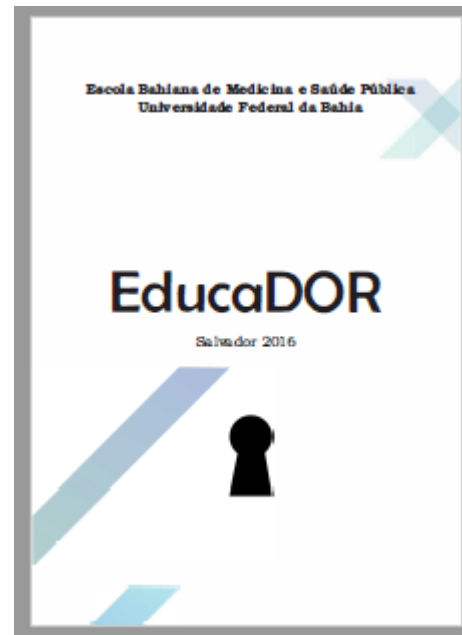
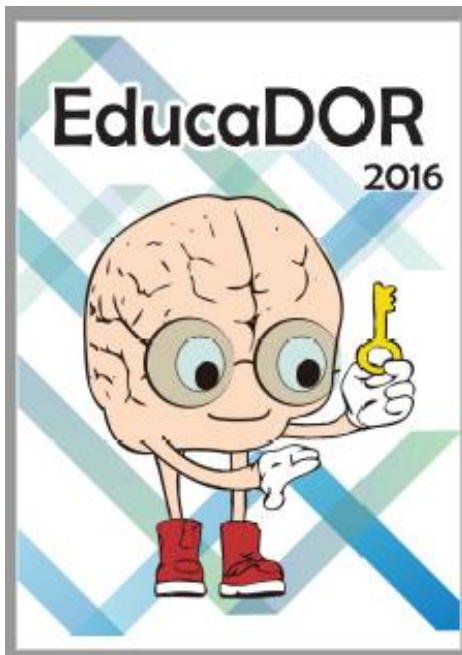
Contato da pesquisadora: [asmaranhao2707@gmail.com](mailto:asmaranhao2707@gmail.com)

Cordialmente,

  
**Emanuel M. Silva**  
Técnico da Capacitação/CGPS/SMS



## ANEXO I – Cartilha EducaDor



3

## APRESENTAÇÃO


**S**e essa cartilha chegou às suas mãos é porque a dor já é sua companheira ou de alguém próximo a você.

Lidar com a dor não é nada fácil, tanto para quem sente como para quem está próximo, que muitas vezes não entende tanta dor sem um motivo aparente.

Essa também é uma situação desafiadora para a equipe de saúde, que nem sempre compreende bem a dor. E, aí, haja sofrimento, a dor toma conta de tudo!

Para chegar até aqui buscamos informações científicas e ouvimos pessoas que convivem com a dor a muito tempo. Elas falaram sobre suas histórias, dúvidas, medos. E também dividiram suas estratégias para lidar com essa situação.

A leitura irá ajudar você a entender como o seu organismo funciona em relação à dor, a desvendar os mistérios que a envolvem e, sobretudo, a desfazer ideias erradas que podem estar sabotando suas tentativas de ficar bem.



Olá! Eu sou o **CÉREBRO**, e vou te ajudar a entender sua dor.

Vamos lá!

4

## O QUE É DOR?




Definir dor é algo difícil de fazer, porque cada pessoa experimenta a dor de uma forma diferente. Ela vem junto com sensações e emoções que não são agradáveis e mexe não apenas com uma parte do corpo, mas com a pessoa inteira.

- Sentir dor não significa que existe algo machucado, significa que o seu cérebro acredita que algumas situações são perigosas para você.
- Esse perigo pode ser real, no caso de um machucado que você precisa proteger para não piorar a situação, mas algo mais doloroso vem como um "alarme falso".

5

Uma mesma situação pode provocar muitas reações, inclusive dor e vice-versa entre as pessoas.

**Beleza, por que isso acontece?**



Muitos fatores influenciam, veja alguns deles:

- O jeito de ser e de lidar com as emoções;
- As experiências de vida;
- O entendimento sobre a situação;
- Os costumes da família e da comunidade em que vive.

6

A dor pode ser de dois tipos: aguda ou crônica. Vamos conhecer a diferença entre elas:

### DOR AGUDA: A DOR ÚTIL

A dor aguda é aquela que é muito importante para a sobrevivência, daí se dizer que é uma dor útil, pois funciona como um alarme que provoca reações naturais de proteção.



Situações comuns que podem provocar dor aguda: quedas, arranhões, cortes, queimaduras, picadas de inseto, cirurgia.

Veja um exemplo que você conhece bem:

Já em madrugada quando Madalena, costureira "de mão cheia", estava apertando os últimos detalhes de um vestido de noiva que produzava. Escorreu suor naquela semana. Casou-se e com tempo, acabou se machucando com a tesoura. O que seria que vai acontecer?



**Perigo à vista!**

7

O nosso corpo é repleto de **sensores de perigo**. Alguns sensores são especializados em reconhecer que algo está machucando ou que tem algum risco de machucar. Então enviam mensagens de perigo para o cérebro, informando que é preciso tomar alguma atitude. Mas, esse aviso por si só não provoca dor.

#### A informação segue em frente

Após o corte com a tesoura desparar os sensores o aviso segue pelos nervos que são como cabos elétricos, e conduzem as informações para a medula espinhal e depois para o cérebro.



#### Primeira parada: a medula espinhal

Protegida pelas ossadas da coluna vertebral, a medula espinhal recebe as informações que vêm do corpo através dos nervos e se envia para o cérebro. Em situações mais urgentes como em casos de queimadura ou um corte como esse, é a medula quem toma decisões rápidas e quase que imediatamente você vai retirar sua mão. **Uá!!!**

A medula espinhal, também pode e temer muito sem nível se um machucado permanecer por muito tempo. Se isso acontecer, um estímulo que antes não era muito agressivo, agora pode até provocar dor.

8

#### Chegada ao destino: o Cérebro

Ele é considerado o grande líder e está bem protegido dentro do crânio. Recebe as informações que vêm do corpo, as interpreta e responde.



O cérebro responde aos estímulos e também toma decisões baseadas em muitos fatores como lembranças, pensamentos, sentimentos e coisas.

No mesmo tempo, reações físicas e emocionais são geradas em resposta à ameaça de dor e vão influenciar profundamente a decisão do cérebro.

Lembre que Madalena, que se machucou com a tesoura, tinha um compromisso, precisava finalizar o vestido de noiva. Provavelmente, a preocupação aumentou a intensidade da dor!

#### O alarme dispara DOR!



Se o cérebro entender que a situação é perigosa, então o resultado pode ser DOR.

A dor é a resposta do seu cérebro à ameaça de perigo!

9



Se o cérebro entender que não há perigo, ou que não é hora de se preocupar com isso, não haverá dor, veja exemplo:

Um soldado, ferido em um combate, pode nem sentir dor se estiver lutando pela sua sobrevivência.

Uma pessoa que tem sérios problemas na coluna pode não se queixar de dor, porque como o doente se acostuma lentamente, o cérebro não entende que havia perigo.

No exemplo da tesoura, o perigo foi real, então o corpo precisava se recuperar.

Na dor aguda, a dor pode ser o guia para saber se um movimento é bom ou não.

#### O cérebro é a chave!



Já vimos que em algumas situações pode haver risco real e não sentir dor. O oposto também acontece. Mesmo sem existir problema que justifique uma dor, se o cérebro entender que há perigo, vai haver dor.

Também é ele que julga as informações que chegam através dos sensores, nervos e medula espinhal e decide qual fazer, **ele é a chave!**

Na dor crônica, a dor parece como um alarme falso, não pode mais servir de guia para saber se um movimento é bom ou não.

10

#### DOR CRÔNICA: A DOR PERSISTENTE

A dor crônica é aquela que dura mais tempo do que o esperado, que persiste de forma contínua ou é frequente por mais de três meses.

Roberto trabalhava em um escritório e fazia muito tempo sentido. Sentia dor na coluna quase todos os dias. Usava remédio por conta própria e achava que era normal, nem dava atenção. Só se chamava atenção quando estava em casa, com a dor mais forte.

O que Roberto não sabia é que sua dor estava se tornando crônica. Como o tempo, deixou de trabalhar, passou a ficar em casa, triste e, mesmo assim suas dores continuaram.



Em casos como o de Roberto, a dor deixa de ser útil, como a dor aguda, pois já não há um machucado ou risco que a justifique e ela não te em continuar por este.



11

Conversamos com pessoas que convivem com a dor crônica, vamos ver como uma dói e a outra não.

"É uma sensação muito ruim a dor que eu sinto. Às vezes é até difícil de explicar como é a dor porque a dor não vem de uma forma, vem de muitas formas, então é uma sensação muito horrível, incômodo, demais". Rosa

Se existe dor porque estava machucado, então podemos imaginar que a dor diminua à medida que houver recuperação. Entretanto, não é assim que acontece na dor crônica. Talvez você não se lembre, mas nem sempre a dor está associada a uma chacoalhada.

**Sensibilidade "à flor da pele"**

Na dor crônica, situações comuns, que naturalmente não provocariam dor, passam a ser consideradas susceptíveis ao menor se-doloramento.

Um simples aperto de mãos pode se tornar doloroso.




13

"Eu sempre falo para eles: eu queria ter um aparelho de medir dor para eu mostrar a vocês o tamanho da dor que eu o outro sentido. Se existisse esse aparelho seria ótimo, até para as próprias médicas."

- Nem sempre se sente disposto;
- O sono não é mais tranquilo;
- Pensamentos negativos são frequentes;
- Às vezes sente vontade de se isolar;
- O rendimento no trabalho diminui;
- As ideias criativas se tornam mais frequentes;
- A qualidade de vida diminui;

**Números da dor – você não está sozinho!**



A dor crônica afeta pessoas de todas as idades. No Brasil, pesquisas mostram que a cada dez pessoas, três ou quatro têm dor crônica. É uma situação alarmante! Qualquer pessoa pode desenvolver dor crônica.

12

**Parece não fazer sentido!**


A dor de uma pancada, por exemplo, vai doer na hora e diminuir com o tempo. Mas na dor crônica, a dor pode chegar mais forte até horas depois de você ter feito uma atividade. Pode também ser uma dor que chega de repente, sem você entender o motivo.

O cérebro é dividido em regiões, que se conectam para gerar novas memórias, movimentos e emoções. Não há uma região para a dor. Porém, com a dor essas áreas ficam mais sensíveis. Assim, estímulos que o cérebro identifica como perigosos podem ser suficientes para gerar dor. Então, tudo ao seu redor pode de repente doer, seja um dia mais chuvoso, uma pessoa apertando a sua lembrança.

**A CONVIVÊNCIA COM A DOR CRÔNICA**

Quando que na dor aguda a pessoa pode apresentar vulnerabilidade, insegurança, um jeito diferente de se mover na dor crônica é diferente, ela não é visível. Talvez por isso seja tão difícil ser reconhecida pelas outras. Algumas situações são comuns a quem tem dor crônica:

- Atividades comuns do dia-a-dia se tornam difíceis;
- Os relacionamentos em casa, com amigos e no trabalho estão diferentes;



14

**FALSAS IDÉIAS SOBRE A DOR CRÔNICA – NÃO ACREDITE NELAS!**

"Se está doendo deve ter algo que machucando". Na dor crônica isso pode não ser verdade. Lembre-se da dor como alarme falso, qualquer coisa pode ser entendida como perigosa e causar dor.

Quando sentir dor em alguma situação se pergunte: "Isso é realmente perigoso?"

Veja alguns fatores que podem contribuir para o surgimento da dor crônica:

- Consumo de álcool
- Excesso de peso
- Fumar



15

**"O meu problema é uma hérnia de disco?"**

Mesmo que você tenha um diagnóstico ou outro problema na coluna, não significa que seja a causa da dor. Não se impressione com isso, pois é possível conviver com hérnias de disco, lesões do papagaio, artrose e não sentir dor.

Essa preocupação com uma busca interminável por respostas médicas e exames o que, muitas vezes, deixa um sentimento de frustração.

**"Ainda não descobriram o meu problema?"**

Agora que você já sabe que a dor crônica não é vilã em exames, vamos aprender a conviver com ela!





16

**"A minha dor pode ser psicológica, será que estou ficando maluco?"**

As questões emocionais podem ser o "porquê" para que a dor aconteça, fique mais intensa ou prolongada.

**"Se a gente coloca na nossa mente uma coisa que a gente sente, a gente só vai piorar. Tem que se virar as coisas, mas não colocar tudo na 'mente'. Por que tudo que a gente coloca na 'mente' vira uma doença, mais sério". Violeta**

Talvez não se tempo de conviver com a dor você só tenha sentido melhora com o uso de medicamentos. Não use medicação por conta própria. Isso é, não vale tomar aquele remédio que fez muito bem à sua vizinha.

Use medicamento somente da forma e com a dosagem que está na sua receita médica. Se se preocupar, assim como foi indicado pelo seu médico a medicação não vai causar efeito.

**"Minha dor só passa um remédio."**





17

Essa ideia não funciona para quem tem dor crônica. Fazer repouso prolongado pode gerar fraqueza e cansaço.

Você pode acabar se isolando das coisas que gosta, das amigas e passar a ficar concentrado somente na dor. Isso é ruim porque, com o tempo, você vai se sentir triste e pode até desenvolver uma depressão.

**Revolta é a reação de quem o dia de todos!**

Evite ficar muito tempo em uma posição só, procure dar intervalos e se movimentar um pouco mais sempre que possível.




Acordar que precisa de maior atenção e apoio dos outros e tempo todo pode levar você a se acomodar, além do risco de ficar com sentimento de que não está tendo a atenção que merece.

**"Repouso é sempre o melhor remédio"**

**"Preciso de apoio dos meus familiares e daqueles que convivem comigo"**

Faça como Dona Gertrudes:

**"Pensamento positivo e reagir diante da dor, mesmo com pouca força. Eu luto contra a dor todo dia. Tenho que correr atrás, não posso parar!"**

18

**Estratégias para lidar com a DOR**

**Estratégia nº 1: Seja curioso!**


Conhecer a dor, saber como e porque ela acontece é muito importante. Pessoas que têm esse conhecimento são menos ansiosas, também ator maior tolerância à dor, são menos medo de se mover, menos pensamentos negativos e, sobretudo, têm melhores condições de enfrentá-la.

**Estratégia nº 2: Olhe para a dor!**

Mesmo que a dor lhe acompanhe há anos não significa que você a conheça, talvez ainda não perceba como e quando ela aparece. Não é bom pensar nada o tempo, mas fazer de conta que ela não existe, também não é uma boa opção. Observe em que situações a dor vem, o que a piora e o que alivia.

**Estratégia nº 3: Olhe para além da dor**

Por mais que a dor queira se tornar o centro da sua vida, não deixa, não! Quando acordar de manhã, seja grato por mais um dia e se pergunte: O que pode me fazer feliz hoje? O que quero de fazer? Quais são os meus sonhos e planos para os próximos anos?



## ANEXO J – Artigo Publicado na *Revista Dor* em 2019: “Validação de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica: EducaDor”

BrJP, São Paulo, 2019 Jan-mar;2(1):39-43

ARTIGO ORIGINAL

### Validation of an educational booklet for people with chronic pain: EducaDor

*Validação de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica: EducaDor*

Ana Shirley Maranhão Vieira<sup>1</sup>, Kamyle Villa-Flor de Castro<sup>2</sup>, Janine Ribeiro Canatti<sup>2</sup>, Iasmyn Adélia Victor Fernandes de Oliveira<sup>2</sup>, Sílvia Damasceno Benevides<sup>2</sup>, Katia Nunes Sá<sup>1</sup>

DOI 10.5035/2595-0118.20190008

#### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Socio-educational tools aimed at the population with chronic pain can help in the knowledge about trigger mechanisms, beliefs, and attitudes towards pain that may be useful in their control. In addition to developing them, it is necessary to evaluate whether these tools are valid for therapeutic use. The objective of this study was to describe the validation process of an educational booklet for people with chronic pain.

**METHODS:** This study was developed in three stages: questionnaires for the evaluation of the booklet by patients and professionals, interview, and content validation. The sample consisted of 60 patients with chronic pain and six professionals specialized in your treatment. For validation, the Content Validity Index per items was used considering a score greater than or equal to 80%.

**RESULTS:** All six domains evaluated in the booklet obtained a Content Validity Index per items score greater than 80%. The Content Validity Index per items overall rate of the domains evaluated by the patients was 88% while for the health professionals it was 92%.

**CONCLUSION:** The EducaDor booklet showed to be valid for use in the education of patients with chronic pain.

**Keywords:** Chronic pain, Health education, Validation study.

#### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Ferramentas socioeducativas voltadas para a população com dor crônica podem auxiliar no conhecimento sobre mecanismos desencadeantes, crenças e atitudes frente à dor, que podem ser úteis no seu controle. Além de desenvolvê-las, se faz necessário avaliar se essas ferramentas são válidas para o uso terapêutico. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de validação de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica.

**MÉTODOS:** Este estudo foi desenvolvido em três etapas: construção de questionários para avaliação da cartilha por pacientes e profissionais, entrevista e validação de conteúdo. A amostra consistiu de 60 pacientes com dor crônica e seis profissionais especializados no seu tratamento. Para validação, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo por itens considerando um escore maior ou igual a 80%.

**RESULTADOS:** Todos os seis domínios avaliados na cartilha obtiveram escore do Índice de Validade de Conteúdo por itens maior que 80%. A taxa global do Índice de Validade de Conteúdo por itens dos domínios avaliados pelos pacientes foi de 88% enquanto que para os profissionais de saúde foi de 92%.

**CONCLUSÃO:** A cartilha EducaDor mostrou-se válida para o uso na educação de pacientes com dor crônica.

**Descritores:** Dor crônica, Educação em saúde, Estudo de validação.

#### INTRODUÇÃO

A dor crônica (DC) é definida como “uma experiência estressante associada à lesão tecidual real ou potencial, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais”<sup>1</sup> que perdura por mais de seis meses, com frequência diária ou quase diária. No Brasil, a DC é considerada um problema de saúde pública apresentando alta incidência e prevalência<sup>2</sup>. A DC afeta mais de 40% da população no Brasil<sup>3,4</sup>.

O caráter multifatorial da DC prevê a necessidade de novas modalidades preventivas e terapêuticas para o seu controle. Desse modo, o uso de abordagens multidimensionais que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais, assim como as atividades de educação em saúde que abordam esses aspectos biopsicossociais, podem resultar em benefícios imediatos e tardios. Esse efeito se mostrou superior àqueles obtidos através de intervenções convencionais, como uso de fármacos e fisioterapia<sup>5,6</sup>.

Tornar as pessoas conscientes quanto ao significado da dor, como ela se comporta, suas causas mais comuns, fatores de risco e como prevenir ou tratá-la de forma efetiva, podem contribuir para controlar os sintomas e otimizar o uso dos serviços de saúde<sup>6-8</sup>.

Ana Shirley Maranhão Vieira - ●<https://orcid.org/0000-0002-7170-4203>;  
Kamyle Villa-Flor de Castro - ●<https://orcid.org/0000-0001-8496-4576>;  
Janine Ribeiro Canatti - ●<https://orcid.org/0000-0002-5726-8388>;  
Iasmyn Adélia Victor Fernandes de Oliveira - ●<https://orcid.org/0000-0003-0180-5997>;  
Sílvia Damasceno Benevides - ●<https://orcid.org/0000-0002-4877-0835>;  
Katia Nunes Sá - ●<https://orcid.org/0000-0002-0255-4379>.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.  
2. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, Salvador, BA, Brasil.

Apresentado em 10 de setembro de 2018.  
Aceito para publicação em 10 de dezembro de 2018.  
Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

**Endereço para correspondência:**  
Katia Nunes Sá  
Av. D. João VI, 275 – Brotas  
40290-000, Salvador, BA, Brasil.  
E-mail: [katia.sag@mail.com](mailto:katia.sag@mail.com)  
E-mail: [asmvieira@bahiana.edu.br](mailto:asmvieira@bahiana.edu.br)

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor



Diferentes métodos para a realização de processos educativos na área de saúde, que envolvem desde a distribuição de cartilhas, estudos de construção pessoal, filmes, atividades em grupo e palestras, têm sido adotados<sup>6-11</sup>. Entretanto, observa-se escassez na literatura sobre abordagens que utilizem materiais educativos escritos, como cartilhas envolvendo orientações para o auxílio ao tratamento de pacientes com DC. Através de cartilhas, pacientes e familiares/cuidadores podem adquirir conhecimento sobre situações desencadeantes da dor e o que fazer para ajudar a minimizá-la<sup>12,13</sup>.

Pensando nisso, Mendez et al.<sup>14</sup>, desenvolveram uma cartilha para educação em DC, denominada "EducaDor", que ultrapassa o modelo puramente biomédico de sua abordagem. O seu conteúdo envolve a dor desde seu conceito até seu o processamento, sendo abordada de forma simples e objetiva, e propondo estratégias de enfrentamento. Visando à utilização da cartilha de forma ampliada na prática clínica, este estudo teve como objetivo validar uma cartilha socioeducativa sobre DC por pacientes e profissionais de saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de validação de uma tecnologia leve em saúde, realizado no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de junho de 2015 a novembro de 2016.

Para a validação da cartilha foram formulados e aplicados questionários semiestruturados em uma amostra voluntária de pacientes com DC e profissionais de saúde com experiência na assistência a esse perfil de pacientes. Dentre os profissionais da equipe do referido ambulatório, foram selecionados seis juízes, conforme sugerido por Joventino et al.<sup>15</sup>, que atenderam aos critérios de elegibilidade. A validação pelo público-alvo foi validada com 10 pacientes por profissional de saúde, totalizando 60 pacientes.

Foram incluídos pacientes cadastrados no Ambulatório de Dor do HUPES/UFBA, com diagnóstico de DC, alfabetizados, com faixa etária de 18 a 60 anos e excluídos os que não compreenderam o instrumento de avaliação. Foram incluídos profissionais de saúde com experiência mínima de 5 anos na assistência ao paciente com DC. Este trabalho consistiu de três etapas: construção de questionários para validação da cartilha por juízes, entrevista, e validação de conteúdo.

### Construção dos questionários

A construção dos questionários foi realizada com base nos critérios de avaliação para validação de material educativo *Suitability Assessment of Materials (SAM)*<sup>16</sup>. Esse método consiste na avaliação do conteúdo escrito em termos de compreensão, descrita como a dificuldade relativa em entender um significado. Para isso, as questões aplicadas têm como opção de resposta o grau de entendimento, sendo essas repostas graduadas em escala *likert* de "1" a "4", correspondendo a "não", "pouco", "bastante" e "totalmente", respectivamente.

### Entrevista

A entrevista foi realizada por quatro membros do grupo de pesquisa. Inicialmente foi apresentado ao voluntário o objetivo do estudo e uma breve introdução sobre o conteúdo da cartilha. Ao concordar em participar, e atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, o voluntário assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e lhe

era disponibilizada uma cópia da cartilha para leitura. A leitura foi realizada em ambiente de sala de espera e o tempo disponível para realizá-la era de acordo com a necessidade individual de cada juiz. Logo em seguida foi realizada a aplicação do questionário de avaliação. O sigilo das respostas era garantido pelos avaliadores através da não identificação dos juízes, e as respostas eram arquivadas para posterior análise.

### Validação de conteúdo

Para a validação da cartilha educativa em dor foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo por itens (I-IVC)<sup>17,18</sup>, considerando um ponto de corte para aprovação maior ou igual a 78% quando houver sete ou mais juízes e de 86% para seis juízes<sup>19</sup>. O I-IVC avalia a proporção de avaliadores que julgaram determinados aspectos da cartilha como satisfatório, sendo esses avaliados através do questionário estruturado. Os itens dos questionários que eram pontuados com 1 e 2 eram classificados como respostas insatisfatórias e aqueles com 3 ou 4 eram classificados como satisfatórias. O score final foi calculado a partir do número de avaliadores que julgaram cada item como satisfatório, dividido pelo número de avaliadores:

$$I-IVC = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4}}{\text{número total de avaliadores}}$$

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFBA de 2015 sob o protocolo 44318415.7.0000.5662. Foram expressamente cumpridas todas as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estão de acordo com a Declaração de Helsinque.

## RESULTADOS

Para o processo de validação da cartilha foram entrevistados 60 pacientes com DC e seis profissionais de saúde com experiência na assistência a essa população. Na tabela 1 está demonstrado o nível de escolaridade e sexo dos juízes entrevistados. A maioria dos pacientes entrevistados foi do sexo feminino (83,3%) com ensino fundamental (38,3%) e médio completos (38,3%). Quanto aos profissionais de saúde, 83,3% possuía ensino superior completo (Tabela 1), enquanto que em relação aos pacientes, apenas 6 (10,0%) tinham esse nível de escolaridade.

**Tabela 1.** Escolaridade dos juízes expressa em frequência absoluta e relativa

| Variáveis              | Pacientes (n e %) | Profissionais de saúde (n e %) |
|------------------------|-------------------|--------------------------------|
| <b>Escolaridade</b>    |                   |                                |
| Fundamental incompleto | 4 (6,6)           | -                              |
| Fundamental completo   | 23 (38,3)         | -                              |
| Médio incompleto       | 4 (6,6)           | -                              |
| Médio completo         | 23 (38,3)         | -                              |
| Superior completo      | 6 (10)            | 5 (83,3)                       |
| Técnico completo       | -                 | 1 (16,6)                       |
| <b>Sexo</b>            |                   |                                |
| Masculino              | 10 (16,6)         | 2 (33,3)                       |
| Feminino               | 50 (83,3)         | 4 (66,6)                       |
| Total                  | 60 (100)          | 6 (100)                        |

Foram elaborados questionários estruturados para a validação da cartilha educativa por juízes. Um questionário era voltado para pacientes e outro para profissionais de saúde.

O questionário para pacientes (Figura 1A) foi composto pelos domínios conteúdo, apresentação da literatura, ilustração, legibilidade e impressão, e avaliação geral, totalizando 5 domínios. Enquanto que o questionário para profissionais (Figura 1B) foi composto por 6 domínios, sendo os já citados e acrescido o de acurácia científica. Os questionários de pacientes e profissionais consistiram de 22 e 24 questões, respectivamente. Ao final das questões de cada domínio era disponibilizado um espaço opcional para comentários e/ou sugestões de ajustes pelos juízes.

Questionário para validação da cartilha da dor crônica  
EducaDor - Questionário Pacientes  
Nível de Escolaridade: ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio  
( ) Ensino superior  
1 - Não 2 - Pouco 3 - Bastante 4 - Totalmente  
Não: de modo nenhum; negação  
Pouco: não muito; insuficiente  
Bastante: em quantidade suficiente; muito  
Totalmente: completamente  
Conteúdo  
1. O objetivo dessa cartilha está claro para você?  
1 2 3 4  
2. Você gostou das orientações apresentadas na cartilha?  
1 2 3 4  
3. Você gostou da ordem em que os textos são apresentados?  
1 2 3 4  
4. Você acha que falta alguma informação?  
1 2 3 4  
5. Todas as informações apresentadas são necessárias?  
1 2 3 4  
Espaço para comentários / sugestões

Figura 1A. Questionário para pacientes

Questionário para validação da cartilha da dor crônica  
EducaDor - Questionário Profissionais  
Nível de Escolaridade: ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio  
( ) Ensino superior  
1 - Não 2 - Pouco 3 - Bastante 4 - Totalmente  
Legenda:  
Não: de modo nenhum; negação  
Pouco: não muito; insuficiente  
Bastante: em quantidade suficiente; muito  
Totalmente: completamente  
Acurácia Científica  
1. O conteúdo da cartilha está de acordo com o conhecimento atual?  
1 2 3 4  
2. As recomendações apresentadas na cartilha estão corretamente abordadas?  
1 2 3 4  
Espaço para comentários / sugestões  
Conteúdo  
1. O objetivo da cartilha está claro?  
1 2 3 4  
2. As recomendações apresentadas são satisfatórias?  
1 2 3 4  
3. O conteúdo da cartilha segue uma linha de raciocínio lógico?  
1 2 3 4

Figura 1B. Questionário para profissionais de saúde

O score final dos questionários se baseou no I-IVC. Foram contabilizados o total de respostas que categorizavam os itens avaliados da cartilha como satisfatórios. A análise foi realizada para cada domínio do questionário e ao final o valor do I-IVC total foi calculado, obtendo-se o valor de 88 e 92% para pacientes e profissionais de saúde, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Valores do Índice de Validade de Conteúdo por itens dos avaliadores por domínio

| Domínios                      | Pacientes (%) | Profissionais de Saúde (%) |
|-------------------------------|---------------|----------------------------|
| 1. Acurácia científica        | NA            | 100                        |
| 2. Conteúdo                   | 87            | 92                         |
| 3. Apresentação da literatura | 86            | 90                         |
| 4. Ilustração                 | 84            | 88                         |
| 5. Legibilidade e Impressão   | 94            | 94                         |
| 6. Avaliação Geral            | 88            | 100                        |
| I-IVC total                   | 88            | 92                         |

NA = não se aplica

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou validar um material socioeducativo sobre DC no formato de uma cartilha que havia sido desenvolvida em estudo prévio<sup>14</sup>, a fim de verificar se ela poderia ser aplicada como recurso de educação em saúde, na perspectiva dos pacientes e de profissionais especializados. Os escores finais da avaliação atingiram nível de excelência na concordância dos juízes e indicaram que a cartilha EducaDor é válida e pode ser utilizada como recurso terapêutico.

Diversos fatores têm sido apontados como preditores para DC, dentre eles, ser do sexo feminino e ter baixo grau de escolaridade<sup>20,21</sup>. As diferenças na percepção dolorosa entre sexos são bastante evidenciadas na literatura<sup>22-25</sup>. Estudos experimentais com animais de laboratório<sup>26,27</sup> e humanos<sup>28</sup> sustentam a hipótese de que as mulheres possuem maior percepção à dor, por encontrarem-se mais expostas a determinadas situações como dismenorrea e parto. O grau de instrução inferior a 11 anos tem sido apontado como o maior fator de risco para essa condição<sup>29</sup>. As características sociodemográficas da amostra de pacientes entrevistados foram compatíveis com o perfil citado nesses estudos prévios. Justamente por esse perfil, o uso de materiais socioeducativos pode ser fundamental para o letramento em saúde, o que pode ter impacto no alívio da dor<sup>30</sup>.

Os profissionais entrevistados atribuíram 100% de acurácia científica ao material avaliado. Esse escore inspira confiança para a adoção imediata do material por outros profissionais na prática clínica. Profissionais cuidadosos têm incertezas frente ao reforço de crenças errôneas comumente encontradas em sites e materiais instrutivos não embasados em ciência. Devido à característica multifatorial da DC e às informações disponíveis na internet, o enfrentamento do problema tem sido um desafio para os profissionais de saúde<sup>9</sup>. O conhecimento sobre a dor com embasamento científico surge como uma estratégia coadjuvante ao tratamento de pessoas com DC. Programas de educação em dor utilizam abordagens que permitem transmitir informações sobre etiologia, nosologia e fisiopatologia da dor. Esse tipo de abordagem possibilita instrumentalizar pacientes



para maior consciência dos diferentes fatores causais e agravantes. O simples conhecimento atua nas representações sociais e nas experiências da doença, facilitando sua recuperação<sup>31</sup>.

A facilidade de leitura e a impressão foram os itens mais bem avaliados, tanto por profissionais como por pacientes. Esse resultado demonstra que é necessário um cuidado com o material impresso para que ele tenha durabilidade suficiente para ser consultado diversas vezes e cumpra sua finalidade<sup>8</sup>. Uma revisão sistemática<sup>32</sup> apontou que programas socioeducativos têm influência na melhora da dor, do movimento, além de promover diminuição de incapacidades e de utilização de serviços de saúde. O reconhecimento da qualidade da cartilha "EducaDor" pode indicar que essa ferramenta pode ser um auxílio no tratamento da DC no Brasil, devido aos aspectos biopsicossociais envolvidos<sup>14</sup>.

A elaboração de material educativo impresso é um meio de comunicação entre profissional e paciente que requer, além da clara identificação do público alvo, uma forma direta e intuitiva para transmitir o conteúdo abordado. Para despertar e manter o interesse do leitor devem ser considerados a linguagem, o *layout* e a ilustração. É a ilustração, no entanto, que vai, em grande parte, garantir a legibilidade e a compreensão de um texto<sup>33</sup>. No domínio do questionário intitulado como "conteúdo", pacientes e profissionais foram indagados sobre a clareza do objetivo da cartilha, à compreensão do texto, ordem dos textos e necessidade de informações. Cerca de 87% dos pacientes e 92% profissionais julgaram o conteúdo como satisfatório. No entanto, a ilustração revelou o menor escore na visão dos pacientes (84%). Ainda que seja um nível bastante satisfatório, edições futuras devem considerar a possibilidade de aperfeiçoamento das ilustrações. Limitar o número de ilustrações, trazê-las de forma simples e representativa, enfatizando pontos importantes na descrição do texto, elencando eventos da vida real, são estratégias que facilitam na transmissão do conteúdo ao leitor. Sendo assim, pessoas com baixa escolaridade podem se beneficiar por meio desses materiais e tipos de linguagem<sup>33</sup>.

A "EducaDor" buscou abranger de forma clara e detalhada o conceito de dor, abordando a dor aguda e crônica, suas características e diferenças, processamento, formas de enfrentamento e crenças errôneas que pacientes e cuidadores têm acerca da dor. Até o momento não foram encontradas cartilhas educativas validadas para pacientes com DC no Brasil. Entretanto, diversos materiais educativos estão disponíveis em sites para essa população. Além de abordar conceitos, esses materiais também discorrem sobre a qualidade do sono, ansiedade e tratamentos farmacológicos ou não. Evidências crescentes mostram que conhecer a neurofisiologia da dor faz com que o paciente com DC diminua a incapacidade e a catastrofização, aumentando os movimentos físicos e a adesão a terapêuticas variadas<sup>34</sup>. Apesar da "EducaDor" não abordar os tratamentos para a DC, os assuntos são discorridos a partir de histórias, dúvidas e medos relatados por essa população. O texto apresenta relatos de experiências de sujeitos que convivem com a dor, fazendo com que o leitor se identifique com o conteúdo exposto.

Como limitação, pode-se citar a realização dessa validação em apenas um centro de referência em dor, situado em Salvador, Bahia, que apresenta características socioculturais específicas. Além disso, o reduzido número de profissionais de saúde entrevistados pode não expressar o que especialistas de outras regiões considerariam como

relevante. Sugere-se que a cartilha EducaDor seja validada em outros centros de dor de outras regiões brasileiras e que o efeito sobre a intensidade e outros fenômenos relacionados à DC sejam testados em um ensaio clínico randomizado.

## CONCLUSÃO

A cartilha EducaDor foi considerada válida pela confiabilidade reconhecida por pacientes que sofrem com dor crônica e por profissionais especializados no seu tratamento, quanto ao seu conteúdo, incluindo a linguagem adotada, os temas abordados e as ilustrações.

## REFERÊNCIAS

1. Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain*. 2016;157(11):2420-3.
2. Teixeira M, Teixeira W, Santos F, Andrade D, Bezerra S, Figueiró J, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. *Rev Med*. 2001;80(spe1):1-21.
3. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008;139(3):498-506.
4. Ferreira Kdos S, Oliver GZ, Thomaz DC, Teixeira CT, Foss MP. Cognitive deficits in chronic pain patients, in a brief screening test, are independent of comorbidities and medication use. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016;74(5):361-6.
5. McCullion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(2):126-40.
6. Haugli L, Steen E, Laerum E, Nygaard R, Finset A. Learning to have less pain - is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Educ Couns*. 2001;45(2):111-8.
7. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother*. 2002;48(4):297-302.
8. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):324-30.
9. Louw A, Zimney K, O'Hotta C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):385-95.
10. Mees M, Nijls J, Oosterwijk J, Van Alsenoy V, Truijens S. Pain physiology education improves pain beliefs in patients with chronic fatigue syndrome compared with pacing and self-management education: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(8):1153-9.
11. Ryan RM, Weinstein N, Bernstein J, Brown KW, Mistretta L, Gagné M. Vitalizing effects of being outdoors and in nature. *J Environ Psychol*. 2010;30(2):159-68.
12. Gallagher L, McAuley J, Moseley GL. A randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *Clin J Pain*. 2013;29(1):20-5.
13. van Ittersum MW, van Wilgen CJ, van der Schans CP, Lambrecht L, Groothoff JW, Nijls J. Written pain neuroscience education in fibromyalgia: a multicenter randomized controlled trial. *Pain Pract*. 2014;14(8):689-700.
14. Mendez SP, Sá KN, Araújo PC, Oliveira IA, Gosling AP, Baptista AF. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. *Rev Dor*. 2017;18(3):199-211.
15. Joventino ES, Oriá MO, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficacy scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):371-9.
16. Doak CC, Doak LG, Root JH. *Learner Verification and Revision of Materials*. In: Doak, CC, Doak LG, Root JH. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. 1996. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1996. 167-88p.
17. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
18. Polit, DE, Beck CT. *Essentials of Nursing Research*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
19. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):925-36.
20. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):622-30. English, Portuguese.
21. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SS, Caiatta WT, Souza MF, Bernal RT. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):9s. English, Portuguese.
22. Palmeira CC, Ashmawi HA, Posso IP. Sexo e percepção da dor e analgesia. *Rev Bras Anestesiol*. 2011;61(6):820-8.
23. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain*. 2007;132(Suppl 1):S26-45.
24. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*. 1996;65(2-3):123-67.

25. Riley J 3rd, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*. 1998;74(2-3):181-7.
26. Fillingim RB, Gear RW. Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. *Eur J Pain*. 2004;8(5):413-25.
27. Thompson AD, Angelotti T, Nag S, Mokha SS. Sex-specific modulation of spinal nociception by alpha2-adrenoceptors: differential regulation by estrogen and testosterone. *Neuroscience*. 2008;153(4):1268-77.
28. Lira MO, Carvalho MF. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. *Rev Rene*. 2013;14(1):71-81.
29. Sardá Jr JJ, Nicholas MK, Pimenta CA, Aghari Ali. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. 2012;13(2):111-8.
30. Santos ML, Paixão RL, Osorio-de-Castro CG. Avaliação da alfabetização em saúde do sujeito de pesquisa. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2013;1(7):84-95.
31. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CM. (Health education: knowledge, social representation, and illness). *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):200-6. Portuguese.
32. Vieira A, Braga RM, Bartz PT, Candotti CT. Efetividade da escola postural em portadores de dor lombar crônica inespecífica. *Acta Fisiatr*. 2012;19(3):184-91.
33. Moreira MF, Nóbrega MM, Silva MI. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):184-8.
34. Louw A, Puentedura EL. Therapeutic neuroscience education, pain, physiotherapy and the pain neuromatrix. *Int J Health Sci*. 2014;2(3):33-45.

