

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Débora Fernanda Amaral Pedrosa

“Avaliação e Mensuração da Dor Crônica Isquêmica e da Qualidade de Vida”

RIBEIRÃO PRETO

2009

Débora Fernanda Amaral Pedrosa

“Avaliação e Mensuração da Dor Crônica Isquêmica e da Qualidade de Vida”

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Ciência e Tecnologia em Enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa

RIBEIRÃO PRETO

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Pedrosa, Débora Fernanda Amaral
Avaliação e mensuração da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida. Ribeirão Preto, 2009.
104 p. : il. ; 30 cm
Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Ciência e Tecnologia em Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Pedrosa, Débora Fernanda Amaral

Avaliação e mensuração da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Ciência e Tecnologia em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Pelas amizades conquistadas durante o período de aprendizagem em que passei no Laboratório de Psicofísica Clínica.

Para aqueles amigos que me ajudaram a passar por esse percurso **Carla, Elis, Hilze, Orlando, Simone, Talita** e em especial para a minha sobrinha **Andressa** que também segue o mesmo caminho acadêmico, e para aquelas que já passaram e que de alguma forma deixaram a sua marca (**Ana Carla, Erika, Léa, Keila, Priscilla, Renata Evangelista e Samanta**).

Para o Prof^a Dr^a **Lilian Varanda Pereira** que me incentivou a seguir o caminho acadêmico e a trabalhar com o tema dor.

Para o Prof^o Dr^o **Vanderlei Haas** que sempre pode discutir conosco os temas estatísticos.

Para a Prof^a Dr^a **Priscilla Hortense** que durante o período em que estive no Laboratório foi um modelo de aluna a ser seguido por nós.

Aos professores da Universidade de São Paulo campus Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que contribuíram na minha formação durante as disciplinas cursadas.

Às amigas e aos amigos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (**Ana Carolina, Ana Lúcia, Ana Rita, Bethânea, Bibiane, Darlene, Eliana, Elisabeth Barrichello, Elisabeth Lopes, Fátima, Fernanda, Gilberto, Helena, Idis, Jesislei, Leila, Leiner, Lídia, Márcia Helena, Márcia Tasso, Maria Aparecida, Maria Helena, Marina, Nazaré, Osvaldo, Rejane, Ricardo, Stefânea, Sueli, Suzel e Versol**).

Aos amigos que me esperam em Uberaba todos os finais de semana (**Eliane e Ramirez, Márcia e Júlio, Cláudia e Wendell, Gabriel e Rosilei**).

Aos funcionários da Universidade de São Paulo campus Ribeirão Preto e aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial **Cidinha, Edilaine** e aos **funcionários da Pós-graduação** que sempre estiveram dispostos a colaborar conosco.

Aos médicos, enfermeiros e funcionários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e do Hospital Escola de Uberaba.

A toda a minha família e a família de meu esposo que torceram por mim e para Alice que me esperava todas as sextas-feiras com muita saudade.

E por fim, àqueles que carinhosamente se dispuseram a participar da pesquisa.

Agradecimento Especial

Ao meu marido **André Luiz Pedrosa** que me incentivou a estudar e me apoiou e me entendeu durante todo o período do meu Mestrado em que a distância nos separou.

A minha mãe **Vanilda Rosa Borghini Amaral** que sempre me incentivou a estudar e ser correta por todos os lugares em que eu passei.

A minha orientadora **Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa** que me acolheu em seu Laboratório e me conduziu de forma brilhante a realização desse trabalho.

*ORAÇÃO DE SÃO FRANCISCO DE
ASSIS*

*Senhor: Fazei de mim um instrumento
de vossa Paz!
Onde houver Ódio, que eu leve o Amor,
Onde houver Ofensa, que eu leve o
Perdão.
Onde houver Discórdia, que eu leve a
União.
Onde houver Dúvida, que eu leve a Fé.
Onde houver Erro, que eu leve a
Verdade.
Onde houver Desespero, que eu leve a
Esperança.
Onde houver Tristeza, que eu leve a
Alegria.
Onde houver Trevas, que eu leve a Luz!
Ó Mestre,
fazei que eu procure mais:
consolar, que ser consolado;
compreender, que ser compreendido;
amar, que ser amado.
Pois é dando, que se recebe.
Perdoando, que se é perdoado e
é morrendo, que se vive para a vida
eterna!*

RESUMO

Pedrosa, D.F.A. **Avaliação e mensuração da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida.** 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O objetivo geral desse estudo foi avaliar a dor crônica isquêmica percebida e a qualidade de vida do cliente relacionada a essa dor. Os objetivos específicos foram: descrever o perfil sócio-demográfico e econômico dos clientes com dor crônica isquêmica, mensurar a intensidade da dor crônica isquêmica percebida, identificar os descritores de maior e menor atribuição para a dor crônica isquêmica, escalonar os principais descritores de dor crônica isquêmica e avaliar a qualidade de vida dos clientes que queixam de dor crônica isquêmica. Para tal, foram realizados 4 Experimentos, nos quais utilizamos métodos psicofísicos diferentes. Cem clientes portadores de Doença Arterial Obstrutiva Periférica destes participaram dos Experimentos 1, 2 e 4 e trinta do Experimento 3. Os resultados para análise descritiva foram: média de idade de $64,83 \pm 12,14$ anos, 67 pertencem ao gênero masculino, 54 casados, 63 aposentados, 79 católicos, 58 frequentaram o ensino fundamental incompleto, sendo que 89 queixavam-se de dor há mais de seis meses. A maioria dos participantes atribuiu o valor 10 para a intensidade da dor, sendo média aritmética de $5,59 \pm 3,16$ pontos. Os cinco descritores de maior atribuição (estimação de categorias) que caracterizam a dor crônica foram: desagradável, perturbadora, forte, preocupante e cansativa e os de menor atribuição foram: punitiva, deprimente, persistente, angustiante e desastrosa. Os descritores de maior atribuição (estimação de magnitude) foram: terrível, dolorosa, incômoda, preocupante e cansativa e os de menor atribuição foram: enjoada, forte perturbadora, chata e desagradável. Os domínios da qualidade de vida mais afetados foram: o domínio físico, seguido pelos domínios ambiental, psicológico e social. Existe correlação entre todos os domínios de QV e a qualidade de vida global do instrumento WHOQOL-bref e entre todos os domínios de QV e de dor crônica.

Palavras-chave: Avaliação e mensuração da dor. Dor crônica. Psicofísica. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Pedrosa, D.F.A. **Evaluation and measurement of chronic ischemic pain and quality of life.** 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

The general aim of this study was to assess the perceived chronic ischemic pain and the pain-related quality of life (QOL), regarding this specific pain. The specific aims were: to describe the socio-demographic and economic profiles of the clients with chronic ischemic pain, to measure the intensity of the perceived chronic ischemic pain, to identify the least and most frequent descriptors for chronic ischemic pain, to rank the main descriptors of chronic ischemic pain and to evaluate the quality of life of the clients who complain of chronic ischemic pain. Four experiments were carried out, using different psychophysical methods. One hundred carriers of peripheral obstructive arterial disease participated in Experiments 1, 2 and 4, and 30 took part in Experiment 3. Results for descriptive analysis were: average 64.83 ± 12.14 years of age, 67 were male, 54 were married, 63 pensioners, 79 catholic, 58 had incomplete primary education and 89 complained of pain for more than six months. Most participants rated their pain intensity as 10, the arithmetic average was 5.59 ± 3.16 points. The five most frequent descriptors (category estimation) that characterized chronic pain were: unpleasant, disturbing, strong, preoccupying and tiring. The least frequent were: punishing, depressing, persistent, distressing and disastrous. The most frequent descriptors (magnitude estimation) were: terrible, painful, disagreeable, preoccupying and tiring. The least frequent were: sickening, strong, perturbing, boring and unpleasant. The most affected quality of life domains were: the physical domain, followed by the environmental, psychological and social domains. There is correlation between all the QOL domains and the overall quality of life in the WHOQOL-bref instrument, and between all the domains of QOL and chronic pain.

Key words: pain assessment and measurement. Chronic pain. Psychophysics. Quality of life.

RESUMEN

Pedrosa, D.F.A. **Evaluación y medición de la isquemia crónica y dolor en la calidad de vida.** 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

El objetivo general de ese estudio fue evaluar el dolor isquémico crónico percibido y la calidad de vida (CV) del cliente relacionada a ese dolor. Los objetivos específicos fueron: describir el perfil sociodemográfico y económico de los clientes con dolor isquémico crónico, mensurar la intensidad del dolor isquémico crónico percibido, identificar los descriptores más y menos frecuentes para ese dolor, clasificar los principales descriptores de dolor isquémico crónico y evaluar la calidad de vida de los clientes que se quejan de dolor isquémico crónico. Fueron realizados 4 Experimentos, utilizando diferentes métodos psicofísicos. Cien clientes portadores de Enfermedad Arterial Obstructiva Periférica participaron de los Experimentos 1, 2 y 4 y treinta del Experimento 3. Los resultados para el análisis descriptivo fueron: promedio de edad de $64,83 \pm 12,14$ años, 67 del sexo masculino, 54 casados, 63 jubilados, 79 católicos, 58 tenían educación fundamental incompleta y 89 se quejaban de dolor ha más de seis meses. La mayoría de los participantes atribuyó el valor 10 para la intensidad del dolor, siendo el promedio aritmético de $5,59 \pm 3,16$ puntos. Los cinco descriptores de mayor frecuencia (estimación de categorías) que caracterizan el dolor crónico fueron: desagradable, perturbador, fuerte, preocupante y fatigoso. Los de menor frecuencia fueron: punitivo, deprimente, persistente, angustiante y desastroso. Los descriptores de mayor frecuencia (estimación de magnitud) fueron: terrible, doloroso, incómodo, preocupante y fatigoso. Los de menor frecuencia fueron: mareado, fuerte, perturbador, molesto y desagradable. Los dominios de la calidad de vida más afectados fueron: el dominio físico, seguido por los dominios ambiental, psicológico y social. Existe correlación entre todos los dominios de CV y la calidad de vida global del instrumento WHOQOL-bref y entre todos los dominios de CV y de dolor crónico.

Palabras clave: Evaluación y mensuración del dolor. Dolor crónico. Psicofísica. Calidad de vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descritores de maior e de menor atribuição para a dor crônica isquêmica dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	51
Tabela 2	Média Geométrica (MG), Desvio Padrão (DPG) e Ordenação de Posição (OP) das estimativas de magnitudes atribuídas aos descritores de dor crônica pelos participantes da pesquisa em ordem decrescente.....	57
Tabela 3	Resultados da análise descritiva para os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	60
Tabela 4	Resultados dos valores de p obtidos na análise de comparação entre cada um dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	61
Tabela 5	Resultados dos coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	62
Tabela 6	Resultados da análise de regressão múltipla para a qualidade de vida global em relação aos escores nos diferentes domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	63
Tabela 7	Resultados da correlação univariada entre os diferentes domínios e a qualidade de vida global do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	63
Tabela 8	Resultado da correlação entre os escores em cada domínio de qualidade de vida e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Correlação entre a qualidade de vida no domínio físico e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	64
Gráfico 2	Correlação entre a qualidade de vida no domínio psicológico e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	65
Gráfico 3	Correlação entre a qualidade de vida no domínio social e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	65
Gráfico 4	Correlação entre a qualidade de vida no domínio ambiental e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	66
Gráfico 5	Correlação entre a qualidade de vida no domínio físico e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	66
Gráfico 6	Correlação entre a qualidade de vida no domínio psicológico e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	67
Gráfico 7	Correlação entre a qualidade de vida no domínio social e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	67
Gráfico 8	Correlação entre a qualidade de vida no domínio ambiental e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	68
Gráfico 9	Correlação entre a qualidade de vida na qualidade de vida global e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.....	68

SUMÁRIO

1 - PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	12
2 - INTRODUÇÃO.....	15
2.1 Doença Arterial Obstrutiva Periférica.....	16
2.2 A percepção da dor no paradigma da psicofísica.....	20
2.3 Escalas para a mensuração da dor.....	26
2.4 Qualidade de vida.....	34
3 - OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo geral.....	40
3.2 Objetivos específicos.....	40
4 - AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA ISQUÊMICA.....	41
4.1 Perfil sócio-demográfico e econômico dos clientes com dor crônica isquêmica.....	42
4.2 Experimento 1- Mensuração da dor crônica isquêmica.....	46
4.2.1 Método.....	46
4.2.1.1 Participantes.....	46
4.2.1.2 Material.....	46
4.2.1.3 Procedimento.....	46
4.2.1.4 Resultados e discussão.....	47
4.3 Experimento 2- Avaliação dos descritores de dor crônica isquêmica por meio do método estimação de categorias.....	50
4.3.1 Método.....	50
4.3.1.1 Participantes.....	50
4.3.1.2 Material.....	50
4.3.1.3 Procedimento.....	50
4.3.1.4 Resultados e discussão.....	51
4.4 Experimento 3- Estimação de magnitude dos descritores de dor crônica isquêmica.....	56
4.4.1 Método.....	56
4.4.1.1 Participantes.....	56
4.4.1.2 Material.....	56
4.4.1.3 Procedimento.....	56
4.4.1.4 Resultados e discussão.....	57
4.5 Experimento 4- Avaliação da qualidade de vida por meio do método estimação de categorias.....	58
4.5.1 Método.....	58
4.5.1.1 Participantes.....	58
4.5.1.2 Material.....	58
4.5.1.3 Procedimento.....	58
4.5.1.4 Resultados e discussão.....	59
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
6 - REFERÊNCIAS.....	74
7 - ANEXOS.....	83
8 – APÊNDICES.....	101

1- PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A dor crônica afeta milhões de pessoas no mundo e isso tem um impacto profundo na qualidade de vida dessas pessoas, o que pode refletir, até mesmo, na produtividade desses indivíduos. De acordo com a *World Health Organization - WHO* (2008), “*uma em cada cinco pessoas sofre de dor crônica de intensidade moderada a severa e uma em cada três é incapaz de manter uma vida independente devido à dor*”.

Vários pesquisadores se dedicam a estudar as diferentes formas como a dor crônica é impactante em diferentes níveis da nossa cultura: econômico, social, afetivo e espiritual. Entre metade a dois terços das pessoas que sofrem de dor crônica têm capacidade menor para praticar exercícios, manter a qualidade do sono, realizar tarefas domésticas, participar de atividades sociais, dirigir um carro, caminhar ou de ter relações sexuais (WHO, 2008).

Para PIMENTA et al. (2005), a dor crônica é considerada um problema de saúde pública devido ao impacto negativo gerado que afeta o relacionamento social e familiar; além de ocasionar prejuízos à sociedade e demanda por serviços de saúde.

Dados dos Estados Unidos mostraram que 13% da população ativa sofreram com algum tipo de dor que reduziu a sua capacidade para o trabalho. Estima-se que anualmente são perdidos 61 bilhões de dólares na produtividade desses trabalhadores (STEWART et al., 2003).

Segundo Breivik et al. (2006), um em cada cinco europeus sofrem de dor crônica, dois terços dessa população queixam de dor moderada e um terço de dor severa, sendo que a metade das pessoas que convivem com a dor crônica severa diminui o seu rendimento ou perde dias de trabalho.

Segundo Fleck et al. (1999), a presença da dor durante a vida do cliente é considerada como dimensão negativa na avaliação de sua qualidade de vida.

Considerando que a dor pode afetar a qualidade de vida, acreditamos ser importante saber como está a qualidade de vida desse cliente que convive diariamente com a experiência da dor crônica.

No Brasil, a caracterização da dor crônica proveniente de doenças vasculares periféricas como a doença arterial obstrutiva crônica (DAOP) é uma área de estudo ainda pouco explorada, pois não encontramos nas bases de dados pesquisas que consideram essa temática.

A dor é um sintoma que acomete todos os animais, incluindo os seres humanos em algum momento da vida. É importante e necessária a aplicação de instrumentos unidimensionais e multidimensionais capazes de mensurar e avaliar adequadamente a dor humana e proporcionar alívio desse sintoma, principalmente na população que até o momento está sendo excluída ou subestimada dessa avaliação, como dentre tantos, os portadores de DAOP.

Com o propósito de produzir conhecimentos sobre a avaliação e mensuração da dor crônica em clientes portadores de DAOP, acreditamos ser imprescindível conhecer como os clientes percebem essa dor, além de identificar prejuízos na qualidade de vida causados por esse sintoma.

2- INTRODUÇÃO

2.1 Doença Arterial Obstrutiva Periférica

Existem dois tipos de doenças arteriais que podem afetar o cliente concomitantemente, porém com processos patológicos diferentes: a arteriosclerose e aterosclerose. A arteriosclerose é uma doença comum que acomete as artérias, suas fibras musculares e o revestimento endotelial nas paredes das pequenas artérias tornam-se espessados. A aterosclerose é uma doença causada pelo acúmulo de lipídeos, cálcio, componentes sanguíneos, carboidratos e tecido fibroso, na íntima das artérias, o que leva obstrução parcial ou completa da luz arterial (BONICA, 1999; CANTWELL-GAB, 2005).

Por ser uma doença sistêmica, podemos encontrar a formação do ateroma em qualquer lugar do corpo, porém os locais mais comuns de serem encontradas são as ramificações ou bifurcações das artérias coronárias, tibial, femoral, poplíteas, carótida interna, aorta abdominal e artérias ilíacas (GALLO, 2000; KAJ e JOHANSEN, 2001; CANTWELL-GAB 2005; GREEN e SICARD, 2005).

A aterosclerose crônica é responsável por 88,6% das doenças isquêmicas dos membros inferiores, dentre elas, a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) que atinge as artérias que irrigam esses membros (GALLO, 2000; KAJ e JOHANSEN, 2001; RISTOW et al., 2002; GREEN e SICARD, 2005).

Segundo Stoyoglou e Jaff (2004), a DAOP é definida pela obstrução arterial nas extremidades dos membros que reduz o fluxo arterial durante o exercício ou em repouso nos casos avançados.

O processo aterosclerótico nas artérias desenvolve-se lentamente e o aparecimento dos sinais e sintomas da DAOP irá ocorrer cerca de cinco a dez anos mais tarde. Na medida em que a artéria acometida torna-se progressivamente estenótica e finalmente ocluída, forma-se uma circulação colateral às artérias afetadas (PINTO e SANTOS, 2002; NORGREN, 2007).

Durante o início da doença, o fluxo pelos vasos colaterais é geralmente adequado para manter a viabilidade da extremidade do membro afetada, mas não é suficiente para evitar alguns sintomas. Caso a doença progrida, vasos colaterais adicionais podem tornar-se ocluídos, causando mais isquemia e o cliente pode sentir dor em repouso (KAJ e JOHANSEN, 2001; PINTO e SANTOS, 2002; NORGREN, 2007).

As lesões nas artérias afetadas pela aterosclerose apresentam componentes como ateromas e trombose. A primeira lesão que ocorre é uma placa ateromatosa que se desenvolve na íntima da artéria afetada, a sua progressão é manifestada pelo aumento e confluência das lesões ateromatosas as quais contêm grandes quantidades de lipídeos, cálcio e tecido fibroso (KAJ e JOHANSEN, 2001; CANTWELL-GAB, 2005; MENARD e BELKIN, 2006; NORGREN, 2007).

No momento da ocorrência da calcificação na base do ateroma, a superfície íntima da artéria se degenera e liquefaz, deixando uma úlcera irregular como o ponto de partida para o desenvolvimento de um trombo (GALLO, 2000; CANTWELL-GAB, 2005; MENARD e BELKIN, 2006; NORGREN, 2007).

Alguns estudos foram dedicados a determinar a etiologia da DAOP, porém nenhum fator isolado foi identificado como sendo a causa específica

para essa doença. Para o surgimento da DAOP existem fatores de risco não modificáveis como a predisposição familiar, a idade e o gênero, outros fatores de risco modificáveis como a associação com diabetes mellitus, o hábito de fumar, hiperdislipidemia e hipertensão arterial que contribuem para a aceleração do processo aterosclerótico (THOMAZ, 2000; STOYOGLOU e JAFF, 2004; CANTWELL-GAB, 2005).

A obstrução da artéria que irriga o membro afetado que é causada pela DAOP, geralmente atinge clientes com idade superior a 55 anos levando a isquemia tissular e causando o sintoma mais comum para essa doença: a claudicação intermitente que é caracterizada pela sensação de dor, câimbras e fadiga que limita a habilidade para caminhada e prejudica o funcionamento físico e a qualidade de vida de quem a sente (TOMAZ, 2000; BRITO, SALES e LOUREIRO, 2002; PINTO e SANTOS, 2002; CANTWELL-GAB, 2005).

A claudicação intermitente é resultante de uma inadequada oferta de oxigênio durante o exercício físico sendo aliviada durante o repouso, entretanto, nos casos mais graves, a dor permanece mesmo quando o cliente encontra-se em repouso. Outras características do membro afetado pela DAOP são pele seca e descamativa ou brilhante e atrófica, alopecia, unhas frágeis, sem brilho e quebradiças; cianose e eritrocianose (STOYOGLOU e JAFF, 2004; GREEN e SICARD, 2005; MENARD e BELKIN, 2006; NORGREN, 2007).

A claudicação intermitente prejudica a condição física dos clientes portadores de DAOP, mas com o tratamento dos sintomas podem melhorar essas condições (NORGREN, 2007).

Para Brito, Sales e Loureiro (2002), durante a realização do exame clínico do cliente com DAOP deve-se fazer a inspeção, palpação das artérias,

ausculta e exames não invasivos simples. Segundo Norgren (2007), o exame físico do portador de DAOP consiste na palpação das artérias radial, ulnar, braquial, carótida, femoral, poplítea, pediosa e tibial posterior, e na atribuição de escores onde o zero (0) significa ausência de pulso, um (1) o pulso está diminuído e dois (2) significa que o pulso está normal.

Na Classificação de Fontaine foram atribuídos os seguintes estágios para os clientes portadores de DAOP: (I) significa que o cliente não apresenta sintomas, (IIa) onde o cliente apresenta uma leve claudicação, (IIb) a claudicação pode ser de moderada para severa, (III) dor pode acontecer em repouso e (IV) aparecem ulcerações ou gangrena. O índice tornozelo-braquial (tensão transcutânea de oxigênio) exame que confirma a existência e a severidade da DAOP, trata-se da medida da pressão arterial braquial dividida pela pressão arterial mensurada na tíbia do cliente em repouso, o resultado esperado para indivíduos saudáveis deve ser de 0,91 a 1,40 mmHg, para o diagnóstico de DAOP o valor deverá ser menor que 0,90 mmHg e quando há ocorrência de dor em repouso a pressão no tornozelo é de 50 mmHg (RISTOW, et al., 2002; ZACCARDI e OLMSTED, 2002; NORGREN, 2007).

2.2 A Percepção da Dor no Paradigma da Psicofísica

Segundo Ferreira (2003), o trabalho de pansiquismo de Fechner significa “... *um conjunto de pensamentos e reflexões sobre o mundo enquanto composto por uma hierarquia de seres em que o espírito e o corpo seriam coextensivos desde as esferas mais elementares*”. No século XIX surge psicofísica, um ramo da ciência baseada na psicologia que irá sugerir a primeira medição psicológica das sensações, onde Fechner reúne a doutrina do pansiquismo, a metodologia experimental que correlaciona estímulos e sensações percebidas e por último um conjunto de leis matemáticas.

A psicofísica é o estudo do estímulo e da sensação, entre elas a físico-sensorial, a psico-sensorial e a interação dessas mensurações com correlatos neurais. Desse modo, a psicofísica trabalha com a relação entre as quantidades psicológicas e quantidades físicas (DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

A psicofísica pode ser trabalhada em vários campos de atuação, tanto na mensuração de atributos sociais (como realizado nos casos de preferências musicais, julgamento moral, percepção do poder nacional, opinião política) e dos atributos clínicos (como na psicofísica da audição ou visão, gravidade de enfermidades, stress, dispnéia, dentre outros). Estaremos utilizando nesta pesquisa a psicofísica da dor; que mensura, avalia e analisa os componentes que envolvem a experiência dolorosa (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 1996; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

Portanto, para trabalharmos com a avaliação e medida da dor, que é uma variável subjetiva, torna-se necessário uma abordagem específica para

lidar com fenômeno doloroso, assim escolhemos trabalhar com o paradigma da psicofísica da dor.

Ferreira (2004) define dor como “Uma sensação nociceptiva (induzida por estímulos físicos e/ou químicos de origem endógena e/ou exógena), assim como por disfunções patológicas e/ou psicológicas, cuja percepção causa emoções desagradáveis e/ou comportamentos aversivos” (informação verbal)¹.

A percepção da dor é única, pessoal, subjetiva e exclusiva para cada cliente e está sendo influenciada por fatores sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (FALEIROS SOUSA, 2002; FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2002; ARNTZ e CLAASSENS, 2004; FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2005).

A dor pode ser experimentada na ausência de provas físicas e causar grandes prejuízos, pois ela é uma experiência única para quem a sente e pode ser comunicada por meio de descrições linguísticas, como os relatos verbais de dor e também pode ser inferida a partir do comportamento do cliente e por meio das medidas fisiológicas (GRACELY, 1999).

Temporalmente a dor pode ser classificada como aguda ou crônica. Em alguns casos de dor crônica torna-se difícil estabelecer a sua causalidade ou chegar a um diagnóstico, o que faz com que a dor crônica seja a própria doença em si. Nesses casos o seu período de duração, pode variar entre um mês a seis meses ou prolongar-se por um período maior o que a torna uma dor patológica (CARDOSO, 2004; PIMENTA, CRUZ e KURITA, 2004).

A dor crônica é uma condição constante que se torna um elemento presente no dia a dia do cliente e pode estar relacionada com distúrbios músculo-esqueléticos, neuropáticas, viscerais, degenerativas e problemas de

dor associados a componentes comportamentais (CHAPMAN e SYRJAL, 1990).

Atualmente, nas instituições de saúde a dor vem sendo cada vez mais divulgada como o quinto sinal vital, portanto ela deve ser avaliada em ambiente clínico e com métodos apropriados, desde a admissão e prosseguindo durante toda a evolução clínica do cliente. Assim, o profissional de saúde poderá indicar uma conduta terapêutica e avaliar a eficácia do tratamento (ROWBOTHAM, 2001; FALEIROS SOUSA, 2002; CASTRO, 2003; FALEIROS-SOUSA e DA SILVA, 2005; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

Considerando a dor como o quinto sinal vital, a sua avaliação deve ser registrada no mesmo ambiente clínico e no mesmo horário em que forem avaliados os outros sinais vitais, pois desta maneira poderemos detectar as queixas de dor e possíveis complicações (FALEIROS-SOUSA e DA SILVA, 2005; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006). Além disso, é importante sistematizar a avaliação e registrar os dados em prontuário para que o controle da dor seja eficaz (PIMENTA, 2003).

O enfermeiro, sendo o profissional que está presente e em contato com o cliente vinte e quatro horas por dia, é responsável por realizar a avaliação, diagnóstico, a intervenção, a monitorização dos resultados e a comunicação da dor do cliente aos outros membros da equipe interdisciplinar (PIMENTA, 2003; CARDOSO, 2004; FALEIROS-SOUSA e DA SILVA, 2005).

Para Searle e Bennett (2008), existem duas áreas principais que precisam ser exploradas: a dor e o cliente, sendo que a primeira deve-se estabelecer a localização da dor pode ajudar a indicar causas subjacentes e determinar se a dor é de origem somática ou visceral, entretanto, a localização

da dor pode não ser específica ao local original; a segunda é a percepção da dor que pode ser afetada por fatores psicossociais do cliente e os limiares de dor podem ser rebaixados pela ansiedade, depressão, isolamento social, pela falta de atividade física e criatividade. Para avaliar os domínios afetivos, as crenças a respeito da dor percebida e das expectativas em relação ao seu tratamento, seu relacionamento familiar e profissional devem ser averiguados.

Para avaliarmos a dor, Pimenta (2003) ressalta a importância do histórico familiar, do exame físico e da história da doença e da dor para a realização de um diagnóstico. Nós ainda podemos acrescentar que faz parte da consulta desse cliente ouvi-lo de forma global e sem preconceitos para que possamos entender e manejar essa dor de existir.

Pimenta, Cruz e Kurita (2004) avaliaram prontuários de 89 clientes que frequentaram o Ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AD-HCFMUSP), dentre esses clientes 35,9% tinham dor oncológica, 24,7% dor muscular/fibromialgia, 13,5% neuropática 21,3% sem diagnóstico definido; a média de dor foi de 34,3 meses de duração, sendo que 18% variaram de um a doze meses, 5,6% de treze a vinte e quatro meses, 12,4% com mais de vinte e quatro meses, ainda foram encontrados 64% dos prontuários sem dados referentes à duração da dor; a intensidade da dor encontrada variou de 8 a 10 em 41,6%, de 5 a 7 em 29,2% dos prontuários pesquisados.

A avaliação do indivíduo com dor crônica deve ser feita no sentido de identificar prejuízo em relação a situações cotidianas que segundo Pimenta et al. (2005), encontraram dentre as mais prejudicadas o humor, sono, lazer, disposição e a atividade sexual.

De acordo com o estudo realizado na cidade de São Paulo, Oliveira, Gazetta e Salimene (2004) observaram que a tendência ao isolamento social é muito frequente quando o cliente está com dor, além de interferir em sua atividade social e profissional.

De acordo com Searle e Bennett (2008), frequentemente o impacto psicossocial da dor desempenha um papel maior nos casos de dor crônica, ou seja, naquele tipo de dor de longa duração e mais difícil de tratar.

Para Gracely (1990), as queixas e o comportamento de dor manifestado pelo cliente devem ser levados em conta na interpretação, diagnóstico e escolha do tratamento.

Segundo Size, Soyannwo e Justins (2007), o manejo da dor crônica requer terapia farmacológica e não-farmacológica com atenção para outras necessidades do cliente, inclusive a psicossocial e a espiritual. Com relação à terapia farmacológica, são muitos os obstáculos enfrentados nos países em desenvolvimento em relação à utilização de opiáceos. A analgesia parece ser prioridade mínima em consideração a outros cuidados em saúde nesses países e os problemas de acesso à analgesia difere de região para região, mas para um grande número de clientes ela está indisponível.

Existem outras implicações relativas ao uso de medicamentos contra a dor, segundo Kurita e Pimenta (2003), a baixa adesão dos clientes para com a utilização desses fármacos é resultante de diversas razões como os efeitos colaterais das medicações, o papel do cliente em relação ao controle de saúde e nas crenças frente à dor. A não adesão ao tratamento pode resultar em progressão da doença, piora da qualidade de vida e mais gastos com a saúde.

Outras estratégias utilizadas para o controle da dor segundo o estudo de Pimenta, Cruz e Kurita (2004), foram a realização de atividades específicas como: tomar remédios, caminhar, relaxar, tomar banho, aplicar calor local; o ato de *rezar* e esperar; e realizar atividades gerais.

2.3 Escalas para mensuração de dor

Mensurar é essencial para a prática e a pesquisa em enfermagem, vários instrumentos têm sido desenvolvidos, testados e utilizados para diferentes propósitos em enfermagem, dentre eles as condições de saúde, os resultados das intervenções de enfermagem e outras percepções sobre o cuidado (GELINAS et al., 2008).

A história da medida da dor pode ser resumidamente dividida em três momentos: o primeiro conhecido como psicofísica, data do século XIX e avalia o efeito da analgesia tornando o cliente livre de dor; o segundo utiliza questionários padronizados que foram desenvolvidos para categorizar a dor de clientes e o terceiro solicita ao cliente que relate a intensidade da dor utilizando escalas, esse método é utilizado na prática clínica para avaliar a efetividade de analgésicos (DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

A mensuração é definida pela atribuição de números, objetos ou eventos de acordo com as regras. De fato, os números podem ser atribuídos no âmbito de diferentes regras para diferentes tipos de escala e diferentes tipos de mensuração (STEVENS, 1946).

Segundo Da Silva e Ribeiro-Filho (2006), uma escala é conhecida pelo arranjo dos valores numéricos derivados do processo de mensuração (produto-substantivo).

Para Stevens (1946), existem uma variedade de formas e escalas para medição dos atributos e elas se encontram em certas classes. Essas classes são determinadas por ambas as operações empíricas invocada pelo processo de mensuração e pela matemática formal – propriedades da escala.

Em seguida descreveremos sobre os quatro tipos de escalas ou níveis de medida.

O primeiro, nível nominal é utilizado para classificar objetos, pessoas ou características, ou seja, apenas nomeia os atributos. É amplamente utilizada para medir a intensidade da dor em ambientes clínicos, mas ela nos mostra somente uma relação entre os atributos ou objetos classificados (SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006). Para Stevens (1946), a escala nominal representa a distribuição mais irrestrita de números, onde os números são utilizados apenas como indicação.

A escala utilizada para mensurar em nível ordinal apenas caracteriza e ordena os atributos de acordo com a característica desses atributos que estão sendo mensurados e nos mostra uma maior ou menor dimensão desses atributos, portanto estabelece uma ordem entre eles. Os indivíduos podem ser nomeados, mas também podem-se atribuir qualidades, traços ou outros atributos que se deseja mensurar (STEVENS, 1946; SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

A maioria dos instrumentos para avaliação da dor é a nível ordinal, o que permite somente avaliar diferenças da intensidade de dor (PEREIRA e FALEIROS SOUSA, 1998a; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

Para Rowbothan (2001), as escalas numéricas que avaliam a intensidade da dor, estão se tornando cada vez mais populares e sendo adotadas para o uso na medicina diariamente. Segundo Faleiros Sousa, Hortense e Silva (2003), esse tipo de escala é a mais fidedigna para mensurar a dor em ambientes clínicos.

Em sua pesquisa, Farrar et al. (2001), utilizaram uma escala de categoria numérica para avaliar a intensidade da dor percebida, verificaram que uma redução aproximadamente de dois pontos na escala estava relacionada com a percepção de melhora global do cliente, fornecendo informações relevantes sobre a variação dos valores da escala ordinal e podem facilitar a avaliação de tratamentos para dor crônica.

A escala intervalar possui as mesmas características do nível ordinal, no entanto, também informa o intervalo entre os diferentes graus da escala, ou seja, as diferenças de tamanho entre os atributos (SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

O quarto e último tipo de escala, a de razão, possui todas as propriedades anteriores, além disso, como valor de origem temos um ponto zero verdadeiro, sendo a distância entre dois pontos para uma determinada característica é sempre igual. Por exemplo, podemos afirmar que a dor sentida após uma intervenção analgésica é duas vezes menor do que do que aquela sentida antes da intervenção (SORIANO, 2004; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

Segundo Stevens (1946), uma escala de razão é possível apenas quando existem operações para determinar todas as quatro relações: igualdade, ordem, igualdade de intervalos e igualdade de razão.

A dor é resultado de um estímulo que possui características multidimensionais, fazem-se necessários instrumentos fidedignos para a mensuração desse fenômeno (PIMENTA e TEIXEIRA, 2000; FALEIROS SOUSA, 2002; FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2002; NOBLE et al., 2005).

De acordo com Gracely (1999), a dor no passado foi considerada como sendo uma construção bastante simples e medida facilmente com a utilização de métodos simples. Com o aumento dos conhecimentos sobre a dor, essa mesma autora entende que a experiência dolorosa é resultante de um conjunto de redes interligadas e pode mudar suas características ao longo do tempo.

Selecionar os instrumentos a serem utilizados é essencial para obter a qualidade da informação. Dependendo da mensuração proposta para um específico instrumento, a seleção para estratégias específicas devem ser mais apropriadas do que outras, como por exemplo as escalas unidimensionais, multidimensionais e comportamentais (GELINAS, 2008).

Dada a importância de possuímos um parâmetro inicial para medirmos a intensidade e alívio da dor foram desenvolvidas inúmeras escalas unidimensionais que medem basicamente a intensidade da dor; e as escalas multidimensionais que mensuram a dor clínica e a dor experimental em suas múltiplas dimensões (FALEIROS SOUSA, 2002; DA SILVA e RIBEIRO-FILHO, 2006).

A dor é um sofrimento que causa respostas comportamentais, biológicas e fisiológicas, portanto os comportamentos de dor são respostas observáveis e podem ser registradas. Devido à subjetividade da dor, o melhor meio de mensurá-la é por meio do auto-registro (“dor é o que o cliente declara”), diante disso, devemos utilizar diversos parâmetros para avaliar e mensurar a dor humana (FALEIROS SOUSA e DA SILVA, 2005).

Segundo Jensen (1999), dada a variabilidade da experiência dolorosa, pode ser difícil de estabelecer a confiabilidade da sua mensuração, entretanto, se média da dor não se alterar sistematicamente de um momento para o outro,

poderemos obter um grau maior de confiabilidade da medida da dor. De acordo com Faleiros Sousa e Da Silva (2005), para mensurar a dor o cliente deve atribuir um valor numérico associado à dimensão da percepção da dor.

As escalas unidimensionais para avaliação da dor, como a escala numérica, escala verbal e escala visual analógica são simples em suas propriedades e sem padrão psicométrico para avaliações da fidedignidade e de validade (correspondente a outras medidas, sensíveis ao padrão de intervenção analgésica). As comparações estatísticas provenientes dessas escalas podem ter seu valor limitado, porém são muito utilizadas para avaliar uma única dimensão da dor (GRACELY, 1990).

Segundo Gelinias (2008), as escala analógica visual, escala numérica, escala de descritores verbais e a escala de faces são exemplos de escalas que mensuram a experiência dolorosa em uma única dimensão e em um tempo específico, são, portanto utilizadas para mensurar a intensidade do componente sensitivo da dor. Segundo essa mesma autora, a utilização de um instrumento multidimensional é mais relevante para capturar os diferentes componentes da experiência dolorosa

Segundo Chapman e Syrjal (1990), métodos melhor elaborados para avaliação multidimensional da dor surgiram para substituir conceitos simplistas, como o limiar da dor. A maioria desses métodos tenta explorar palavras utilizadas para descrever a dor e o sofrimento para a construção de instrumentos e de testes rigorosos.

As escalas multidimensionais permitiriam comparação entre as respostas em relação a diversos tipos de dor e aumentariam os conhecimentos

sobre os aspectos fisiológico e psicológico da dor, fornecendo modelos para a avaliação de métodos para o seu controle (GRACELY, 1978).

Para Gracely (1990), os defensores das escalas multidimensionais enfatizam que a dor é uma experiência complexa, rica em variedades e questionam a adequação e a validade de se avaliar esta experiência com as escalas unidimensionais. As escalas multidimensionais reconhecem que a experiência dolorosa não é um fenômeno apenas sensorial, mas que engloba em termos de qualidade sensorial, características temporais e espaciais, e qualidades emocionais de aversão e angústia. Apesar de não haver um consenso geral sobre a escala mais adequada a ser utilizada, a escolha dessas escalas depende da capacidade intelectual da população, do tempo disponível para avaliação, do tipo de dor, do tipo de desenho de pesquisa e do objetivo da avaliação.

Segundo Gracely (1978), a linguagem é a melhor ferramenta para a avaliação da dor, ao não utilizar palavras que descrevem a dor (os descritores de dor), a informação necessária sobre a variação da intensidade e da qualidade da dor estará perdida.

Um dos instrumentos utilizados para a avaliação da multidimensionalidade da dor é o Questionário de Dor de McGill (MPQ) desenvolvido na Universidade de McGill por Melzack e Torgeston, onde inicialmente foram selecionadas 102 palavras que descreviam a dor e divididas em três dimensões: a primeira é a sensorial que envolve características temporais, espaciais, pressão e tensão da dor; a segunda é a afetivo-emocional que está relacionada a sentimentos e a terceira é a cognitivo-avaliativa que trata sobre a avaliação global da dor realizada pelo indivíduo em

função de suas experiências anteriores. A construção do instrumento final é composta por 78 descritores de dor divididos nas categorias: sensorial, afetivo, avaliativo e misto (MELZACK e TORGESTON, 1971; MELZACK, 1975).

Segundo Gracely (1990), o MPQ enfatiza as diferenças entre as síndromes dolorosas e pode ser utilizado como auxílio no diagnóstico dessas síndromes, outras escalas multidimensionais avaliam dimensões comuns a todas as percepções de dor.

O MPQ é um instrumento construído e validado para a cultura inglesa e foi traduzido para o português por Pimenta e Teixeira em 1996. Contudo, problemas relacionados à questão cultural como a semântica na tradução dos descritores, podem levar o cliente a escolher descritores inadequados para a descrição exata da sua dor, portanto, tornando difícil a utilização desse instrumento no Brasil.

Segundo Faleiros Sousa, Pereira e Hortense (2008), para mensurar as diversas dimensões da dor humana foi construído e validado um instrumento brasileiro o “Instrumento de Descritores de Dor” (IDD) que é composto por descritores de dor que avaliam a dor aguda e a dor crônica.

Inicialmente, por meio do método psicofísico de estimação de categorias realizado no primeiro estudo de Pereira e Faleiros Sousa (1998b), que identificaram 119 descritores para a dor aguda pós-operatória. Em seguida, essas mesmas autoras conduziram outros estudos utilizando o método psicofísico de estimação de magnitude para escalonar os descritores de maior e menor atribuição para a dor aguda pós-operatória.

Os descritores de maior atribuição identificados para a dor aguda pós-operatória foram: intensa, forte, aguda, insuportável, contínua, que perturba,

localizada, profunda, latejante, como agulhada; e de menor atribuição: formidável, vagarosa, circular, assaltante, circulante, destruidora, aniquiladora, desenfreada, que remói e insignificante (PEREIRA e FALEIROS SOUSA, 1998b).

Os descritores para a dor aguda identificados por Pereira e Faleiros Sousa (1998b), serviram de base para a pesquisa de Cardoso e Faleiros Sousa, na qual elaboraram e validaram escala de descritores para a dor crônica.

Por meio do método de estimação de categorias foram identificados os descritores de maior atribuição (deprimente, persistente, prejudicial, angustiante, desastrosa, dolorosa, insuportável, desconfortável, assustadora e cruel) e o de menor atribuição (insignificante, discreta, pequena, amena, leve, passageira, inalterada, fria, parada, esporádica) para a dor crônica (SANT'ANA, et al. 2004; CARDOSO e FALEIROS SOUSA, 2008).

Em seguida Cardoso e Faleiros Sousa (2008), utilizaram o método psicofísico de estimação de magnitude para os 100 descritores que mais caracterizavam a dor crônica e os ordenou em ordem decrescente de posições para esse tipo de dor. O descritor deprimente obteve a maior atribuição, seguido por persistente, angustiante, desastrosa, prejudicial, dolorosa, insuportável, assustadora, cruel e desconfortável.

2.4 Qualidade de vida

Para Barros (2001), um dado fundamental para conceituar a qualidade de vida é a percepção do cliente sobre o seu estado físico, emocional e social, ou seja, como o cliente vê a si próprio.

De acordo com a World Health Organization - WHO (1996, p. 5), a qualidade de vida é “*a percepção dos indivíduos em sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Existem autores que consideram essa definição restrita, porém todos concordam que a multidimensionalidade e a percepção de vida do cliente devem ser consideradas.

Embora não exista ainda um conceito que defina exatamente o que é a qualidade de vida, existem três aspectos a serem considerados: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (como a mobilidade) e as dimensões negativas (como a dor) (FLECK et al., 1999; FLECK et al. 2000).

Segundo Aigner (2006), apesar de não possuímos conceito bem definido para a qualidade de vida, ela tornou-se uma importante ferramenta para avaliarmos os resultados de tratamentos, a condição econômica e com isso obter resultados importantes para estabelecer critérios de intervenção.

Para conseguirmos avaliar a qualidade de vida devemos considerar alguns aspectos em relação à percepção individual do cliente em relação ao seu estado físico, emocional e social, o que significa verificar como o cliente sente-se em sua realidade (BARROS, 2001).

As características que envolvem a qualidade de vida são abstratas e subjetivas, tornando difícil a sua mensuração, portanto, métodos de medida indireta, como questionário, observação e entrevista são utilizadas para avaliá-la. Instrumentos para a medida da qualidade de vida são utilizados frequentemente pelos profissionais e permitem identificar modificações durante o processo de tratamento em saúde e avaliar a efetividade da atuação desses profissionais (BARROS, 2001).

O instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida chamado de “World Health Organization Quality of Life” é conhecido como WHOQOL-100. Trata-se de um instrumento genérico composto por cem questões que foram divididas entre seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais), e esses domínios foram subdivididos em vinte e quatro sub-domínios específicos (WHO, 1997).

A versão resumida do WHOQOL-100 é conhecida como WHOQOL-bref, trata-se de um instrumento reduzido composto por vinte e seis questões que abrange um domínio geral (composto por uma questão sobre a percepção da qualidade de vida e uma sobre a percepção em relação à condição de saúde do cliente) e quatro domínios específicos (identificados pelas condições físicas, psicológicas, relações sociais e meio ambiente) que foram divididos em vinte e quatro sub-domínios específicos, sendo que cada questão possui uma escala tipo Likert com respostas dos escores que variam de 1 a 5 (WHO, 1996; FLECK et al. 2000; AIGNER, 2006).

O domínio físico do WHOQOL-bref é composto por sete sub-domínios relacionados à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade,

atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; no domínio psicológico seis sub-domínios composto por sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; o domínio social do WHOQOL-bref é composto por três sub-domínios relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual; e o domínio meio ambiente do WHOQOL-bref é composto por oito sub-domínios segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico - poluição/ruído/trânsito/clima e transporte (FLECK et al., 2000).

O instrumento WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref estão disponíveis para várias línguas, inclusive o Brasil foi um dos países em que os pesquisadores colaboraram para sua construção e validação, estando autorizado a ser utilizado e copiado por pesquisadores, desde que suas questões não sejam modificadas (WHO, 1996; FLECK et al., 1999; FLECK et al., 2000).

Segundo a World Health Organization - WHO (1996), os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref mensuram o impacto da doença na qualidade de vida dos clientes e podem ser utilizados em ensaios clínicos ou em pesquisas epidemiológicas facilitando a compreensão das doenças e o desenvolvimento de novos tratamentos. Esses instrumentos são de importância significativa para o estabelecimento do escore basal da qualidade de vida do cliente e serve para monitorar as mudanças ao longo das intervenções realizadas.

Segundo Aigner (2006), o instrumento do WHOQOL-bref foi escolhido para mensurar a qualidade de vida para as diversas condições médicas e estados de saúde.

Escolhemos o instrumento genérico WHOQOL-bref por se tratar de um instrumento que avalia as variáveis subjetivas e multidimensionais que envolvem o ser humano que percebe qualidade de vida e a dor de maneira semelhante. Entendemos que, a dor pode influenciar não somente o seu estado de saúde, mas também a qualidade de vida em relação a sua afetividade familiar, profissional, aspecto cultural, situação econômica e ambiental.

A dor crônica compromete a qualidade de vida do cliente dificultando o sono, humor, interfere nas atividades laborais, sociais, econômicos e de relacionamento (PIMENTA, CRUZ e KURITA, 2004).

De acordo com Aigner (2006), clientes com dor crônica tiveram a sua qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-bref, sendo constatado uma maior qualidade de vida na população normal em comparação aos clientes que sentiam dor, especialmente em relação aos domínios físico e psicológico, já os domínios social e ambiental foram semelhantes ao da população normal.

Segundo Dumville et al. (2004), que investigaram a QV relacionada a saúde utilizando o SF-36 em 53 clientes portadores de DAOP com claudicação intermitente e de 398 clientes com DAOP assintomáticos. Os clientes claudicantes em relação aos assintomáticos obtiveram em todos os domínios uma pior QV, especialmente em relação à função física.

Para Aigner (2006), os domínios físico e psicológico do WHOQOL-bref apresentaram uma alta correlação com a dor, sendo que o aspecto emocional

da dor pode desempenhar um importante papel em relação à dor física e torna-se dominante em relação ao componente sensorial.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo desse projeto consiste em avaliar a dor crônica isquêmica percebida e a qualidade de vida deste cliente.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sócio-demográfico e econômico dos clientes com dor crônica isquêmica.

- Experimento 1:

Mensurar a intensidade da dor crônica isquêmica percebida.

- Experimento 2:

Identificar os descritores de maior e menor atribuição para a dor crônica isquêmica.

- Experimento 3:

Escalonar os principais descritores de dor crônica isquêmica.

- Experimento 4:

Avaliar a qualidade de vida dos clientes que queixam de dor crônica isquêmica.

4- AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA ISQUÊMICA

4.1 Perfil sócio-demográfico e econômico dos clientes com dor crônica isquêmica

A amostra foi composta por clientes com história de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), de ambos os sexos, que referem dor crônica (há mais de três meses) e que aceitaram participar da pesquisa (APÊNDICE A). Foram excluídos portadores de DAOP que não referem dor crônica, portadores de diabetes mellitus, doenças reumáticas, ausência de capacidade de racionalização e sem condições físicas e/ou cognitivas para participar da pesquisa.

Fizeram parte da amostra 100 participantes com diagnóstico médico de DAOP que se queixavam de dor crônica. Os participantes tiveram idade média de $64,83 \pm 12,14$ anos, sendo a menor idade de 40 anos e a maior idade de 89 anos. Sessenta e sete participantes do gênero masculino e 33 do gênero feminino. Dentre os participantes 54% deles declararam ser casados, 18% viúvos, 14% divorciados, 7% para ambas as categorias de solteiro e união estável.

A maioria dos participantes pertence à religião católica 79%, seguido por 9% de evangélicos, 4% de espíritas, 3% cristãos, 4% pertencentes a outras religiões e ainda um participante declarou não acreditar em Deus. Ainda, quando questionados sobre a prática religiosa, 75% disseram praticar a religião a que pertencem de origem familiar, 24 não praticam e 1 não respondeu.

Segundo a escolaridade dos participantes, 19% não tinham nenhum tipo de estudo formal, 6% foram alfabetizados, 58% com ensino fundamental

incompleto, 10% ensino fundamental completo, 6% ensino médio completo e 1% superior completo.

Com relação à ocupação dos entrevistados, 63% deles são aposentados, 12% “do lar”, 5% lavradores, 4% pensionistas e 16% com vários tipos de ocupações diferentes, sendo a média dos rendimentos de 1,78 salários mínimos e a moda de 1 salário mínimo.

Selecionamos os clientes provenientes do Estado de São Paulo de acordo com as cidades pertencentes Departamento Regional de Saúde (DRS). Quarenta e sete clientes são pertencentes à DRS de Ribeirão Preto, treze da DRS de Franca, onze da DRS de Araraquara, seis da DRS de Barretos, dois da DRS de Araçatuba e de São João da Boa Vista, um da DRS de Campinas, Sorocaba e Bauru. Quantos aqueles provenientes do Estado de Minas Gerais, seis são do Colegiado Regional de Secretária Municipal de Saúde (COSEMS) de Uberaba, cinco de Passos, um de Patos de Minas e um de Varginha.

Dos cem participantes da pesquisa, a percepção de dor foi de quatro anos, 11% perceberam dor entre três a seis meses e 89% há mais de seis meses. Ruguer et al. (2007) em uma amostra de 102 clientes com DAOP, encontraram 31 deles com claudicação intermitente e 41 com isquemia crítica em membros, sendo a duração média da claudicação de $47 \pm 6,4$ semanas. Em estudo tipo Survey realizado na Europa com 4839 clientes que sofriam de dor crônica, Breivik et al. (2006) encontraram 22% que queixavam de dor entre dois a cinco anos e 14 % deles localizaram a dor nos membros inferiores.

No momento em que realizamos a entrevista, 29% relataram que sentiam dor em repouso. De acordo com McDermott et al. (1999) em estudo realizado com 147 clientes com DAOP, cerca de 30% sentiam dor em repouso.

Dentre os entrevistados, 57% sentiam dor em horários indefinidos, ou seja, a dor não tinha horário específico para aparecer, 16% queixavam-se de dor no período da manhã, 9% no período da tarde, 16% durante a noite e 2% de madrugada; e a média de dor sentida foi de 3,72 horas por dia e com desvio padrão de 1,96. Segundo Norgren et al. (2007) a dor isquêmica em repouso geralmente ocorre durante a noite, sendo que nos casos mais graves ela pode ser contínua.

Outros estudos demonstram que algumas características demográficas são semelhantes às aquelas encontradas em nosso estudo, como o de Myers et al. (2008) que foi conduzido nos Estados Unidos com 48 clientes com claudicação devido a DAOP, obtiveram a média de idade de $61,5 \pm 12,0$ anos.

Galea e Bray (2007) em estudo realizado no Canadá com 94 participantes com claudicação intermitente, encontraram a média de idade de $70,0 \pm 9,0$ anos, onde 65% eram do sexo masculino, 65% casados, 40% com ensino básico completo ou ensino secundário incompleto e 60% com duração dos sintomas de claudicação intermitente por mais de dois anos.

Na França, em estudo conduzido por Chassany et al. (2006) em clientes com DAOP apresentaram média de idade de $72,0 \pm 10,9$ anos sendo 70% pertencentes ao sexo masculino.

Para categorizar a localização da dor utilizamos o diagrama corporal proposto por Faleiros Sousa e colaboradores. Na região anterior dos membros inferiores 17 clientes referiram que a dor acometia a coxa direita (local 14), 17

na coxa esquerda (local 15), 33 na perna direita (local 16), 36 na perna esquerda (local 17), 34 no pé direito (local 18), 39 no pé esquerdo (local 19); na região posterior dos membros inferiores 11 localizaram a dor na região glútea direita (local 32), 11 na região glútea esquerda (local 33), 22 na coxa direita (local 34), 20 na coxa esquerda (local 35), 67 na perna direita (local 36), 68 na perna esquerda (local 37), 32 do pé direito (local 38), 25 do pé esquerdo (local 39); na região superior do corpo obtivemos uma pessoa que queixou dor nos flancos anterior e posterior de ambos os lados (FALEIROS SOUSA, PEREIRA e HORTENSE, 2008).

Norgren et al. (2007), Kaj e Johansen (2001), descrevem que os sinais de claudicação intermitente são caracterizados por extrema fadiga muscular, aperto nos músculos da panturrilha, coxa ou glúteo. Cerca de 43% dos clientes estudados por Mehta et al. (2006) apresentavam os sintomas de claudicação intermitente bilateralmente.

4.2 Experimento 1 - Mensuração da dor crônica isquêmica

Nesse Experimento utilizamos o método psicofísico de estimação de categorias para avaliar a dor crônica. O objetivo desse Experimento foi mensurar a intensidade da dor crônica isquêmica percebida.

4.2.1 Método

4.2.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 100 clientes com diagnóstico médico de DAOP que compareceram no ambulatório de cirurgia vascular e enfermarias da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCRP - USP) e do Hospital Escola, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE-UFTM) em Uberaba, MG. Todos receberam esclarecimento sobre os objetivos e a condução dos Experimentos da pesquisa e concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.2.1.2 Material: Um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para o tipo de método psicofísico e uma escala unidimensional numérica de 11 (onze) pontos (ANEXO A) e caneta.

4.2.1.3 Procedimento: O método utilizado foi o de estimação de categorias. Cada participante da pesquisa deveria escolher um número correspondente ao valor da dor percebida em uma escala numérica graduada de 0 a 10, onde o “zero” correspondeu à ausência de dor e o “dez” a pior dor possível, nas últimas vinte e quatro horas.

4.2.1.4 Resultados e discussão:

A maioria dos participantes atribuíram o valor 10 para a intensidade da dor, isto é, como sendo a pior dor já percebida, sendo média aritmética de 5,59 \pm 3,16 pontos.

Em um estudo piloto realizado na Alemanha, Lang, et al. (2009), aplicaram na primeira avaliação uma escala numérica que teve pontos ancoras o 0 que significava ausência de dor e o 10 que indicava a pior dor imaginável. A amostra foi composta por 17 clientes não diabéticos e com diagnóstico de DAOP que apresentaram sintomas de claudicação intermitente e 12 clientes saudáveis como controle e tiveram como resultado média de 5,8 \pm 0,4 pontos no grupo de clientes claudicantes e no grupo controle 0. O grupo de clientes com claudicação passaram por angioplastia transluminal percutânea e quando avaliado, vinte e quatro horas após o procedimento, apresentou a média de dor de 2,3 \pm 0,7 pontos e após três meses do procedimento a média de dor foi de 1,2 \pm 2,1 pontos.

Galea e Bray (2007), em estudo com clientes claudicantes que participaram do programa de caminhada diária durante quatro semanas, aplicaram por cinco momentos (incluindo o ponto inicial da pesquisa), a escala de Borg CR10 para mensuração da dor, sendo a média da percepção da dor de 3,31 \pm 1,68 pontos, os descritores encontrados estavam entre “moderado” (valor 3) e “severo” (valor 4).

Myers et al. (2008) avaliaram 48 clientes sintomáticos de DAOP que apresentavam claudicação intermitente e 25 pessoas saudáveis para grupo controle. Ambos foram avaliados clinicamente e aplicado o instrumento “Walking Impairment Questionnaire” (WIQ), que envolve as categorias “dor”,

“distância”, “velocidade da marcha” e “subir escada”, e o “Medical Outcomes Study Short Form” (SF-36) em uma escala de 0 a 100. Os autores observaram com a relação aos instrumentos WIQ na categoria dor, que o grupo dos clientes e dos controles apresentaram, respectivamente, a média no valor de $52,6 \pm 23,6$ e $99,5 \pm 2,5$ e no SF-36 média de $46,1 \pm 27,6$ e $75,0 \pm 12,5$. Os resultados mostraram uma redução do estado funcional em clientes claudicantes.

Em um estudo randomizado do Hospital Universitário de Oslo, Noruega, cinquenta e seis clientes portadores de DAOP leve a moderada foram divididos em dois grupos, eles foram avaliados inicialmente e após 3 e 12 meses da intervenção realizada. No grupo 1, os participantes que receberam as seguintes intervenções: medicamentos, orientação sobre exercícios e dieta. No grupo 2, as intervenções foram: uso de medicamentos, orientação sobre exercícios, dieta e tratamento com angioplastia transluminal percutânea. Uma escala visual analógica (medindo de 0 a 10) foi utilizada para a mensuração da dor. Na avaliação inicial, após 3 meses e após 12 meses as médias do primeiro grupo foram respectivamente: 6,2; 5,0 e 4,0 e para o segundo grupo foram: 6,4; 0 e 0,5; mostrando que houve queda do nível de percepção da dor em ambos os grupos, mas no grupo 2, quando o tratamento clínico foi associado à angioplastia, o resultado foi melhor (NYLAENDE et al. 2007).

Em um estudo transversal com 90 clientes com diagnóstico de DAOP avaliados por meio de uma escala analógica visual (VAS) medindo de 0 (ausência de dor) a 10 (dor severa) e transformados para obter valores de 0 a 100. Os clientes queixaram de dor no valor de 68 ao percorrerem uma distância média de 431 ± 711 metros (CHASSANY et al. 2006).

Gregorio et al. (2007), realizaram um estudo observacional com 1200 idosos utilizando escala analógica visual de 10 cm que mostrou a intensidade das queixas de dor que tiveram média de $7,1 \pm 1,3$, especificamente para a dor vascular a média foi de $7,0 \pm 1,4$.

4.3 Experimento 2 - Avaliação dos descritores de dor crônica isquêmica por meio do método estimação de categorias

Nesse Experimento utilizamos o método psicofísico de estimação de categorias para avaliar a dor crônica. O objetivo desse Experimento foi identificar os descritores de maior e menor atribuição para a dor crônica isquêmica.

4.3.1 Método

4.3.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 100 clientes (os mesmos do Experimento 1) com diagnóstico médico de DAOP que compareceram no ambulatório de cirurgia vascular e enfermarias da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCRP - USP) e do Hospital Escola, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE-UFTM) em Uberaba, MG. Todos receberam esclarecimento e concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.3.1.2 Material: Um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para o tipo de método psicofísico e nas páginas seguintes uma lista contendo 50 descritores para a dor crônica e suas correspondentes definições (ANEXO B) e caneta.

4.3.1.3 Procedimento: O método utilizado foi o de estimação de categorias. Os participantes da pesquisa julgaram cada descritor de dor, considerando a sua percepção na caracterização da dor crônica, utilizando uma escala de 11 (onze) pontos. Os cinquenta descritores foram apresentados

aos participantes da pesquisa, logo em seguida as suas correspondentes definições foram lidas aos participantes para que todos pudessem ter o mesmo entendimento sobre cada descritor, assim evitaria viés de compreensão, sendo solicitado ao participante atribuir um valor de zero a dez para a dor percebida referente ao descritor apresentado.

4.3.1.4 Resultados e discussão:

Foram calculados a média aritmética (MA), o desvio padrão (DP) e a ordenação de posições (OP) em ordem decrescente das estimativas atribuídas a cada descritor. A seguir apresentamos na Tabela 1 os descritores que receberam maior e menor atribuição obtida nesse Experimento.

Tabela 1 – Descritores de maior e de menor atribuição para a dor crônica isquêmica dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

DESCRITORES DE DOR CRÔNICA	MÉDIA ARITMÉTICA	DESVIO PADRÃO	ORDEM DE POSIÇÃO
DESAGRADÁVEL	7,87	2,41	1º
PERTUBADORA	7,82	2,76	2º
FORTE	7,74	2,85	3º
PREOCUPANTE	7,72	2,83	4º
CANSATIVA	7,68	2,94	5º
CHATA	7,67	2,63	6º
TERRIVEL	7,66	2,98	7º
DOLOROSA	7,64	2,60	8º
ENJOADA	7,62	2,53	9º
INCOMÔDA	7,6	2,78	10º
EXAGERADA	7,58	2,81	11º
CASTIGADORA	7,57	3,11	12º
ABORRECÍVEL	7,54	3,04	13º
DESCONFORTÁVEL	7,5	2,72	14º
MISERÁVEL	7,5	3,33	15º
ATORMENTADORA	7,45	2,89	16º
BRUTAL	7,34	2,93	17º
AMEDRONTADORA	7,34	3,13	18º
INSUPORTÁVEL	7,3	2,77	19º
INFERNIZANTE	7,25	3,01	20º
AGRESSIVA	7,21	3,01	21º
EXCESSIVA	7,2	3,11	22º
INTENSA	7,18	2,91	23º
APAVORANTE	7,15	3,14	24º

Continua

DESCRITORES DE DOR CRÔNICA	MÉDIA ARITMÉTICA	DESVIO PADRÃO	ORDEM DE POSIÇÃO
CRUEL	7,14	3,03	25 ^o
MALDITA	7,13	3,53	26 ^o
DESGASTANTE	7,11	3,01	27 ^o
QUEIMANTE	7,11	3,15	28 ^o
TORTURANTE	7,08	3,06	29 ^o
DESGRAÇADA	7,05	3,37	30 ^o
DANOSA	6,99	3,19	31 ^o
PREJUDICIAL	6,97	3,07	32 ^o
DESESPERADORA	6,94	3,41	33 ^o
SUFOCANTE	6,76	3,10	34 ^o
PAVOROSA	6,74	3,48	35 ^o
MONSTRUOSA	6,74	3,47	36 ^o
ATERRORIZANTE	6,66	3,36	37 ^o
CONTÍNUA	6,65	3,30	38 ^o
DEVASTADORA	6,64	3,22	39 ^o
ESMAGADORA	6,51	3,08	40 ^o
ENLOUQUECEDORA	6,48	3,61	41 ^o
CONSTANTE	6,47	3,13	42 ^o
QUE ESPALHA	6,38	3,29	43 ^o
DEMONÍACA	6,38	3,55	44 ^o
ASSUSTADORA	6,36	3,20	45 ^o
PUNITIVA	6,34	3,26	46 ^o
DEPRIMENTE	6,29	3,13	47 ^o
PERSISTENTE	6,22	3,26	48 ^o
ANGUSTIANTE	6,02	3,14	49 ^o
DESASTROSA	5,71	3,53	50 ^o

Conclusão

Os cinco descritores de maior atribuição que melhor caracterizam a dor crônica isquêmica, considerando as médias aritméticas foram: desagradável, perturbadora, forte, preocupante e cansativa, indicando que a dor percebida pelos participantes da pesquisa tiveram caráter de componente afetivo, enquanto o descritor forte mostra o aspecto sensitivo da dor.

Os cinco descritores de menor atribuição foram punitiva, deprimente, persistente, angustiante e desastrosa, e indicam o componente afetivo da dor crônica isquêmica. Percebemos que mesmo diante desses resultados os

participantes da pesquisa não demonstravam abatimento ou sentimento de desesperança frente à dor percebida.

Uma amostra de 100 clientes com DAOP sintomáticos foram avaliados no centro de angiologia de Munique na Alemanha e separados em dois grupos: os pertencentes ao grupo de clientes claudicantes e o grupo de clientes com isquemia crítica nos membros. Foi utilizado a VAS (valor de 0 a 10) e o Questionário de Dor de McGill versão curta (SF-MPQ) que envolve 11 descritores sensoriais e 4 afetivos, onde os descritores foram ranqueados entre 0 significa sem dor e o 4 dor severa, totalizando um escore de 0 a 45. A intensidade da dor medida por meio da VAS foi de $5,4 \pm 0,4$ em repouso; $6,8 \pm 0,3$ em clientes claudicantes e $7,1 \pm 0,3$ naqueles com isquemia crítica nos membros. Os descritores utilizados para descrever a dor dos clientes claudicantes no componente sensorial foram “punhalada”, “cólica” e “dolorida”; no componente afetivo: “cansativa” e “exaustiva”; os descritores utilizados pelos clientes com isquemia crítica nos membros para o componente sensorial são “punhalada”, “calor”, “sensível” e no componente afetivo foram encontrados os descritores “castigante” e “cruel” (RUGER et al. 2008).

Em estudo quali-quantitativo realizado com 30 mulheres fibromiálgicas, Saltarelli et al. (2008) encontraram componentes sensitivos da dor nos cinco descritores de maior atribuição (“incômoda”, “que espalha”, “latejante”, “desconfortável” e “persistente”), e nos descritores de menor atribuição (“desgraçada”, “demoníaca”, “maldita”, “aterrorizante” e “assustadora”) mostraram o aspecto afetivo-motivacional da dor e a influência de um forte componente religioso.

Em estudo descritivo de Gallagher et al. (2008) avaliaram os sintomas de 129 clientes em quatro e dez semanas após a implantação de stent coronário, atendidos em programa de reabilitação cardíaca na Austrália. Esses clientes responderam o questionário de dor de McGill (MPQ) no momento do recrutamento e seis semanas após. A maioria dos participantes relataram que seus sintomas foram “desconfortante” ou como “pior situação enfrentada”, além disso, não houve variação entre a escolha dos descritores selecionados pelos clientes, geralmente limitado a cinco dos 77 descritores listados na MPQ, entre eles: no componente sensorial (“vaga”, “aguda”, “aperto” e “ondulante”) e na miscelânea (“aperta”).

Oksuz, Mutlu e Malhan (2007), compararam o uso da linguagem dos descritores de dor na população de turcos, utilizando o MPQ. Sua amostra foi composta por 319 clientes com dor crônica classificadas em cefaléias, dor musculoesquelética, dor visceral e dor lombar. No grupo dos clientes com cefaléia, cerca de 25% escolheram os descritores “cansativa”, “palpitante”, “aborrecida”, “punhalada”, “aguda”, “sufocante”, “dolorida”, “formigamento” e “enjoadas”. No grupo dos clientes com dor musculoesquelética os descritores mais frequentes foram: “cansativa”, “palpitante”, “aguda”, “aborrecida”, “sufocante” e “punhalada”; no grupo dos clientes com dor visceral: “aborrecida”, “palpitante”, “sufocante”, “cansativa”, “choque”, “cruel” e “formigamento”, e por último no grupo de dor lombar: “aguda”, “palpitante”, “cansativa”, “cólica” e “sufocante”. O grupo de clientes com cefaléia; o grupo de dor musculoesquelética e o grupo de dor visceral escolheram, em mais de 50% dos casos, classificar a dor com em “sensorial”, “miscelânea” e “afetiva”, enquanto o grupo dor lombar classificou em 51,8% como “sensorial”, “afetiva” e

“miscelânea”. Nessa pesquisa o uso do MPQ não foi suficiente para discriminar a dor crônica, exceto na sub-escala avaliativa na qual foram identificadas palavras específicas que foram escolhidas com mais frequência.

4.4 Experimento 3 - Estimação de magnitude dos descritores de dor crônica isquêmica

Nesse Experimento utilizamos o método psicofísico de estimação de magnitude para avaliar a dor crônica. O objetivo desse Experimento foi escalonar os principais descritores de dor crônica isquêmica.

4.4.1 Método

4.4.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 30 clientes (sendo 22 do sexo masculino e média de idade de $68,9 \pm 12,4$ anos e 08 mulheres com média de idade de $68,8 \pm 11,7$ anos), com diagnóstico médico de DAOP que compareceram no ambulatório de cirurgia vascular e enfermarias da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCRP - USP) e do Hospital Escola, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE-UFTM) em Uberaba, MG. Todos receberam esclarecimento e concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.4.1.2 Material: Um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para o tipo de método psicofísico e 10 descritores de maior atribuição para a dor crônica selecionados no Experimento 2 (ANEXO C) e caneta.

4.4.1.3 Procedimento: O método psicofísico utilizado foi o de estimação de magnitude. Cada participante da pesquisa atribuiu um número para cada descritor proporcionalmente a quanto esse descritor caracteriza a dor crônica em relação ao primeiro descritor apresentado. Cada participante estabeleceu

estimativas para os 10 descritores de dor crônica. O estímulo padrão para o primeiro descritor (Desagradável) foi previamente designado no valor 100.

4.4.1.4 Resultados e discussão:

Foram calculados a média geométrica (MG) e o desvio padrão (DP) para as estimativas atribuídas a cada descritor de dor crônica. Os resultados desse Experimento serão apresentados a seguir na Tabela 2.

Tabela 2- Média Geométrica (MG), Desvio Padrão (DPG) e Ordenação de Posição (OP) das estimativas de magnitudes atribuídas aos descritores de dor crônica pelos participantes da pesquisa em ordem decrescente.

DESCRITORES	MG	DPG	OP
TERRÍVEL	400,15	1622,90	1
DOLOROSA	291,08	1146,97	2
INCÔMODA	279,11	1469,93	3
PREOCUPANTE	254,08	776,22	4
CANSATIVA	228,95	525,04	5
ENJOADA	201,04	642,20	6
FORTE	198,8	886,10	7
PERTURBADORA	192,86	508,33	8
CHATA	188,22	704,08	9
DESAGRADÁVEL	100	0	10

Os descritores de maior magnitude na caracterização da dor crônica foram: terrível, dolorosa, incômoda, preocupante e cansativa e os de menor magnitude foram: enjoada, forte, perturbadora, chata e desagradável.

Pela aplicação do método de Estimação de Magnitude (EM), podemos obter a ordenação, a diferença e a razão entre os graus de distribuição dos descritores de dor crônica. Assim, podemos dizer que o descritor terrível (EM= 400,15) apresenta 4 vezes maior atribuição do que o descritor desagradável (EM= 100), significando o quão quantitativamente um é mais atribuído do que o outro e não pura e simplesmente um é diferente do outro.

4.5 Experimento 4 - Avaliação da qualidade de vida por meio do método estimação de categorias

Nesse Experimento utilizamos o método psicofísico de estimação de categorias para avaliar a qualidade de vida do cliente com dor crônica. O objetivo desse Experimento foi avaliar a qualidade de vida dos clientes que queixam de dor crônica isquêmica.

4.5.1 Método

4.5.1.1 Participantes: A amostra foi composta por 100 clientes (os mesmos que participaram dos Experimentos 1 e 2) com diagnóstico médico de DAOP que compareceram no ambulatório de cirurgia vascular e enfermarias da Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCRP - USP) e do Hospital Escola, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HE-UFTM) em Uberaba, MG. Todos receberam esclarecimento e concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.5.1.2 Material: Um bloco de papel contendo na primeira página instruções específicas para o preenchimento do instrumento WHOQOL-bref no idioma português (Anexo D) e caneta.

4.5.1.3 Procedimento: O método utilizado foi o de estimação de categorias. Os participantes da pesquisa julgaram cada questão sobre a sua qualidade de vida, tendo como referência as duas últimas semanas e escolheram a alternativa mais adequada dentro de uma escala tipo likert, onde

as alternativas variavam de zero a cinco (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, “nada” a “completamente” e “nada” a “extremamente”).

4.5.1.4 Resultados e discussão:

A média dos escores da qualidade de vida para cada domínio específico (físico, psicológico, social e ambiental), além do escore de qualidade de vida global, foram calculados por meio do software *Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 for Windows*, seguindo a sintaxe descrita no WHOQOL-bref.

Os escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-bref têm valor de zero a cem e quanto maior for o valor para cada domínio maior é a qualidade de vida.

Composto por sete sub-domínios, o domínio físico obteve a menor média no valor de $44,75 \pm 16,98$, seguido da qualidade de vida global com média de $50,0 \pm 22,40$, domínio ambiental (oito sub-domínios) $55,06 \pm 13,51$; domínio psicológico (seis sub-domínios) $56,21 \pm 17,19$ e pelo domínio social (três sub-domínios) que obteve a maior média $68,33 \pm 21,84$. Os resultados completos da análise descritiva para cada domínio estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultados da análise descritiva para os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios do WHOQOL-bref	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Moda
Domínio físico	44,75	16,98	46,43	7,14	96,43	57,14
Domínio psicológico	56,21	17,19	54,17	4,17	100,00	múltiplos
Domínio social	68,33	21,84	66,67	16,67	100,00	múltiplos
Domínio ambiental	55,06	13,51	56,25	18,75	87,50	62,50
Qualidade de vida global	50,00	22,40	50,00	0	100,00	62,50

Higa et al. 2008, em estudo onde foi aplicado o WHOQOL-bref em 20 clientes que estavam em tratamento de hemodiálise em uma clínica especializada, encontraram o domínio físico como o mais prejudicado com média de 64,28 (máximo 92,86 e mínimo de 25), seguido pelo domínio meio ambiente com média de 64,69 (máximo 84,38 e mínimo de 40,63); domínio social com média de 70,83 (máximo 100 e mínimo de 41,67) e domínio psicológico com média de 76,46 (máximo 100 e mínimo de 37,5). Segundo esses mesmos autores, o domínio físico que compreende as sub-domínios dor, desconforto, fadiga, sono e repouso é o que obteve o menor escore, portanto é o domínio que mais influencia a qualidade de vida.

Em nosso estudo também obtivemos o domínio físico como o mais prejudicado, seguido pelos domínios ambiental, psicológico e pelo domínio social. Os escores todos os domínios, com exceção do domínio social, foram menores do que foi apresentado no estudo de Higa et al. (2008), o que sugere uma menor qualidade de vida nos clientes com DAOP.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* Statsoft Statistica® 8.0 e as diferenças foram consideradas significativas quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. Na Tabela 4 apresentamos os valores de p para todas as comparações dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref.

Com relação à comparação entre os domínios de WHOQOL-bref, obtivemos resultados significantes com $p < 0,05$ entre os domínios: físico x psicológico, físico x social, físico x ambiental, psicológico x social, psicológico x global, social x ambiental, social x global; não obtivemos um resultado significativo entre os domínios: físico x global, psicológico x ambiental e ambiental x global.

Tabela 4 – Resultados dos valores de p obtidos na análise de comparação entre cada um dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios	Média (± SD)	Valores de p ¹				
		Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Global
Físico	44,75 (± 16,98)	X	< 0,0001	<0,00000001	< 0,001	NS ²
Psicológico	56,21 (± 17,19)		X	< 0,001	NS ²	< 0,05
Social	68,33 (± 21,84)			X	<0,00001	<0,00000001
Ambiental	55,06 (± 13,51)				X	NS ²
Global	50,00 (± 22,40)					X

¹ Os valores de p foram obtidos pela diferença mínima significativa não paramétrica, teste post-hoc ao teste de Friedman.

² NS: não significativo

Para avaliar a correlação univariada entre a qualidade de vida nos aspectos físico, psicológico, social e ambiental e a qualidade de vida global, assim como entre os escores de qualidade de vida e a intensidade da dor, foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

O coeficiente de correlação foi interpretado como fraco (0 a 0,5), moderado (0,5 a 0,8) e forte (acima de 0,8). Além disso, os escores de qualidade de vida foram submetidos à análise de regressão múltipla para avaliar o efeito independente de cada um dos domínios no escore global. Na Tabela 5 apresentamos o coeficiente de correlação entre os diferentes domínios do WHOQOL-bref.

Tabela 5 – Resultados dos coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios	Domínios			
	<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Social</i>	Ambiental
Físico	X	0,457	0,131*	0,419
Psicológico		X	0,297	0,564
Social			X	0,368
Ambiental				X

* não significativo

A correlação entre os domínios de WHOQOL-bref, mostrou os seguintes resultados: 0,457 para o físico x psicológico, 0,131 entre o físico x social (p não significativo), 0,419 para o físico x ambiental, 0,297 entre o psicológico x social, 0,564 para o psicológico x ambiental, 0,368 para o social x ambiental. O domínio físico foi significativamente inferior em relação aos outros domínios.

Apresentamos na tabela 6 os resultados da análise de regressão múltipla para a qualidade de vida global em relação aos escores nos diferentes domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref.

Tabela 6 - Resultados da análise de regressão múltipla para a qualidade de vida global em relação aos escores nos diferentes domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios	Qualidade de vida global			
	<i>Beta</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>Valor-p</i>
Físico	0,434	0,573	4,690	< 0,00001
Psicológico	0,063	0,082	0,600	0,550
Social	0,195	0,200	2,306	0,023
Ambiental	0,168	0,278	1,609	0,111

Coeficiente de correlação (r) = 0,645; Coeficiente de determinação (r^2) = 0,392

Na tabela 6, mostramos que isoladamente, somente o domínio físico e o social influenciaram de forma significativa a qualidade de vida global.

Na Tabela 7 apresentamos os resultados da correlação univariada entre os diferentes domínios e a qualidade de vida global do WHOQOL-bref.

Tabela 7 – Resultados da correlação univariada entre os diferentes domínios e a qualidade de vida global do WHOQOL-bref dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios	Qualidade de vida global		
	<i>Coeficiente</i>	<i>Correlação</i>	<i>Valor-p</i>
Físico	0,574	moderada	< 0,000000001
Psicológico	0,449	fraca	< 0,00001
Social	0,332	fraca	< 0,001
Ambiental	0,474	fraca	< 0,000001

Obtivemos uma correlação fraca para o domínio social, correlação fraca a moderada para os domínios psicológico e ambiental, e correlação moderada para o domínio físico em relação à qualidade de vida global.

Na Tabela 8, apresentamos os resultados da correlação entre os escores para cada um dos domínios de qualidade de vida e a intensidade da dor

Tabela 8 – Resultado da correlação entre os escores em cada domínio de qualidade de vida e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

Domínios	Intensidade da dor		
	Coeficiente	Correlação	p
Físico	-0,314	Fraca	0,001
Psicológico	-0,303	Fraca	0,002
Social	0,009	Ausente	0,928
Ambiental	-0,219	Fraca	0,029
Global	-0,172	Ausente	0,086

Entre os escores dos domínios para a qualidade de vida do WHOQOL-bref e a dor foi significativa e correlação fraca para os domínios físico, psicológico ambiental e não significativa e correlação ausente nos domínios social e global.

Para a comparação entre os escores de qualidade de vida nos diferentes domínios foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman, seguido do teste da diferença mínima significativa não paramétrica para as comparações múltiplas entre cada um dos escores obtidos.

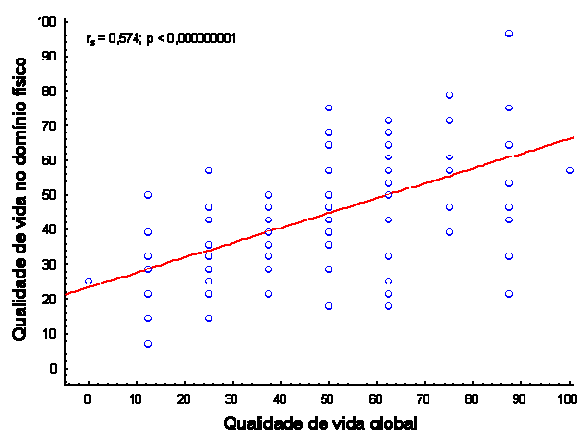
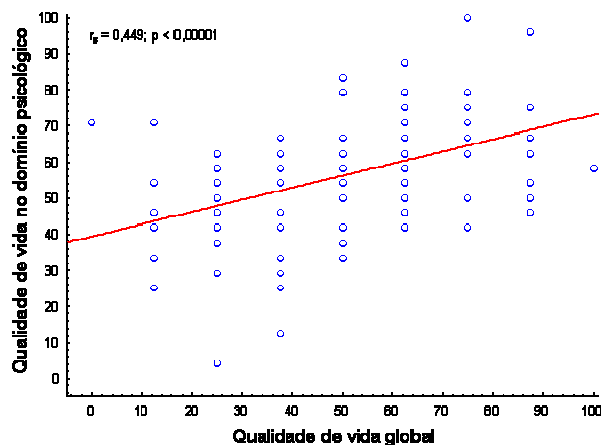
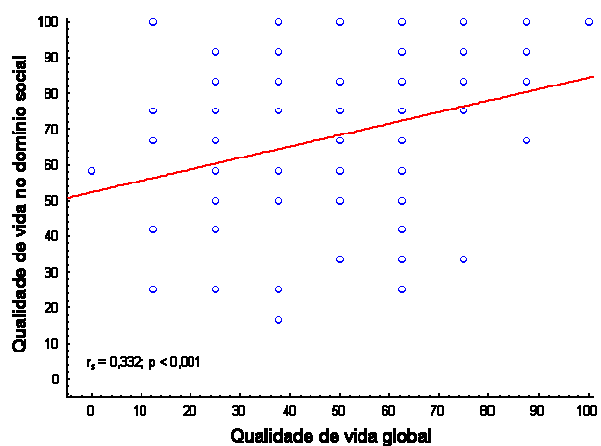


Gráfico 1 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio físico e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 1 obtivemos uma reta ascendente o que significa que quanto maior a qualidade de vida para o domínio físico maior é a qualidade de vida global.



No Gráfico 2, obtivemos uma reta ascendente significando que quanto maior a qualidade de vida para o domínio psicológico maior é a qualidade de vida global.



No Gráfico 3, obtivemos uma reta ascendente significando que quanto maior a qualidade de vida para o domínio social maior é a qualidade de vida global.

No Gráfico 3, obtivemos uma reta ascendente significando que quanto maior a qualidade de vida para o domínio social maior é a qualidade de vida global.

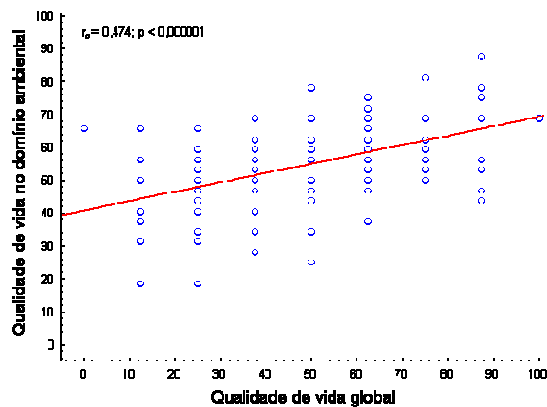


Gráfico 4 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio ambiental e a qualidade de vida global dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 4, obtivemos uma reta ascendente cuja o significado seja quanto maior a qualidade de vida para o domínio ambiental maior é a qualidade de vida global.

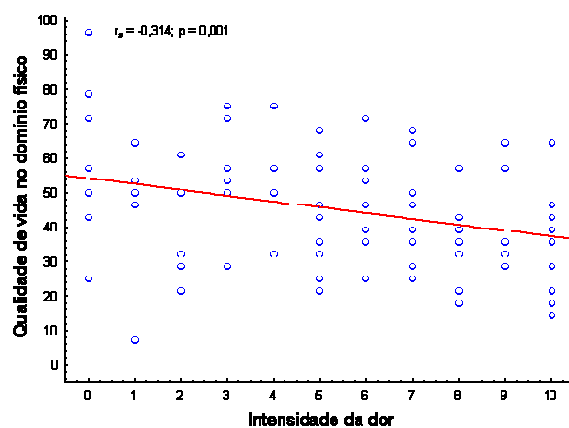


Gráfico 5 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio físico e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 5 obtivemos uma reta descendente significando que quanto maior a intensidade da dor menor é a qualidade de vida para o domínio físico.

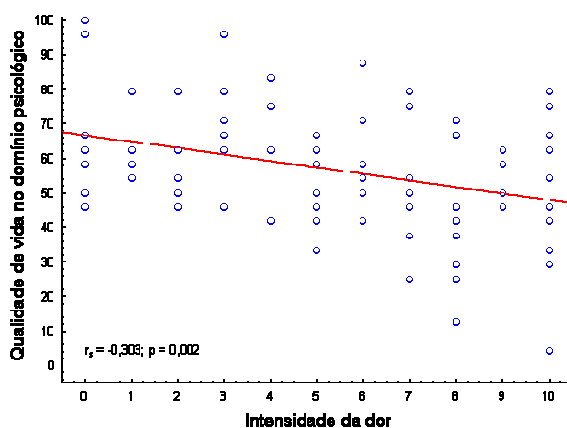


Gráfico 6 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio psicológico e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 6 obtivemos uma reta descendente significando que quanto maior a intensidade da dor menor é a qualidade de vida para o domínio psicológico.

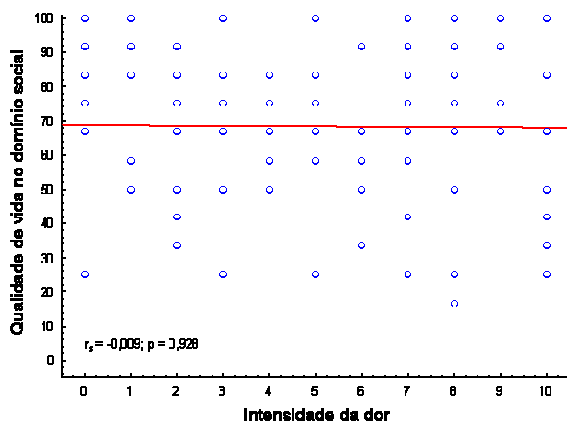


Gráfico 7 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio social e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 7 obtivemos uma reta levemente descendente o que significa que não houve uma correlação significativa entre a intensidade da dor e a qualidade de vida para o domínio social.

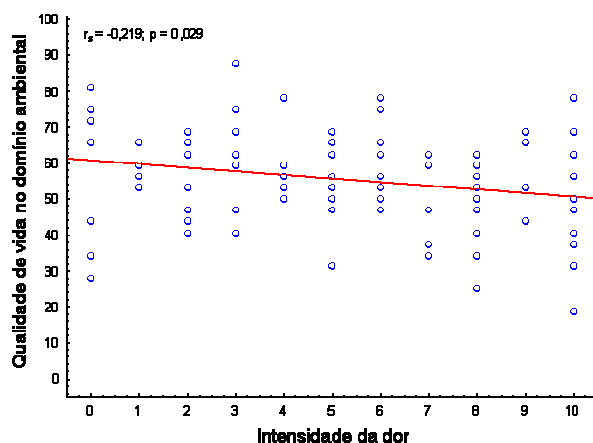


Gráfico 8 - Correlação entre a qualidade de vida no domínio ambiental e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 8 obtivemos uma reta descendente com correlação fraca o que significa que quanto maior a intensidade da dor menor é a qualidade de vida para o domínio ambiental.

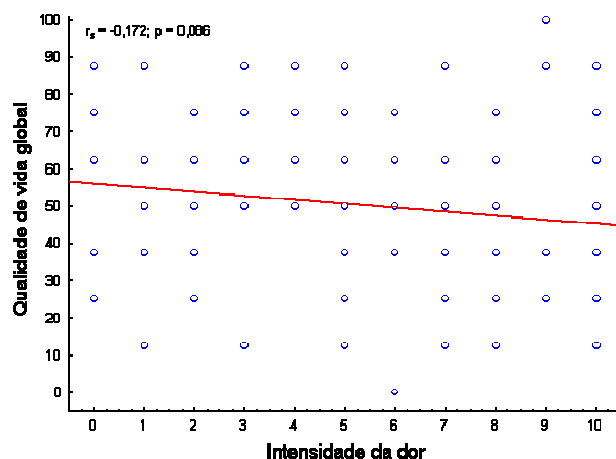


Gráfico 9 - Correlação entre a qualidade de vida na qualidade de vida global e a intensidade da dor dos clientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no ano de 2008.

No Gráfico 9 obtivemos uma reta descendente significando que quanto maior a intensidade da dor menor é a qualidade de vida global.

A correlação entre a intensidade da dor e a qualidade de vida no domínio físico foi a mais prejudicada com r_2 de -0,314, seguido pela qualidade de vida no domínio psicológico r_2 de -0,303, qualidade de vida no domínio ambiental r_2 de -0,219 e da qualidade de vida global com r_2 de -0,172; com relação ao domínio social o r_2 foi de -0,009, indicando a baixa correlação com a intensidade da dor.

Ruger et al. (2008) utilizou o Pain Disability Index (PDI) que avalia a incapacidade causada pela dor, onde o 0 significa “sem capacidade” e o 70 “capacidade total”. Verificou-se que a média global foi de $22,7 \pm 1,7$ para os clientes com claudicação intermitente e $34 \pm 2,3$ para aqueles com isquemia crítica nos membros, sendo a dor responsável respectivamente por 32,5 e 48,5 nos clientes claudicantes e nos clientes com isquemia crítica nos membros.

Brothers, Robinson e Elliott (2007) realizaram um estudo prospectivo tipo coorte, onde participaram 205 clientes com sinais e sintomas de isquemia crônica nas extremidades durante um período de 28 meses. Dentre as quatro intervenções terapêuticas realizadas 9 clientes sofreram amputações, 42 passaram por cirurgia de bypass, 8 por angioplastia percutânea e 146 permaneceram em tratamento clínico. Os clientes foram avaliados antes da cirurgia e 4 e 12 meses após a cirurgia. A qualidade de vida foi avaliada por meio dos instrumentos Short Form-36 (SF-36) onde os valores dos escores variam de 0 a 100, quanto maior fosse o escore obtido, maior a qualidade de vida e Walking Impairment Questionnaire (WIQ) valores que variam de 0 a 70. Na avaliação inicial, 4 meses e 12 meses utilizando o SF-36, os pesquisadores

obtiveram em relação a dor corporal uma média de 40, 47 e 49; para a função social 62, 60 e 63; função física 21, 24 e 30; funcionamento físico 27, 28 e 22; saúde geral 47, 46 e 43; função emocional 64, 66 e 58 respectivamente. Em relação à pontuação do componente físico do SF-36 foi de 27, 28 e 28, e do componente mental 51, 51 e 51 e WIQ 39, 35 e 39.

Aquarius et al. (2007) seguiram 192 clientes por um ano dois grupos de clientes com DAOP, sendo um grupo com personalidade tipo D (pessoa que quando pressionado se torna ditatorial, dominador, exigente, furioso, intenso, violento, direto, autoritário) e o outro com personalidade não tipo D. Foi utilizado como instrumento o questionário RAND 36 (com os seguintes domínios: função física, função emocional, saúde mental, vitalidade, função social, dor corporal, saúde geral) para a mensuração da qualidade de vida. Durante o seguimento 93 clientes passaram por tratamento invasivo (cirurgia bypass, angioplastia percutânea e endarterectomia) e 99 por tratamento clínico. Na avaliação inicial, clientes tipo D tiveram a sua qualidade de vida mais debilitada do que os não tipo D em todos os domínios do RAND 36, o tratamento invasivo proporcionou melhora significativa na qualidade de vida relacionada a saúde para os domínios funcionamento físico e dor, porém, não houve influência nos outros aspectos.

Metha et al. (2006), realizaram um estudo com 70 clientes com claudicação intermitente, sendo que 47 passaram por angioplastia transluminal percutânea e 23 por tratamento clínico conservador. Os clientes foram avaliados antes do tratamento e seis meses após por meio de dois instrumentos genéricos (SF-36 e EUROQOL) e por três específicos (CLAUS, VASCUQOL e SIP_{ic}). O instrumento CLAUS (claudication scale) é composto

por 47 questões e cinco domínios (vida diária, dor, vida social, medo específico de doença e bem estar psicológico), onde os escores variam de zero a cem; o VASCUQOL foi criado para mensurar a qualidade de vida de clientes com DAOP é composto por 25 questões com uma escala variando de um a sete, onde o um significa uma pior QV e sete melhor QV; o SIP_{ic} é composto por 12 itens e sua pontuação é simplesmente o número total de itens disfuncional. Os quatro domínios do SF-36 melhoraram significativamente, cujas médias para a função física foi de 35 para 40, para dor corporal de 41 para 51, vitalidade de 45 para 50 e saúde mental de 72 para 76. Para o instrumento EUROQOL a média também obteve uma melhora significativa de 0,66 para 0,69. No instrumento CLAUS, para o domínio vida diária, a média de 52,78 no pré-tratamento passou para 61,11 no pós-tratamento; no domínio dor passou de 42,33 para 57,31, no domínio vida social passou de 81,25 para 93,25, para o medo específico de doença passou de 76,92 para 86,54 e bem estar psicológico passou de 81,82 para 85,23. No instrumento VASCUQOL passou de 4,08 para 5,16 e SIP_{ic} passou de 6 para 4, sendo esses resultados obtidos mostraram uma melhor QV dos clientes após o tratamento.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor crônica isquêmica percebida foi considerada como sendo a pior dor sentida pela maioria dos participantes (moda = 10) e a média aritmética obtida foi de $5,59 \pm 3,16$ pontos, sendo essa dor, sintoma presente na vida desses clientes.

Os descritores obtidos por meio da utilização do método de estimação de categorias mostram a multidimensionalidade da dor em nossa cultura, vivenciada pelos clientes portadores de DAOP. Cinco descritores de maior atribuição (estimação de categorias) que melhor caracterizam a dor crônica isquêmica são: desagradável, perturbadora, forte, preocupante e cansativa e os cinco descritores de menor atribuição são: punitiva, deprimente, persistente, angustiante e desastrosa.

Os descritores obtidos pelo método de estimação de magnitude mostram que a razão entre o descritor de maior atribuição “terrível” foi de 4 vezes maior do que o descritor de menor atribuição “desagradável”.

Todos os domínios da QV dos participantes que sofrem de DAOP foram afetados, sendo o domínio físico mais prejudicado, seguido pelos domínios ambiental, psicológico e social. Apesar de ser fraca ou moderada, existe correlação entre todos os domínios de QV e a qualidade de vida global do instrumento WHOQOL-bref e entre todos os domínios de QV e de dor crônica isquêmica.

Entende-se que este estudo seja ferramenta útil para o desenvolvimento científico e para a prática clínica, pois sinaliza resultados fidedignos sobre os fenômenos dolorosos e de qualidade de vida, apontando assim para a necessidade de manejo adequado da dor crônica isquêmica e dessa forma contribuir assim para a melhoria da qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS

AIGNER, M. What does the WHOQOL-Bref measure? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, p. 81-86, jan., 2006.

AQUARIUS A. E. et al. Poor health-related quality of life in patients with peripheral arterial disease: Type D personality and severity of peripheral arterial disease as independent predictors. **Journal of Vascular Surgery**, v. 46, n. 3, p. 507-512, Set., 2007.

ARNTZ, A.; CLAASSENS, L. The meaning of pain influences its experienced intensity. **Pain**, v. 109, n. 1-2, p. 20-25, maio, 2004.

BARROS, N. Qualidade de vida: conceito e métodos de avaliação. In: ANDRADE FILHO, A. C. C. **Dor: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4, p. 53-61.

BONICA, J.J. Pain due to vascular disease. In: _____. **The Management of Pain**. 2 ed. v. 1. Philadelphia: Lea & Febiger, 2001. cap. 28, p. 502-537.

BREIVIK, H. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, v. 10, n. 4, p. 287-333, maio, 2006.

BRITO, C. J.; SALES, S. A.; LOUREIRO, E. Avaliação clínica do paciente com arteriopatia. In: Brito, C. J. **Cirurgia Vascular**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. cap. 10, p. 181-187.

BROTHERS, T. E.; ROBINSON, J. G. e ELLIOTT, B. M. Prospective decision analysis for peripheral vascular disease predicts future quality of life. **Journal of Vascular Surgery**, v. 46, n. 4, p. 701-708, out., 2007.

CANTWELL-GAB, K. Histórico e tratamento dos pacientes com distúrbios vasculares e problemas de circulação periférica. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Sudart tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed., v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 31, p. 863-902.

CARDOSO, R. P. S. **Descritores de Dor Crônica**: um estudo psicofísico. 2004. 55 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CARDOSO, R. P. S.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Identification and validation of Brazilian Chronic Pain Descriptors. **Pain Management Nursing**, v. 10, n. 2, p. 85-93, jun. 2009.

CASTRO, A. B. O exame inicial do paciente com dor. In: _____. **A clínica de dor: organização, funcionamento e bases científicas**. Curitiba: Maio, 2003. cap. 3, p.39-48.

CHAPMAN, C. R.; SYRJAL, K. Measurement of pain. In: BONICA, J.J. **The management of pain**. 2 ed. v. 1. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. cap. 32, p. 580-594.

CHASSANY O. Discrepancies between patient-reported outcomes and clinician-reported outcomes in chronic venous disease, irritable bowel syndrome, and peripheral arterial occlusive disease. **Value in Health**, v. 9, n. 1, p. 39-46, jan., 2006.

DA SILVA, J. A; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. 2 ed. Ribeirão Preto: Funpec, 2006. 467 p.

DUMVILLE, J. C. The health-related quality of life of people with peripheral arterial disease in the community: the Edinburg Artery Study. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 508, p. 826-831, nov., 2004.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 147-178, jul., 1996.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Por que medir a dor? **Psiquiatria Clínica**, v. 23, n. 1, p. 79-85, 2002.

FALEIROS SOUSA, F. A. E. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p.446-7, mai-jun., 2002.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; HORTENSE, P; SILVA, M. A. M. R. Mensuração da dor em disfunção temporomandibular. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, v.4, n. 2, p. 95-99, abril-jun., 2003.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; DA SILVA, J. A. Mensurando dor. **Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, v. 6, n. 4, p. 680-687, out.-dez, 2005.

FALEIROS SOUSA, F. A. E.; PEREIRA, L. V.; HORTENSE, P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: Teixeira, M. J. **Dor: contexto interdisciplinar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 30, p. 370-381.

FARRAR, J. T. et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. **Pain**, v. 94, n. 2, p. 149-158, nov., 2001.

FERREIRA, A. A. L. (2003). O lugar da psicofísica de Gustav Fechner na história da psicologia. **Memorandum**, v. 5, p. 86-93. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos05/ferreira01.htm>. Acesso em 12/08/2006.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 19-28, jan.-març., 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, abril, 2000.

GALEA, M. N.; BRAY S. R. Determinants of walking exercise among individuals with intermittent claudication: does pain play a role? **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**, v. 27, n. 2, p. 107-113, mar-abril, 2007.

GALLAGHER, R. et al. Chest Symptoms following coronary stenting in the first 10 weeks of recovery. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 7, n. 1, p. 73-79, mar., 2008.

GALLO, R. J. Tratamento Cirúrgico das Oclusões Aortoiliacas. In: TOMAZ, J. B. **Angiologia e cirurgia vascular**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 21, p. 255-269.

GELINAS, C. et al. Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain measurement. **Pain Management Nursing**, v. 9, n. 3, p. 120-130, set., 2008.

GERSTLE, D. S.; ALL A. C.; WALLACE D. C. Quality of Life and Chronic Nonmalignant Pain. **Pain Management Nursing**, v. 2, n. 3, p. 98-109. set. 2001.

GRACELY, R. H.; McGRATH, P.; DUBNER, R. Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. **Pain**, v. 5, n. 1, p. 5-18, jun., 1978.

GRACELY, R. H. Measuring pain in the clinic. **Anesthesia Progress**, v. 37, n. 2-3, p. 88-92, mar.-jun., 1990.

GRACELY, R. H. Pain measurement. **Acta anaesthesiologica Scandinava**, v. 43, n. 9, p. 897-908, abr., 1999.

GREEN, D. W.; SICARD, G. A. Occlusive Arterial Disease. In: KLINGLNSMITH, M. E. et al. **Washington manual of surgery**. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins, 2005. cap. 21, p. 346-363. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?targetFrame=1&S=JIPGFPKFHADDJCBI...>
Acesso em: 11 mar. 2008.

GREGORIO, P. G. et al. Manejo del dolor del anciano en Atención Primaria (Estudio ADA). **Revista Clínica Española**, v. 207. N.4, p. 166-171, abril, 2007.

HIGA K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 203-206, 2008. Número Especial.

JENSEN, M. P. Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. **Pain**, v. 83, n. 2, p. 157-162, nov., 1999.

KAJ, H; JOHANSEN, K. H. Peripheral disease of large and medium arteries. In: LOESER, J. D. **Bonica's management of pain**. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins, 2001. Cap. 33, p. 588-612. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?targetFrame=1&S=ABAFFPDFGPDDBD...>
Acesso em: 05 mar. 2008.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo das variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 2, p. 416-425, jun., 2003.

LANG P. M. et al. Impact of Endovascular Intervention on Pain and Sensory Thresholds in Nondiabetic Patients With Intermittent Claudication: A Pilot Study. **Journal of Pain**, v. 10, n.3, p. 264-273, Mar., 2009.

MCDERMOTT M. M. et al. Leg Symptoms, the Ankle-Brachial Index, and Walking Ability in Patients With Peripheral Arterial Disease. **Journal of General Internal Medicine**, v. 14, n. 3, p. 173-181, mar.,1999.

MEHTA T. et al. Assessing the Validity and Responsiveness of Disease-Specific Quality of Life Instruments in Intermittent Claudication. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 31, n. 1, p. 46-52, jan., 2006.

MELZACK, R.; TORGERSON, W.S. On the language of pain. **Anesthesiology**, v. 34, n. 1, p. 50-59, set., 1971.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, n. 3, p. 277-299, set., 1975.

MENARD, M. T.; BELKIN, M. Femoropopliteal and Tibial Occlusive Disease. In: MULHOLLAND, M. W. et al. **Greenfield's Surgery: scientific principles and practice**. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins, 2006. cap. 96, p. 1649-1660. Disponível em:
<http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?targetFrame=1&S=ECJFFPPFFJDDJ CJKNCI...> Acesso em: 11 mar. 2008.

MYERS, S. A. et al. Claudication distances and the Walking Impairment Questionnaire best describe the ambulatory limitations in patients with symptomatic peripheral arterial disease. **Journal of Vascular Surgery**, v. 47, n. 3, p. 550-555, mar., 2008.

NOBLE, B. et al. The measurement of pain, 1945-2000. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 29, n. 1, p. 14-21, jan., 2005.

NORGREN, L. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). **Journal of Vascular Surgery**, v. 45, p. 5-67, jan., 2007. Supplement 1.

NYLÆNDE, M. et al. Beneficial effects of 1-year optimal medical treatment with and without additional PTA on inflammatory markers of atherosclerosis in patients with PAD. Results from the Oslo Balloon Angioplasty versus Conservative Treatment (OBACT) study. **Vascular Medicine**, v. 12, n. 4, p. 275-283, nov., 2007.

OKSUZ, E. MUTLU, E. T., MALHAN, S. Nonmalignant chronic pain evaluation in the Turkish population as measured by the McGill Pain Questionnaire. **Pain Practice**, v. 7, n. 3, p. 265-273, ago., 2007.

OLIVEIRA, E. S.; GAZETTA, M. L. B.; SALIMENE, A. C. M. Dor crônica sobre a ótica dos pacientes da escola de postura da DMR HC FMUSP. **Acta Fisiatrica**, v. 11, n. 1, p. 22-26, abril, 2004.

PEREIRA, L. V; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 77-84, out., 1998a.

PEREIRA, L. V; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Estimção em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 4, p. 41-8, jul., 1998b.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Pesquisa em dor: algumas reflexões. **Revista Simbidor**, v. 1, n. 1, p. 8-16, jan-mar., 2000.

PIMENTA, C. A. M. O papel da enfermeira na clínica de dor. In: Castro, A. B. **A clínica de dor: organização, funcionamento e bases científicas**. Curitiba: Maio, 2003. cap. ? p.204-221.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M.; KURITA, G. P. "Coping" no doente com dor crônica. **Prática Hospitalar**, v.7, n. 35, p. 46-54, set-out., 2004.

PIMENTA, C. A. M. et al. Epidemiologia da dor. In: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 1, p. 3-22.

PINTO, J. M.; SANTOS, M. E. R. C. Úlcera de perna: diagnóstico diferencial. In: Brito, C. J. **Cirurgia vascular**. v. 2. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. cap. 90, p. 1428-1437.

RISTOW, A. V. et al. Obstruções arteriais crônicas infra-inguinais: tratamento cirúrgico. In: Brito, C. J. **Cirurgia vascular**. v.1. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. cap. 36, p. 589-644.

ROWBOTHAN, M. C. What is clinically meaningful' reduction in pain. **Pain**, v. 94, n. 2, p. 131-132, nov., 2001. Editorial.

RUGER L. J. et al. Characteristics of chronic ischemic pain in patients with peripheral arterial disease. **Pain**, v. 139, n. 1, p. 201-208, set., 2008.

SALTARELI, S. et al. Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, n. 3, p. 151-156, jun., 2008.

SANT'ANA, R. P. M. et al. Chronic pain descriptors: a psychophysical study. **Fechner Day**, Coimbra, v. 21, n.1, p. 512-517, 2004.

SEARLE, R. D.; BENNETT, M. I. Pain assessment. **Anaesthesia and Intensive Care Medicine**, v. 9, n. 1, p. 13-15, jan., 2008.

SIZE, M., SOYANNWO, O. A., JUSTINS, D. M. pain management in developing countries. **Anaesthesia**, v. 62, p. 38-43, dez., 2007. Supplement 1.

SORIANO, R.R. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: vozes, 2004. 343 p.

STEVENS, S. S. On the theory of scales of measurement. **Science**, v. 103, n. 2684p. 677-680, jun., 1946.

STEWART, W. F. et al. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. **JAMA**, v. 290, n. 18, p. 2443-2454, nov., 2003.

STOYOGLOU, A.; JAFF, M. R. Medical treatment of peripheral arterial disease: a comprehensive review. **Journal of Vascular e Interventional Radiology**, v. 15, n. 11, p. 1197-1207, nov., 2004.

THOMAZ, J. B. Tratamento de síndromes isquêmicas crônicas dos membros inferiores: derivação fêmoro-poplítea. In: _____. **Angiologia e cirurgia vascular: tópicos atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 19, p. 219-240.

World Health Organization. **WHOQOL-BREF**. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO, 1996. 18p.

World Health Organization. **WHOQOL measuring quality of life**. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: WHO, 1997. 13p.

World Health Organization. Supports global effort to relieve chronic pain. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/>. Acesso em: 24 de novembro de 2008.

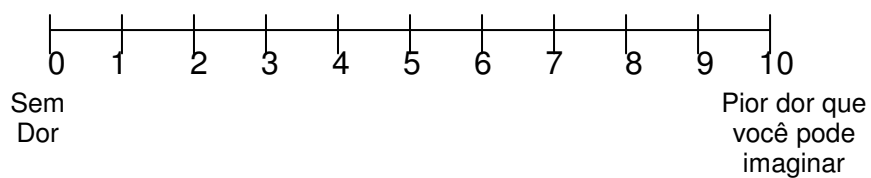
ZACCARDI, M. J. OLMSTED, K. J. Peripheral Arterial Evaluation. In: STRANDNESS, D. E. **Duplex scanning in vascular disorders**. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins, 2002. cap. 15, p. 253-266. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?targetFrame=1&S=DCHLFPAADBDDFN...> Acesso em: 14 mar. 2008.

7. ANEXOS

ANEXO A

Estamos interessados em saber o quanto foi a intensidade da sua dor nas últimas vinte e quatro horas, para isso, solicitamos que você circule o número abaixo o qual corresponde à sua dor.

Lembramos que o número (0) zero significa ausência de dor e (10) dez a pior dor sentida. Os escores 1 (um), 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito) e 9 (nove) significarão quantidades intermediárias de dor e também deverão ser utilizados.



ANEXO B

Experimento 1

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Tipo de experimento: Estimaco de categorias

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento voc gastar 30 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada  fcil e no h certo ou errado nos julgamentos que voc ir fazer, portanto, o que nos importa  a sua opinio seja ela qual for. Sua participao ser valiosa para a realizao dessa pesquisa e voc estar colaborando para o avano dos conhecimentos sobre a avaliao da experincia dolorosa.

Seguindo em anexo uma lista de vrias palavras denominadas “*descritores de dor*”. A definio que consideramos mais adequadas a cada descritor de dor vem logo abaixo de cada um deles.

Para sabermos o nvel de atribuio de cada descritor dependemos da nota que voc ir atribuir a cada um deles, atravs de uma escala ordinal, de sete pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definio.

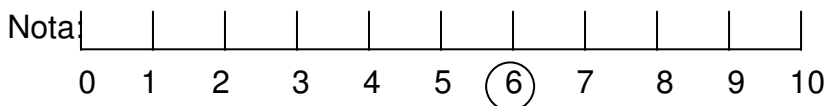
Leia atentamente os passos abaixo, o qual voc dever seguir para a realizao dessa tarefa.

- 1- Observe cada descritor em letras maisculas e identifique-o
- 2- Leia com ateno a definio que foi colocada logo abaixo do descritor.
- 3- Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definio. Nela voc deve assinalar a nota que ser atribuda ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de atribuio de dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuio que o descritor receberia na caracterizao dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (trs), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), tambm devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver prximo ao dez, maior o grau de atribuio do descritor e, quanto mais prxima ao 0 (zero), menor seu grau de atribuio.
- 4- Leia o exemplo que damos a seguir e, se ainda houver dvidas, solicite ajuda a pessoa responsvel pela aplicao desse instrumento.

Exemplo:

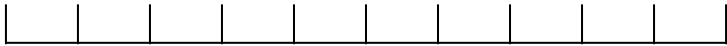
QUEIMANTE

DEFINIO: 1. Que queima, queimosa. 2. Muito picante, pimenta, queimante.



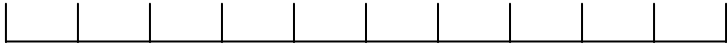
33- EXCESSIVA

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

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

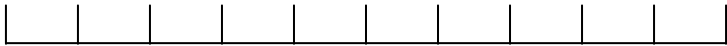
34- MISERÁVEL

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

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


35- EXAGERADA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exageração; exagerada; demasiada; desmedida.

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


36- MALDITA

DEFINIÇÃO: 1. Amaldiçoada. 2. Pernicioso; funesta. 3. muito má, maligna.

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10


37- PERTUBADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que causa perturbação; que a ltera; muda; modifica. 2. Que causa embaraço ou perturbação. 3. Que desnorteia, desorienta.

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38- ABORRECÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que pode ou deve causar aborrecimento ou horror; digna de horror; detestável; execrável; abominável; aborrecida; aborrecedora.

Nota: 
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO C

Nome: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Tipo de experimento: Estimação de Magnitude

INSTRUÇÕES

Ao participar deste experimento você gastará 15 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada é fácil e não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião, seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos sobre a avaliação da experiência dolorosa.

Estamos interessados em estudar as palavras utilizadas na descrição da dor crônica e para isso desejamos conhecer a sua opinião sobre a intensidade com que cada um deles a descreve. Sua tarefa consistirá em atribuir um valor numérico a cada um dos descritores que lhe forem apresentados de modo que o número designado seja proporcional ao valor arbitrário **100**, atribuído ao **descritor X**, escolhido como padrão o qual estará no início da listagem. Por exemplo, se você achar que um outro descritor qualquer da lista apresentada descreve a dor crônica duas vezes melhor do que o **descritor X**, o valor a ser atribuído será igual a 200. Ao contrário, se você achar que um dado descritor tem somente a metade da adequação de **X** para descrever a dor crônica você deverá atribuir um valor igual a 50. Dessa forma você estará julgando cada um dos descritores, proporcionalmente ao **descritor X**. Os números atribuídos deverão ser assinalados na ordem em que estão colocados na listagem que você está recebendo na frente de cada descritor. Não tente ser consistente, apenas assinale os números que reflitam sua impressão subjetiva sobre cada descritor, considerando sua adequação para descrever a dor crônica. Você pode usar quaisquer números, exceto o (0) zero.

Muito obrigada

Data ____/____/____

ESTIMAÇÃO DE MAGNITUDES

DESAGRADÁVEL	100
PERTUBADORA	
FORTE	
PREOCUPANTE	
CHATA	
CANSATIVA	
TERRIVEL	
ENJOADA	
DOLOROSA	
INCOMÔDA	

ANEXO D

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso o senhor concorde, poderemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto poderá auxiliá-lo na compreensão de seu caso.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentem ente	muito freqüentem ente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

8. APÉNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

a- Primeira parte

1- Identificação do cliente:

Iniciais: _____

Registro: _____

Idade: _____

DN: ___/___/_____

Sexo:

() masculino () feminino

Procedência: _____

Religião: _____

Praticante:

() sim () não

Situação conjugal:

() solteiro () casado () união estável () viúvo () divorciado

Nível de escolaridade:

() nenhum () alfabetizado () ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo () ensino médio incompleto

() ensino médio completo () ensino superior incompleto

() ensino superior incompleto () pós-graduação

Ocupação:

Renda familiar (em salários mínimos):

Tempo de diagnóstico de claudicação:

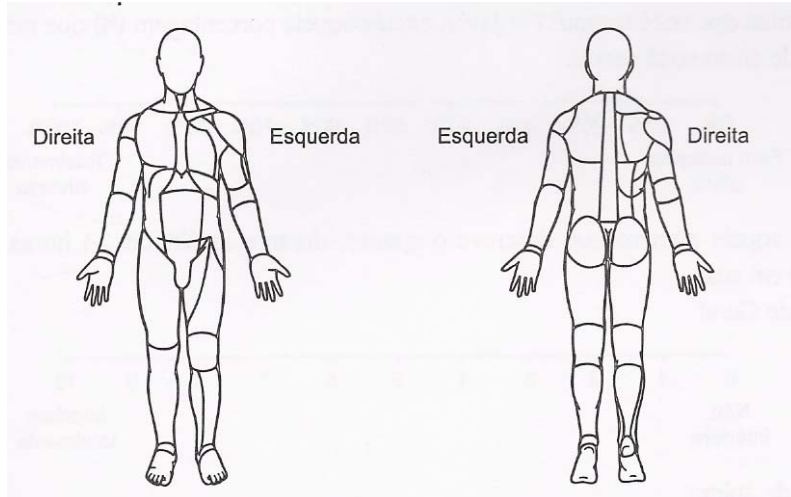
Doença diagnosticadas:

b- Segunda Parte

1- Você está com dor nesse momento?

() Sim () Não

2- Identifique o local onde você sente a dor



(Silva e Ribeiro-Filho, 2006)

4- Há quantos meses você sente essa dor?

() há três meses

() há quatro meses

() há seis meses

() há cinco meses

() há mais de seis meses

5- Em média, quantas horas você sente essa dor por dia?

() menos de uma hora

() uma hora

() duas a cinco horas

() seis a nove horas

() dez a treze horas

() quatorze a dezoito horas

() dezenove a vinte e quatro horas

6- Qual é o horário que você mais sente dor?

() manhã

() tarde

() noite

() madrugada

() não há horário definido

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa de mestrado “Avaliação e mensuração da dor crônica e qualidade de vida dos clientes com insuficiência arterial crônica”, sendo o nosso objetivo conhecer como essa dor é percebida e descrita em nosso meio. Sua participação é muito importante para a condução da pesquisa, para isso você deverá responder alguns questionários sobre a intensidade da dor crônica, descritores de dor crônica (palavras que descrevem a dor) e qualidade de vida, e assinalar a resposta que você julga correta. Esse procedimento mostrará as palavras de maior e menor atribuição na caracterização dessa dor e o quanto cada descritor é mais ou menos adequado para descrevê-la. Gostaríamos de esclarecer que não há desconforto ou riscos na realização desses procedimentos, e o benefício será uma maior compreensão do processo doloroso para que possamos atuar adequadamente no alívio da dor humana. Não haverá gastos por parte do participante da pesquisa, assim como qualquer forma de indenização por parte dos pesquisadores, e você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo ao seu atendimento. Garantimos que será mantido o respeito e o sigilo, ou seja, o seu nome, ou qualquer dado que possa identificá-lo, não aparecerá no trabalho escrito ou publicado em revistas da área.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____,
residente em _____, por livre e espontânea
vontade, aceito participar desta pesquisa e permito que as informações que prestarei sejam
utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro que estou ciente dos objetivos e de ter
compreendido as informações dadas pelo pesquisador.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Fátima Ap. Emm Faleiros Sousa (Pesquisador responsável)

Débora Fernanda Amaral Pedrosa

Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contato – (16) 36024761