

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GISLAINE SAURIN

**PRÉ-TESTE, FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INSTRUMENTO DE  
AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC**

Porto Alegre

2013

GISLAINE SAURIN

**PRÉ-TESTE, FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INSTRUMENTO DE  
AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em Enfermagem e saúde

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria da Graça O. Crossetti

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Saurin, Gislaine

Pré-Teste, Fidedignidade e validade do  
instrumento de avaliação da dor em idosos confusos -  
IADIC / Gislaine Saurin. -- 2012.  
88 f.

Orientador: Maria da Graça O. Crossetti.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Idoso. 2. Estudos de Validação. 3. Dor. 4.  
Enfermagem. 5. Confusão. I. Crossetti, Maria da Graça  
O., orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).


**GISLAINE SAURIN**

**Fidedignidade e validade do instrumento de avaliação da dor em idosos confusos - IADIC.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 13 de dezembro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

Membro da banca

UFPB

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus** por permitir a conclusão de mais uma etapa de minha vida e me fortalecer, em todos os momentos, estando sempre comigo.*

*Aos meus pais, **Gabriel e Zenilda** por acreditarem em mim, apoiando e incentivando minhas escolhas e decisões. Pelos ensinamentos e exemplos de persistência. Obrigada por todo carinho e amor. Simplesmente amo vocês!*

*Ao meu irmão **Jaime** por torcer por mim e mesmo distante, manter-se presente me incentivando. Amo você!*

*À minha orientadora, **Maria da Graça Oliveira Crossetti**, pelos ensinamentos, pela oportunidade de concluir mais esta etapa e principalmente por ter dividido comigo o seu conhecimento, nesses anos de convivência. Obrigada por tudo.*

*Aos membros do NECE, pela oportunidade de compartilhar e adquirir novos conhecimentos. Em especial a **Thaíla e Michele**, pela amizade e pelos momentos de descontração e risadas, e aos trabalhos realizados juntas. Sempre acreditei muito no potencial de vocês! Estão só colhendo os frutos que plantaram. Beijinhos!*

*Às professoras do PPGENF pelos ensinamentos e ótimos momentos vivenciados.*

*Aos colegas enfermeiros do Bloco Cirúrgico do Hospital Conceição, em especial **Gabriel, Thiago, Ilva, Leonardo, Fernanda e Cecilia**, pelo apoio nos momentos de crise, as conversas e as trocas de plantão (sempre de última hora), e a enfermeira **Jaqueline** (nossa coordenadora) pela força e compreensão. Obrigada a todos.*

*Às amigas mais que especiais **Jeane, Fernanda e Janaina** presentes desde os tempos da faculdade, pela amizade e pelos momentos de descontração e risadas nas nossas jantinhas.....Adoro vocês.*

*À minha irmã de coração **Jeane**, ou simplesmente **Jê!** Pelo carinho, pelas conversas e pelo colo sempre disponível, nos momentos difíceis, pelos sonhos compartilhados e realizados, e principalmente pelos momentos de alegria e diversão que dividimos. Amo-te!*

*Agradeço de modo especial à enfermeira **Michele Antunes**, por ter colaborado e auxiliado na coleta dos dados, assim como pelas tardes de companhia e pelas conversas, enquanto aguardávamos pelos pacientes. Parabéns pelas tuas conquistas merece cada uma delas. Beijos.*

*A todos os amigos e amigas que presentes ou distantes participaram e participam da minha história. Obrigada pela força e carinho.*

*Aos idosos que participaram como sujeitos desta pesquisa, obrigada pela participação.*

*"Comece fazendo o necessário,  
depois faça o que for possível,  
e finalmente estará fazendo o impossível".*

*Francisco de Assís*

*"Neste mundo não existe nenhuma tarefa impossível,  
se existe persistência".*

*Provérbio Chinês*

## RESUMO

A utilização de instrumentos que orientem e garantam a avaliação da dor de forma acurada nos idosos, em especial os confusos, é uma necessidade sentida na prática de enfermagem. Existe no Brasil, uma lacuna de instrumentos que avaliam dor em idosos confusos. Dentre os instrumentos para avaliação da dor em idosos confusos está o Instrumento de Avaliação de dor em Idosos confusos (IADIC), esta escala foi desenvolvida nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a dor em idosos confusos. Este instrumento é composto por nove constructos agrupados em quatro componentes, onde o somatório dos constructos com resposta positiva indica a intensidade da dor, em uma escala onde, zero representa nenhuma dor e nove representa a pior dor. Nessa perspectiva realizou-se este estudo metodológico, com objetivo de realizar o pré-teste e validar as propriedades psicométricas do IADIC com pacientes idosos em pós-operatório imediato. Para a validação do IADIC foram elegíveis pacientes com idade igual ou superior a 60 anos em pós-operatório imediato, submetidos a procedimentos eletivos e de urgência, submetidos à anestesia geral e bloqueio/sedação, internados na SR-HNSC e diagnosticados como confusos após aplicação do *Confusion Assessment Method - CAM*. Foram excluídos os pacientes com diagnóstico médico prévio de Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico e Depressão. A amostra foi composta de 104 pacientes. Dentre as propriedades psicométricas, avaliou-se a fidedignidade (consistência interna e estabilidade), e a validade através das cargas fatoriais dos constructos, da validade de construto, através da validade discriminante, das variáveis sexo, faixa etária e complexidade cirúrgica. A versão adaptada do IADIC foi aplicada em uma amostra de 30 pacientes idosos, para realização do pré-teste, apresentando um Alfa de Cronbach total de  $\alpha=0,889$ , indicativo de boa consistência interna dos itens. Quanto à fidedignidade da versão adaptada do IADIC o valor de Alfa de Cronbach foi de 0,873, para o total do instrumento. Na concordância interobservador foi possível observar a estabilidade do instrumento para as respostas entre os dois observadores onde o escore total mostra que a diferença entre os avaliadores não foi significativa ( $p=0,392$ ). O coeficiente de correlação de intraclassa (ICC) foi de 0,838, demonstrando que houve boa concordância entre os avaliadores. Na análise dos valores das cargas fatoriais dos itens do IADIC, observamos que os componentes agruparam-se em três fatores em vez de quatro. Na validade discriminante o IADIC quando aplicado em homens e mulheres apresenta diferença significativa ( $p=0,003$ ) para o sexo feminino. Quando analisado a faixa etária, mostra diferença estatística ( $p=0,004$ ) nos idosos na faixa etária de  $60 < 70$  anos. Ao considerar o nível de complexidade do procedimento apresenta diferença



significativa ( $p=0,020$ ) para o nível de alta complexidade. Esses resultados indicam que o IADIC é fidedigno e válido para avaliar a dor nessa amostra de pacientes idosos confusos em pós-operatório imediato.

**Palavras-chave:** Idoso. Confusão. Dor. Cuidados pós-operatórios. Estudos de Validação. Enfermagem.

## ABSTRACT

The use of instruments to guide and ensure the assessment of pain accurately in the elderly, especially those confused, is a felt need in nursing practice. In Brazil there is a gap of instruments that assess pain in elderly confused. Among the instruments for assessing pain in the elderly is confused Assessment Instrument of Pain in Elderly confused (IADIC), this scale was developed in the United States in order to assess pain in elderly confused. This instrument consists of nine constructs grouped into four components, where the sum of the constructs with positive response indicates the intensity of pain, on a scale where zero represents no pain and nine is the worst pain. From this perspective held this methodological study, aiming to carry out pre-test and validate the psychometric properties of IADIC with elderly patients in the immediate postoperative. To validate the IADIC eligible patients were aged over 60 years old, in the immediate postoperative period, undergoing elective procedures and emergency, general anesthesia and lock / sedation, hospitalized in SR-HNSC and diagnosed as confused after application of the Confusion Assessment Method - CAM.. We excluded patients with previous medical diagnosis of Alzheimer's Disease, Stroke, and Depression. The sample consisted of 104 patients. Among the psychometric properties, we evaluated the reliability (internal consistency and stability) and validity using factor loadings of the constructs, the construct validity by discriminant validity of the variables sex, age and surgical complexity. The adapted version of IADIC was administered to a sample of 30 elderly patients to perform the pre-test, with a Cronbach's alpha =  $\alpha$  total of 0.889, indicating good internal consistency of the constructs. Regarding the reliability of the adapted version of IADIC the value of Cronbach's alpha was 0.873 for the total instrument. In the interobservative agreement was possible to observe the stability of the instrument for the responses between the two observers where the total score shows that the difference between raters was not significant ( $p = 0.392$ ). The intraclass correlation coefficient (ICC) was 0.838, showing that there was good agreement between raters. In the analysis of the values of the factor loadings of the constructs of IADIC, we observe that the components were grouped into three factors instead of four. In the IADIC discriminant validity when applied to men and women significant difference ( $p = 0.003$ ) for females. When analyzed age, shows a statistical difference ( $p = 0.004$ ) in the elderly aged  $60 < 70$ . When considering the level of complexity of the procedure shows significant difference ( $p = 0.020$ ) for the high level of complexity. These results indicate that IADIC is reliable and valid for assessing pain in this sample of elderly patients confused in the immediate postoperative period.

**Keywords:** Aged. Confusion. Pain. Postoperative care. Validation studies. Nurse.

## RESUMEN

El uso de instrumentos para orientar y garantizar la evaluación del dolor con precisión en los ancianos, especialmente aquellos confuso, es una necesidad sentida en la práctica de enfermería. En Brasil existe una brecha de instrumentos que evalúan el dolor en ancianos confundidos. Entre los instrumentos para la evaluación del dolor en el anciano es confundido Instrumento de Evaluación del Dolor en Ancianos confusa (IADIC), esta escala se desarrolló en los Estados Unidos con el fin de evaluar el dolor en el anciano confundido. Este instrumento consta de nueve construcciones agrupados en cuatro componentes, donde la suma de las construcciones con respuesta positiva indica la intensidad del dolor, en una escala donde el cero representa ausencia de dolor y nueve es el peor dolor. Desde esta perspectiva celebrará este estudio metodológico, con el objetivo de llevar a cabo pre-test y validación de las propiedades psicométricas de IADIC con pacientes de edad avanzada en el postoperatorio inmediato. Para validar los pacientes elegibles IADIC tenían más de 60 años en el período postoperatorio inmediato, sometidos a procedimientos electivos y de emergencia, anestesia general y bloqueo / sedación, hospitalizados en SR-HNSC y diagnosticados como confundido después de la aplicación del Método de Evaluación de la Confusión - CAM.. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de la enfermedad de Alzheimer, accidente cerebrovascular, y la depresión. La muestra estuvo constituida por 104 pacientes. Entre las propiedades psicométricas, se evaluó la fiabilidad (consistencia interna y estabilidad) y su validez utilizando cargas factoriales de los constructos, la validez de constructo mediante la validez discriminante de la complejidad variables de sexo, edad y quirúrgicos. La versión adaptada del IADIC se administró a una muestra de 30 pacientes de edad avanzada para realizar el pre-test, con un alfa de Cronbach  $\alpha$  = total de 0,889, lo que indica una buena consistencia interna de las construcciones. En cuanto a la fiabilidad de la versión adaptada del IADIC el valor de alfa de Cronbach fue de 0,873 para el instrumento total. En el acuerdo interobservador fue posible observar la estabilidad del instrumento de las respuestas entre los dos observadores en la puntuación total muestra que la diferencia entre los evaluadores no fue significativa ( $p = 0,392$ ). El coeficiente de correlación intraclase (ICC) fue de 0.838, lo que demuestra una buena concordancia entre evaluadores. En el análisis de los valores de los pesos de los factores de los constructos de IADIC, se observa que los componentes se agruparon en tres factores en lugar de habitación. En la validez discriminante IADIC cuando se aplica a hombres y mujeres de diferencia significativa ( $p = 0,003$ ) para las hembras. Cuando se analizó la edad, muestra una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,004$ )

en las personas mayores de edad 60 <70. Al considerar el nivel de complejidad del procedimiento muestra una diferencia significativa ( $p = 0,020$ ) para el alto nivel de complejidad. Estos resultados indican que IADIC es fiable y válido para evaluar el dolor en esta muestra de pacientes ancianos confundidos en el postoperatorio inmediato.

**Palabras clave:** Anciano. Confusion. Dolor. Cuidados postoperatorios. Estudios de validación. Enfermería.

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

<b>Quadro 1</b> – Instrumento para avaliação da dor em idosos – IADIC .....	30
<b>Quadro 2</b> - Itens para Avaliação de Delírio Segundo o Confusion Assessment Method – CAM.....	34
<b>Figura 1</b> - Etapas do Processo de Tradução e Adaptação Transcultural da PATCOA.....	36
<b>Figura 2</b> - Etapas desenvolvidas neste estudo .....	42
<b>Figura 3</b> - Distribuição dos idosos conforme morbidade preexistente .....	54
<b>Figura 4</b> - Avaliação da confiabilidade interobservador (escore total do IADIC) .....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Consistência interna das medidas obtidas na aplicação do IADIC: fase pré-teste em relação ao instrumento original. Porto Alegre/RS 2012 .....	50
<b>Tabela 2</b> - Perfil dos idosos participantes do estudo (n= 104).....	51
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos idosos conforme especialidade médica. Porto Alegre/RS, 2012 ....	52
<b>Tabela 4</b> - Valores de Alfa de Cronbach dos componentes IADIC (n=104). Porto Alegre/RS 2012 .....	55
<b>Tabela 5</b> - Confiabilidade interobservador dos constructos do IADIC através do Kappa e PABAX. Porto Alegre/RS 2012 .....	56
<b>Tabela 6</b> - Avaliação dos constructos do IADIC através da Análise Fatorial com rotação Varimax. Porto Alegre/RS 2012.....	58
<b>Tabela 7</b> - Validade discriminante do IADIC. Porto Alegre, RS, 2012.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADD - Assessment for Discomfort in Dementia
- CNPI - Checklist for Nonverbal Pain Indicators
- CAM - Confusion Assessment Method
- COMPESQ - Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
- CEP/GHC - Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição
- CI - Cardiopatia Isquêmica
- CA - Câncer
- CNPI - Checklist of Nonverbal Pain Indicators
- DS-DAT - Discomfort in Scale-Dementia of Alzheimer Type
- DCPO - disfunção cognitiva pós-operatória
- DPO - delirium pós-operatório
- DSM III-R - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- FLACC - Dplopplus 2, Face, Legs, Activity
- FACS - Facial Activity Coding System
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IASP - International Association for the Study of Pain
- IADIC - Instrumento para Avaliação da Dor em Idosos Confusos
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IRC - Insuficiência Renal Crônica
- ICC - coeficiente de correlação de intraclasses
- MPQ - Questionário de Dor de McGill
- NOPPAIN - Non-Communicative Patient's pain Assessment Instrument
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PATCOA - Pain Assessment Tool in Confused Older Adults
- PACSLAC - Pain assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to communicate
- PACSLAC - Cry and Consolability Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate
- PADE - Pain Assessment for the Demented Elderly
- PAINAD - Pain Assessment In Advanced Dementia
- PBM - Pain Behavior Method
- RTU – Ressecção Transuretral



SR-HNSC - sala de recuperação pós-operatória do Hospital Nossa Senhora da Conceição

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

VATS - Cirurgia Torácica Vídeo Assistida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
2.1 OBJETIVO GERAL .....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	22
<b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	23
3.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO .....	35
<b>3.1.1 Tradução</b> .....	36
<b>3.1.2 Síntese/Back-Translation</b> .....	37
<b>3.1.3 Comitê de Especialistas</b> .....	37
<b>3.1.4 Equivalência Semântica</b> .....	37
3.2 PRÉ-TESTE E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS .....	38
<b>3.2.1 Pré-teste</b> .....	38
<b>3.2.2 Fidedignidade</b> .....	38
3.2.2.1 <i>Consistência Interna</i> .....	39
3.2.2.2 <i>Estabilidade</i> .....	39
3.3 VALIDADE.....	39
<b>3.3.1 Validade de Construto</b> .....	40
<b>3.3.2 Validade de Conteúdo</b> .....	41
<b>3.3.3 Validade de Critério</b> .....	41
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	43
4.1 DELINEAMENTO .....	43
4.2 LOCAL, PERÍODO E CAMPO DE ESTUDO .....	43
4.3 POPULAÇÃO .....	43
4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA .....	43
4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	44
<b>4.5.1 Critérios de Inclusão</b> .....	44
<b>4.5.2 Critérios de Exclusão</b> .....	44
4.6 COLETA DE DADOS .....	44
<b>4.6.1 - 1ª Etapa – Identificação e Inclusão dos Pacientes no Estudo</b> .....	45
<b>4.6.2 2ª Etapa – Coleta de Dados</b> .....	46
4.7 INSTRUMENTO.....	46
4.8 ETAPAS DESENVOLVIDAS NESTE ESTUDO .....	47

<b>4.8.1 Pré-Teste</b> .....	
<b>4.8.2 Propriedades Psicométricas Avaliadas neste Estudo</b> .....	47
4.8.2.1 <i>Fidedignidade</i> .....	47
4.8.2.1.1 Consistência Interna .....	47
4.8.2.1.2 Estabilidade .....	47
4.8.2.2 <i>Validade</i> .....	48
4.8.2.2.1 Validade de Construto .....	48
4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	48
4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	49
<b>5 RESULTADOS</b> .....	50
5.1 PRÉ-TESTE DO IADIC .....	50
5.2 PERFIL DA AMOSTRA .....	51
5.3 FIDEDIGNIDADE .....	55
<b>5.3.1 Consistência Interna</b> .....	55
<b>5.3.2 Estabilidade (relação interobservador)</b> .....	56
5.4 VALIDADE .....	57
<b>5.4.1 Análise Fatorial</b> .....	58
<b>5.4.2 Validade Discriminante</b> .....	59
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	60
6.1 PRÉ-TESTE .....	60
6.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS: FIDEDIGNIDADE .....	60
<b>6.2.1 Consistência Interna</b> .....	60
<b>6.2.2 Estabilidade</b> .....	61
6.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS: VALIDADE .....	61
<b>6.3.1 Análise das Cargas Fatoriais</b> .....	61
<b>6.3.2 Validade Discriminante (Idade, Sexo, Procedimento)</b> .....	63
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	76
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	77
<b>APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO PRONTUÁRIO</b> .....	79
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AUXILIARES DE PESQUISA</b> .....	80

<b>ANEXO A - ITENS PARA AVALIAÇÃO DE DELÍRIO SEGUNDO O CONFUSION</b>	
<b>ASSESSMENT METHOD – CAM (FABBRI 2001) .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO B - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS</b>	
<b>CONFUSOS (ROSA 2009) .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO – COMPESQ.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO – CEP/GHC.....</b>	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma extremamente acelerada, considerando-se que no prazo de cinco décadas pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão exigindo ações e estratégias dos diferentes segmentos da sociedade, visando promover o envelhecimento saudável (OMS, 2005).

No Brasil, a partir da década de 1980, numa perspectiva mundial, iniciou-se a transição demográfica, com significativa queda nas taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, tendo como resultado a elevação do grupo etário representado pelos idosos, sendo considerado, atualmente, um país de população envelhecida (VERAS, 2009). Fato este demonstrado pelos dados do censo de 2010, os quais retratam que o número de idosos na população brasileira representa 11,8% da população total. Sendo que, no Rio Grande do Sul, o percentual de idosos representa 13,6%, do total da sua população, consolidando-o o estado brasileiro que possui o maior número de idosos, ou seja, 10,70 milhões de habitantes possuem 60 anos ou mais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população é dita envelhecida quando a proporção de idosos alcança 7% com tendência a aumentar (OMS, 2005; IBGE, 2010).

O envelhecimento biológico é um fenômeno multifatorial que está associado a profundas mudanças na atividade das células, tecidos e órgãos, como também com a redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos. Do ponto de vista funcional, a população de idosos, caracteriza-se por um decréscimo do sistema neuromuscular, verificando-se a debilidade do sistema muscular, redução da flexibilidade, da força, da resistência e da mobilidade articular (OLTRAMARI, 2010).

Outro fator que merece a devida atenção por parte dos profissionais de saúde que trabalham com o processo de envelhecimento é a dor. Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos (ALVES *et al.*, 2007; OLTRAMARI, 2010).

Com o processo de envelhecimento a prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente a dor, assumem maior importância no contexto de atenção ao idoso. A alta prevalência de dor em idosos está associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas. Além disso, o aumento na incidência de câncer, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras por pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas de dor nesse grupo etário (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2007), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Segundo Machado e Brêtas (2006), a dor apresenta componentes sensório-discriminativos, cognitivos e afetivos motivacionais, tratando-se de uma experiência individual. Atualmente, pode ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo, representando uma eficiente via de informação dos diversos segmentos corporais com a consciência (IASP, 2007).

A dor é um fenômeno que está presente em diferentes cenários da prática clínica, caracterizando por sinais e sintomas de acordo com sua etiologia. É comum no pós-operatório e pode resultar da incisão e da manipulação de tecidos e órgãos, podendo ser mais frequente nas cirurgias de grande porte e em especialidades como: ginecologia, cirurgia vascular, ortopedia, cirurgia geral e neurocirurgia (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007; COUCEIRO, 2009; LANDGRAF, 2010).

Diante da queixa de dor do paciente é importante identificar as causas que contribuem para o fenômeno álgico, além de não atribuí-la unicamente à incisão, mas investigar e identificar suas possíveis causas. Além da incisão cirúrgica, a presença da dor pode estar relacionada à estimulação das terminações nervosas por substâncias químicas utilizadas durante a cirurgia, a isquemias causadas por interferência no suprimento de sangue para os tecidos, por pressão, espasmo muscular ou edema (SANTOS *et al.*, 2006; LANDGRAF 2010).

Avaliar a dor pode não ser uma tarefa muito fácil, exigindo sensibilidade, instrumentos padronizados e julgamento cuidadoso (COUCEIRO, 2009). A presença da dor pode ser observada, através do autorrelato, de medidas fisiológicas e pela observação dos comportamentos (LANDGRAF 2010).

O autorrelato é considerado o “padrão ouro”, o indicador mais confiável e simples da existência e intensidade de uma dor. No entanto, exige capacidades cognitivas e de verbalização. No caso do idoso confuso, as dificuldades em avaliá-la e identificá-la são comuns, uma vez que para uma avaliação adequada faz-se necessário que o indivíduo relembra e compare situações de dores já vivenciadas, também se faz necessário que o indivíduo tenha as funções cognitivas preservadas de modo a verbalizar a intensidade desta e localizá-la.

Nesse sentido, a utilização de instrumentos que orientem e garantam a avaliação do fenômeno álgico de forma acurada nos idosos, em especial os confusos, é uma necessidade

sentida na prática de enfermagem, dado o perfil epidemiológico e as características resultantes do processo de envelhecimento.

Crossetti, Rosa e Maruma (2009), ao realizar um estudo de revisão sobre instrumentos de mensuração da dor em idosos, identificaram um estudo norte-americano que construiu e validou as propriedades psicométricas da *Pain Assessment Tool in Confused Older Adults- PATCOA*, um instrumento com indicadores verbais e não verbais para avaliar a dor em adultos idosos confusos (DECKER; PERRY, 2003).

A PATCOA tem como objetivo fornecer subsídios às questões relativas à mensuração da dor, em idosos confusos. Trata-se de uma escala de fácil compreensão e interpretação, sendo que sua aplicabilidade, dá através da observação do paciente e dos indicadores comportamentais apresentados por ele (DECKER; PERRY, 2003).

A escala PATCOA foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa brasileira, sendo denominado Instrumento para Avaliação da Dor em Idosos Confusos – IADIC (ROSA, 2009). O processo de tradução e adaptação cultural é fundamental para o uso de instrumentos desenvolvidos em diferentes países, sendo que este processo não inclui vieses culturais e assegura que os resultados não sejam mal interpretados (DÍAZ, 2011). Entretanto, esta é apenas uma das etapas do processo, de validação sendo a avaliação das propriedades psicométricas de suma importância na continuidade desse processo, possibilitando assim a aplicação do instrumento na prática clínica.

Na prática clínica de enfermagem, percebem-se lacunas na assistência referente a este aspecto. Devido às complicações que a dor pode acarretar, devemos sempre ter em mente a preocupação com um Diagnóstico de Enfermagem precoce, para identificação do quadro algico. O paciente deve ser avaliado de forma sistematizada, observar sinais e sintomas e utilizar escalas específicas para caracterização da dor, podendo assim realizar a introdução da terapêutica apropriada, contribuindo para a melhora do mesmo.

A escolha pela IADIC apoia-se na inexistência de instrumentos, com indicadores comportamentais, com o objetivo de avaliar dor em idosos confusos, na literatura brasileira. Acredita-se que este instrumento pode fornecer subsídios importantes para avaliação destes pacientes, assim como a tomada de decisão sobre o cuidado a ser prestado, auxiliando o enfermeiro na elaboração de Diagnósticos de Enfermagem mais acurados e consequentemente, intervenções específicas com vistas nos resultados esperados. Portanto, a partir da validação do IADIC, podemos fornecer um instrumento confiável e de fácil aplicação para a avaliação da dor em pacientes idosos confusos na população brasileira.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Validar as propriedades psicométricas do INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC em pacientes no pós-operatório imediato.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- realizar o pré teste do IADIC
- verificar a fidedignidade do IADIC através da consistência interna e estabilidade
- verificar a validade do IADIC através da validade de conteúdo e validade de contexto (validade total e validade discriminante)



### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Atualmente o envelhecimento populacional está mudando a pirâmide etária no Brasil, que tornan-se um país mais velho. Isso deixa evidente a necessidade de atentar-se para a saúde do idoso. A OMS considera idoso, em países em desenvolvimento como o Brasil, indivíduos a partir de 60 anos de idade. Estima-se que no ano de 2025 o Brasil será o sexto país em relação à população idosa no mundo, ocasionando mudanças no perfil da população e da pirâmide etária, bem como as questões voltadas às patologias prevalentes nos idosos e seus tratamentos.

Sabe-se que, o organismo humano desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases que se caracterizam-se por marcadores físicos e fisiológicos de transição. O envelhecimento manifesta-se por um declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tendem a ser lineares em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição. Tem início ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo, sendo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2006).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é definido como (BRASIL, 2006, p.8):

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte [...].

O processo de envelhecimento é discutido frente os aspectos físicos, psicológicos, emocionais, sociais, ambientais, entre outros. Sendo que a velhice é frequentemente abordada como um período de múltiplas perdas, que ocorrem simultânea ou sucessivamente no decorrer de um curto período de tempo (OLTRAMARI, 2010).

Um dos fatores que compromete e agrava a perda das capacidades funcionais do idoso é a dor. Com o avançar da idade, a dor assume maior importância devido ao aumento da sua prevalência aliada as frequentes limitações funcionais que causa (COUCEIRO, 2009). Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham a dor (TEIXEIRA, 2006). No Brasil, a dor é a razão pela qual 75-80% da população procura o Sistema Único de Saúde (SANTOS *et al.*, 2011).

A dor apresenta componentes sensoriais discriminativos, cognitivos e afetivos emocionais, tratando-se de uma experiência individual, moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007). Por isso, a dificuldade de avaliação da dor no paciente idoso é comum.

Estudos mostram que existem fatores fortemente associados com a dor como idade, sexo, escolaridade, estado de saúde, capacidade funcional, estatuto profissional, ingestão de álcool, fumo, traumas na infância, história familiar de dor crônica, problemas emocionais, osteoporose, doenças cardíacas e doenças respiratórias (CARMACIU *et al.*, 2007; LILLEFJELLM *et al.*, 2007).

Com frequência, as pessoas idosas acreditam que a dor é uma consequência inevitável do envelhecimento, à qual se deve resistir sem queixas. A presença da dor pode ser negada por medo de procedimentos médicos, perda da autonomia e possível internação. Além disso, a presença de comorbidades como depressão, demência e sequelas de acidente vascular cerebral podem dificultar a expressão ou até mesmo, em alguns casos, impossibilitar a comunicação do paciente (SANTOS *et al.*, 2006; BRUCKENRHAL, 2008; OLTAMARI, 2010).

Existem alguns obstáculos na detecção da dor no indivíduo idoso, podendo ser devido a questões sociais, emocionais, cognitivas ou subjetivas. Isso se deve à relutância do idoso em relatar a dor, uma vez que acredita que se trata de um componente do processo de envelhecimento, ou que a investigação dessa dor pode identificar problemas e doenças, implicando tratamentos ou gastos além do esperado (BRUCKENTHAL, 2008; OLTRAMARI, 2010).

Teixeira (2006) e Couceiro (2009) relatam que a percepção dolorosa diminui com o avanço da idade, tendo sua prevalência em torno dos 65 anos de idade. Os autores referem que tais fenômenos podem ser explicados por fatores como: menor relato de dor nessa faixa etária, atenção dirigida para outros aspectos e preocupações da vida, comprometimento do sistema nociceptivo e outros.

Nas pessoas idosas, a dor tende a ser constante, de intensidade moderada a intensa, com múltiplos focos e decorrente de múltiplos fatores, entre os idosos, a dor crônica representa a principal queixa ambulatorial ocorrendo em 25% a 50% dos indivíduos. Cerca de 45% a 80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor sendo que, em 34% desses, a dor é referida como contínua (SANTOS *et al.*, 2006; TEIXEIRA, 2006). Estudos mostram que mais de 50% dos idosos portadores de dor crônica não recebem o seu controle adequado e mais de 25% morrem sem obter o seu controle (CHOPRA, 2006, AGS, 2009).

O fenômeno algico em indivíduos idosos é um sério problema de saúde, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida. A dor requer estratégia para avaliação precisa e tratamento adequado, porém, instrumentos de avaliação e mensuração raramente são usados para monitorar tal experiência (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006; CROSSETTI; ROSA; MARUMA, 2009).

O comprometimento cognitivo do paciente pode ter um impacto negativo sobre a avaliação da dor (HUSEBO *et al.*, 2008; KELLEY *et al.*, 2008; HADJISTAVROPOULOS *et al.*, 2008). Um estudo com 181 pacientes de um lar de idosos identificou que indivíduos com algum grau de demência tinham significativamente mais dor e, recebiam menos analgesia do que os indivíduos cognitivamente saudáveis (HUSEBO *et al.*, 2008). Outro estudo com idosos no Canadá concluiu que a presença de comprometimento cognitivo não alterou a prevalência de condições suscetíveis de dor, nem a sensibilidade do indivíduo para a dor, no entanto a prevalência de dor identificada entre pacientes com comprometimento cognitivo foi menor (PROCTOR; HIRDES, 2001). Além disso, os pacientes com déficits cognitivos estão sujeitos a diagnósticos tardios ou incorretos (KELLEY *et al.*, 2008). Certamente, as complicações potenciais da dor ressaltam a importância de se realizar tanto uma avaliação rigorosa da função cognitiva quanto da dor (KELLEY *et al.*, 2008).

Para um diagnóstico preciso de dor no idoso, especialmente entre aqueles com idade mais avançada, recomenda-se que a avaliação seja feita de forma exaustiva, através de um exame físico minucioso e avaliação do estado funcional, psíquico e social, atentando-se para não restringir-se apenas ao autorrelato do paciente (KELLEY *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2006).

Apesar da dor ser considerada um fenômeno prevalente não só na população idosa, mas na população em geral, o seu diagnóstico ainda consiste em um desafio para a enfermagem. Neste sentido, observa-se um crescimento na utilização de escalas para avaliação de dor em diversos contextos na área da enfermagem. Desta forma, pesquisas vêm sendo desenvolvidas na busca da construção de instrumentos ou escalas que possam ser aplicados em pacientes em situações diferenciadas como por exemplo nos idosos confusos ou com algum tipo de alteração cognitiva (CUSTÓDIO *et al.*, 2008; PAULA *et al.*, 2008; CROSSETTI; ROSA; MARUMA, 2009).

O “padrão ouro” para avaliar a presença e a intensidade da dor é o autorrelato. Nenhuma outra fonte mostra com precisão ou confiabilidade uma informação subjetiva (SYMONS *et al.*, 2008; McCAFFER; PASERO, 2011). No entanto, a autoavaliação da dor

em populações com necessidades especiais nem sempre é possível de ser realizada, para as quais a possibilidade de autorrelato ou comunicação da presença de dor pode estar comprometida.

Anad e Craing (1996) consideram que o autorrelato como “padrão ouro” apresenta diversos pontos fracos. Na maioria das vezes, sentir e relatar a dor são relacionados, mas essa situação não pode ser garantida em todos os indivíduos com dor.

Instituições como *Health Care Policy and Research (AHCPR)*, *American Pain Society (APS)* e a *American Geriatrics Society (AGS)*, defendem a importância de se obter do paciente o autorrelato de dor sempre que possível. Acredita-se que um percentual relativamente alto de idosos, possui algum tipo de alteração cognitiva, sensorio perceptiva e nas habilidades motoras o que interfere na sua capacidade de se comunicar ou quantificar suas experiências dolorosas. Exemplos incluem pessoas com demência, delírio, paraplegia, síndromes disfásicas ou afásicas e atraso de desenvolvimento. Para complicar ainda mais a avaliação nesta faixa etária, a expressão da dor, por vezes, assume a forma de confusão, retraimento social ou apatia. Neste contexto, muitos destes indivíduos são incapazes de relatar diretamente sua dor e, portanto, o risco elevado de falha no diagnóstico e tratamento (KAASALAINEN, 2007; DUARTE, 2010).

Dentre as escalas para avaliação da dor, as mais utilizadas são as escalas que se baseiam no autorrelato de dor, o que exige que o paciente esteja orientado. Entre as que mais se destacam, estão: as escalas numéricas, verbal, analógica visual, e de faces (AUGUSTO *et al.*, 2004; MACHADO; BRÊTAS, 2006; CUSTÓDIO, 2008; LINHARES; DOCA, 2010).

Escala Numérica - permite quantificar a intensidade da dor usando números. Geralmente possui 11 pontos, de zero a 10. Onde zero representa nenhuma dor e 10 representa a pior dor possível. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. A Escala Numérica mostrou-se fidedigna quando utilizada para mensuração da intensidade de dor entre idosos, embora proporção considerável de indivíduos tenha apresentado dificuldades em utilizá-la, dada a necessidade de domínio das propriedades aritméticas (HERR *et al.*, 1998; CUSTÓDIO *et al.*, 2008; LINHARES; DOCA, 2010).

Escala Verbal - o paciente quantifica a experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável e a pior dor possível. Essas escalas mostraram-se válidas e fidedignas na mensuração da experiência dolorosa em idosos. Entretanto, alguns pacientes apresentaram dificuldade em utilizá-las, por falta de habilidade. O paciente deve interpretar e expressar sua dor verbalmente, sendo a escala preferida por muitos idosos,

inclusive aqueles com leve e moderado déficit cognitivo (HERR *et al.*, 1998; CUSTÓDIO *et al.*, 2008; LINHARES, 2010).

Escala Analógica Visual - consiste frequentemente em uma linha reta, de 10 cm, que representa o contínuo dor, ancorada pelas palavras sem dor e pior dor. Solicita-se que o indivíduo marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, a distância entre a palavra sem dor e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor. Essa escala pode ser inapropriada para pacientes com baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais (HERR *et al.*, 1998; CUSTÓDIO *et al.*, 2008; LINHARES, 2010).

Escala de Faces - consiste de uma série de faces expressando níveis progressivos de angústia. Solicita-se ao paciente que escolha a face que representa a intensidade de sua dor. Essa escala tem sido utilizada para mensuração da dor em idosos com demência e, embora os resultados mostrassem que as queixas dolorosas são pouco frequentes nesse grupo, quando existem, são indicadores confiáveis de sua presença. Adaptações da Escala de Faces, originalmente desenvolvida para uso pediátrico, mostrou, preliminarmente, reforço para fidedignidade, quando utilizada com indivíduos idosos. Mostra-se como alternativa fidedigna para avaliar a intensidade de dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves, porém, apresenta limitações quando utilizada em pacientes com alterações cognitivas graves (HERR *et al.*, 1998; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006).

O Questionário de Dor de McGill (MPQ) é uma ferramenta bem conhecida para a avaliação completa da localização da dor, intensidade, qualidades temporais e sensibilidade à mudança, bem como aspectos sensoriais e afetivos da dor. Embora os resultados preliminares sugiram que o MPQ é facilmente compreendido pelos idosos e que mostra boa validade concorrente com outras escalas de intensidade de dor, não é recomendado para uso em indivíduos com baixa escolaridade ou com comprometimento cognitivo (VERALI; PEDRAZZI, 2006; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006).

Poucos instrumentos de mensuração de dor foram validados para a população idosa, entretanto, algumas escalas unidimensionais elaborados para indivíduos mais jovens têm gerado dados fidedignos quando utilizadas em idosos. Dentre as escalas até então citadas neste estudo, a Escala Verbal e a Escala Numérica de 11 pontos, de zero a 10, foram as preferidas por esses indivíduos (CUSTÓDIO *et al.*, 2008; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006, DUARTE, 2010).

Estudos em que as escalas foram utilizadas evidenciaram que somente 32% dos participantes foram capazes de completar os instrumentos apresentados. Observou-se que apenas 8% dos pacientes idosos, com demência, foram capazes de completar qualquer escala; 42% foram capazes de completar a Escala de Faces e 44% completaram a Escala Analógica Visual (HERR *et al.*, 1998; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006). Entretanto nas condições associadas à idade avançada, assim como nos casos de delirium, déficit cognitivo e psicomotor o uso dessas escalas fica prejudicado (DUARTE, 2010).

Diante da necessidade cognitiva intacta para a aplicação das escalas de autorrelato de dor, outros tipos de instrumentos vêm sendo desenvolvidos para avaliar dor em pacientes idosos, em especial nos que apresentam algum grau de confusão (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006; MACHADO; BRÊTAS, 2006; DECKER; PERRY, 2003; HERR *et al.*, 2006; HERK *et al.*, 2007).

Sendo a dor uma experiência subjetiva e relatada de tal forma, no entanto, o organismo também pode emitir sinais objetivos de alteração fisiológica e comportamental. Portanto, a dor é passível de estimativas e julgamentos. Os indicadores de dor podem ser comportamentais, incluindo relato verbal (STINSON *et al.*, 2006; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011), atividade facial (GASPARDO *et al.*, 2008), movimentos de corpo (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011) e choro (GASPARDO *et al.*, 2008). Há também os indicadores fisiológicos (ANAND; WHIT-HALL, 2007; GASPARDO *et al.*, 2008), como o cortisol salivar, frequência cardíaca e saturação de oxigênio.

Dois aspectos podem ser salientados: os indicadores comportamentais podem ser mensurados por observação ou relato, o qual inclui medidas de autorrelato e heterorrelato e os indicadores fisiológicos são sensíveis, porém não específicos para dor, sendo, portanto, considerados como medidas complementares (LINHARES, 2010).

Diante do exposto, as escalas que mais se adequariam a esse contexto seriam as escalas comportamentais. Essas são embasadas em indicadores ou comportamentos de dor que, de acordo com a *American Geriatric Society Panel na Persistent Pain in Older Persons* (2002) são: expressão facial, vocalização ou verbalização, movimentos do corpo, interações interpessoais, mudanças na rotina de atividades e mudança do estado mental.

Na busca de escalas de avaliação de dor em pacientes idosos, observaram-se diferentes estudos com diferentes escalas, porém todos com o mesmo intuito, avaliar dor em pacientes idosos com algum grau de déficit cognitivo (PROCTOR; HIRDES, 2001; KAASALAINEN, 2007; DUTRA, 2010).

Leong *et al.* (2006) realizaram um estudo comparando três escalas para avaliar dor em pacientes idosos, sendo estas: uma escala de autorrelato, uma de relato da enfermeira e uma escala comportamental, os autores concluíram que a avaliação feita pela enfermeira a partir da escala comportamental foi compatível com a avaliação realizada através da escala numérica respondida pela mesma, ao passo que a escala de autorrelato demonstrou baixos níveis de fidedignidade de dor nessa população. Ficando como questionamento a necessidade de um instrumento comportamental, considerando que o enfermeiro conhece o paciente, seria capaz de identificar situações de dor ou não.

Nesse sentido, surgem instrumentos que permitem mensuração da dor por meio de indicadores comportamentais, observados e registrados sistematicamente. Tais instrumentos têm sido validados, mostrando-se, também, úteis para a identificação da dor em pessoas com demência grave, déficit cognitivo e não comunicativas, no meio clínico. Esses instrumentos, na sua maioria, são compostos por componentes como: expressão facial, comportamento motor, comportamento social e vocalizações (AGS, 2002; HADJISTAVROPOULOS, 2006, 2007; MCAULIFFE *et al.*, 2009).

Herr *et al.* (2006) em um estudo sobre instrumentos desenvolvidos para avaliar dor em pacientes idosos com comunicação verbal prejudicada e demência, encontraram dez escalas de dor, baseadas em aspectos comportamentais: *Abbey Pain Score*, *Assessment for Discomfort in Dementia (ADD)*, *Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)*, *Discomfort in Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)*, *Dplopplus 2*, *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC)*, *Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)*, *Non-Communicative Patient's pain Assessment Instrument (NOPPAIN)*, *Pain Assessment for the Demented Elderly (PADE)* e *Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD)*. Além das escalas já citadas, Herr *et al.* (2007) identificaram mais três escalas: *Facial Activity Coding System (FACS)*, *Pain Behavior Method (PBM)* e *Pain Assessment Tool in confused Older Adults (PATCOA)*. Todas as escalas foram analisadas quanto a conceitos, objetivos e validade.

Duarte (2010), em um estudo de revisão sistemática sobre avaliação da dor em indivíduos com prejuízo cognitivo temporário ou permanente, avaliou as propriedades psicométricas de diversos instrumentos, no entanto, concluiu que nenhum dos instrumentos encontrados havia sido validado para o português brasileiro.

Crossetti, Rosa e Maruma (2009), em um estudo de revisão integrativa na busca de instrumentos para mensuração da dor em pacientes idosos, identificaram a escala *Pain Assessment Tool in confused Older Adults (PATCOA)* (DECKER; PERRY, 2003).

Esta escala foi desenvolvida nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a dor em idosos confusos. Inicialmente, incluía 22 elementos que indicam dor de forma não verbal. Após aplicação da escala numa amostra de 116 pacientes em pós-operatório de cirurgia ortopédica (prótese de quadril e joelho), para validação das propriedades psicométricas do instrumento. Alguns indicadores mostraram-se inconsistentes no que diz respeito à avaliação da dor nesta população. Assim, a escala final foi reduzida a nove constructos, dividido em quatro componentes, que, ao serem validados, tiveram um bom índice de confiança e validade (DECKER; PERRY, 2003).

A escala PATCOA foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa, sendo denominada INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC (ROSA, 2009), (quadro 1)

**Quadro 1** - Instrumento para Avaliação da Dor em Idosos Confusos.

<b>INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC</b>		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Componente 1 - vocalizações</b>		
Gemido		
Estremecimento da voz		
<b>Componente 2 - comportamento</b>		
Fica em guarda ante a perspectiva da dor		
Mandíbula cerrada		
Suspiro		
<b>Componente 3 – atividades motoras</b>		
Aponta para o local da dor		
Relutância em mover-se		
<b>Componente 4 – expressão facial</b>		
Testa franzida		
Caretas		

**Fonte:** ROSA, 2009

Segundo Rosa (2009) acredita-se que a IADIC seja adequada para mensuração do fenômeno algico no idoso, especialmente nos confusos, por se tratar de uma escala que avalia aspectos comportamentais da dor.



A *International Association for the Study of Pain (IASP)* lançou, em outubro de 2010, a campanha do Ano Mundial Contra a Dor Aguda. Essa preocupação com o tema se deve principalmente ao fato de que nos Estados Unidos cerca de 100 milhões de cirurgias são realizadas ao ano e 80% dos pacientes referem dor, de moderada a forte intensidade, no período pós-operatório. A dor é também a principal causa de procura pelas salas de urgências e emergências em todo o mundo. Apesar dos importantes avanços na investigação e no tratamento da dor nas duas últimas décadas, a dor aguda ainda é subtratada e pode evoluir para dor crônica. As dores após traumatismos, queimaduras e crises da anemia falciforme também são exemplos de dores agudas (CARVALHO; BIANCHI, 2007; SBED, 2010).

A dor aguda quando subtratada pode causar diversos problemas que pioram a recuperação do paciente e podem prolongar a sua internação. Aumenta a morbimortalidade no período pós-operatório, causando maior chance de alterações cardiológicas, vasculares complicações pulmonares, além de quadros de irritabilidade, ansiedade e depressão, seu alívio traz, diminuição destas intercorrências (PANAZZOLO; PIMENTA; MATSUO, 2007; CUSTÓDIO *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A dor pós-operatória é relatada como a pior experiência já sentida, vários estudos mostram que menos da metade dos pacientes no pós-operatório recebem uma analgesia adequada. O alívio da dor pode ser feito através da analgesia multimodal combinando fármacos (anestésicos locais, opioides, anti-inflamatórios) com técnicas não medicamentosas (OLIVEIRA *et al.*, 2011)

O período pós-operatório imediato<sup>1</sup> corresponde à fase em que o paciente se recupera da anestesia e tem início com a transferência do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica, local onde o paciente submetido ao procedimento cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, até que haja recuperação da consciência e estabilidade dos sinais vitais. O foco da assistência de enfermagem é cuidar o paciente até que ele tenha se recuperado dos efeitos dos anestésicos, isto é, até que os sinais vitais e as funções motoras e sensitivas retornem aos níveis pré-operatórios (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011; CAPELLO, 2009).

Sabe-se que o tratamento adequado da dor aguda melhora a qualidade de vida do paciente permitindo o seu rápido retorno às atividades, reduz a chance de evolução para dor crônica, gera satisfação com o atendimento, tanto com a equipe de saúde como com a instituição, e reduz os custos com internação. No entanto, existem várias barreiras para que

---

<sup>1</sup> Pós-operatório imediato é o período compreendido nas primeiras 24 horas pós-cirurgia (SMELTZER, 2005).

ela seja adequadamente tratada. A primeira barreira é atribuída aos profissionais envolvidos pela dificuldade em se avaliar a presença da dor, assim como o seu alívio. Os pacientes também representam uma grande barreira, pois muitos, ainda hoje, acreditam que a dor aguda não é prejudicial. Podemos citar também o sistema de saúde com seu baixo índice de investimento e práticas restritas no combate à dor (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011; SBED, 2010).

Segundo Ruiz-Neto, Moreira e Furlaneto (2002) a dor no paciente em pós-operatório imediato pode variar diretamente de acordo com o nível de consciência.

Desde 1950 que já se reconhece algum grau de disfunção cognitiva após a anestesia geral em alguns pacientes sendo a idade avançada o principal fator de risco relacionado com esse evento transitório. A deterioração cognitiva pós-operatória pode ser classificada em duas categorias principais: o delirium<sup>2</sup> e a disfunção neuro cognitiva moderada, conhecida na literatura como disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO). O delirium tem sido associado ao aumento da mortalidade e a DCPO é uma condição caracterizada pelo prejuízo na memória, concentração, compreensão da linguagem e integração social (BARBOSA; CUNHA; PINTO, 2008).

A fisiopatologia do delirium permanece mal esclarecida. Acredita-se que os fatores precipitantes, como infecções, traumas, medicações ou distúrbios metabólicos, causariam um desequilíbrio entre os neurotransmissores, levando os pacientes com fatores de risco a desencadear o delirium (AGUIAR, 2009; RUDOLPH *et al.*, 2009).

Fármacos são um fator de risco importante e precipitante para o desenvolvimento do delírio em pessoas mais velhas, pode ser o único precipitante em 12% -39% dos casos de delirium. As drogas mais comuns associados com delírio são agentes psicoativos, como ansiolíticos, analgésicos narcóticos como morfina e medicamentos com efeitos anticolinérgicos (YOUNG; INOUE, 2007).

Inoue (2006) definiu cinco tipos de indicadores capazes de desencadear o delirium: fármacos, principalmente sedativos/hipnóticos, narcóticos, anticolinérgicos, ou simplesmente o uso de múltiplos fármacos; doença neurológica, particularmente os acidentes vasculares cerebrais, hemorragia intracraniana ou meningite/encefalite; doenças intercorrentes, como infecções, hipoxia, choque ou anemia; ambientais, como a admissão em unidade de terapia intensiva, necessidade de múltiplos procedimentos médicos, dor ou privação do sono prolongada; e cirurgia, predominantemente as ortopédicas e cardíacas.

---

<sup>2</sup> A palavra *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível (DSM-IV).

Apesar do delirium ser geralmente visto como uma alteração da cognição de curta duração, esta síndrome pode provocar sequelas que interferem, a longo prazo e de forma significativa, na qualidade de vida, além de aumentar o tempo de internação e, conseqüentemente os custos. O seu desenvolvimento pode iniciar uma cascata de eventos que culminam na perda de independência, desenvolvimento de déficits cognitivos permanentes, declínio funcional e aumento da taxa de mortalidade (RUDOLPH *et al.*, 2009).

Os idosos emergem da anestesia vagarosamente, demonstram coerência na recuperação pós-anestésica e recebem alta sem intercorrências, porém alguns apresentam estado confusional após esse período de lucidez, conhecido como delirium pós-operatório (DPO), que pode estar presente desde horas até dias após o término do procedimento. O DPO pode ser definido então como distúrbio transitório e flutuante da consciência, atenção, cognição e da percepção que complica a evolução de até 36,8% dos pacientes cirúrgicos. O autor refere ainda que, a incidência varia de acordo com o tipo de procedimento realizado, após intervenções cirúrgicas cardíacas a incidência é de 47%, após procedimentos de cirurgia geral 10%, após operações ortopédicas chega a ser de 50% e, especificamente, após tratamento cirúrgico de fratura de quadril nos idosos pode chegar a 62% (BARBOSA CUNHA; PINTO, 2008).

A mortalidade associada ao DPO em pacientes hospitalizados pode ocorrer em até 13% dos pacientes jovens, 53% dos pacientes idosos (PRATICÒ *et al.*, 2005; LINDESAY; ROCKWOOD, 2000). Cerca de 72% dos pacientes idosos com DPO morrem dentro de cinco anos após o procedimento cirúrgico, comparados com 34,7% dos que permanecem lúcidos durante todo o pós-operatório (MACHENSEN; GELD, 2004; LEMIENGRE *et al.*, 2006).

Considerando-se o delírio que ocorre no período pós-anestésico, Lipowiski (1990) classificou o DPO em dois tipos, segundo o momento da ocorrência da complicação: delírio emergencial, que surge após anestesia e vai até 24 h após cirurgia e delírio tardio, que ocorre após intervalo lúcido de um ou mais dias. Quanto às formas clínicas de DPO, dois subtipos clínicos de delírio podem ser reconhecidos, com base no comportamento e estado de alerta do paciente: agitação ou hiperatividade-hiperalerta é um subtipo clínico de DPO caracterizado por sinais de hiperatividade do Sistema Nervoso Simpático, aumento do estado de alerta a estímulos externos e hiperatividade psicomotora por dias; silencioso ou hipoatividade-hipoalerta é o subtipo clínico de DPO caracterizado por diminuição da resposta a estímulos e introversão.

Essa classificação em dois subtipos tem valor didático, muito embora o DPO manifeste-se na clínica de forma mais ampla, pois pode apresentar sobreposição de sinais e

sintomas, também sendo possível observar no pós-anestésico períodos em que se alternam quadros de agitação e letargia (RUIZ-NETO, 2002; YOUNG *et al.*, 2007).

Baseados nos critérios estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, inúmeros autores têm proposto instrumentos de avaliação de delírio para a prática clínica (BARBOSA, CUNHA; PINTO, 2008; RUIZ-NETO; MOREIRA; FABBRI *et al.*, 2001; ROMPAEY, 2008). Um desses instrumentos, o *Confusion Assessment Method – CAM*, já validado para a língua portuguesa. Os itens abordados para a avaliação de delírio pela CAM estão apresentados no quadro 2 (FABRRI *et al.*, 2001).

**Quadro 2** - Itens para Avaliação de Delírio Segundo o Confusion Assessment Method – CAM.

<b>Itens para Avaliação de Delírio Segundo o Confusion Assessment Method – CAM</b>	<b>Sim</b>	<b>não</b>
1. Início agudo e flutuação de sintomas (evidencia de mudança aguda no estado mental base do paciente)		
2. Distúrbio de atenção (ausente em todo momento; presente em algum momento)		
3. Pensamento desorganizado (pensamento desorganizado, incoerente, conversas dispersivas ou irrelevantes, mudança imprevisível de assunto)		
4. Alteração de consciência (alerta, vigilante, letárgico, estupor, coma)		
5. Agitação ou retardo psicomotor (aumento ou diminuição da atividade motora)		
6. Desorientação (quanto lugar e tempo)		
7. Prejuízo de memória (dificuldade de lembrar-se dos fatos ocorridos no hospital)		
8. Distúrbio de percepção (alucinações, ilusões e interpretações erradas de fatos ou objetos)		
9. Alteração do ciclo sono vigília (sonolência diurna e insônia noturna)		

**Fonte:** FABRRI *et al.*, 2001

Originário do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM III-R), a partir de nove diretrizes operacionais, o CAM é um instrumento de fácil aplicação, específico (90-95%) e sensível (94-100%) para delirium e sua aplicação leva cerca de cinco minutos (FABRRI *et al.*, 2001; LEMIENGRE *et al.*, 2006). O diagnóstico de delirium

consiste de apenas quatro critérios cardinais das nove diretrizes: 1- estado confusional agudo com flutuação em seu curso; 2- déficit de atenção; 3- desorganização de pensamento e; 4- alteração do nível de consciência. Sendo necessários para o diagnóstico os dois primeiros associados ao terceiro ou ao quarto critério. No estudo original considerou-se que os cinco itens restantes não aumentaram a sensibilidade nem a especificidade do método (FABRRI *et al.*, 2001; BARBOSA; CUNHA; PINTO, 2008; LEMIENGRE *et al.*, 2006).

Neste estudo, optou-se por usar o CAM, para identificar delirium nos pacientes em pós-operatório imediato, uma vez que a literatura menciona que este instrumento pode e deve ser usado em diferentes contextos e populações.

Tem-se tentado elaborar hipóteses fisiopatológicas e etiológicas para o DPO especialmente nas pessoas idosas. Os resultados, entretanto, não têm sido conclusivos, talvez devido às diferenças metodológicas e/ou das diferenças das populações examinadas (BARBOSA; CUNHA; PINTO, 2008).

Lundström *et al.*, (2007) mostraram que, após controlar outros fatores sabidos como sendo de risco para o delirium (idade, abuso do álcool, função cognitiva, condição física), o elemento dor foi associado à um risco bastante aumentado de desenvolvimento do delirium nos primeiros 3 dias de pós-operatório.

Tem-se procurado uma associação entre níveis mais elevados de dor no pós-operatório e o desenvolvimento do delirium, sugerindo que o melhor controle da dor pós-operatória pode reduzir as possibilidades desta complicação. Pois o adequado tratamento da dor no pós-operatório, não é apenas uma questão fisiopatológica, mas também uma questão ética e econômica. Uma vez que evita sofrimento desnecessário, proporciona maior satisfação do paciente com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internação (SANTOS *et al.*, 2006).

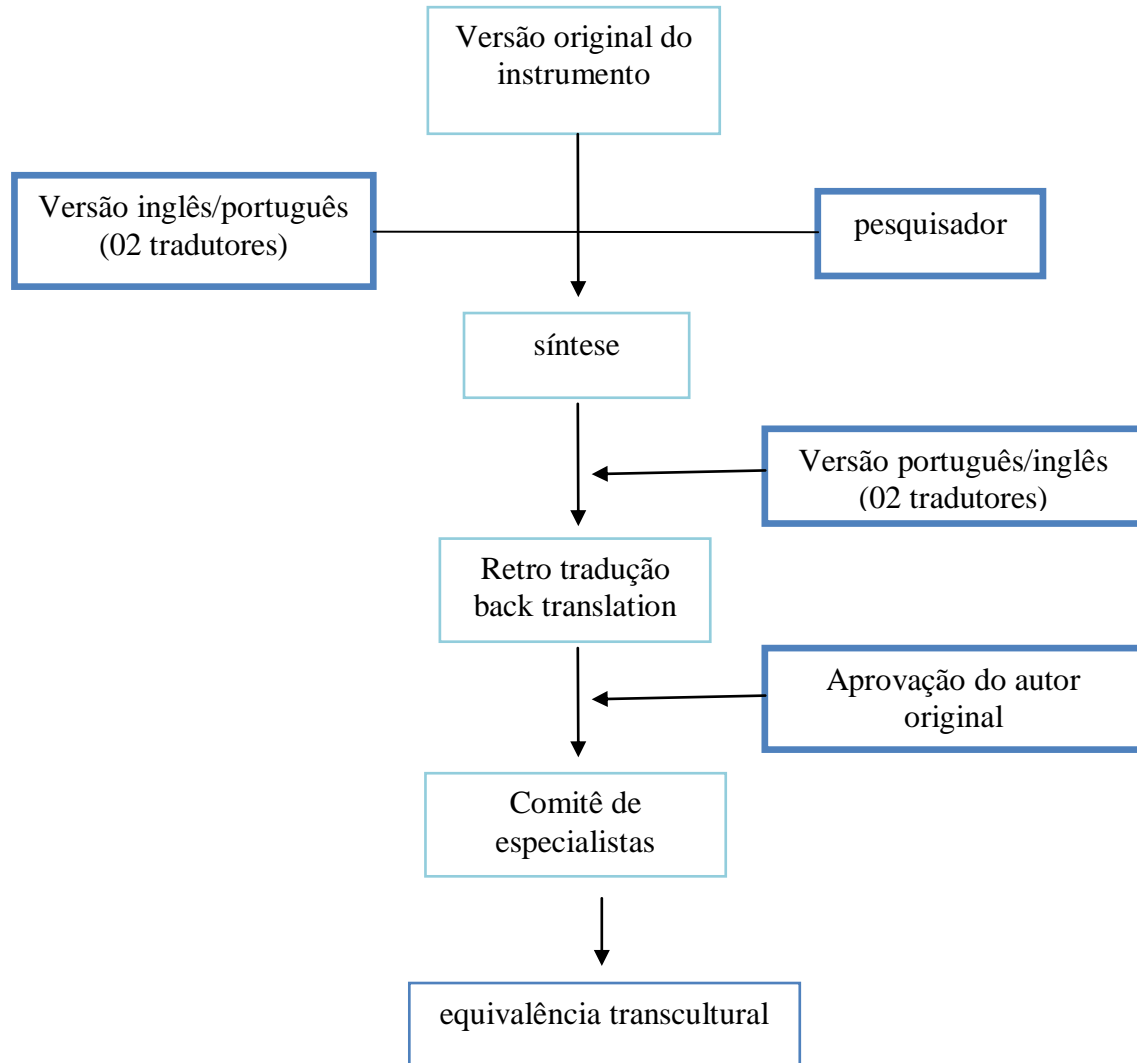
Frente às questões propostas neste estudo, no capítulo a seguir serão abordados os aspectos relacionados à metodologia de tradução e adaptação de instrumentos e as etapas realizadas em publicação anterior (ROSA, 2009). Assim como as propriedades psicométricas avaliadas neste estudo.

### 3.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO

Previamente ao desenho deste projeto de pesquisa foram realizados os processos de tradução e adaptação transcultural do instrumento, tradução, síntese, retro tradução e revisão pelo comitê de especialistas (ROSA, 2009), conforme recomendações da literatura

(BEATON; GHILLEMIN, 2000), estas etapas estão descritas na figura 1. No entanto, a fase de pré-teste não foi desenvolvida.

**Figura 1** - Etapas do Processo de Tradução e Adaptação Transcultural da PATCOA.



Fonte. SAURIN, 2012.

### 3.1.1 Tradução

Inicialmente realizou-se contato via correio eletrônico com a autora do instrumento, visando solicitação para tradução e adaptação da escala PATCOA para o português brasileiro (ROSA, 2009).

A tradução da PATCOA para a língua portuguesa foi realizada por dois tradutores independentes, que possuíam domínio do idioma original do instrumento (inglês), mas que

tivessem como língua materna o português e apresentarem diferentes perfis profissionais (GUILLEMIN *et al.*, 1995; ROSA, 2009).

Um dos tradutores não foi informado sobre os objetivos do estudo, nem da escala. E o outro tradutor foi informado sobre os principais objetivos do estudo e os conceitos que envolviam o instrumento para que pudesse realizar uma tradução adaptada ao fenômeno em estudo, ou seja, a avaliação da dor no idoso. (GUILLEMIN *et al.*, 1995; ROSA, 2009).

### **3.1.2 Síntese/Back-Translation**

A síntese foi elaborada pela pesquisadora (ROSA, 2009), que contou com o auxílio de uma médica com vivência profissional em país de língua mãe inglesa, a partir da análise do instrumento original e do material fornecido pelos tradutores, obtendo-se uma única versão (GUILLEMIN *et al.*, 1995). O processo de back-translation foi registrado em instrumento específico e a versão resultando desta etapa foi encaminhada à próxima etapa, referente ao grupo de experts (ROSA, 2009).

### **3.1.3 Comitê de Especialistas**

Esta etapa destinou-se a verificar se havia relação entre os construtos em inglês, os termos traduzidos para o português e os resultados da back-translation da escala PATCOA, além da revisão e modificação da back-translation por um grupo de experts na área de Enfermagem (ROSA, 2009).

Para avaliação da PATCOA pelo comitê de especialistas, foram enviados, via e-mail, o instrumento original, a versão traduzida para o português brasileiro, a versão resultante do back-translation contendo um espaço para que cada expert registrasse se concordava ou não com a tradução, bem como para o registro de sugestões (ROSA, 2009).

Assim, apresentou-se aos experts o objetivo do estudo bem como os conceitos trabalhados, quais sejam; avaliação da dor, escalas e instrumentos e a metodologia da adaptação transcultural, para que fosse realizada a relação entre as versões original, traduzida e retro traduzida da escala PATCOA (ROSA, 2009).

Desta fase resultou uma versão traduzida, que foi submetida à equivalência semântica.

### **3.1.4 Equivalência Semântica**

Nesta etapa verificou-se a equivalência semântica entre as versões da escala PATCOA original e o resultado da tradução para o português brasileiro, a partir do índice de concordância dos construtos da escala entre os experts. Para tanto, foi aplicada uma classificação utilizada por Nóbrega e Gutiérrez (2000), na qual os construtos da escala foram classificados como *tendo exatamente o mesmo significado em ambas as versões*, quando apresentavam 100% de concordância entre os experts; *quase o mesmo significado*, quando apresentavam um índice de concordância de 99% a 80%, e *significado diferente*, quando apresentavam um nível de concordância igual ou abaixo de 79% (ROSA, 2009).

Dessa maneira, Rosa (2009) obteve uma versão traduzida da escala PATCOA para a língua portuguesa brasileira, semanticamente equivalente à escala original em língua inglesa. A qual foi utilizada para a realização do pré-teste e para a avaliação das propriedades psicométricas, no presente estudo.

### 3.2 PRÉ-TESTE E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A versão seguida do pré-teste do instrumento traduzido e adaptado deve ter suas propriedades psicométricas validas, a fim de verificar se as características do instrumento original foram mantidas. Os itens que compõem cada domínio devem ser homogêneos, para que consigam mensurar o mesmo atributo. Ao final da validação espera-se que a versão brasileira apresente resultados semelhantes ao do estudo original.

Neste estudo foi avaliado o pré-teste e as propriedades psicométricas do IADIC pela análise da fidedignidade, estabilidade e validade.

#### 3.2.1 Pré-Teste

A etapa de pré-teste será desenvolvida neste estudo, uma vez que não foi realizada na fase de tradução e adaptação transcultural, realizada previamente a este estudo.

Essa etapa do processo de tradução e adaptação consiste na avaliação da equivalência das versões original e final obtida na etapa de equivalência semântica. Sugere-se a aplicação da versão adaptada em uma amostra de 30 a 40 pacientes, com o objetivo de garantir clareza e compreensão (BEATON; GHILLEMIN, 2000).

#### 3.2.2 Fidedignidade



A fidedignidade avalia se os itens agrupados medem o mesmo fator em estudo (FIELD, 2009; HAIR, 2009). Sendo avaliada pela consistência interna e estabilidade (FAYERES; MACHIN, 2000).

#### *3.2.2.1 Consistência Interna*

A consistência interna do instrumento é avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, determinado por uma única aplicação do instrumento. Com esse indicador verifica-se homogeneidade dos itens da escala, ou ainda, das subescalas ou domínios (HAIR et al., 2009; FIELD, 2009).

O coeficiente Alfa de Cronbach é baseado no número de itens de uma escala e a homogeneidade de cada item, que é definida como a média de todas as correlações entre os itens da escala (HAIR et al., 2009).

#### *3.2.2.2 Estabilidade*

A estabilidade é outra característica importante para a avaliação de uma escala. Essa está relacionada com a sensibilidade, mas apresenta a capacidade de que um instrumento pode detectar a mudança do fenômeno em estudo (McDOWELL, 2006; FAYERES; MACHIN, 2000).

A estabilidade avalia se ocorreram mudanças entre os sujeitos de um mesmo grupo estudado ao longo do tempo. Essa avaliação pode ser realizada com um teste e re-teste, marcado por um intervalo de tempo. Um instrumento pode ser de aplicabilidade limitada, senão for sensível às mudanças num período de tempo (FAYERES; MACHIN, 2000).

O teste e re-teste avalia a estabilidade de medida e consiste em calcular a correlação entre as distribuições de escores obtidos num mesmo teste pelos sujeitos em duas ocasiões diferentes de tempo. O re-teste pode ser avaliado por um observador em diferentes ocasiões ou por dois avaliadores diferentes (interobservador) (McDOWELL, 2006; FAYERES; MACHIN, 2000).

### 3.3 VALIDADE

A validade é geralmente definida como o grau de que um instrumento mede aquilo que se pretende medir. Existem diferentes maneiras de avaliar a validade e a escolha depende da finalidade do instrumento ou nível de abstração do tema a ser medido (McDOWELL, 2006).

A análise fatorial auxilia na verificação da legitimidade da representação dos construtos. Sendo que essa análise identifica a partir dos dados os construtos previamente selecionados para o instrumento e explica as correlações entre os itens de uma escala resultante de variáveis fontes ou construtos (FIELD, 2009; FAYERES; MACHIN, 2000).

A validade dos instrumentos pode ser avaliada por meio das seguintes categorias: validade de construtos, validade de conteúdo e validade de critérios (FAYERES; MACHIN, 2000).

### **3.3.1 Validade de Construto**

A validade de construto é uma das características mais importantes de um instrumento de medição. É uma avaliação do grau em que um instrumento mede o construto que ele foi projetado para medir (FAYERES; MACHIN, 2000). Ao testar a validade de construto, hipóteses são formuladas com base na teoria e na literatura, assim, espera-se que a validade das associações confirme a hipótese. Se os resultados confirmam expectativas anteriores sobre as construções, a implicação é que o instrumento pode ser válido e que pode, portanto, usá-lo para fazer inferências sobre os pacientes.

A validade de construto pode ser avaliada através da validade convergente e validade divergente ou discriminante. A primeira caracteriza-se pela avaliação realizada a partir do estudo das correlações entre os interdomínios do instrumento, avalia o grau em que instrumentos diferentes avaliam o mesmo conceito estão correlacionadas (HAIR *et al.*, 2009). Pressupõe-se que as correlações sejam satisfatórias, na maioria dos domínios, para atestar a capacidade convergente do instrumento. A validade divergente é o grau em que dois conceitos similares são distintos, o teste empírico a ser utilizado é a correlação de medida (HAIR *et al.*, 2009). Quando as correlações forem baixas ou inversas é caracterizado como validade divergente (BEATON; GUILLEMIN, 2000).

A validade discriminante verifica se a medida em questão não está relacionada indevidamente com os indicadores de construtos distintos, isto é, se a medida ou escala está sendo avaliada não se relaciona significativamente com variáveis das quais o teste deveria diferir (CUNHA, 2000).

### 3.3.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo trata-se da integridade ou adequação das questões e/ou itens ao conteúdo que está sendo investigado (FAYERES; MACHIN, 2000). Essa validade examina a extensão na qual o instrumento representa o universo dos conceitos e domínios, consiste ainda, em analisá-lo para garantir que ele abranja todas as questões relevantes.

É uma medida comumente inferida a partir da análise de especialistas, sendo um procedimento comum à avaliação crítica do instrumento por pacientes e especialistas (HAIR *et al.*, 2009; FAYERES; MACHIN, 2000). Configuram-se como alternativa os grupos focais ou entrevistas para que possam ser exploradas as questões e/ou itens em sua profundidade e relevância de acordo com os aspectos a serem mensurados (HAIR *et al.*, 2009).

Em relação ao IADIC, a validade de conteúdo foi obtida pelo julgamento do comitê de especialistas durante o processo de adaptação e tradução transcultural, quando conferiram, igualmente, ao instrumento equivalência semântica, idiomática, cultural de face e conceitual (ROSA, 2009).

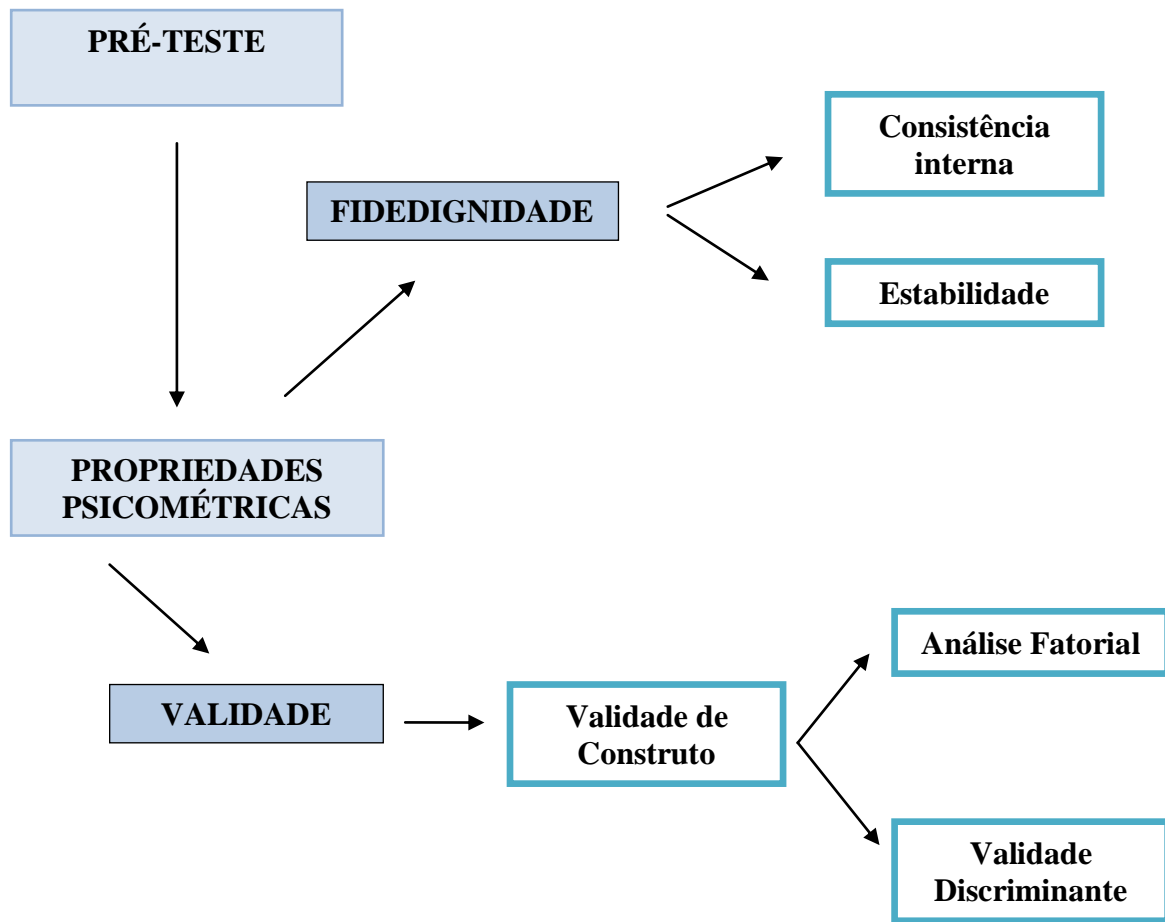
### 3.3.3 Validade de Critério

A validade de critério é uma avaliação na qual se busca estabelecer relações entre os escores do instrumento em questão como um “padrão ouro” (McDOWELL, 2006; McCAFFER; PASERO, 2011). Dessa maneira, tem-se como pré-requisito para a avaliação da validade de critério a disponibilidade de um instrumento confiável e válido para que as medidas possam ser comparadas (McDOWELL, 2006; FAYERS; MACHIN, 2000). Esta opção para validar uma medida ocorre normalmente quando um novo instrumento está sendo desenvolvido como uma alternativa mais simples ou mais conveniente para uma medida (McDOWELL, 2006).

No entanto, no presente estudo, a validade de critério não será avaliada, uma vez que a autoavaliação da dor em populações com necessidades especiais, neste caso, os idosos confusos em pós-operatório, nem sempre é possível de ser realizada, pois a possibilidade de autorrelato ou comunicação da presença de dor pode estar comprometida.

Para melhor visualização das etapas que serão realizadas neste estudo, elaborou-se a figura 2.

**Figura 2** - Etapas desenvolvidas neste estudo.



**Fonte:** SAURIN 2012.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 DELINEAMENTO**

Trata-se de um estudo metodológico. A pesquisa metodológica se caracteriza pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados. O aspecto mais significativo desse tipo de delineamento, abordado em mensuração e estatística, é chamado de psicométrica. Esse se relaciona com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos ou técnicas de medição ao longo do processo de pesquisa, ou, seja, medição de um conceito com ferramentas de confiabilidade e validade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

### **4.2 LOCAL, PERIODO E CAMPO DE ESTUDO**

O presente estudo foi realizado na sala de recuperação pós-operatória do Hospital Nossa Senhora da Conceição-SR-HNSC, no período de Abril a Agosto de 2012

A SR-HNSC é composta por 32 leitos para recuperação dos pacientes adultos e idosos em pós-operatório imediato submetidos a diferentes procedimentos cirúrgicos de especialidades como oncologia, torácica, urologia, proctologia, vascular, ginecologia, geral, oftalmologia e endocrinologia.

### **4.3 POPULAÇÃO**

A população compreendeu pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos em pós-operatório imediato submetidos aos procedimentos cirúrgicos das diferentes especialidades. A média de procedimentos realizados com anestesia geral e bloqueio/sedação é de 800 procedimentos mês, destes aproximadamente 200 referem-se a pacientes idosos.

### **4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA**

Para realização do pré-teste aplicou-se o IADIC em 30 pacientes, conforme proposto em estudos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, sugeridos pela literatura (WEISSSHEIMER, 2007; WAHAST ÀVILA, 2012; BEATON; GHILLEMIN, 2000).

A literatura recomenda a avaliação de cinco a pelo menos dez observações para cada variável a ser analisada, para que seja avaliado o Alpha de Cronbach (HAIR *et al.*, 2009, FIELD, 2009). No presente estudo, os itens de observação foram os construtos do instrumento. Tendo em vista que o instrumento é composto por nove itens, a amostra seria de no máximo 90 pacientes. Porém, no que se refere à análise fatorial o tamanho da amostra deve ser igual ou superior a 100 observações (HAIR *et al.*, 2009). Desta forma, optou-se por uma amostra mínima de 100 pacientes para este estudo. Desta forma a mostra foi composta de 104 pacientes, incluindo os pacientes selecionados no pré-teste na amostra total.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade foram os mesmos tanto na realização do pré-teste, quanto para a coleta dos demais dados.

##### 4.5.1 Critérios de Inclusão

- pacientes com idade igual ou superior a 60 anos em pós-operatório imediato
- pacientes submetidos a procedimentos eletivos e de urgência
- submetidos à anestesia geral e bloqueio/sedação
- internados na SR-HNSC
- diagnosticados como confusos, através da aplicação da escala CAM

##### 4.5.2 Critérios de Exclusão

Pacientes com diagnóstico médico prévio de Doença de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico e Depressão.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: avaliação de delirium segundo o *Confusion Assessment Method* – CAM (ANEXO A), para avaliação as dor o IADIC (ANEXO B), e um instrumento para identificação do perfil da amostra (APENDICE A).

Nesta fase, primeiramente ocorreu a coleta dos dados utilizados para a realização do pré-teste, no mês de abril de 2012. Posteriormente deu-se sequência ao trabalho de campo para coleta dos demais dados até agosto de 2012.

A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora responsável e um auxiliar de pesquisa, este auxiliar foi uma enfermeira com experiência em pacientes idosos no pós-operatório imediato. Previamente ao início da coleta dos dados realizaram-se entre as coletadoras, discussões para um melhor entendimento dos instrumentos.

Dois auxiliares de pesquisa colaboraram somente na aplicação dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido. Estes eram técnicos de enfermagem do Grupo Hospitalar Conceição, que se dispuseram a auxiliar, nesta etapa. Foram realizadas duas reuniões para esclarecimento e orientações sobre os objetivos do estudo e a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Cabe destacar que os auxiliares de pesquisa não receberam remuneração e não possuíam vínculo empregatício com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e nem com a pesquisadora, o que se caracterizou em um trabalho voluntário que foi assegurado por meio da assinatura de um TCLE (APÊNDICE B) em que consta o voluntariado e garantia da autonomia do auxiliar de pesquisa em querer participar ou não, com a segurança de poder desistir quando julgar necessário. O termo de consentimento livre e esclarecido garante que os auxiliares não possuem direitos autorais com relação aos dados da pesquisa.

Tanto na fase de pré-teste quanto na fase da coleta dos dados para a análise das propriedades psicométricas, a coleta realizou-se em duas etapas, descritas a seguir:

#### **4.6.1 - 1ª Etapa – Identificação e Inclusão dos Pacientes no Estudo**

A abordagem do paciente para inclusão no estudo foi realizada no período pré-operatório.

A identificação dos participantes deu-se através do acesso à programação cirúrgica, na secretária da unidade do centro cirúrgico, no dia anterior ao procedimento, assim a pesquisadora responsável identificava os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, passíveis de inclusão no estudo e repassava aos auxiliares de pesquisa para que providenciassem o TCLE.

Aos pacientes que estavam internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do HNSC, a pesquisadora responsável e os auxiliares de pesquisa iam ao quarto/leito e explicavam os objetivos do estudo, após concordância solicitava-se a assinatura do TCLE.

Os pacientes ambulatoriais e/ou de urgência foram abordados na sala de espera do bloco cirúrgico, pelos auxiliares de pesquisa. A estes se dava ciência dos objetivos do estudo e, após concordância solicitava-se a assinatura do TCLE.

No caso de paciente analfabeto e/ou impossibilitado de consentir, o TCLE foi autorizado pelo responsável, mediante orientações sobre o objetivo do estudo.

#### **4.6.2 - 2ª Etapa – Coleta de Dados**

Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram avaliados pela pesquisadora no período pós-operatório imediato, ainda na sala de recuperação pós-operatória, do hospital campo do estudo. Neste momento aplicava-se da escala CAM, e se o paciente fosse identificado como confuso, a pesquisadora aplicava o instrumento IADIC, assim como o instrumento para identificação do perfil da amostra.

Os dados da fase de pré-teste foram coletados somente pela pesquisadora responsável. Assim como os dados necessários para a validação das propriedades psicométricas.

No entanto, para a coleta dos dados dos pacientes, necessários para avaliar a relação interobservador, a pesquisadora responsável contou com a colaboração de um auxiliar de pesquisa, nestes pacientes o IADIC foi aplicado de forma simultânea e independente.

#### **4.7 INSTRUMENTO**

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados, o *Confusion Assessment Method* – CAM e o IADIC.

O *Confusion Assessment Method* – CAM é um instrumento baseado nos critérios estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria, (BARBOSA; CUNHA; PINTO, 2008; RUIZ-NETO; MOREIRA; FURLANETO, 2002; FABBRI *et al.*, 2001; ROMPAEY, 2008). Já validado para a língua portuguesa (FABRRI *et al.*, 2001), conforme (ANEXO A).

O IADIC tem como objetivo avaliar dor em pacientes idosos confusos, sendo classificada como um instrumento de fácil aplicação, uma vez que se trata de um questionário do tipo sim /não, onde sim representa a presença de determinado indicador de dor e não representa a sua ausência, conforme (ANEXO B). O somatório dos indicadores com resposta



positiva indica a intensidade da dor em uma escala onde, zero representa nenhuma dor e nove representa a pior dor (ROSA, 2009).

A seguir são descritas as etapas desenvolvidas neste estudo, a saber: fase de pré-teste e propriedades psicométricas.

## 4.8 ETAPAS DESENVOLVIDAS NESTE ESTUDO

### 4.8.1 Pré-Teste

Nesta etapa o IADIC foi aplicado numa amostra de 30 pacientes, em pós-operatório imediato e diagnosticados como confusos após aplicação da escala CAM. Os critérios de inclusão e exclusão dos pacientes nesta etapa foram descritos nos critérios de elegibilidade.

### 4.8.2 Propriedades Psicométricas Avaliadas neste Estudo

#### 4.8.2.1 Fidedignidade

A fidedignidade do IADIC foi avaliada pela consistência interna e estabilidade por meio da relação interobservador.

##### 4.8.2.1.1 Consistência Interna

A confiabilidade do IADIC foi avaliada pelo Alfa de Cronbach para cada item do instrumento. O valor de Alfa de Cronbach varia entre zero e um, e quanto mais alto o valor melhor a consistência interna do instrumento, indicando a homogeneidade do fenômeno a ser medido. A literatura sugere que valores acima de 0,70 são aceitáveis (FACHEL, 2000; HAIR *et al.*, 2009).

##### 4.8.2.1.2 Estabilidade

A estabilidade do instrumento foi medida pela realização do teste e re-teste, o re-teste pode ser avaliado por um observador em diferentes ocasiões ou por dois avaliadores diferentes (interobservador) (McDOWELL, 2006; FAYERES; MACHIN, 2000).

No IADIC a estabilidade foi avaliada através da relação interobservador.

Os avaliadores foram à pesquisadora e uma enfermeira com experiência com pacientes em pós-operatório. Estes coletavam os dados simultaneamente, porém de forma independente.

#### 4.8.2.2 Validade

A validade do IADIC foi verificada pela validade de construto, além de testes específicos para comprovar sua validade de construto e critério.

##### 4.8.2.2.1 Validade de Construto

A validade de construto do IADIC foi avaliada através da análise fatorial que deu-se através da análise das cargas fatoriais de cada item do instrumento. Dessa forma testou-se se os itens manter-se-iam em quatro fatores conforme estudo original ou formariam novos fatores e pela validade discriminante do IADIC que foi avaliada em relação às variáveis sexo, faixa etária e complexidade cirúrgica, com o objetivo de descobrir se este instrumento era capaz de diferenciar o nível da dor nestas variáveis.

#### 4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e analisados com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences*. Foi usada a estatística descritiva para caracterização da amostra. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as qualitativas por frequências absolutas e relativas.

Para testar as propriedades psicométricas da versão adaptada do IADIC (ROSA, 2009), os testes estatísticos usados foram:

- coeficiente de concordância de kappa com ajuste por PABAK para avaliação da estabilidade do instrumento (reprodutibilidade), e também para a avaliação da responsividade. Os graus de concordância de kappa dividem-se em: <0,20 – pobre; 0,21-0,40 – fraca; 0,41-0,60 – moderada; 0,61-0,80 – boa e de 0,81-1,00 – forte (ALTMAN, 2006);
- o coeficiente de Alfa de Cronbach para verificação da consistência interna;
- a análise fatorial com rotação VARIMAX para verificação da adequação dos componentes do IADIC;
- teste t Student para verificar a validade discriminante.

O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

A análise fatorial é uma técnica que pode ser utilizada para explorar as correlações de itens no processo de validação de escalas, ou examinar padrões e relações para um grande número de variáveis e determinar se as informações podem ser condensadas em um conjunto menor chamado de fator. A carga fatorial mais baixa a ser considerada significativa é de  $\pm 0,3$  (HAIR *et al.*, 2009; McDOWELL, 2006; FAYERES; MACHIN, 2000).

Em termos gerais, esse método estatístico multivariado procura analisar a estrutura das inter-relações entre um grande número de variáveis (itens, escores e respostas de testes), definindo assim os fatores (MÜLLER-STAUB *et al.*, 2007). Ainda, a vantagem do uso de uma técnica multivariada é a facilidade de acomodar múltiplas variáveis para avaliação de relações complexas não possíveis com métodos univariados ou bivariados (HAIR *et al.*, 2009).

Para escalas de mensuração do mesmo conceito seriam esperados itens agrupados pela análise para um mesmo fator (validade convergente). Sendo esse o caso do IADIC, no qual os itens de cada domínio devem estar correlacionados entre si, assim como, para todo o instrumento.

#### 4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) número do protocolo 20/2011 (anexo C) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição número do protocolo 11-260 (anexo D).

Aos pacientes e/ou responsáveis que aceitaram participar do estudo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B).

Para análise dos prontuários utilizou-se um termo de compromisso de utilização dos dados (APENDICE C), pelo pesquisador responsável, em que o mesmo se comprometeu com o uso das informações para fins científicos.

Os pesquisadores auxiliares assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE D), onde lhe foram informados os objetivos do estudo e qual a sua participação.

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Pesquisa com Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196 de 1996.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em dois momentos. Primeiramente o pré-teste, seguido das características do perfil da amostra, e após a validação das propriedades psicométricas do IADIC.

### 5.1 PRÉ-TESTE DO IADIC

Nesta etapa o IADIC foi aplicado numa amostra de 30 pacientes, em pós-operatório imediato e diagnosticados como confusos após aplicação da escala CAM. A versão final em português do IADIC, na realização do pré-teste e aplicação do Alfa de Cronbach apresentou a seguinte distribuição dos itens, conforme tabela 1.

**Tabela 1** – Consistência interna das medidas obtidas na aplicação do IADIC: fase pré-teste em relação ao instrumento original. Porto Alegre/RS 2012.

	Instrumento adaptado	Instrumento original
Itens	$\alpha$ de cronbach	$\alpha$ de cronbach
Suspiro	0,84	0,98
Estremecimento da voz	0,83	0,98
Gemido	0,77	0,69
Caretas	0,70	0,67
Testa franzida	0,65	0,63
Relutância em mover-se	0,93	0,80
Fica em guarda ante a perspectiva de dor	0,85	0,78
Aponta para o local da dor	0,74	0,81
Mandíbula cerrada	0,92	0,58

**Fonte:** SAURIN, 2012.

Observa-se na tabela 1 que os valores encontrados para o Alfa de Cronbach foram similares aos valores encontrados no instrumento original. Embora o constructo “testa

franzida” tenha obtido um alfa de Cronbach inferior a 0,70 , quando comparado com o original, o resultado foi melhor.

A seguir são apresentadas as características sócio demográficas da amostra de 104 pacientes sujeitos do estudo.

## 5.2 PERFIL DA AMOSTRA

Participaram do estudo 104 idosos com idade-de 71,51±8,81 anos. Na tabela 2, estão descritas estas e outras características dos idosos participantes da pesquisa.

**Tabela 2** – Perfil dos idosos participantes do estudo (n= 104).

CARACTERÍSTICA*	
Idade	71,51±8,81*
Sexo	
Masculino	52(50) $\perp$
Feminino	52(50) $\perp$
Horas de Sala de Recuperação	3h (01:00-06:22) †
Horas de medicação para dor	3h (01:30-04:00) †
Tempo cirúrgico	
1h-2h	43(41,3) $\perp$
2h-4h	51(49,0) $\perp$
+ de 4h	10(9,6) $\perp$
Tipo de anestesia	
Geral	75(72,1) $\perp$
Bloqueio/sedação	29(27,9) $\perp$

\*Variáveis expressas em \* média ± dp;  $\perp$  n(%) e † mediana e percentis (25-75).

**Fonte:** SAURIN, 2012.

Constata-se na tabela 2 que quanto ao sexo não houve diferença entre o número de sujeitos do sexo feminino e masculino, com frequência de 52 (50%) sujeitos, respectivamente. Cinquenta por cento da amostra tinha até 3h de permanência na SR e tempo de administração de medicação para dor de 3h, e 51(49%) idosos foram submetidos a cirurgias com um tempo de duração de 2h a 4h. Observa-se ainda que 75 (72,1 %) idosos foram submetidos à anestesia geral para realização do procedimento.

As especialidades médicas a que os idosos, sujeitos deste estudo se submeteram, são evidenciados na tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição dos idosos conforme especialidade médica. Porto Alegre/RS, 2012.

Procedimento	N (%)
<b>Cirurgia Geral</b>	
Laparotomia	9 (23,0)
Colecistectomia vídeo	8 (20,5)
Enterectomia	8 (20,5)
Jejunostomia	5 (12,8)
Colecistectomia aberta	4 (10,2)
Ressutura de parede	2 (5,2)
Hernia incisional	1 (2,5)
Tireoidectomia	1 (2,5)
Sub total	39 (37,5)
<b>Cirurgia Vascular</b>	
Amputação de coxa	8 (32,0)
Angioplastia	7 (28,0)
By pass Femuropopliteo	4 (16,0)
By pass Aortobifemural	3 (12,0)
Amputação de perna	1 (4,0)
Amputação de ante pé	1 (4,0)
Endarterectomia de carótida	1 (4,0)
Sub total	25 (24,03)
<b>Proctologia</b>	
Colostomia/ileostomia	4 (28,5)
Colonostomia	4 (28,5)
Retossigmoidectomia	4 (28,5)
Reconstrução de transito intestinal	1 (7,1)
Correção de fistula anal	1 (7,1)
Sub total	14 (13,46)
<b>Urologia</b>	
RTU de próstata	5 (38,4)

Colocação de DJ	3 (23,0)
Prostatectomia	2 (15,3)
Orquiectomia	1 (7,6)
Nefrectomia	1 (7,6)
RTU de bexiga	1 (7,6)
Sub total	13 (12,5)
<b>Cirurgia Torácica</b>	
VATS	3 (60,0)
Traqueoplastia	1 (20,0)
Mediastinoscopia	1 (20,0)
Sub total	5 (3,84)
<b>Cirurgia Plástica</b>	
Exceresse de tumor de face	2 (50,0)
Reconstrução de mama	1 (25,0)
Blefaroplastia	1 (25,0)
Sub total	4 (3,84)
<b>Ginecologia</b>	
Videodiagnóstica	2 (66,6)
Histerectomia	1 (33,3)
Sub total	3 (2,88)
<b>Oncologia</b>	
Drenagem de abscesso hepático	1 (50,0)
Drenagem de abscesso biliar	1 (50,0)
Sub total	2 (1,92)
<b>TOTAL</b>	<b>104 (100)</b>

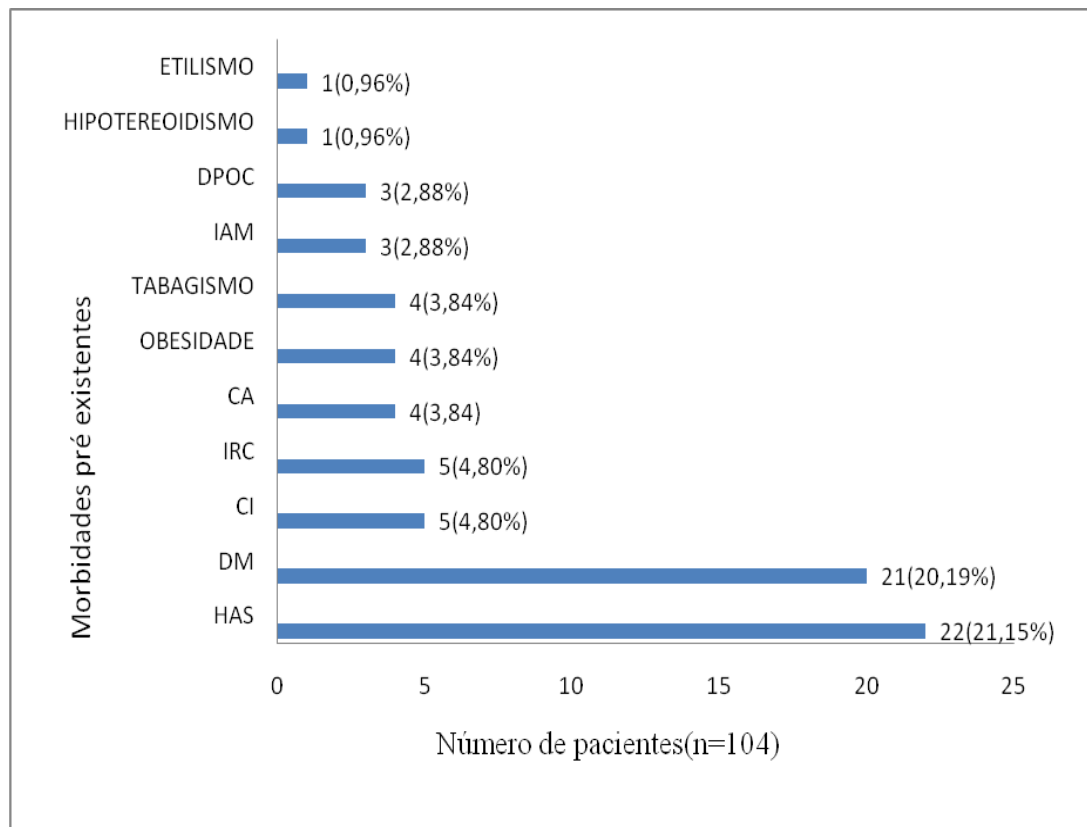
**Fonte:**SAURIN, 2012.

No que se refere às especialidades médicas, constata-se na tabela 3 a prevalência encontrada nos idosos sujeitos do estudo, entre estas se destacam a Cirurgia Geral 39 (37,5%), Cirurgia Vascular 24 (24,03%), Proctologia 14 (13,46%) e Urologia 13 (12,5%), e dentre estas especialidades médicas, os procedimentos a que os sujeitos foram submetidos foram os seguintes: Cirurgia Geral - laparotomia 9 (23,0%), colecistectomia por vídeo e enterectomia 8 (20,5%), respectivamente e jejunostomia 5 (12,8%); Cirurgia Vascular – amputação de coxa 8 (32,0%), angioplastia 7(28,0%) e Bypass femuropopliteo 4 (16,0%); Proctologia –

colostomia/ileostomia, colonostomia e retossigmoidectomia 4 (28,5%); Urologia – RTU de próstata 5 (38,4%), colocação de DJ 3 (23,0%) e prostatectomia 2 (15,3%); Cirurgia Torácica – VATS 3 (60,0%), traqueoplastia e mediastinoscopia 1 (20,0%); Cirurgia Plástica – exceresse de tumor de face 2 (50,0%), reconstrução de mama e blefaroplastia 1 (25,0%); Ginecologia – videodiagnóstica 2 (66,6%) e histerectomia 1 (33,3%) e Oncologia com drenagem de abscesso hepático e biliar com 1 (50,0%), respectivamente.

As morbidades preexistentes identificadas nos sujeitos do estudo, se evidenciam na figura 3.

**Figura 3** – Distribuição dos idosos conforme morbidades preexistentes. Porto Alegre/RS, 2012.



**Fonte:** SAURIN, 2012.

A figura 3 mostra a prevalência das morbidades preexistentes apresentadas pelos idosos, sujeitos do estudo, entre estas destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) referida por 22 (21,15%) idosos, a Diabetes Mellitus (DM) por 21 (20,19%) idosos, sendo que 05 (4,80%) idosos apresentaram Cardiopatia Isquêmica (CI) e Insuficiência Renal Crônica (IRC), respectivamente. Aproximado deste dado, identifica-se a presença de Câncer (CA),



Obesidade e Tabagismo em 4 (3,84%) sujeitos, seguido de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e DPOC em 3 (2,88%) sujeitos e Dislipidemia, Hipotireoidismo e Etilismo em 1 (0,96%) dos sujeitos .

A seguir são apresentadas as etapas realizadas para a validação das propriedades psicométricas do IADIC.

### 5.3 FIDEDIGNIDADE

#### 5.3.1 Consistência Interna

A consistência interna de cada componente do instrumento IADIC foi verificada através do coeficiente de Alfa de Cronbach.

**Tabela 4** – Valores de Alfa de Cronbach dos componentes IADIC (n=104). Porto Alegre/RS 2012.

Itens (alfa de cronbach=0,88)	Correlação item/total	Alfa de cronbach se item deletado
Gemido	0,77	0,84
Estremecimento da voz	0,55	0,86
Fica em guarda ante a perspectiva da dor	0,66	0,85
Mandíbula cerrada	0,13	0,88
Suspiro	0,55	0,86
Aponta para o local da dor	0,67	0,85
Relutância em mover-se	0,51	0,86
Testa franzida	0,80	0,84
Caretas	0,76	0,84

**Fonte:** SAURIN, 2012.

A tabela 4 apresenta os resultados do IADIC com correlação dos itens e alfa de Cronbach, se o item for excluído, com N= 104. Com a retirada de cada um dos itens,

individualmente, observa-se uma variação de 0,13 a 0,80. Os valores de correlação entre cada um dos itens com o valor total do instrumento variam de 0,84 a 0,88.

### 5.3.2 Estabilidade (relação interobservador)

Para avaliar a estabilidade do instrumento observou-se o mesmo indivíduo, na mesma ocasião por dois avaliadores, de forma simultânea e independente. Para essa medida psicométrica, avaliou-se um total de 20 idosos com a versão final do IADIC, conforme tabela 5.

**Tabela 5** – Reprodutibilidade interobservador dos constructos do IADIC através do Kappa e PABAX. Porto Alegre/RS 2012, n = 20.

Itens*	Avaliador A	Avaliador B	p	Kappa	PABAK
Gemido	14(70,0)‡	11(55,0) ‡	0,375	0,48	0,50
Estremecimento da voz	15(75,0) ‡	18(90,0) ‡	0,250	0,50	0,70
Fica em guarda ante a perspectiva da dor	10(50,0) ‡	7(35,0) ‡	0,453	0,30	0,30
Mandíbula cerrada	—	—	—	—	—
Suspiro	5(25,0) ‡	7(35,0) ‡	0,625	0,53	0,60
Aponta para o local da dor	10(0,0) ‡	5(25,0) ‡	0,063	0,50	0,50
Relutância em mover-se	8(40,0) ‡	13(65,0) ‡	0,180	0,15	0,10
Testa franzida	15(75,0) ‡	18(90,0) ‡	0,375	0,17	0,50
Caretas	13(65,0) ‡	18(90,0) ‡	0,392	0,08	0,30
CCI	4,5±2,6*	4,9±2,1*	0,392	0,838	—

\*média ±desvio padrão; ‡ N(%); p<0,05

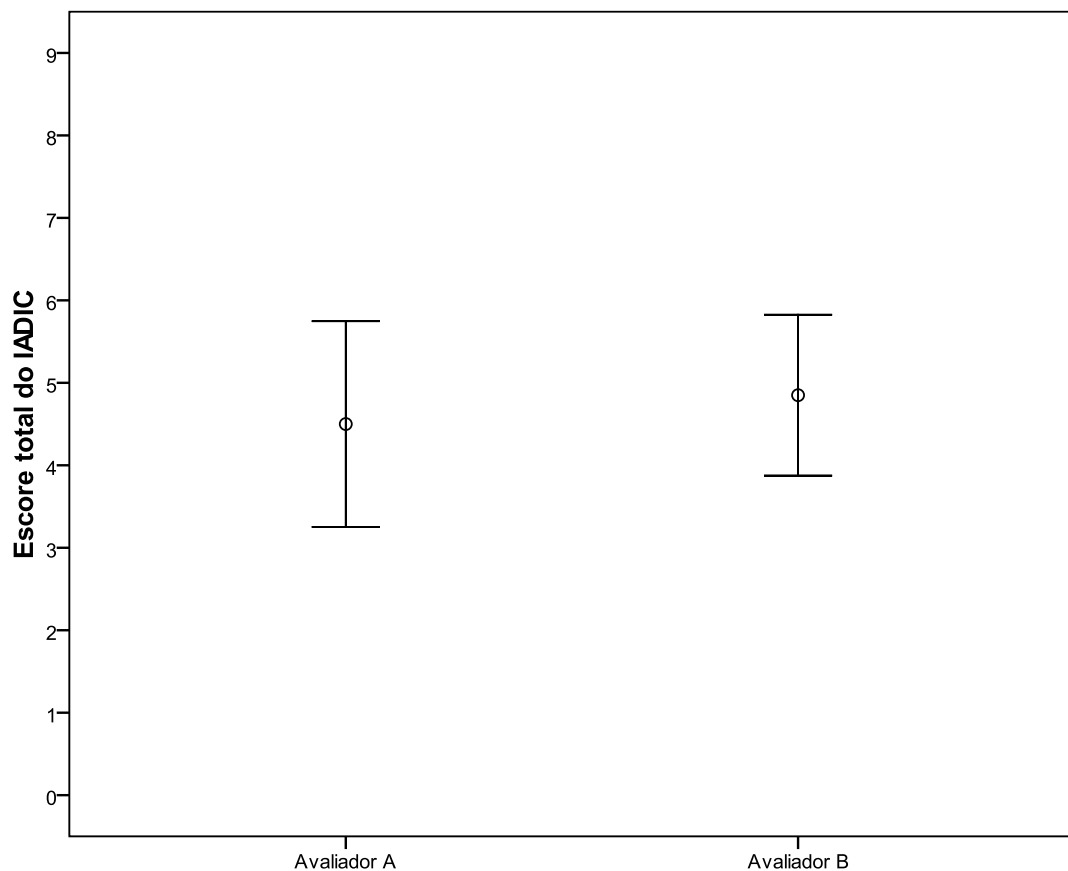
Fonte: SAURIN, 2012.

Considerando o kappa ajustado pelo PABAK, encontramos na tabela 5 que o item “relutância em se mover” apresentou concordância pobre (0,10), correspondendo a 1,11% dos itens do instrumento, dois (2,22%) itens apresentaram concordância fraca, sendo estes “fica

em guarda ante a perspectiva da dor” e ‘caretas” (0,30) respectivamente. Outros cinco (55,6%) itens, “gemido”, “estremecimento da voz”, “suspiro”, “aponta para o local da dor” e “testa franzida” obtiveram concordância moderada (0,50 a 0,70). E o item “mandíbula cerrada” não foi observado em nenhum dos pacientes por ambos observadores.

Para maior visibilidade das médias do escore total do IADIC entre os avaliadores, se apresenta a figura 4.

**Figura 4** – Reprodutibilidade interobservador (escore total do IADIC).



**Fonte:** SAURIN, 2012.

Esta figura evidência as médias e o intervalo de confiança de 95% do escore total para os dois avaliadores, como avaliado anteriormente, não houve diferença estatística entre os avaliadores ( $p=0,392$ ).

#### 5.4 VALIDADE

A validade de um instrumento pode ser verificada pela análise fatorial, além de testes específicos para comprovar sua validade de construto e critério.

#### 5.4.1 Análise Fatorial

Os valores obtidos através da avaliação das cargas fatoriais dos constructos do IADIC encontram-se na Tabela 6

**Tabela 6** - Avaliação dos itens do IADIC através da Análise Fatorial com rotação Varimax. Porto Alegre/RS 2012.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Gemido	0,895	0,349	-0,017
Estremecimento da voz	0,713	0,138	0,279
Fica em guarda ante a perspectiva da dor	0,264	0,735	0,279
Mandíbula cerrada	-0,011	0,080	0,312
Suspiro	0,512	0,338	0,041
Apointa para o local da dor	0,354	0,630	0,254
Relutância em se mover	0,172	0,707	0,096
Testa franzida	0,661	0,332	0,538
Caretas	0,696	0,213	0,630

**Fonte:** SAURIN, 2012.

Na tabela 6 é possível observar que em 7 dos 9 itens as mais altas cargas fatoriais ficaram em um único fator, fator 1: “gemido” (0,895), “estremecimento da voz” (0,713) e “suspiro” (0,512); fator 2: “fica em guarda ante a perspectiva da dor” (0,735), “aponta para o local da dor” (0,630) e “relutância em se mover” (0,707) e fator 3: “mandíbula cerrada” (0,312). Em relação aos itens “testa franzida” e “caretas”, ambos tiveram cargas fatoriais em dois fatores, tanto no fator 1 quanto no fator 3, no entanto optou-se em mantê-la no fator 3, devido a semelhança entre os itens, uma vez que “testa franzida”, “caretas” e “mandíbula cerrada” são considerados indicadores não comportamentais de expressões faciais.

### 5.4.2 Validade Discriminante

Uma das formas de avaliar a validade de construto é através da validade discriminante. Nesse sentido, propõe-se avaliar se o IADIC apresenta diferença estatística em relação às variáveis sexo, faixa etária e nível de complexidade de procedimento. A tabela 7 mostra que o IADIC quando aplicado em homens e mulheres apresenta diferença significativa ( $p=0,003$ ) para o sexo feminino, isto é, consegue diferenciar que grupo apresenta diferença em relação a dor. Ainda nesse contexto, quando analisado a faixa etária, mostra diferença estatística ( $p=0,004$ ) nos idosos na faixa etária de  $60 < 70$  anos. E ao se considerar o nível de complexidade do procedimento a que o idoso foi submetido, também apresenta diferença significativa ( $p=0,020$ ) entre os níveis de baixa/média e alta complexidade, apresentando diferença estatística para o nível de alta complexidade.

**Tabela 7** - Validade discriminante do IADIC (n=104).

Variáveis*	N	Média	DP	p
<b>Sexo</b>				
Feminino	52	5,6	2,8	
Masculino	52	3,9	2,9	0,003
<b>Faixa etária</b>				
60 < 70 anos	49	5,6	2,8	
≥ 70 anos	55	4,0	2,9	0,004
<b>Procedimento</b>				
Baixa/média	94	4,5	2,9	
<b>complexidade</b>				
Alta complexidade	10	6,8	2,6	0,020

\* $p < 0,001$

**Fonte:** SAURIN, 2012.

## 6 DISCUSSÃO

Neste capítulo se apresenta a discussão dos resultados obtidos no pré-teste e na avaliação das propriedades psicométricas do IADIC, ao se buscar validá-lo em pacientes idosos confusos no pós-operatório imediato.

### 6.1 PRÉ-TESTE

A versão adaptada do IADIC, por Rosa (2009), foi aplicada em uma amostra de 30 pacientes idosos, que atendiam aos critérios de inclusão. Os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE. O tempo médio de aplicação do IADIC foi de 5 minutos e não houve necessidade de nenhuma modificação, sendo assim manteve-se versão adaptada previamente para a língua portuguesa.

Quando da aplicação do pré-teste nos 30 idosos, o mesmo gerou resultados semelhantes ao estudo original (DECKER; PERRY, 2003), apesar do valor do coeficiente de Alfa de Cronbach dos itens “testa franzida” ter ficado abaixo de 0,70, que é valor preconizado como aceitável pela literatura (FACHEL, 2000; HAIR *et al.*, 2009), porém quando comparado com o resultado do estudo original, mantêm valor semelhantes. Ainda é possível observar que todos os valores encontrados no pré-teste, desse estudo, obtiveram valores de Alfa de Cronbach semelhantes aos valores do estudo original.

O instrumento, desta etapa, apresentou um Alfa de Cronbach total de  $\alpha = 0,889$ , indicativo de boa consistência interna dos itens após a adaptação transcultural.

### 6.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS: FIDEDIGNIDADE

#### 6.2.1 Consistência Interna

Quanto à fidedignidade da versão adaptada do IADIC o valor de Alfa de Cronbach foi de 0,873, para o total do instrumento. No estudo original o valor de Alfa de Cronbach encontrado para o instrumento foi de 0,44 (DECKER; PERRY, 2003). Os valores de Alfa de Cronbach reforçam que houve homogeneidade entre os itens, sinalizando que o instrumento apresenta consistência interna satisfatória, ou seja, indica que todos os itens medem o mesmo atributo, a dor.

O alfa de Cronbach é considerado uma medida de excelência para a fidedignidade de um instrumento. No entanto, seus resultados devem ser analisados de acordo com a população onde essa medida foi realizada (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

### 6.2.2 Estabilidade

Na concordância interobservador foi possível observar a estabilidade do instrumento para as respostas dos dois observadores onde o escore total mostra que a diferença entre os avaliadores não foi significativa ( $p=0,392$ ).

Quanto ao número e percentual dos constructos que o avaliador A e avaliador B identificaram nos idosos, nenhum apresentou diferença estatisticamente significativa.

O coeficiente de correlação de intraclassa (ICC) foi de 0,838, demonstrando que houve boa concordância entre os avaliadores A e B, podendo também ser considerado um valor adequado em se tratando de instrumento com poucos itens (CARVALHO *et al.*, 2010).

## 6.3 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS: VALIDADE

### 6.3.1 Análise das Cargas Fatoriais

Comparando os valores das cargas fatoriais dos itens do IADIC, obtidos neste estudo com os valores do estudo original (DECKER; PERRY, 2003), observamos que os componentes agruparam-se em três fatores em vez de quatro, ocorrendo à migração de alguns itens para outro componente. Conforme análise estatística, isso pode ser observado com o item “suspiro” que no estudo original fez parte do componente *Comportamento*, no fator 2 com uma carga fatorial de 0,63 e neste estudo apresentou carga fatorial de 0,512, tendo migrado para o fator 1, agrupando-se com os itens “gemido” e “estremecimento de voz” com cargas fatoriais de 0,895 e 0,713 respectivamente.

O mesmo acontece com o item “mandíbula cerrada”, que no estudo original apresentou carga fatorial de 0,67, no fator 2, e neste estudo obteve carga fatorial de 0,312, no fator 3. Agrupando-se aos itens “testa franzida” e “caretas” com cargas fatoriais de 0,538 e 0,630 respectivamente, que no estudo original haviam gerado o quarto fator.

No presente estudo se defende a ideia de agrupar esses três itens devido a sua semelhança, embora os itens “testa franzida” e “caretas” tenham tido uma carga fatorial mais elevada no fator 1, optou-se por deixá-los no fator 3 para formar o componente *Expressões*

*Faciais*, com indicadores não comportamentais de dor que realmente o representem (AGS, 2002).

O item “fica em guarda ante a perspectiva da dor”, que primeiramente compunha o componente *Comportamento*, no fator 2, com carga fatorial de 0,69, neste estudo obteve carga fatorial de 0,735 tendo permanecido no fator 2, junto com os itens “aponta para o local da dor” e “relutância em se mover” com cargas fatoriais de 0,630 e 0,707 respectivamente, estes dois itens compunham o componente *Atividade Motora* no estudo original.

Neste estudo após aplicação da análise fatorial que consiste em encontrar um modo de aglutinar (condensar) a informação em várias variáveis originais em um conjunto menor (fatores), com perda mínima de informações (HAIR *et al.*, 2009) com rotação *VARIMAX*, que é o mais popular dos métodos de rotação fatorial, concentrando-se na simplificação das colunas em uma matriz fatorial (HAIR *at al.*, 2009), obtivemos somente três fatores, diferente do estudo original que apresentava quatro fatores, isso acarretou a formação de novos possíveis componentes, dessa forma alguns constructos que originalmente faziam parte dos quatro fatores agruparam-se nos três fatores atuais formando novos componentes.

Nesse sentido, ao analisarmos as migrações dos itens entre os componentes é possível observar que os mesmos se agruparam por semelhança, formando os seguintes componentes com os respectivos itens: *Vocalizações* – “gemido”, “estremecimento da voz” e “suspiro”; *Comportamento/Atividade Motora*: “fica em guarda ante a perspectiva da dor”, “aponta para o local da dor” e “relutância em se mover” e o componente *Expressões Faciais*: “testa franzida”, “caretas” e “mandíbula cerrada”.

Em relação aos indicadores comportamentais de dor, a Sociedade Americana de Geriatria (AGS, 2002) divulgou, indicadores de comportamentos que podem ser observados quando se busca identificar e medir a dor, a saber: *expressão facial*: face ligeiramente franzida, triste, face amedrontada, testa franzida, olhos fechados ou apertados, rápido piscar de olhos, caretas e ou qualquer expressão facial fora dos padrões normais; *verbalizações e vocalizações*: murmúrios, gemidos, ganidos, choramingos constantes e insistentes, chamadas repetitivas e barulhentas, respiração ofegante ou arfante e ruidosa, grito por socorro e choro; *movimentos corporais*: postura corporal tensa, rigidez, postura de proteção, andar nervoso acelerado, balanço do corpo, movimentos restritos, engatinhamento ou mudança brusca na mobilidade; *mudanças nas interações interpessoais*: agressividade, combatividade, resistência ao cuidado; redução na interação social, socialmente inapropriado, agitador e verbalmente abusivo, com tendência ao isolamento; *mudança nas atividades e rotinas*: recusa aos alimentos, mudança no apetite, aumento dos períodos de descanso, mudança nos padrões



de descanso e sono, interrupção inesperada das rotinas comuns e aumento da desconexão mental; mudança de estado mental: choroso, presença de lágrimas, confusão aumentada, irritabilidade, perturbação intensa.

De Araújo e Pereira (2010), em recente revisão da literatura, mostraram diferentes instrumentos propostos para a medida da dor entre pessoas não comunicativas sendo eles; Abbey (ABBEY *et al.*, 2004), CNPI (*Checklist of Non-verbal Pain Indicators*) (FELDT *et al.*, 2002), DOLOPLUS-2 (LEFEBVRE-CHAPIRO, 2001) PACSLAC (*Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*) (FUCHS-LACELLE; HADJISTAVROPOULOS, 2004), PAINAD (*Pain Assessment for dementing Elderly*) (SNOW *et al.*; 2004). Todos os instrumentos incluíram pelo menos três indicadores comportamentais, sendo que a expressão facial, as verbalizações e vocalizações e os movimentos corporais, foram comuns a todos eles, demonstrando a boa aceitação desses indicadores para a avaliação da dor.

### **6.3.2 Validade Discriminante (Idade, Sexo, Procedimento)**

A ocorrência e a intensidade de dor no pós-operatório dependem de fatores constitucionais e relacionados à natureza dos procedimentos operatórios, tais como localização, tipo de incisão, natureza do traumatismo e duração do procedimento cirúrgico, somando-se que as experiências anteriores em relação à dor, aspectos sócio culturais, relacionamentos interpessoais, fatores ambientais e cuidados dispensados ao paciente no pré e pós-operatórios contribuem para as respostas conferidas por cada pessoa em relação à dor (LIMA *et al.*, 2008; BARBOSA, 2011).

Ao analisar se o IADIC é capaz de identificar se há diferença da presença de dor em relação ao sexo, observa-se neste estudo, que os pacientes do sexo feminino apresentaram mais dor que os pacientes do sexo masculino ( $p=0,003$ ), o que vem de encontro a estudos que referem que as mulheres possuem limiar para dor mais baixo do que os homens. Encontramos, na literatura, registros de que os indivíduos do sexo feminino apresentam menor limiar de dor (UCHIYAMA *et al.*, 2006), este autor ao estudar a prevalência de dor pós-operatória em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica identificou que a dor foi mais frequente em mulheres. Ochroch *et al.*, (2006) relataram também mais dor em mulheres submetidas a intervenções cirúrgicas torácicas quando comparadas aos homens. Thomas *et al.*, (2004), relatam em seu estudo que as mulheres foram mais acometidas do que

os homens. Sauaia *et al.*, (2005), também encontrou que as mulheres apresentaram significativamente escores de dor mais baixos do que os homens. No entanto, Couceiro *et al.*, (2009) em seu estudo, não identificaram diferença significativa entre os sexos quanto a presença de dor.

Quanto a análise da dor nas diferentes faixas etárias, observou-se neste estudo que os idosos com idade na faixa etária de 60<70 anos apresentaram mais dor quando comparados com os idosos com idade  $\geq 70$  anos ( $p=0,004$ ), isso é, dentre os idosos os com menor idade apresentaram mais dor. Esse achado vai de encontro aos resultados encontrados por Sauaia *et al.*, (2005), que identificaram maior prevalência de dor em pacientes mais jovens. Mendonza e Periche (2010), em seu estudo com o objetivo de identificar os fatores de risco para complicações no período de recuperação pós-anestésica no paciente idoso, também identificaram que os pacientes na faixa etária de 80-89 anos apresentaram menor risco de dor quando comparados a pacientes entre 60-79 anos. Couceiro *et al.*, (2009), em seu estudo, não identificaram diferença significativa quanto a idade dos participantes do estudo. No entanto, Thomas *et al.*, (2004), relatam, em seu estudo, que a prevalência da dor foi semelhante em diferentes décadas da vida.

No presente estudo, observou-se que o IADIC é capaz de identificar dor quando há comparação entre os níveis de complexidade dos procedimentos ( $p=0,020$ ), mostrando que os pacientes submetidos a procedimentos de alta complexidade apresentaram mais dor do que os pacientes submetidos a procedimentos de baixa/média complexidade. Lima e Busin (2008) realizaram estudos sobre dor em cirurgias extensas, como as torácicas, abdominais, renais e ortopédicas, encontrando relato de dor intensa ou moderada em 40 a 60% dos casos, e no caso de procedimentos cardíacos estudos relatam que 47 a 75% dos pacientes relatam algum tipo de dor no pós-operatório. Couceiro *et al.*, (2009) ao realizarem um estudo sobre a prevalência e influencia do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória identificaram nos pacientes submetidos a procedimentos de cirurgia geral (herniorrafias umbilical e inguinal, colecistectomias) apresentaram mais dor no pós-operatório do que as demais especialidades. Sauaia *et al.* (2005), relatam em seu estudo que pacientes submetidos a toracotomia tiveram escores de dor significativamente mais elevados do que pacientes submetidos a procedimentos de laparotomia exploradora.

Neste estudo, os procedimentos foram agrupados conforme a complexidade cirúrgica, baixa/média e alta levando-se em conta o tempo cirúrgico, e devido à grande heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, não é possível excluir a possibilidade de fatores relativos a cada procedimento, como local e tamanho da incisão e também os diferentes procedimentos

realizados na mesma especialidade cirúrgica, como por exemplo, colecistectomia por via laparoscópica e convencional realizadas pela Cirurgia Geral, amputação e by-pass realizadas pela Vascular também terem interferido nos resultados obtidos. A possibilidade da ocorrência e da intensidade da dor ter sido modificada pelo tipo de anestesia realizada, também deve ser levado em conta, já que não se separou os pacientes por tipo de anestesia, pois se sabe que nos pacientes submetidos a bloqueio (raquianestesia e peridural), a analgesia pode se prolongar, resultando assim em menor intensidade da dor pós-operatória. Já, nos pacientes submetidos à anestesia geral, a intensidade da dor pode variar de acordo com os fármacos empregados.

A dor pós-operatória geralmente é proporcional ao grau de estimulação das terminações nervosas e ao tamanho da incisão. Quanto maior for à lesão tecidual, maior será a intensidade da dor pós-operatória. O procedimento cirúrgico provoca a liberação de mediadores da inflamação e de substâncias algogênicas, que estimulam os nociceptores das fibras neurais e, conseqüentemente, aumentam a transmissão do impulso doloroso (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011; RIBEIRO, 2012; FOK, 2012).

Um percentual considerável de indivíduos que se submeteram a algum tipo de procedimento cirúrgico relata que a dor no pós-operatório é considerada a pior dor de suas vidas. Uma pesquisa realizada em unidade de internação de um hospital geral, onde foi avaliada a dor e a satisfação com a analgesia em 110 pacientes, concluiu que 97,6% dos pacientes pesquisados, que se submeteram a cirurgia de grande porte referiram dor; 38,7% descreveram a dor como intensa (entre 8 e 10 da escala numérica de 0 a 10) (ROCHA; MORAES,2010).

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo validar as propriedades psicométricas do IADIC em pacientes no pós-operatório imediato. Nesse sentido, o IADIC foi aplicado a uma amostra de 104 idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades e em pós-operatório imediato, entre abril e agosto de 2012, com idade de  $71,51 \pm 8,81$ , tempo de administração de medicação para dor de 3h, e tempo cirúrgico de 2h à 4h.

Os resultados encontrados no pré-teste evidenciaram que o IADIC manteve-se com sua forma original, seus itens apresentaram valores de Alfa de Cronbach dentro dos valores aceitos pela literatura (0,65 – 0,93), não necessitando ajustes ou alterações para que pudesse ser usado para a validação de suas propriedades psicométricas.

A validação das propriedades psicométricas do IADIC seguiu os passos preconizados pela literatura, o que resultou num instrumento válido para o uso no Brasil. Desta forma, conclui-se que:

- os valores do coeficiente de Alfa de Cronbach encontrados neste estudo foram semelhantes aos encontrados no estudo original e dentro do preconizado pela literatura. Mostrando que o instrumento manteve sua homogeneidade. Para essa amostra de idosos os valores de Alfa de Cronbach de 0,818 para o constructo Vocalizações, de 0,44 para o constructo Comportamento, de 0,685 para o constructo Atividades Motoras e de 0,928 para Expressões Faciais. Sendo que o escore total do IADIC superou o sugerido pela literatura como aceitável, que é de 0,70;

- a propriedade de estabilidade, avaliada através da relação interobservador, apresentou um coeficiente de correlação intraclasse (ICC) de 0,838, evidenciando o bom grau de concordância entre os avaliadores. Ainda nesse sentido, não houve diferença estatística ( $p=0,392$ ) entre as respostas dos avaliadores para os constructos do instrumento;

- a validade foi estabelecida através da análise fatorial e da validade discriminante. Os resultados mostraram que as cargas fatoriais carregaram-se conforme o esperado. No entanto, comparando com o instrumento original obtivemos somente três fatores, fazendo com que os constructos migrassem entre os componentes, formando três novos componentes. Dessa forma, após aplicação da análise fatorial obtivemos uma nova apresentação do instrumento, com três componentes, a saber: *Vocalizações* – “gemido”, “estremecimento da voz” e “suspiro”; *Comportamento/Atividade Motora*: “fica em guarda ante a perspectiva da dor”, “aponta para o local da dor” e “relutância em se mover” e o componente *Expressões Faciais*:

“testa franzida”, “caretas” e “mandíbula cerrada”, onde os constructos foram agrupados conforme os indicadores não comportamentais de dor, sugeridos pela literatura;

- em relação à validade discriminante, o IADIC mostrou que é capaz de identificar a dor em diferentes contextos, como o encontrado nesse estudo, onde as mulheres apresentaram mais dor do que os homens ( $p=0,003$ ), assim como os idosos na faixa etária de  $60 > 70$  anos apresentaram mais dor do que os idosos na faixa etária  $\geq 70$  anos ( $p=0,004$ ), também se identificou mais dor nos procedimentos considerados de alta complexidade ( $p=0,020$ ) quando comparados com os procedimentos de baixo-média complexidade.

Ao se validar as propriedades psicométricas do IADIC, acredita-se que o objetivo proposto neste estudo foi atingido, uma vez que o instrumento traduzido e adaptado mostrou-se fidedigno ao original, quando aplicado numa amostra de idosos confusos em pós-operatório imediato.

Por se tratar de um instrumento de avaliação da dor por aspectos comportamentais, com indicadores subjetivos, estando estes sujeitos a vieses de interpretação por parte do avaliador, faz-se necessário que este tenha conhecimento técnico-científico e experiência clínica e, sobretudo que conheça o contexto do paciente idoso, sujeito do cuidado, o que subsidiará com acuraria o diagnóstico de dor e consequentes intervenções.

Instrumentos com diferentes indicadores comportamentais de dor surgem em diferentes contextos, exigindo pesquisas para que sejam validados, aperfeiçoados e adaptados conforme a cultura de cada povo.

Pelos resultados encontrados nessa pesquisa acreditamos poder estar subsidiando o ensino, levando os estudantes e enfermeiros a pensar de forma crítica nas reais situações dos pacientes, levando em consideração conhecimentos prévios assim como usar o pensamento crítico para a tomada de decisões, subsidiando assim a assistência.

No Brasil, os estudos sobre avaliação da dor em idosos, principalmente nos que apresentam alguma necessidade especial, como déficit cognitivo ou em situações específicas, como em pós-operatório ainda são escassas. Dessa forma, a partir do desenvolvimento desse estudo sugerimos que novos estudos sejam realizados com o IADIC em diferentes contextos da prática clínica, para que o enfermeiro possa intervir adequadamente no cuidado desses pacientes, e assim buscar resultados que expressem as reais necessidades do indivíduo, de modo a qualificar e a individualizar o cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ABBEY, J. *et al.* The Abbey Pain Scale. A 1-minute numerical indicator for people with late-stage dementia. **International Journal Palliative Nursing**, London, v.10, n.1, p.6-13. 2004.
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). **Management of Cancer Pain: clinical guideline number 9**. Rockville: AHCPR, 1994.
- AGUIAR, João Paulo Cordeiro Almeida. **Delirium Pós-operatório: uma situação frequente, pouco reconhecida e com impacto na morbidade**. 2009. 23 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Porto, 2009.
- ALTMAN, D. G. **Practical statistics for medical research**. London: Ed. Chopman & Hall, 2006.
- ALVES, L.C. *et al.* The effect of chronic diseases on functional status. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 23, p.1924-1930, 2007.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). Management of cancer pain in older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v.45, n.10, p.1273-6, 1997.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 6, p. 205-24, 2002.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). Pharmacological management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v.57, n.8, p.1331-46. 2009.
- ANAND, K.J.S.; WHIT HALL, R.W. Controversies in neonatal pain: an introduction. **Seminars in Perinatology**, Philadelphia, v.31, n.5, p. 273-274. 2007.
- ANAND, KJS, CRAING, KD. New perspectives on the definition of pain. **Pain**, Amsterdam, v.67, n. 1, p.3-6, 1996.
- ANDRADE, F.A.de; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A E.F.. MENSURAÇÃO DA DOR NO IDOSO: UMA REVISÃO. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 2, p.271-276. 2006.
- ARAUJO, R.S.; PEREIRA, L.V. Instrumentos para mensuração da dor em pessoas com demência em fase severamente avançada: revisão integrativa de literatura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR, 9., 2010, FORTALEZA. [Anais...] Fortaleza, 2010. (CD-ROM).
- AUGUSTOS, A.C. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimentos**, Rio de Janeiro. v.7, n.1, p 89-104, 2004.
- BARBOSA, F.T.; CUNHA, R.M. da; PINTO, A. L.C. L.T.. Postoperative Delirium in the Elderly. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 58, n. 6, p.665-670, 2008.

BARBOSA, T.P.; BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M.. Avaliação da experiência de dor pós-operatória. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.23, n.4, p.470-477. 2011.

BEATON, D.E *et al.*. Guidelines for the Process of Cross-cultural adaptation of Self-report Measures. **Spine**, v.25, n.24, p.3186-3191, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19)

BRUCKENTHAL, P. Assessment of pain in the elderly adult. **Clinics in Geriatrics Medicine**, Philadelphia, v.24, n.2, p.213-236, 2008.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAPELLO, R.G. *et al.* Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. **Revista da Dor**, São Paulo, v.10, n.2, p. 113-9, 2009.

CARMACIU, C. *et al.* Health risk appraisal in older people: prevalence, impact, and context of pain in the implications of GP. **British Journal of General Practice**, London, v. 57, n.541, p. 630-635, 2007.

CARVALHO, A.R.S. *et al.* Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.301-308, 2010.

CARVALHO, R; BIACHI, E.R.F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: Manole, 2007.

CHOPRA, A. Pain management in the older patient. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v.14, n.3, p.40-6, 2006.

COUCEIRO, T. C.M. *et al.* Prevalência e Influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v.59, n 3, p.314-320, 2009.

CROSSETTI, M.G.O.; ROSA, T.P.; MORUMA, A.T.G.. Escalas para avaliação de dor no idoso: uma revisão integrativa de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 15., 2009, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: SNPE, 2009. p. 626-628.

CUSTÓDIO, G. *et al.* Uso de analgésicos nos pós-operatório para tratamento da dor em hospital no Sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n.1, p.75-79, 2009.

DECKER, S.A.; PERRY, A.G.. The development and testing of the PATCOA to Assess pain in Confused Older Adults. **Pain Management Nursing**, New York, v.4, n. 2, p.77-86. 2003.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T.. Prevalência e caracterização da dor crônica em. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p.1151-1160, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)**. 4th ed.Washington: APA, 2000.

DÍAZ, C. R.The importance of using a cross-cultural adaptation in nursing questionnaires and tool. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 1-3, 2011.

DUARTE, A.S. **Instrumentos para avaliação da dor em pacientes com prejuízo cognitivo: uma revisão sistemática**. 2010. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FABBRI, R.M.A. *et al.* Validity and reliability of the Portuguese version of the confusion assessment method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 59, n.2, p.175–179, 2001.

FACHEK, J.M.G.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: CUNHA, J.A. (Org.). **Psicodiagnóstico V. 5**. ed. Artmed. Porto Alegre, 2000. p 158-70

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. London: John Wiley & Sons; 2000.

FELDT, K. S. The Checklint of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v.1, n.1, p. 13-21, 2000.

FIEDLD, Andy. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A. Desvendando os mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, Recife, v. 18, n. 1, p.115-146, 2009.

FOK, A.W.; YAU, W.P. Delay in ACL reconstruction is associated with more severe and painful meniscal and chondral injuries. **Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy**, Heidelberg, [Epub ahead of print], 2012.

FUCHS-LACELLE, S.; HADJISTAVROPOULOS, T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v.5, n.1, p. 37-49, 2004.

GASPARDO, C. M. Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? **Pain**, Seattle, v.137, n.1, p. 16-25, 2008.



GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. [editorial]. **Scandinavian Journal Rheumatology**, Toronto, v.24, n.2, p.61-63, 1995.

HADJISTAVROPOULOS, T.; FINE, P.G. Chronic pain in older persons: prevalence, assessment, and management. **Reviews in Clinical Gerontology**, Cambridge, v. 16, n.3, p.231-241, 2006.

HADJISTAVROPOULOS, T. *et al.* An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. **Clinical Journal Pain**, Hagerstown, v.23, n. 1, p. 1-43, 2007.

HADJISTAVROPOULOS, T. *et al.* Assessing pain in dementia patients with comorbid delirium and/or depression. **Nursing Management Nursing**, Philadelphia, v.9, n. 2, p.48-54, 2008.

HAIR, J. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERK, R.V. *et al.* Observation /scale for pain assessment in older adults whit cognitive impairments or communication difficulties. **Nursing Research**, Philadelphia v. 58, n. 1, p. 34-43, 2007.

HERR, K. *et al.* Pain Assessment in the nonverbal patient: position statement whit clinical practice recommendations. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 7, n. 2, p.44-52, 2006.

HERR, K.A. *et al.* Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. **The Clinical Journal of Pain**, Hagerstown, v. 14, n.1, p. 29-38, 1998.

HUSEBO, B.S. *et al.* Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. **Journal of the American Medical Directors Association**, New York, v.9, n. 6, p. 427-433, 2008.

INOUYE, S. Delirium in older persons. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.354, n. 11, p. 1157-65, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). [**Pain definitions**]. Disponível em: <[http://.iasp-ain.org/AM/Template.cfm?Section=GeneralResouce\\_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&contentID=3058#Pain](http://.iasp-ain.org/AM/Template.cfm?Section=GeneralResouce_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&contentID=3058#Pain)>. Acesso em: 12/11/2012.

JORNAL DA DOR. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), n. 38, 2010.

KAASALAINEM, S. Pain assessment in older adults whit dementia. **Journal of Gerontological Nursing**, Thorofare, v. 6, n. 6, p. 6-10, 2007.

KELLEY, A.S.; SIEGLER, E.L.; REID, M.C. Pitfalls and recommendations regarding the management of acute pain among hospitalized patients with dementia. **Pain Medicine**, Malden, v.9, n. 5, p.581-586,2008.

LANDGRAF, C.S. *et al.* Avaliação da analgesia pós-operatória em um hospital universitário. **Revista da Dor**, São Paulo. v.11, n. 4, p. 319-22, 2010.

LEFEBVRE-CHAPIRO, S. The Doloplus-2 scale - evaluating pain in the elderly. **European Journal of Palliative Care**. London. v. 8, n. 5, p. 191-4, 2001.

LEMIENGRE, J. *et al.* Detection of Delirium by bedside nurses. **Journal American Geriatrics Society**, Malden, v. 54, n. 4, p.685-689, 2006.

LEONG, I.Y.; CHONG, M.S.; GIBSON, S. The use of a self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the painad in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. **Age and Ageing**, Oxford, v.35, n.3, p.252-256, 2006.

LILLEFELLM, M.; KROKSTAD, S.; ESPNES, G.A. Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal. **BMC Musculoskeletal disorders**, London, v.8, n. 65, 2007.

LIMA, L.B.; BUSIN L.. O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 29, n. 1, p. 90-7. 2008.

LINDESAY, J.; ROCKWOOD, K.R.D. The epidemiology of delirium. In: LINDESAY, J. ROCKWOOD, K.; MACDONALD, A. **Delirium in Old Age**. New York: Oxford Press, 2000. p. 27-50.

LINHARES, M.B.M.; DOCA, K.N.P. Dor em Neonatos e Crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n 2, 307-325, 2010.

LIPOWSKI, Z.J. Delirium: acute confusional states. New York: Oxford Press, 1990. p. 229-76.

LOBIONDO-WOOD G; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUNDSTRÖM, M. *et al.* Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. **Ageing Clinical and Experimental Research**, Milano, v.19, n. 3, p. 178-86, 2007.

MACHADO, A.C.A.; BRÊTAS, A.C.P.. Comunicação não verbal de idosos frente ao processo de dor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p.129-133, 2006.

MACKENSEN, G.B.; GELD, A.W. Postoperative cognitive deficits: more questions than answers. **European Journal of Anaesthesiology**, Oxford, v.21, n. 2, p. 85-88, 2004.

MCAULIFFE, L.; NAY, R. O'Donnell M, Fetherstonhaugh D. Pain assessment in older people with dementia: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.65, n. 1, p. 2-10, 2009.

MCCAFFERY, Margo; PASERO, Chris. **Pain assessment and pharmacologic management**. St Louis: Mosby, 2011.

McDOWELL, Ian. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3th ed. New York: Oxford University Press, 2006.

MENDONZA, I. Y. Q.; PENICHE, A.C. G. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medelin, v. 28, n. 3, p. 355-362, 2010.

MULLER-STAU, M. *et al.* Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Malden, v.18, n.1, p. 5-17, 2007.

Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicologia*. Portugal, v.4, n.1, p. 65-90, 2006.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. **Equivalência Semântica da Classificação de Fenômenos da CIPE versão alfa**. João Pessoa: Idéia, 2000.

OCHROCH, E.A. *et al.* Women suffer more short and long-term pain than men after major thoracotomy. **Clinical Journal of Pain**, Hagerstown, v. 22, n. 5, p. 491-498, 2006.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* Dor no pós-operatório: ações de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 2, n. 1, p. 27-29, 2011.

OLTRAMARI, Gisele. **Influência da resiliência na dor crônica de idosos**. 2010. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PANAZZOLO, D. *et al.* Dor crônica em idosos moradores do Conjunto Cabo Frio, cidade de Londrina/PR. **Revista da Dor**, São Paulo, v. 8, n.3, p. 1047-1051, 2007.

PAPALÉO, M. N. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.2-12

PAULA, G.R. *et al.* Uso de analgésicos no pós-operatório para tratamento da dor em hospital no sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis. v. 37, n. 4, p.75-79, 2008.

- PRATICÒ, C. *et al.* Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. **Medical Hypotheses**, New York, v.65, n.5, p. 972-982, 2005.
- PROCTOR, W.R.; HIRDES, J.P. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. **Pain Research & Management**, Oakville, v.6, n. 3, p. 119-125, 2001.
- RIBEIRO, M.C.O. Dor pós-operatória em pacientes submetidos à craniotomia eletiva. **Revista da Dor**, São Paulo. v.13, n. 3, p. 229-34, 2012.
- ROCHA, Luana de Souza; MORAES, Márcia Wanderley de. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista da Dor**, São Paulo, v.11, n. 3, p. 254-258, 2010.
- ROSA, T. P. **Tradução e adaptação transcultural da escala "Pain Assessment Tool in confused Older Adults – PATCOA**. 2009. 60 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- RUDOLPH, J.L. *et al.* Derivation and validation of a preoperative prediction rule for delirium after cardiac surgery. **Circulation**, Hagerstown, v.119, n. 2, p. 229-36, 2009.
- RUIZ-NETO, P.P.; MOREIRA, N.A.; FURLANETO, M.E. Delírio pós-anestésico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 52, n. 2, p.242-250, 2002.
- SANTOS, A.R. *et al.* Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, 2011.
- SANTOS, C.C. *et al.* Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 2, n. 13, p.75-78, 2006.
- SAUAIA Angela, *et al.* Postoperative Pain Management in Elderly Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 53, n. 2, p.274-282, 2005.
- SCHULER, M.S. *et al.* Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINADG) in nursing home residents. **Journal of the American Medical Directors Association**, New York, v.8, n. 6, p. 388-95, 2007.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Revista da Dor**. São Paulo, v.12, n. 2, p. 138-51, 2011.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 3.
- SNOW A.L. *et al.* NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment Instrument for use in dementia. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, Basel, v. 17, n. 3, p. 240-6, 2004.

STINSON, J.N. *et al.* Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. **Pain**, Amsterdam, v.125, n.1-2, p.143-157, 2006.

SYMONS, F.J.; SHINDE, S.K.; GILLES, E. Perspectives on pain and intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, Oxford, v. 52, pt.2, p. 275-86, 2008.

TEIXEIRA, M. J. **Dor**: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu, 2006.

THOMAS, E. *et al.* The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). **Pain**, Amsterdam, v.110, n.1-2, p.361-368, 2004.

UCHIYAMA, K. *et al.* Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. **Surgical Endoscopy**, New York, v. 20, n.3, p. 448-451, 2006.

VAN ROMPAEY, B.V. *et al.* A Comparison of the CAM-ICU and NEECHEAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observational study in non-intubated patients. **Critical Care**, London, v.12, n. 1, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 548-554. 2009.

VEROLI, F.K.; PEDRAZZI, V. Adapted version of the MCGILL pain questionnaire to Brazilian Portuguese. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4. p. 328-35, 2006.

WAHAST ÁVILA, Christiane. **Adaptação transcultural e validação da Self-Care of Heart Failure Index Versão 6.2 para uso no Brasil**. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

WEISSHEIMER, Anne Marie. **Tradução, adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. 2007. 133f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2007.

YOUNG, J.; INOUE, S.K. Delirium in older people. **British Medical Journal**, London, v.334, n.7598, p.842-846, 2007.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA**

DATA/HORA	
PESQUISADOR	A(    )    B(    )
NÚMERO DO SUJEITO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
IDADE	
SEXO	F(    )    M(    )
TEMPO CIRÚRGICO	1H – 2H (    )    02:01 – 04:00 (    )    + de 4H (    )
COMORBIDADES	
MORBIDADES	

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC que terá por objetivo: validar clinicamente o instrumento para avaliação da dor em idosos confusos – IADIC (ROSA, 2009).

O trabalho está sendo realizado pela mestranda Gislaine Saurin sob a supervisão e orientação da Profª Dra Maria da Graça Crossetti. Para tanto será utilizado um instrumento para a avaliação de delirium no pós-operatório o Instrumento de Avaliação de Confusão, o INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS-IADIC e um instrumento para identificação do perfil da amostra, onde os dados serão coletados do prontuário do paciente. Não existem riscos na aplicação destes instrumentos, uma vez que são instrumentos observacionais, e que não serão realizadas perguntas aos sujeitos do estudo. A aplicação dos instrumentos prevê um tempo médio de (5) cinco minutos de observação para cada sujeito. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes preservados. Os resultados deste estudo contribuirão para a identificação precoce da dor no idoso em pós-operatório imediato possibilitando a prescrição de cuidados de enfermagem específicos para os idosos que tiverem semelhantes problemas de saúde.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Gislaine Saurin, telefone

CEP / CHC  
 VERSÃO APROVADA  
 09.12.12

33572266, email: [gisaurin@hotmail.com](mailto:gisaurin@hotmail.com) e endereço: Rua Francisco Trein, nº 596, Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

- Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do sujeito \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

Prevedo a possibilidade de que seja incluído neste estudo algum sujeito de pesquisa analfabeto e/ou impossibilitado de consentir, este termo será autorizado pelo responsável ou pelo sujeito sob a presença de uma testemunha. Descreve-se a seguinte informação:

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_

(nome do paciente) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_ enquanto eu estava presente.

Nome e assinatura da testemunha/responsável: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Versão Aprovada em

ABR. 2012  
  
 Daniel Demétrio Faustino da Silva  
 Coordenador-geral do CEP-GHC

Professora orientadora: Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Contato: (51)3308-5324, (e-mail [mgcrossetti@gmail.com](mailto:mgcrossetti@gmail.com))

Pesquisadora: Mda. Gislaine Saurin

Contato: (51) 33752266 (e-mail [gsaurin@ig.com.br](mailto:gsaurin@ig.com.br))

Escola de Enfermagem da UFRGS

Rua São Manoel 963, Campus as Saúde, Bairro rio Branco, Porto Alegre

Sala – 221. Telefone – 51-33085226



**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS  
DO PRONTUÁRIO**

Título do projeto

	Cadastro GEP
--	--------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Nome dos pesquisadores	Assinatura



**ANEXO A - ITENS PARA AVALIAÇÃO DE DELÍRIO SEGUNDO O CONFUSION  
ASSESSMENT METHOD – CAM (FABBRI 2001)**

<b>Itens para Avaliação de Delírio Segundo o Confusion Assessment Method – CAM</b>	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>1. Início agudo e flutuação de sintomas (evidência de mudança aguda no estado mental base do paciente)</b>		
<b>2. Distúrbio de atenção (ausente em todo momento; presente em algum momento)</b>		
<b>3. Pensamento desorganizado (pensamento desorganizado, incoerente, conversas dispersivas ou irrelevantes, mudança imprevisível de assunto)</b>		
<b>4. Alteração de consciência (alerta, vigilante, letárgico, estupor, coma)</b>		
5. Agitação ou retardo psicomotor (aumento ou diminuição da atividade motora)		
6. Desorientação (quanto lugar e tempo)		
7. Prejuízo de memória (dificuldade de lembrar os fatos ocorridos no hospital)		
8. Distúrbio de percepção (alucinações, ilusões e interpretações erradas de fatos ou objetos)		
9. Alteração do ciclo sono vigília (sonolência diurna e insônia noturna)		

**ANEXO B - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS  
CONFUSOS (ROSA 2009)**

<b>INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS CONFUSOS- IADIC</b>		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Componente 1 - vocalizações</b>		
Gemido		
Estremecimento da voz		
<b>Componente 2 - comportamento</b>		
Fica em guarda ante a perspectiva da dor		
Mandíbula cerrada		
Suspiro		
<b>Componente 3 – atividades motoras</b>		
Aponta para o local da dor		
Relutância em mover-se		
<b>Componente 4 – expressão facial</b>		
Testa franzida		
Caretas		

## ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO – COMPESQ



PPGENF



Ata da sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presidida e registrada pela Orientadora **Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti**, para o desenvolvimento da dissertação de mestrado da acadêmica **Gislaine Saurin**, no dia 30 de novembro de 2011, às 14h, no Anfiteatro da Escola de Enfermagem. O projeto tem como título **Validação clínica da dor em idosos confusos IADIC**. De acordo com a Resolução 01/2007 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a realização do Exame de Qualificação tem caráter facultativo. Conforme a banca examinadora, o projeto:

*É relevante para a produção de conhecimentos na enfermagem e aplicação na prática clínica. Superando o título, incluiu objetivos específicos. Contribuiciliza o cenário de desenvolvimento do projeto reforçando referências teóricas; aprofunda a metodologia no que se refere a avaliar das propriedades psicométricas.*

**Nome e assinatura da Banca Examinadora**

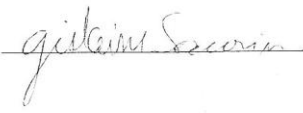
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti:   
Presidente - PPGENF/UFRGS CPF nº 523.098.940-87

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega:   
Membro - UFRGS CPF nº 132.125.594-20

Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva:   
Membro - PPGENF/UFRGS CPF nº 420.063.330-20

Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena:   
Membro - PPGENF/UFRGS CPF nº 471.802.500-15

Porto Alegre, 30 de novembro de 2011.

De acordo da mestranda: 

## ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO – CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Thom 1066  
CEP 91350-230 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 02.707.118/001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubião 20  
CEP 91450-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4105  
CNPJ: 02.707.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.  
Rua Medeiros, 117  
CEP 91420-071 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3354.5295  
CNPJ: 02.693.343/014-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 04 de abril de 2012, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 11-260

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

GISLAINE SAURIN

MARIA DA GRAÇA OLIVEIRA CROSSETTI

**Título:** Fidedignidade e validade do instrumento de avaliação da dor em idosos confusos - IADIC.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

**Considerações Finais:**

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.

  
Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 04 de abril de 2012.