

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

GABRIELA GALLEGO VALERA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O BRASIL DA
ESCALA “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA –
PAINAD”**

SÃO CARLOS – SP

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

GABRIELA GALLEGO VALERA

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O BRASIL DA
ESCALA “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA –
PAINAD”**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Priscilla Hortense.

Co-orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale

SÃO CARLOS – SP

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

V162ta

Valera, Gabriela Gallego.

Tradução e adaptação cultural para o Brasil da escala
"Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD" /
Gabriela Gallego Valera. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
182 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Dor. 2. Avaliação da dor. 3. Adaptação cultural. 4.
Demência. 5. Idosos. I. Título.

CDD: 616.0472 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: GABRIELA GALLEGO VALERA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 21/02/2014
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Priscilla Hortense
(Orientadora – PPGE_{nf}/UFSCar)

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
(DGERO/UFSCar)

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
(EERP/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Priscilla Hortense

DEDICATÓRIA

Com toda gratidão e amor dedico este trabalho aos meus pais, Telma e Valdir, pelo amor incondicional, pelo esforço e dedicação e pelo amparo e incentivo durante toda a minha trajetória acadêmica. Ao meu irmão, Bruno, pela compreensão, apoio, amizade e pelos braços estendidos para me ajudar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu a realização deste trabalho, pelas bênçãos na minha vida e por me dar força em todos os momentos. Agradeço por tudo, especialmente por sempre colocar pessoas tão especiais em meu caminho.

*Aos meus pais, Telma e Valdir, que desde sempre acreditaram em minha trajetória acadêmica e buscaram me proporcionar o melhor, o meu muito obrigada. Agradeço o amor, a confiança, por estarem sempre comigo, por doarem-se completamente. Vocês são os maiores responsáveis por todas as minhas conquistas e, com certeza, são também os que mais vibram com elas. **A vocês minha vida, meu respeito, amor e eterna gratidão.***

À Profa. Dra. Priscilla Hortense, minha orientadora, profissional brilhante, excelente pessoa que contribuiu para que o período do mestrado tivesse ares prazerosos. Agradeço a dedicação de sua capacidade científica a este estudo, compartilhando o seu conhecimento e apoiando-me durante essa trajetória. Meu especial respeito e agradecimento pela disponibilidade, confiança e por ser responsável pelo meu crescimento profissional. Muito obrigada.

Ao Professor Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale co-orientador deste trabalho, obrigada por suas valiosas contribuições e colaborações.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem e à coordenação do PPGENF da UFSCAR.

À Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos e à Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi, obrigada pelas valiosas colaborações e contribuição prestadas no exame de qualificação.

À Irmã Luiza de Salles Gonçalves e todas as colegas de trabalho que me apoiaram e facilitaram para que eu pudesse realizar este estudo, sempre incentivando o meu crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada pela imensa contribuição.

Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Monte Alto que contribuiu para a realização deste trabalho.

A todas minhas amigas e em especial à Sabrina Caetano, à Josiane Lampa e à Patricia Silva Fernandes pelo carinho, amizade, compreensão e apoio em todos os momentos difíceis. Por compartilharem comigo seus conhecimentos e muitos momentos de alegrias. Sinto-me privilegiada por tê-las por perto.

À Juliana Baldan, Valéria Gabassa, Taina Lemos de Souza e Bianca Bolzan obrigada pela amizade e apoio durante o mestrado, com certeza sinto-me privilegiada por ter conhecido-as nessa fase tão importante da minha vida e por tê-las como amigas.

A Fábio Travaini pelo companheirismo, apoio e amplo estímulo para realização deste trabalho e desta etapa na minha vida. Obrigada por ser meu parceiro.

Às pessoas que participaram deste estudo, pela disponibilidade, receptividade e atenção com que me receberam e responderam aos questionários, na esperança de que os frutos deste trabalho contribuam para ajudar a outras pessoas.

A todos que, de alguma forma, contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho. A todos vocês, o meu mais sincero e profundo agradecimento!

*“Não há nada que não se consiga com a
força de vontade, a bondade e,
principalmente, com o amor.”*

Marco Túlio Cícero

RESUMO

A dor está dentre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do idoso com deficiência cognitiva, assim, a sua avaliação, mensuração e manejo poderão contribuir para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos. Para isso, a utilização de instrumentos específicos para avaliação da dor é de extrema importância. Neste estudo, objetivou-se realizar a tradução e adaptação cultural para o português brasileiro da escala “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD) utilizada para a mensuração da dor em pacientes com demência grave e que não conseguem comunicar verbalmente a dor. A escala possui cinco itens que são baseados na avaliação e observação do estado fisiológico e comportamental, tais como a respiração, a vocalização negativa, a expressão facial, a linguagem corporal e a capacidade de consolabilidade. A pontuação total da escala varia de 0 a 10 pontos baseada em uma escala padrão de dor. O processo de adaptação cultural do instrumento PAINAD seguiu as seguintes etapas: tradução, versão consensual das traduções, retrotradução, revisão por um comitê e pré – teste de equivalência. Este processo assegurou as propriedades psicométricas, tais como fidedignidade e validade de conceito, bem como a melhor compreensão do instrumento na versão final para a população alvo. Conforme o referencial teórico adotado, o instrumento PAINAD foi submetido à tradução para o português brasileiro, por duas tradutoras bilíngues, que realizaram a tarefa de forma independente. As duas versões foram comparadas pelos pesquisadores até a obtenção de uma versão consensual que foi vertida para o idioma original, o inglês, por outros três tradutores independentes e qualificados que não participaram da primeira etapa. A versão consensual em português e a retrotradução foram comparadas com a versão original da PAINAD quanto à equivalência conceitual, semântica, idiomática e cultural por seis especialistas com conhecimento nas duas línguas e especialistas na área, para essa avaliação foi utilizada a escala de likert para cada item da escala e, após, foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), a fim de produzir a versão final traduzida e adaptada. Para os itens que apresentaram $IVC \leq 0,75$ foram realizadas modificações sugeridas pelos especialistas, assegurando uma versão final adequada em português brasileiro e, preservando a validade do instrumento. Na última etapa, o instrumento foi avaliado por 27 profissionais da saúde quanto à compreensão e clareza dos itens, bem como aos aspectos práticos de sua aplicação. O instrumento PAINAD foi adaptado à cultura brasileira e apresentou equivalência semântica com o original. A aplicação do instrumento por uma amostra de profissionais da saúde apresentou clareza e compreensão de todos os itens do instrumento.

Palavras – Chaves: avaliação da dor; adaptação cultural; demência grave; idosos.

ABSTRACT

By the fact of the pain being among the principal factors that can negatively impact the quality of life of elderly patients with cognitive impairment, their evaluation, measurement and management can help to improve the quality of life of these individuals. For this the use of specific tools to assess pain is of paramount importance. In this study we aimed to perform the translation and cultural adaptation to Brazilian Portuguese Scale "Pain Assessment in Advanced Dementia" (PAINAD) used to measure pain in patients with severe dementia and who can not verbally communicate pain. The scale has five items that are based in the assessment and observation of the physiological and behavioral state, such as breathing, negative vocalization, facial expression, body language and the capacity to consolability, your total score ranges from 0 to 10 points based on a standard scale pain. The process of cultural adaptation of PAINAD instrument followed the steps: translation, consensual version of the translations, retrotradução, committee review and pre - test equivalence. This process ensured the psychometric properties such as reliability and content validity as well as a better understanding of the instrument in the final version for the target population. As theoretical reference, the instrument was submitted to PAINAD translation into Brazilian Portuguese by two bilingual translators who performed the job independently. The two versions were compared by researchers to obtain a consensual version that was poured into the original language, English, three other independent qualified translators who did not participate in the first stage. The consensual version in Portuguese and back-translation were compared with the original version of PAINAD as the conceptual equivalence, semantic, idiomatic and cultural of six judges with expertise in both languages and specialists in the area for this evaluation to the Likert scale was used for each item and the scale after the index validity content (IVC) was calculated to produce a final version translated and adapted. For items that had $IVC \leq 0.75$ suggested modifications were made by the judges, ensuring proper final version in Brazilian Portuguese and preserving the validity of the instrument. In the last step, the instrument was evaluated by 27 health professionals regarding the understanding and clarity of the items, as well as practical aspects of its application. PAINAD The instrument was adapted to Brazilian culture and showed semantic equivalence with the original. The application of the instrument for a sample of health professionals showed clarity and understanding of all the items of the instrument.

Descriptors: Pain Measurement; Validation Studies; Dementia, Aged.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índices de Validade de Conteúdo (IVC), número absoluto de itens (n) e a porcentagem equivalente.

Tabela 2. Índices de Validade de Conteúdo (IVC), número absoluto de itens (n) e a porcentagem equivalente.

Tabela 3. Número de itens (n) da retrotradução da escala PAINAD–VCP analisados, porcentagem equivalente e a respectiva concordância entre os especialistas em porcentagem.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais que participaram da etapa de pré - teste da escala PAINAD–Br (n=27).

Tabela 5. Distribuição dos profissionais segundo os subconjuntos de itens, utilizados na parte específica para avaliação da clareza destes itens.

Tabela 6. Resultados da avaliação do questionário geral de clareza da escala PAINAD–B segundo a categoria profissional.

Tabela 7. Itens referentes às subséries A e B do questionário específico de clareza que não apresentaram clareza entre os profissionais.

Tabela 8. Definições dos itens referentes às subséries A e C do questionário específico de clareza que não apresentaram clareza entre os profissionais.

Tabela 9. Caracterização sociodemográfica dos pacientes, condição no momento em que foram observados, patologias associadas e a pontuação na escala PAINAD–B.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens informativos da escala PAINAD.

Quadro 2. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Breathing*.

Quadro 3. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Negative Vocalization*.

Quadro 4. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Facial Expression*.

Quadro 5. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Body Language*

Quadro 6. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Consolability*.

Quadro 7. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,67 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Quadro 8. Item que obteve índice de concordância = 0,5 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

Quadro 9. Item que obteve índice de concordância = 0,33 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

Quadro 10. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,67 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Quadro 11. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,5 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Quadro 12. Item que obteve índice de concordância = 0,33 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

LISTA DE SIGLAS

DA – Doença de Alzheimer

DFT – Demência Frontotemporal

DCL – Demência com Corpos de Lewy

DV – Demência Vascular

AVC – Acidente Vascular Encefálico

PET – Tomografia por Emissão de Pósitrons

AVD – Atividades de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

PAINAD–VCP – Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – Versão Consensual em Português

BT – Versão Retrotraduzida da PAINAD-VCP

PANAD–VCBT – Versão Final Retrotraduzida da PAINAD

PAINAD–Br – Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – Brasileira

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 DOR – PREVALÊNCIA NOS IDOSOS	15
1.2 ENVELHECIMENTO E PROCESSOS DEMENCIAIS.....	20
1.3 AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR EM IDOSOS COM DEMÊNCIA GRAVE E NÃO COMUNICATIVOS.....	26
1.4 METODOLOGIAS PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS	33
2. OBJETIVOS	39
3. MÉTODO	41
3.1 ADAPTAÇÃO CULTURAL DO PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA	42
3.1.1 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO PAINAD PARA O PORTUGUÊS	43
3.1.2 VERSÃO CONSENSUAL DA PAINAD EM LÍNGUA PORTUGUESA.....	44
3.1.3 RETROTRADUÇÃO DA VERSÃO CONSENSUAL EM LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO PAINAD.....	44
3.1.4 COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	45
3.1.5 PRÉ-TESTE	46
3.2 LOCAL DO ESTUDO	47
3.3 POPULAÇÃO ALVO	47
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	48
4. RESULTADOS	50
4.1 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO PAINAD PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO ...	51
4.2 VERSÃO CONSENSUAL DA PAINAD EM LÍNGUA PORTUGUESA (BRASILEIRA)	51
4.3 RETROTRADUÇÃO DA VERSÃO CONSENSUAL EM LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO PAINAD, O PAINAD–VCP.....	61
4.4 COMITÊ DE ESPECIALISTAS (ANÁLISE DA VERSÃO CONSENSUAL EM PORTUGUÊS PAINAD–VCP E DAS RETROTRADUÇÕES).....	62
4.5 PRÉ-TESTE	74
5. DISCUSSÃO	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
7. REFERÊNCIAS	90
8. APÊNDICES	104
8.1 APÊNDICE A.....	105
8.2 APÊNDICE B.....	107
8.3 APÊNDICE C.....	110

8.4 APÊNDICE D.....	112
8.5 APÊNDICE E.....	114
8.6 APÊNDICE F.....	115
8.7 APÊNDICE G.....	117
8.8 APÊNDICE H.....	121
8.9 APÊNDICE I.....	122
8.10 APÊNDICE J.....	124
8.11 APÊNDICE K.....	132
8.12 APÊNDICE L.....	141
8.13 APÊNDICE M.....	159
8.14 APÊNDICE N.....	172
9. ANEXOS	175
9.1 ANEXO 1.....	176
9.2 ANEXO 2.....	179
9.3 ANEXO 3.....	180

1. INTRODUÇÃO

1.1 DOR – PREVALÊNCIA NOS IDOSOS

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1994), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos. Trata-se de uma experiência altamente individual caracterizada pelo contexto e pela percepção do seu significado (IASP, 1994).

A dor, atualmente, pode ser interpretada como uma eficiente via de informação dos diversos segmentos corporais com a consciência, comprovando comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo. A dor é um sintoma associado ao sofrimento ou ao desconforto, importante em qualquer faixa etária. Deixou de ser entendida como uma simples sensação para ser, hoje, reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada indivíduo (AUGUSTO et al., 2004).

Não existe uma relação exclusiva entre dor e lesão tecidual, os aspectos fisiológicos, sensitivos, emocionais, cognitivos, comportamentais e socioculturais fazem com que a percepção seja uma experiência subjetiva, multidimensional e pessoal e, desta forma, complexa (SOUSA, 2002). Por tais características, o conhecimento desses conceitos é essencial para a compreensão da dor, para definição dos domínios que a compõem, de quais métodos devem ser utilizados para sua avaliação e quais as estratégias para o seu manejo e controle. Para um cuidado humanizado, é imprescindível que haja a valorização da queixa da dor, que deve ser registrada, ao mesmo tempo em que também sejam avaliados os outros sinais vitais com a finalidade de amenizar o sofrimento, na maioria das vezes, controlável (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Ao reconhecer a importância da avaliação da dor, de seu manejo e controle, diante da prevalência e da incidência do fenômeno algico, não só na população idosa, mas na população em geral, a Sociedade Americana de Dor descreve esse sintoma como o quinto sinal vital que deve ser monitorado, avaliado e registrado continuamente, considerando a sua relevância enquanto evidência significativa em determinadas patologias (SOUSA, 2002; ROSA, 2009, NASCIMENTO; KRELING, 2011).

A dor, por ser uma experiência subjetiva, multidimensional e pessoal, não pode ser mensurada de forma objetiva por instrumentos físicos que usualmente determinam a temperatura, a pressão arterial e o pulso. No entanto, a mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, trata-se de uma medida sobre a qual se determina se o manejo é necessário, se está sendo eficaz ou quando deve ser interrompido. Algumas vezes, medidas simples como dor presente ou ausente, são necessárias para

determinar as intervenções clínicas, porém, para completamente entender o fenômeno e para avaliar a eficácia de tais intervenções, são necessárias medidas mais sofisticadas que avaliem tanto a intensidade quanto as respostas afetivas associadas à dor (SOUSA; SILVA, 2004; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Em geral, a população de idosos apresenta alta prevalência de doenças crônicas degenerativas, tais como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, dores articulares, varizes, depressão, câncer, osteoporose, declínio sensorial e perdas cognitivas. Doenças essas que levam a limitações físicas e aumentam o risco de desenvolvimento de dor crônica (RAMOS, 2003).

Dessa forma, a dor é uma condição clínica comum na população idosa, que muitas vezes é complicada pela presença simultânea de diferentes tipos, localizações múltiplas e várias causas.

Em uma pesquisa representativa da população idosa de São Paulo, maior cidade brasileira, realizada em 2006, observou-se a prevalência de 29,7% de dor crônica, sendo que os locais mais referidos foram região lombar, membros inferiores e superiores (DELLAROZA et al., 2013).

Em outro estudo realizado no ano 2000, ao descrever a prevalência de dor nas costas, em uma amostra representativa de 1008 pessoas (565 mulheres e 443 homens) com 65 anos ou mais de idade, em Toscana na Itália, foi identificada uma prevalência de dor nas costas em 31,5%, sendo 217 mulheres e 101 homens, com a localização mais frequente na região lombar (CECCHI et al., 2006).

Estudo americano atestou que, entre idosos institucionalizados, a prevalência de dor variou de 45% a 80% no ano de 2001 (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2002). Horgas e Elliott (2004) referem que a prevalência de dor em idosos institucionalizados é substancialmente maior do que entre idosos residentes na comunidade, essa diferença parece justificar-se devido a tais idosos apresentarem maior nível de fragilidade e comorbidades importantes.

Em estudo do tipo corte transversal, realizado no ano de 2002 em uma cidade do Reino Unido, com 7.878 adultos, com idade acima de 50 anos, sendo 56,1% mulheres com idade média de 66,3 anos e 43,9% homens com idade média de 65,5 anos, os autores observaram prevalência de 72,4% de dor durante quatro semanas, com os locais mais frequentes na região lombar, no quadril, nos joelhos, ombro e braços, sendo que 12,5% dos idosos referiram dor generalizada. As pessoas referiram piores condições de saúde com o aumento da longevidade e, com a idade, a experiência dolorosa torna-se, gradualmente, uma das principais causas incapacitantes, interferindo nas atividades de vida diária (THOMAS et al., 2004).

O estudo realizado no período de 2001 a 2002 na Nova Inglaterra por Duong et al. (2005), ao identificar os tipos específicos de atividades afetadas pela dor crônica em idosos com idade entre 65 e 90 anos, mostrou que 203 idosos (83%) relataram que a dor afetava as atividades físicas de alta importância. As porcentagens correspondentes para as atividades sociais foram de 74%, para as atividades instrumentais de vida diária, 57% e para as atividades básicas de vida diária, 3%; os locais mais frequentes de dor que afetavam essas atividades físicas foram: dor nas costas, joelhos e pernas.

Com o objetivo de descrever a presença da dor e as estratégias para seu manejo em uma unidade de cuidados de longa permanência dos Estados Unidos, alguns autores em 1985 avaliaram 97 idosos de uma unidade com 311 leitos, incluindo na avaliação aqueles que possuíam depressão e déficit cognitivo. Os resultados indicaram que 71% dos residentes tinham pelo menos uma queixa de dor e, desses indivíduos, 34% descreveram a dor como sendo contínua, enquanto 66% descreveram possuir dor intermitente. Dos sujeitos com dor intermitente, 51% descreveram apresentar dor diariamente. Os principais locais de dor foram: dor lombar (40%), nas articulações (24%), em locais de fratura anteriores (14%) e neuropatias (11%). Esse estudo também aponta que a dor impacta negativamente a realização das atividades recreativas e sociais. Os resultados sugerem que a dor é um grande problema em unidade de cuidados de longa permanência e que estratégias para o manejo da dor parecem ser limitadas nesse cenário (FERRELL; FERRELL; OSTERWEIL, 1990).

Levielle et al. (2001) avaliaram durante 3 anos (1992 a 1995) a dor musculoesquelética em 998 mulheres com 65 anos ou mais, de uma cidade dos Estados Unidos localizada no estado de Maryland. Os autores observaram que 24% tinham dor generalizada e que 43% tiveram dor moderada em pelo menos um local ou dor leve em dois ou mais locais. Referiram que as mulheres com dor generalizada apresentaram um risco quase três vezes maior de ter dificuldades com atividades de vida diária como andar e levantar, em comparação com as mulheres que não tinham dor leve.

Com o objetivo de estimar a prevalência de fibromialgia e dor crônica generalizada em idosos, um estudo realizado de 2005 a 2007, com uma amostra de 361 indivíduos moradores na cidade de São Paulo, com idade média de 73,3 anos, observou que a prevalência de fibromialgia foi de 5,5%, de dor crônica foi de 14,1% e a de dor localizada foi de 52,6%. Os autores concluíram que a dor está correlacionada a variáveis como tensão física, fadiga e depressão, que podem impactar negativamente a vida desses indivíduos, assim, sugerem que esses idosos sejam cuidadosamente avaliados e que a dor seja manejada adequadamente (SANTOS et al., 2010).

Em estudo realizado durante 12 anos em Amsterdam com início em 1992 para determinar se a dor prevê o início de depressão ou o inverso, Hilderink et al. (2012)

avaliaram 2028 indivíduos entre 55 e 85 anos. Observou-se que 1769 participantes não apresentavam depressão, mas apresentavam dor, destes, 402, i.e. 22,7% desenvolveram depressão durante o estudo. Em contraste, naqueles que apresentavam depressão, não houve desenvolvimento de dor. Os autores do estudo concluíram que a dor precede o aparecimento da depressão e que estratégias devem ser planejadas para prevenir a depressão em pacientes com dor crônica.

Estudo recente, (STEWART et al., 2012), realizado com o objetivo de verificar o manejo da dor crônica em 599 idosos na cidade de Boston entre 2005 a 2008, com idade média de 77,8 anos, observou-se que 35% relataram dor com intensidade muito leve, 33% dor leve e 32% relataram dor moderada a grave. Desses indivíduos, 49% relataram o uso de um ou mais métodos farmacológicos para o controle da dor e 68,4% relataram o uso regular de uma ou mais estratégias não farmacológicas como pomadas, massagens, uso de calor e suplementos nutricionais. Os autores concluíram que a dor afeta cerca de metade dos idosos residentes na comunidade de Boston e leva à deficiência, ao isolamento social, à depressão e a quedas. No entanto referem que o manejo da dor em idosos com comprometimento cognitivo é muitas vezes limitado e insuficiente.

Vários estudos apontam o impacto que a dor pode causar nas atividades diárias, além do comprometimento da função cognitiva, da capacidade funcional e de níveis aumentados de comorbidades. A dor crônica pode ocasionar mudança no estilo de vida do indivíduo, pois ele pode apresentar complicações e distúrbios comportamentais importantes, tais como: agitação; ansiedade; agressividade; isolamento social; distúrbios do sono; depressão; alterações no apetite; dificuldades no trabalho; risco de estresse emocional que leva a ideias suicidas; incapacidade funcional que limita o funcionamento físico; diminuição da qualidade de vida. As complicações e distúrbios comportamentais ocasionados pela dor crônica levam à dependência em atividades de vida diária e a um maior gasto com serviços de saúde (AUGUSTO et al., 2004; ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006; DUARTE, 2010; LORENZET et al., 2011).

Assim, a dor em indivíduos idosos é considerada sério problema de saúde pública e, por isso, necessita ser diagnosticada, mensurada, avaliada e devidamente manejada pelos profissionais de saúde, de modo a minimizar a morbidade, melhorar a qualidade de vida e evitar uma maior utilização do sistema de saúde por esse motivo (GOLD; ROBERTO, 2000).

Estudo sugere que os pacientes idosos apresentam limiar de dor (intensidade de um estímulo capaz de desencadear uma sensação dolorosa) maior do que as pessoas mais jovens. Em oposição, o efeito da idade sobre a tolerância da dor (a intensidade de um estímulo doloroso capaz de desencadear uma resposta de retirada ou de um pedido para interromper o estímulo) é controverso, ou seja, a tolerância à dor diminui com a idade

(CHAKOUR; GIBSON; BRADBEER; HELME, 1996). De acordo com estudo fisiológico e investigações psicofísicas, tais mudanças no processamento do estímulo doloroso relacionadas com a idade sugerem alterações na função das vias nociceptivas do sistema nervoso central e periférico que são capazes de influenciar a sensibilidade à sensação de dor (HELME E GIBSON 1999; WICKREMARATCHI; LLEWELYN, 2006).

Os autores Edwards, Fillingim e Ness (2003), para verificar a existência de diferenças relativas à idade e aos efeitos da dor endógena, realizaram estímulos térmicos no braço por calor e frio em 43 pessoas com idade média de 21,6 anos e 48 pessoas com idade média de 63 anos. Observaram que os idosos apresentaram sensibilidade diminuída em resposta à dor térmica por frio, em comparação aos adultos mais jovens, i.e., a tolerância à dor por estímulo frio é diminuída com o avançar da idade; no entanto, para estímulo por calor não foi observado nenhum efeito sobre a idade.

Em outro estudo, com o objetivo de analisar as mudanças na percepção da dor relacionada à idade, autores, realizaram testes de compressão, calor e frio no braço em 20 jovens com idade média de 27 anos e 20 idosos com idade média de 71,6 anos. Observou-se que o limiar de percepção de dor para estímulos não nocivos aumenta com a idade, no que tange à tolerância da intensidade da dor por pressão, os idosos apresentaram limiares significativamente mais baixos e, com relação à dor por calor, não houve mudança significativa entre jovens e idosos (LAUTENBACHER et al., 2005).

Com o avançar da idade, a dor assume maior importância devido à sua prevalência e, na maioria das vezes, é difícil de ser reconhecida e conseqüentemente não é tratada. A cultura, por meio das crenças, atos, percepções e emoções, tem um poderoso efeito na tolerância ou não à dor, o que se torna um diferencial entre as ações e comportamentos dos indivíduos. Com frequência as pessoas idosas acreditam que a dor é uma conseqüência inevitável do envelhecimento, à qual se deve resistir sem queixas (AUGUSTO et al., 2004; NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Outro fator que pode dificultar o reconhecimento da dor em idosos é que muitos deles apresentam resistência em relatar dor por medo de que essa seja indício de uma patologia grave, ou até mesmo de morte iminente, e ainda, por ao medo das conseqüências, como a necessidade de internação, exames de diagnóstico ou medicamentos que têm indesejáveis efeitos colaterais, despesas adicionais ou perda de independência. Portanto, a ausência do relato de dor não deve ser interpretada como ausência de dor em pacientes idosos, mas uma abordagem para avaliação da dor deve ser instituída (HERR; GARAND, 2001).

1.2 ENVELHECIMENTO E PROCESSOS DEMENCIAIS

A expectativa média de vida mundial no final do século XIX era em torno dos 60 anos de idade e ultrapassou a sexta década no final do século XIX e durante a primeira metade do século XX. No Brasil, em 2011, a expectativa de vida foi em torno de 74 anos (BRASIL, 2013). Com o rápido crescimento da população idosa mundial há um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, dentre elas as perdas cognitivas e as demências (VALE, 2004; VILELA; CARAMELLI, 2006; APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009).

Demência é um termo genérico que descreve uma variedade de doenças e condições que se desenvolvem quando os neurônios morrem ou já não funcionam normalmente. A morte ou o mau funcionamento dos chamados neurônios causa mudanças na memória, no comportamento e na capacidade de pensar com clareza. Essas alterações cerebrais eventualmente comprometem a habilidade de um indivíduo exercer suas atividades de vida diária e implicam em grandes transtornos mentais e físicos que interferem não só na vida da pessoa como também na de seus familiares (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

A Organização Mundial de Saúde elaborou a seguinte definição para demência: uma síndrome geralmente de natureza crônica ou progressiva, caracterizada pela deterioração das funções cognitivas para além do que poderia ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. A deterioração da função cognitiva comumente é acompanhada e ocasionalmente precedida por alteração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. Ocorrem múltiplas alterações nas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento (WHO, 2012).

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo; pode causar grande impacto físico, psicológico, social e econômico, não só para os doentes, mas também aos seus cuidadores, familiares e sociedade. Muitas vezes há uma falta de consciência e compreensão sobre a demência, o que pode levar à estigmatização e a ser um obstáculo para que as pessoas busquem o diagnóstico oportuno e os serviços de saúde (WHO, 2012).

Em todo o mundo existem cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência e, a cada ano, há 7,7 milhões de novos casos (WHO, 2012). Algumas dessas condições são potencialmente tratáveis, outras, porém, são irreversíveis como a doença de Alzheimer (DA) (VALE, 2004; CHAVES et al., 2011)

Alguns estudos investigaram a prevalência e a incidência de demência no Brasil utilizando amostras de idosos de base comunitária e critérios diagnósticos atuais. Em uma pesquisa feita na cidade Catanduva, (SP) com uma amostra de 1656 pessoas com 65 anos ou mais, 7,1% apresentou demência, sendo diagnosticada DA em 55,1% desses casos (HERRERA et al., 2002). No estudo, em 2004, nesta mesma cidade, a taxa de incidência anual foi 7,7 por 1.000 pessoas com 65 anos ou mais (NITRINI et al., 2004). Considerando que a população de idosos no Brasil é de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de 1,1 milhões (BRASIL, 2010).

As síndromes demências podem ser decorrentes de diversas condições clínicas e são classificadas geralmente em duas categorias: degenerativas e progressivas. As demências não degenerativas e progressivas são decorrentes de processos infecciosos, hidrostáticos, traumatismos, doenças metabólicas, endócrinas, tóxicas, anóxia, deficiências nutricionais, tumores intracranianos, dentre outras patologias. Já as demências degenerativas têm sua origem predominantemente cortical, como a Doença de Alzheimer (DA), a Demência com Corpos de Lewy, a Demência Frontotemporal e as Doenças Cerebrovasculares (Demências Vasculares) (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009; GAIOLI, 2010, WHO, 2012).

A Demência Frontotemporal (DFT) é caracterizada pela disfunção e degeneração dos lobos frontais e temporais, é associada geralmente à atrofia dessas estruturas e apresenta uma parcial preservação das regiões cerebrais posteriores. O quadro clínico da DFT tem início insidioso e caráter progressivo, com um discreto comprometimento da memória, alterações na linguagem e importantes alterações comportamentais e de personalidade. As alterações comportamentais podem ser isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, exploração incontida de objetos no ambiente. O início dos sintomas ocorre antes dos 65 anos, dentre eles a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações, somado à presença de história familiar em parentes de primeiro grau, dão suporte ao diagnóstico diferencial da DFT (BRUN et al., 1994).

A Demência com Corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais frequente de demência, caracteriza-se clinicamente por quadros em que ocorrem pelo menos duas das manifestações como flutuações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas vividas e recorrentes e apresentam sintomas parkinsonianos geralmente do tipo rígido e acinéticos (distúrbio na marcha), que não respondem bem à medicação antiparkinsoniana (MCKEITH, 2006). Nas fases iniciais ocorre relativa preservação da memória, mas há maior comprometimento nos domínios cognitivos como as habilidades visuoespaciais e as funções executivas, o que a difere da

DA. O declínio cognitivo na DCL é progressivo, interferindo nas atividades de vida diária e na capacidade de resolução de problemas (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A Demência Vascular (DV) é a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais, sua evolução é desencadeada pelas Doenças Cerebrovasculares que comumente estão associadas a lesões tromboembólicas (por múltiplos infartos), lesões extensas da substância branca, angioplastia amilóide e por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos. Os fatores de risco estão relacionados aos processos de aterogênese e doenças relacionadas à idade, como hipertensão, diabetes, tabagismo e dislipidemias. Tipicamente apresenta um início mais agudo que a outras demências, com deterioração gradual seguida de períodos de estabilidade. Os sintomas primários dependem da causa e da localização do infarto cerebral, normalmente são déficits nas funções executivas como hemiparesia, ataxia, apraxia, afasia, disartria, disfagia, distúrbios visuoespaciais e labilidade emocional (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; LEEUW; GIJN, 2003).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurológica degenerativa progressiva, mais comum nos idosos, contribuindo para 60% a 70% dos casos de comprometimento cognitivo progressivo, funcional e comportamental (WHO, 2012). A porcentagem de indivíduos acometidos duplica aproximadamente a cada 5 anos de idade, a partir dos 60 anos, atingindo aproximadamente de 1% a 6% da população a partir dos 65 anos e valores de prevalência em torno de 30 a 50% em indivíduos com 85 anos ou mais (VILELA; CARAMELLI, 2006; BRASIL, 2010).

Em 1906 o neuropatologista alemão Alois Alzheimer descreveu a DA ao observar alterações no tecido cerebral de uma mulher por volta dos 51 anos que apresentava os primeiros sintomas demenciais como numerosas placas senis e emaranhados neurofibrilares. Havia a suposição de que a doença de Alzheimer estivesse restrita à categoria de doença chamada demência pré-senil, pois afetava indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo, foi confirmado que as formas pré-senil e senil apresentavam o mesmo substrato neuropatológico e indicavam que o conceito da doença era o mesmo, independente da idade (Alzheimer, 1911).

Na DA, as principais anormalidades no cérebro são os emaranhados neurofibrilares (uma massa emaranhada de neurônios não funcionantes, que se formam a partir do colapso do citoesqueleto neuronal, decorrente da hiperfosforilação da proteína tau) e placas senis ou neuríticas (que resultam do metabolismo anormal da proteína precursora do amilóide (APP), conduzindo à formação de agregados do peptídeo β -amilóide, componente dominante da placa, que é derivado de uma molécula maior a proteína do amilóide APP), que causam a morte neuronal (GIROLAMI; ANTHONY; FROSCH, 2000; FERRER, 2012; MENDONÇA, 2012).

Embora a DA tenha sido identificada pela primeira vez há mais de 100 anos, a pesquisa de seus sintomas, causas, fatores de risco e tratamento ganhou impulso somente nos últimos 30 anos. Pesquisas têm revelado muito sobre a doença, no entanto as mudanças fisiológicas precisas que desencadeiam o desenvolvimento da DA em grande parte permanecem desconhecidas (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

A progressão da DA ocorre de forma lenta, com duração média de oito anos entre o início dos sintomas e o óbito. Paralelamente às alterações cognitivas características da doença, sintomas comportamentais e psicológicos são comuns ao longo da evolução do quadro, sobretudo nas fases mais graves (VILELA; CARAMELLI, 2006).

A DA afeta as pessoas de diferentes maneiras, mas o sintoma mais comum começa com piora progressiva da capacidade para recordar informações novas e declínio cognitivo. Isso ocorre porque a interrupção da função das células do cérebro geralmente começa em regiões cerebrais envolvidas na formação de novas células de memórias (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012; ANDERSON et al., 2012).

Em 1984 o Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos, Comunicativos e AVC (NINCDS) e a Associação de Doença de Alzheimer e Distúrbios Relacionados (ADRDA), com base na história clínica, exame físico, testes neurológicos e análises de laboratórios, consideraram os dois critérios diagnósticos mais usados para a doença de Alzheimer: o declínio na memória e pelo menos numa outra área da cognição, desde que afastadas outras causas de demência e outros distúrbios com impacto sobre o sistema nervoso central (MCKHANN et al., 2011).

O Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria, em sua última versão, DSM-IV, do mesmo modo, consideram como DA provável o prejuízo da memória e pelo menos de outra área da cognição, mas adicionalmente é necessário que esses déficits interfiram no funcionamento social e ocupacional (BERTOLUCCI; NITRINI, 2003).

No ano de 2009 mais de 40 pesquisadores de Alzheimer e médicos de todo o mundo começaram uma revisão aprofundada dos critérios de 1984 estabelecidos pelo NINCDS- ADRDA a fim de decidir como eles poderiam ser melhorados, incorporando os avanços científicos das últimas três décadas (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Os critérios originais que necessitaram de revisão incluem a histologia da patologia da DA, o reconhecimento de outras condições demenciais que não haviam sido reconhecidas há décadas, a inclusão dos exames de neuroimagem, como o exame de ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET) e do líquido cefalorraquidiano, o comprometimento da memória como déficit para todos os pacientes com DA e os cortes de idade para o diagnóstico da mesma (MCKHANN et al., 2011).

Os novos critérios e diretrizes incorporaram duas mudanças notáveis, uma delas é a identificação de três estágios da DA, sendo demência de Alzheimer provável ou pré-clínica, a demência de Alzheimer possível ou transtorno cognitivo leve por doença de Alzheimer, e a demência de Alzheimer provável ou possível com provas do processo fisiopatológico. Atualmente, os estágios são frequentemente descritos como leve ou estágio inicial, moderado ou estágio intermediário e grave ou estágio tardio. Os dois primeiros são destinados para uso em todas as situações clínicas. O terceiro está destinado para fins de pesquisa. O primeiro estágio ocorre antes dos sintomas como perda de memória e antes da habilidade de realizar atividades diárias ser afetada (MCKHANN et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Outra mudança é a incorporação dos biomarcadores, que podem ser medidos com precisão e que indicam a presença ou ausência de demência ou ainda o risco de desenvolver demência mais tarde. Por exemplo, o nível de glicose no sangue é um biomarcador de diabetes, e o nível de colesterol é um biomarcador de doença cardíaca. Elevados níveis de certas proteínas como a beta-amilóide e proteína tau, no líquido cefalorraquidiano e/ou no sangue, estão dentre os vários fatores a serem estudados como possíveis biomarcadores para a DA, e que aparecem 20 anos antes de sintomas como perda de memória (FROTA et al., 2011; MCKHANN et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Os testes cognitivos são extremamente úteis para o diagnóstico das demências e já existe extensa literatura sobre a sensibilidade de diferentes testes, tanto para o diagnóstico precoce da DA como para o valor preditivo da probabilidade de demenciação em curto prazo (BERTOLUCCI; NITRINI, 2003). Para confirmar o diagnóstico da DA e outras demências, o exame anatomopatológico de tecido cerebral obtido em biópsia ou necropsia é necessário. Apesar da limitação desses exames, a segurança do diagnóstico clínico é elevada, não havendo, portanto, indicação de biópsia cerebral com esta finalidade (VILELA; CARAMELLI, 2006).

Sendo assim, para o diagnóstico clínico das síndromes demenciais, deve haver declínio da memória e de pelo menos uma das seguintes habilidades cognitivas: habilidade para gerar discurso coerente e entendimento da linguagem falada e escrita; habilidade para reconhecer ou identificar objetos, com função sensorial preservada; habilidade para executar atividades motoras e compreensão preservadas de tarefas solicitadas; habilidade de pensamento abstrato, fazer julgamentos de sons, planejar e executar tarefas (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009; GAIOLI, 2010; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Além disso, o declínio das habilidades cognitivas deve ser grave o suficiente para interferir nas atividades de vida diária (AVDs) que podem ser divididas em básicas –

importantes para o autocuidado e incluem a capacidade para realizar a higiene íntima, o controle esfinteriano e a alimentação, pois a disfagia e a incontinência se desenvolvem; e as atividades instrumentais – que são mais complexas e incluem a capacidade de preparar uma refeição, realizar trabalhos domésticos, cuidados com finanças e correspondência, administração da própria medicação, entre outros (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009; GAIOLI, 2010; CHAVES et al., 2011; MCKHANN et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

A fase inicial caracteriza-se por sintomas instáveis, o comprometimento da memória recente é o sintoma mais precoce. Frequentemente as pessoas acometidas perdem objetos pessoais (chaves, carteira, óculos) e se esquecem dos alimentos no fogão. Há desorientação progressiva em relação ao tempo e ao espaço. Em alguns casos, a pessoa pode apresentar perda de concentração, mudança de humor e alterações de comportamento – ansiedade, irritabilidade, hiperatividade e depressão (VILELA; CARAMELLI, 2006; CHAVES et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

A fase intermediária caracteriza-se pela deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo acometimento de outros domínios da cognição como afasia, agnosia, apraxia, alterações visuoespaciais e visuoespaciais. Os distúrbios de linguagem progridem com empobrecimento de vocabulário e dificuldade na escrita. A capacidade de aprendizado, de fazer cálculos, de resolver problemas, organizar, planejar e de realizar tarefas são seriamente comprometidas. Essas alterações levam ao progressivo declínio funcional de atividades básicas de vida diária (ABVD) para atividades instrumentais (AIVD). Pode ocorrer agitação, agressividade, distúrbios do sono e confusão mental, geralmente próximo do horário do pôr-do-sol (GAIOLI, 2010; CHAVES et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Na fase grave, todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas e a pessoa torna-se totalmente dependente para as ABVDs e AIVDs como tomar banho, vestir-se, comer, usar o banheiro, também apresentam dificuldades para reconhecimento de pessoas e espaços familiares. Acentuam-se as alterações de linguagem, com produção de sons incompreensíveis até atingirem o mutismo. Nessa fase, geralmente a pessoa fica acamada e a morte chega por alguma complicação da síndrome da imobilidade como a pneumonia. Essa fase representa significativo fator de estresse para os familiares e cuidadores, sendo um dos principais motivos de institucionalização, uso de medicamentos e aumento dos custos nos cuidados com a doença (VILELA; CARAMELLI, 2006; GAIOLI, 2010; CHAVES et al., 2011; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

A avaliação funcional e das atividades de vida diária é útil não somente para o diagnóstico das demências, sendo relevante em estágios mais avançados da doença, mas

também para a adequada orientação do paciente e dos seus cuidadores para avaliar o efeito das intervenções farmacológicas e não farmacológicas (CHAVES et al., 2011).

1.3 AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR EM IDOSOS COM DEMÊNCIA GRAVE E NÃO COMUNICATIVOS

Uma vez que a dor é um dos principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do idoso com deficiência cognitiva, a avaliação, mensuração e manejo da dor poderão contribuir para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. Para isso, a utilização de instrumentos específicos para avaliação da dor é de extrema importância.

Ao entender a dor como um fenômeno subjetivo, surgem as dificuldades de avaliação dos quadros algícos, essas dificuldades tornam-se mais importantes em idosos com comprometimento cognitivo uma vez que, para uma avaliação adequada, é necessário que o indivíduo lembre e compare situações de dores já vivenciadas, o que exige dele funções cognitivas preservadas de modo a verbalizar, por exemplo, a localização e intensidade de sua dor (ROSA, 2009).

Entretanto, embora a dor seja um fenômeno prevalente na população em geral e especialmente entre os idosos com demências, o diagnóstico, a avaliação e a intervenção nesse fenômeno ainda consistem em um desafio para o enfermeiro. A deterioração motora e cognitiva nos idosos com prejuízo cognitivo avançado é acompanhada pela incapacidade ou déficit em interpretar e comunicar a sensação de dor, o que torna mais difícil ainda detectar a dor nesses pacientes (ROSA, 2009; LORENZET et al., 2011).

Não há evidência de que as pessoas com demência sintam, fisiologicamente, menos dor, mas sim, que são menos capazes de reconhecer e comunicar verbalmente a presença de dor (FARREL; KATZ; HELME, 1996). Essa conclusão é apoiada por descobertas de que os deficientes cognitivos sub-registram a dor em relação a idosos sem prejuízo cognitivo e são menos propensos a receberem um manejo adequado para a dor, em relação a seus pares cognitivamente intactos, o que reflete a dificuldade em avaliar a dor nessa população (HORGAS; ELLIOTT, 2004; SHEGA et al., 2004; MAXWELL et al., 2008).

A incapacidade desses indivíduos comunicarem com precisão os seus sentimentos dificulta a identificação e a mensuração da intensidade e de outras qualidades da dor, sendo assim, é necessário desenvolver estratégias para amenizar a dor associada a processos demenciais, sendo essa uma preocupação crescente para os pesquisadores e trabalhadores de saúde (FARRELL; KATZ; HELME, 1996).

Desta forma, a avaliação da dor é um problema a ser considerado nas pessoas com déficits cognitivos pela impossibilidade de a relatarem, devido ao prejuízo na memória, julgamento e na comunicação verbal. Os idosos com deficiência cognitiva podem deixar de interpretar sensações, como as dolorosas, muitas vezes por não serem capazes de recordar a sua dor ou por não serem capazes de comunicá-la verbalmente aos seus cuidadores (HORGAS, 2007; HORGAS; ELLIOTT; MARSISKE, 2009).

Na DA, a região do cérebro sensório-discriminativa responsável pela percepção da dor, tal como o tálamo lateral e o córtex sensorial, primário e secundário, são relativamente preservadas, por outro lado, o córtex pré-frontal e o sistema límbico, ambos relacionados aos aspectos emocionais e afetivos da experiência da dor, são alvos preferenciais das alterações degenerativas nessa doença (FERRER, 2012). Além disso, uma interessante correlação foi encontrada entre a gravidade da disfunção cognitiva e a dissociação entre a tolerância e o limiar da dor, o que sugere que, nos casos mais avançados da doença, em que as alterações degenerativas intensas são esperadas, a dissociação entre esses dois aspectos da dor é ainda mais evidente (FARRELL; KATZ; HELME, 1996; ANDRADE, 2011).

No estudo realizado por Benedetti et al. (1999) com o objetivo de correlacionar o limiar da percepção da dor e o de tolerância entre indivíduos normais e de pacientes com comprometimento cognitivo como na DA, foram realizados estímulos elétricos e compressão isquêmica no braço desses indivíduos. Os autores observaram que não houve diferenças entre os dois grupos em relação ao limiar de percepção da dor no estímulo elétrico e à dor isquêmica. Em contraste, a tolerância à dor, tanto para estímulos elétricos quanto para dor isquêmica, foi significativamente maior em pacientes com DA se comparados com os indivíduos normais e essa tolerância aumentava de acordo com a gravidade da DA avaliada segundo o MEEM (Mini Exame do Estado Mental). Tal estudo mostrou de fato que, enquanto o limiar de percepção da dor foi inalterado, a tolerância à dor aumentava de acordo com a gravidade da doença.

Ao examinar a associação entre auto relato da dor e disfunção cognitiva em 758 idosos institucionalizados com 83,3 anos em média, Parmelee et al (1993) encontraram uma relação inversamente proporcional, i. e., os idosos com prejuízo cognitivo relataram menos dor intensa do que os residentes sem comprometimento cognitivo, esses dados sugerem que idosos com demência deixam de relatar as experiências dolorosas e estas geralmente não são manejadas.

Ao descrever a prevalência da dor, sua avaliação e manejo em 3.046 idosos frágeis com 65 anos ou mais de instituições na Itália, Landi et al. (2001) observaram que mais de 40% dos idosos experimentaram dor diária e apenas um quarto desses indivíduos recebeu algum tipo de analgesia. Aqueles com comprometimento cognitivo ou com 85 anos

ou mais, apresentaram maior risco de manejo inadequado da dor devido à subestimação e subnotificação de dor.

Em outro estudo, com o objetivo de verificar as correlações clínicas da dor entre 3195 idosos canadenses institucionalizados com e sem comprometimento cognitivo, os autores constataram que não houve diferença em relação à prevalência de condições susceptíveis de causar dor, e as associações de dor, com as condições de saúde. Os resultados do estudo também sugerem que a prevalência de dor é menor entre os residentes com altos níveis de comprometimento cognitivo. No entanto, os resultados não suportam a afirmação de que os moradores com deficiências cognitivas são menos sensíveis à dor, mas sim destacam a necessidade de instrumentos mais amplos para avaliar a dor em pessoas com essas deficiências (PROCTOR; HIRDES, 2001).

A dor entre os idosos com demência grave tende a não ser avaliada e a não ser manejada adequadamente, apesar de uma elevada prevalência de dor nessa população. Existem registros de que os idosos com demência tendem a receber quantidades consideravelmente menores de medicação para dor do que os cognitivamente intactos. Esse manejo inadequado é, pelo menos em parte, devido às dificuldades de avaliar a dor em tal população (FUCHS-LACELLE; HADJISTAVROPOULOS; LIX, 2008; SCHERDER, et al., 2009).

Em estudo para examinar as prescrições de analgésicos e o manejo da dor em pacientes com fratura de quadril, sendo desses 38 idosos com demência grave e 59 idosos cognitivamente intactos, os autores observaram que os idosos com demência grave receberam um terço da quantidade de analgesia opióide em comparação com aqueles cognitivamente intactos, dos quais aproximadamente 50% referiram dor muito forte. Além disso, apenas 24% dos pacientes com demência grave e não comunicativos receberam algum tipo de analgesia, os outros 76% apenas receberam analgesia se exibiram algum comportamento visível que poderia ser interpretado como resultante de dor. Os autores constataram que há dificuldade na avaliação da dor em pacientes com demência grave com incapacidade de relatar a dor, sendo necessário treinamento para detecção e manejo da dor (MORRISON; SUI, 2000).

Da mesma forma, o estudo realizado por Horgas e Tsai (1998) no oeste da Pensilvânia, com o objetivo de investigar o manejo da dor em 339 idosos institucionalizados e com e sem prejuízo cognitivo, apresentou resultados de que os moradores com prejuízo cognitivo receberam analgesia significativamente menor do que seus companheiros cognitivamente intactos. Em outro estudo, ao verificar a associação do comprometimento cognitivo e o manejo da dor, observou-se que 80% dos moradores sem comprometimento cognitivo receberam medicação para a dor, enquanto que apenas 56,2% dos moradores com deficiência cognitiva grave receberam medicamentos para o alívio da dor, confirmando

que, quanto maior o grau de comprometimento cognitivo, menor a probabilidade de receber algum medicamento para a dor (REYNOLDS et al., 2008).

O manejo inadequado da dor em pessoas com demência é frequentemente atribuído às dificuldades inerentes para a avaliação da dor nessa população vulnerável. Em estudo de revisão sobre avaliação da dor em idosos com demência, observou-se que há falha no reconhecimento da dor pela equipe de enfermagem e que isso se deve às dificuldades na realização dessa atividade por falta de conhecimento no assunto. A dor crônica foi apenas reconhecida pelos profissionais de saúde naqueles indivíduos residentes nos estágios iniciais da demência, que eram realmente capazes de indicar o que estavam experimentando (MCAULIFFE et al., 2009).

Os achados apontam para as dificuldades de avaliação da dor em idosos cognitivamente deficientes e para a falta de conhecimento sobre o manejo eficaz da dor entre profissionais de saúde (HORGAS; ELLIOTT, 2004).

A avaliação da dor em idosos com comprometimento cognitivo e dificuldade para se comunicar é um desafio. As queixas de dor expressas de forma clara tendem a diminuir ao longo da demência, enquanto expressões não verbais e mudanças de comportamento tornam-se mais frequentes. Nos casos mais avançados dos processos demenciais torna-se ainda mais difícil determinar se a dor está presente ou não, pois os pacientes são incapazes de interpretar e comunicar a sensação de dor, resultando na diminuição da capacidade de descrever as características de sua dor. Nesses casos, retraimento social, agressão, agitação psicomotora ou mudanças de humor podem ser manifestações da presença de dor (ANDRADE, 2011; HERR, 2011).

No estudo realizado por Buffum, Miaskowski e Sands (2001) ao avaliar a gravidade da demência, o desconforto e a agitação em 33 idosos institucionalizados, observou-se que a agitação está significativamente associada ao desconforto em idosos com demência. Para essa avaliação foram utilizados escalas como o MEEM para rastrear a deterioração cognitiva, o Instrumento de Rastreo Dor (PST) para determinar a fidedignidade dos pacientes com queixa de dor, uma versão modificada do Inventário de Agitação Cohen-Mansfield (CMAI) para avaliar a agitação e a escala de desconforto (DS) para determinar sinais físicos de desconforto.

Frequentemente, as alterações comportamentais em pacientes com demência grave são entendidas como sintomas da doença de base, quando podem ser uma manifestação de dor. A detecção e o tratamento da dor nessa população são essenciais para manter o mínimo de conforto, além de trazer benefícios na qualidade de vida e funcionalidade (LORENZET et al., 2011).

Os sintomas associados à dor na demência são muitas vezes mal interpretados, resultando em um diagnóstico errado ou tardio. Os profissionais de saúde

costumam atribuir a mudança de comportamento a um problema psicológico ou psiquiátrico ao invés de olhar para outra causa, como um comportamento associado ao sintoma da dor. Estoicas atitudes dos indivíduos diante da dor, os mitos sobre a dor, a crença de que essa deve ser uma consequência esperada e natural do envelhecimento são um equívoco, além disso, temores sobre o uso de farmacoterapias também podem dificultar o diagnóstico e o tratamento da dor em idosos com demências (MCAULIFFE, et al. 2009; HERR; GARAND, 2001).

Há evidências, por meio de relatos das experiências de profissionais que cuidam de pacientes institucionalizados com demência, que a dor tem o potencial de influenciar no comportamento das pessoas que têm comunicação prejudicada relacionada à demência grave. Uma série de comportamentos e sinais não verbais associados à dor foi identificada. Por exemplo, alguns pacientes apresentam gemido, enquanto outros respondem à dor com um piscar rápido dos olhos, fazem careta ou apresentam movimentos restritos, sinais que devem ser observados, principalmente se o idoso não for capaz de fornecer uma descrição da dor. Diversidades de respostas podem impedir o desenvolvimento de um índice útil para identificação de dor em dementes não comunicativos. A possibilidade de que a dor pode contribuir para uma mudança no comportamento, no entanto, deve ser considerada em qualquer dessas situações e uma intervenção paliativa deve ser realizada (FARREL; KATZ; HELME, 1996; HERR, 2011).

De fato, identificar a dor em indivíduos com comprometimento cognitivo e déficit na linguagem envolve a coleta de diferentes tipos de informações e informações de diversas fontes para fazer um julgamento clínico inicial e buscar evidências que validem um diagnóstico de dor. O número e os comportamentos de dor apresentados por indivíduos que sofrem de demência podem ser variáveis, de acordo com o nível de atividade, tornando assim difícil a avaliação da dor (HERR, 2011).

Um conjunto de orientações para a avaliação da dor em pacientes não comunicativos verbalmente foi desenvolvido pela Sociedade Americana de Geriatria (2002) e apresentou seis indicadores comportamentais de dor para os profissionais de saúde tentarem avaliar a dor por meio da observação direta ou por coleta de dados observados por cuidadores. São eles:

- I. expressões faciais: inclui face ligeiramente franzida, triste, assustada, fazendo careta, testa enrugada, olhos fechados ou apertados. Qualquer expressão facial distorcida e piscar rápido dos olhos;
- II. verbalizações ou vocalizações: suspiros, resmungos, gemidos, gritos, chamados perturbadores e repetidos, respiração ruidosa, pedidos de ajuda, chamado abusivo;

- III. movimentos do corpo: corpo rígido, postura corporal tensa, movimento nervoso, andar angustiado rápido, balanço do corpo, movimentos restritos, mudanças na marcha ou na mobilidade;
- IV. mudanças nas interações interpessoais: agressão, resistência ao cuidado, diminuição na interação social, comportamento socialmente inadequado, agitação;
- V. mudanças nos padrões de atividade: recusa do alimento, mudança no apetite, aumento de períodos de descanso, mudanças no padrão de sono e descanso, suspensão brusca das rotinas comuns;
- VI. alterações do estado mental: choro com presença de lágrimas, aumento na confusão mental, irritabilidade ou angústia.

Em estágios avançados, observações clínicas comportamentais como a expressão facial, a linguagem corporal e vocalizações são mais confiáveis para a detecção da dor. Achados na literatura mostram que escalas unidimensionais para avaliar a dor como a escala de descrição verbal, a escala numérica e a escala visual analógica são mais confiáveis em pacientes capazes de se comunicar verbalmente, ou seja, nos estágios iniciais e intermediários de demência (AUGUSTO et al., 2004; LORENZET et al., 2011).

No estudo realizado por Horgas; Elliott e Marsiske (2009), ao investigar a relação entre o autorrelato e os indicadores comportamentais de dor em idosos com deficiência cognitiva e idosos cognitivamente intactos, confirmou-se que o recurso de autorrelato é insuficiente para avaliar a dor em idosos com demência e que a sua experiência da dor pode ser subestimada. Os autores confirmam que a observação comportamental é uma medida de avaliação da dor necessária e útil, especialmente entre aqueles com comprometimento cognitivo.

É tentador usar as escalas de autorrelato como padrão para medir níveis de dor. Esse método, no entanto, pode levar à subdetecção de dor porque, mesmo quando pessoas com demência podem articular palavras, elas podem encontrar dificuldades para dar uma resposta correta. As escalas de autorrelato incluem a compreensão da questão, a consciência de suas próprias sensações e a capacidade de encontrar o significado das palavras corretas (COHEN-MANSFIELD, 2008).

Andrade, Pereira e Sousa (2006) relataram que são escassas as referências que abordam a dor no idoso com DA e que as escalas comumente utilizadas são as mesmas utilizadas no público em geral, o que torna pouco confiável a avaliação em pacientes com estágios avançados de demência. A observação do comportamento do paciente como a expressão facial, a linguagem corporal e vocalizações frente à dor aparecem como a melhor estratégia e uma técnica interessante e confiável para a detecção

da dor em pacientes com demência grave (AUGUSTO et al.; 2004, HORGAS; ELLIOTT, 2004).

A avaliação da dor por meio de uma lista padronizada de observação dos comportamentos pode ter implicações para a carga de trabalho da equipe de enfermagem, que também tem o objetivo de investigar o impacto da avaliação da dor na rotina sistemática. É possível que a carga de trabalho associada para completar um instrumento de avaliação da dor aumente o estresse do cuidador. Por outro lado, a não detecção da dor nos idosos com demência tem consequências negativas e prejudiciais não só para o paciente em questão, mas também para o prestador de cuidados informais e profissionais, pois pode sobrecarregá-los, ocasionando elevações consideráveis nos níveis de estresse e de Burnout. Esses são resultados dos desafios do cuidado de pessoas que têm problemas relacionados à perturbação comportamental, muitas vezes causada por dor e é comum entre pessoas com demência (FUCHS-LACELLE; HADJISTAVROPOULOS; LIX, 2008; HERR, 2011).

As consequências negativas de não se detectar a presença de dor incluem ansiedade, depressão, quedas, desnutrição, cognição reduzida, sono prejudicado, distúrbios funcionais, declínios na socialização e atividades recreativas, aumento nos custos dos cuidados de saúde e redução da qualidade de vida (HERR, 2011).

Frente a essa preocupante realidade, estudiosos têm buscado soluções para o melhor manejo da dor nessa fragilizada população e as encontram na elaboração de instrumentos que permitam identificar e medir a dor nesses pacientes não comunicativos, de forma a contribuir com a redução do sofrimento, já tão intenso, causados pelos efeitos deletérios da doença para o ser humano.

No cenário clínico a avaliação precisa da dor por meio de instrumentos de medidas é fundamental para a identificação de intervenções apropriadas – importante componente da assistência à saúde – e, para avaliar a eficácia dessas estratégias de intervenções. Documentar e formalizar o processo de avaliação da dor é essencial na prestação de cuidados individualizados, numa perspectiva jurídica e profissional, de modo a evitar a subjetividade (HERR; GARAND, 2001; HERR, 2011).

Utilizar instrumentos de medida para avaliar a dor é um processo sistemático, dessa forma a dor é reconhecida, avaliada, documentada e reavaliada, e resulta em um melhor controle da dor para todos os pacientes, especialmente os idosos com comprometimento cognitivo. Os instrumentos de medida são elementos-chave para refinar a comunicação entre quem sente e quem trata a dor (MCAULIFFE et al., 2009).

1.4 METODOLOGIAS PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

A adaptação cultural é feita por meio de dois componentes, o processo de tradução e a adaptação linguística de um instrumento de medidas já desenvolvido e válido em um país diferente. Somente dessa maneira o instrumento elaborado no seio de uma sociedade com suas língua e cultura poderá ser utilizado em uma população que possui outras língua e cultura. Assim, a adaptação efetuada é a combinação da tradução literal das palavras e frases de uma língua para outra com o objetivo de medir um fenômeno similar em culturas e estilos de vida diversos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os itens do instrumento a ser adaptado para outro idioma não devem ser traduzidos literalmente apenas, mas também devem ser adaptados a um nível conceitual que contemple diferentes culturas. Traduções literais de questionários podem reter diferentes significados semânticos, podem ser culturalmente inapropriadas ou omitir fatores importantes como normas e expectativas. Além disso, a percepção e as formas pelas quais os problemas de saúde são expressos variam de uma cultura para outra (PASIN, 2011).

Deve-se distinguir claramente a adaptação cultural da comparação cultural. Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), a adaptação é orientada para medir um fenômeno semelhante nas diferentes culturas e estilos de vida, é a produção de um instrumento adaptado de maneira equivalente para outra cultura; já a comparação cultural refere-se ao estudo comparativo de um mesmo fenômeno em diferentes culturas, objetivando identificar diferenças atribuídas à própria cultura.

O objetivo do processo de adaptação cultural é de maximizar a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento de origem e o instrumento adaptado com base no conteúdo do original. Esse processo assegurará as propriedades psicométricas, tais como a fidedignidade e a validade de conceito e medidas, e ainda garantirá melhor compreensão do instrumento para a população alvo (BEATON et al., 2000).

Na literatura encontram-se diferentes metodologias com distintas etapas sistemáticas que orientam para a tradução e adaptação cultural de instrumentos para novos idiomas, tais metodologias são como uma solução encontrada para a escassez de instrumentos em nossa realidade. Esses métodos prevêem que o instrumento traduzido tenha equivalência com o instrumento original, considerando as diferenças culturais dos contextos de aplicação (ROSA, 2009).

Beaton et al. (2007), com objetivo de fornecerem orientações para traduzir e adaptar instrumentos de medidas para o uso em outro idioma, país ou cultura, publicaram um manual sobre recomendações para adaptação cultural. Nesse estudo, os autores

sugerem que o processo de adaptação deva seguir seis etapas, na seguinte ordem: tradução, síntese das traduções, retrotradução, revisão por um comitê de experts, pré-teste e submissão da tradução para apreciação dos autores do instrumento. O processo de adaptação cultural se esforça para produzir equivalência com base no conteúdo.

O documento “Process of Translation and Adaptation of Instruments”, proposto pela Organização Mundial de Saúde (2012), propõe utilizar um método bem estabelecido para alcançar a adaptação cultural. O processo de tradução e retrotradução deve ser composto por quatro etapas: tradução, grupo de experts (com objetivo de identificar e resolver as expressões inadequadas da tradução, bem como quaisquer discrepâncias), retrotradução e teste piloto. A versão final do instrumento adaptado culturalmente deve ser o resultado de todas as interações descritas acima.

Após uma revisão sistemática da literatura em bases de dados sobre adaptação cultural de instrumentos de qualidade de vida, no período de 1966 a 1992, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propuseram um conjunto de orientações padronizadas para a realização desse processo. Os autores orientaram que a adaptação deve acontecer seguindo as etapas: tradução e back-translation por pessoas qualificadas, revisão por um comitê, pré-teste de equivalência e ponderação de pontuação.

Constata-se na literatura que entre os autores que têm servido como referencial metodológico para esse tipo de estudo, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) são os mais aplicados em diferentes contextos.

Reichenhein e Moraes (2007), ao realizar um estudo em que propuseram uma operacionalização de adaptação cultural de instrumentos de aferição, recomendam que o processo de adaptação seja uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, e um processo meticuloso de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população alvo da tradução. Diferenças entre definições, crenças e comportamentos impõem que a utilização de um instrumento elaborado em outros contextos culturais seja precedida de uma avaliação meticulosa da equivalência entre o original e sua tradução.

Herdman, Fox e Badia (1997), em sua pesquisa na área de desenvolvimento de instrumentos de aferição sobre qualidade de vida, alicerçam-se em quatro perspectivas para a realização da adaptação cultural. A primeira é baseada apenas no processo de tradução simples e informal do instrumento original. A segunda afirma a impossibilidade do uso de instrumentos padronizados em diferentes culturas. A terceira perspectiva determina que a cultura tem um impacto mínimo nos construtos a serem mensurados. A última perspectiva, denominada “universalista”, apresenta um modelo de avaliação do processo de adaptação cultural que abrange a apreciação de equivalência (equivalência conceitual,

semântica, operacional, de mensuração e funcional) entre o instrumento original e aquele a ser adaptado.

No estudo de validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas, foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados nacionais e internacionais sobre métodos de medidas usados em validade de conteúdo, fase esta importante nesses processos. Para os autores desse estudo, a adaptação de um instrumento para outra língua é um processo complexo devendo levar em consideração o idioma, o contexto cultural e o estilo de vida, também aspectos técnicos, linguísticos e semânticos. Para realizar a adaptação, os autores referem essenciais os seguintes passos: tradução inicial, síntese, tradução de volta para a língua original, revisão por um comitê (deve assegurar que a versão final seja totalmente compreensível e avaliar sua equivalência semântica, idiomática, conceitual e experimental) e realização de um pré-teste (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A equivalência semântica está relacionada ao significado das palavras, prediz a correta tradução dos itens, eliminando sentidos ambíguos; a equivalência idiomática refere-se às traduções das expressões coloquiais; a equivalência cultural propõe uma aproximação dos contextos onde o instrumento será aplicado e por último a equivalência conceitual que se refere ao conceito explorado, à verificação do significado conceitual das palavras através de revisão bibliográfica em materiais nacionais e posterior discussão com o comitê de especialistas (HERDMAN; FOX; BADIA, 1997; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Assim, instrumentos de aferição utilizados em diferentes culturas não devem ser somente traduzidos, mas adaptados culturalmente para manter a equivalência de medida e de conceito do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX; BADIA, 1997; BEATON et al., 2000).

Foram identificados alguns estudos que tiveram como objetivo realizar a tradução para o português e adaptar culturalmente o instrumento de mensuração de condições de saúde, constata-se na literatura o crescente desenvolvimento de pesquisas visando a adaptação cultural para a prática em diferentes contextos. Eis alguns:

Ao traduzir e adaptar culturalmente para o português e após verificar a validade de conteúdo do questionário “Work-related activities that may contribute to job-related pain and/or injury”, instrumento que tem como propósito identificar os fatores relacionados ao trabalho que levam distúrbios osteomusculares, foram utilizadas como metodologia as normas internacionalmente aceitas, tais como as etapas de tradução realizadas por dois tradutores, síntese das versões, retrotradução por dois tradutores bilíngües com língua materna inglesa, avaliação por um comitê de especialistas composto por seis indivíduos e pré-teste do instrumento aplicado a 40 sujeitos. De acordo com as

autoras a versão brasileira deste instrumento foi obtida com sucesso (COLUCI; ALEXANDRE, 2009).

Com o objetivo de realizar o processo de adaptação cultural do instrumento “Modified Dyspnea Index” para a cultura brasileira e a avaliação de sua validade de conteúdo e sua fidedignidade, os autores desse estudo utilizaram a metodologia proposta por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2007) realizando as seguintes etapas: tradução realizada por dois tradutores com língua materna inglesa, retrotradução com dois tradutores bilíngües com língua materna inglesa, avaliação da equivalência semântica, idiomática, conceitual, cultural/experimental e metabólica por um comitê composto por cinco profissionais e a realização de dois pré-testes. De acordo com os autores desse estudo o processo de adaptação foi realizado com grande rigor metodológico apresentando resultados satisfatórios de equivalência do instrumento para a língua portuguesa (MIURA, et al., 2010).

Em um estudo com o objetivo de traduzir e adaptar culturalmente para o Brasil o DISABKIDS Atopic Dermatitis Module (ADM), instrumento para mensuração de qualidade de vida relacionado à saúde de crianças e adolescentes com dermatite atópica, o processo de adaptação cultural envolveu a tradução por duas pessoas bilíngües e retrotradução por uma pessoa bilíngüe e, validação semântica para verificação da compreensão dos itens existentes no instrumento por meio de entrevista com crianças e adolescentes, seus pais ou cuidadores participantes. A versão traduzida do instrumento mostrou boa equivalência semântica com fácil compreensão de seus itens pelos participantes (DEON, et al., 2011).

O questionário Roland-Morris (RM), que tem como propósito avaliar a dor lombar em uma escala com pontuação de 0 a 6, em que 0 corresponde a nenhuma e o nível máximo à dor insuportável, foi alvo de um estudo que teve como objetivo realizar tradução, adaptação e validação do questionário para o Brasil. Os autores valeram-se da metodologia proposta por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), seguindo as seguintes etapas: tradução por três tradutores independentes falantes nativos de inglês, retrotradução por três tradutores fluentes em inglês, equivalência cultural, fidedignidade e validade através do pré-teste com um grupo de 30 pacientes. A versão em língua portuguesa desse questionário também se mostrou válida para ser aplicada a pacientes com dor lombar (NUSBAUM et al., 2001).

Para a adaptação cultural para a população de língua portuguesa da “Exercise Benefits/Barriers Scale” (EBBS), instrumento que visa avaliar os benefícios relacionados à prática de exercícios e à percepção sobre as barreiras encontradas para ser fisicamente ativo e, assim, conhecer os fatores que interferem nesta prática, visando sua aplicação na população idosa, foi utilizado o processo de adaptação cultural baseado no

modelo proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2007) e envolveu as seguintes fases: tradução inicial por dois tradutores; síntese das traduções; back-translation; revisão por um comitê de especialistas para avaliar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual e, pré-teste da versão final com trinta idosos. Segundo os autores tal processo envolveu exemplificações e substituições de termos e expressões, cujo objetivo principal foi facilitar a compreensão dos itens do instrumento pelos sujeitos do estudo de modo a assegurar a equivalência cultural (VICTOR, XIMENES, ALMEIDA, 2008).

No estudo realizado por Novelli (2003), que objetivou traduzir e adaptar uma escala de avaliação de qualidade de vida para pacientes com doença de Alzheimer e verificar as propriedades de medida da versão traduzida e adaptada, a escala "Quality of Life-AD (QOL-AD)" foi traduzida e adaptada segundo a metodologia proposta por Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), o que inclui a tradução e a retrotradução feitas por dois tradutores independentes, seguidas de revisão por um comitê de especialistas para avaliação de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão traduzida. A versão final, traduzida e adaptada, foi submetida a um pré-teste sendo administrada em uma amostra de 40 pacientes com provável doença de Alzheimer. Segundo a autora do estudo, os resultados indicam que a escala provou ser de fácil e rápida aplicação, apresentando excelente estabilidade e fidedignidade (NOVELLI, 2003).

A tradução e adaptação cultural da escala "Direct Assessment of Functional Status – Revised" (DAFS – R), utilizada para investigar capacidades funcionais necessárias para a vida independente em idosos com comprometimento leve e com DA, foram realizadas por Pereira (2010) através dos métodos descritos nas seguintes etapas: tradução por dois professores de inglês, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas para adaptar a escala de acordo com a população brasileira e, por último, a realização de pré-teste, durante o qual o instrumento foi aplicado em 10 pacientes seguindo os critérios de exclusão e, após esse processo, considerou-se que o instrumento está válido para ser utilizado no Brasil (PEREIRA, 2010).

Com o propósito de adaptar para a comunidade de língua portuguesa o "Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised" (ACE – R), instrumento que avalia cinco domínios cognitivos em conjunto, a atenção, a memória, a fluência, a linguagem e as habilidades visuais, Carvalho (2009) seguiu a metodologia proposta por Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), aplicando as seguintes etapas: duas traduções independentes do inglês para o português, retrotradução desses dois materiais para o idioma de origem, adaptação ao contexto cultural e pré-teste administrado em 11 indivíduos. A versão brasileira do instrumento ACE – R provou ser de boa acurácia e aplicável à realidade brasileira, representando parâmetros úteis de normalidade em idosos (CARVALHO, 2009).

A partir dos estudos analisados, percebe-se que, embora sejam realizadas as traduções e adaptações culturais em diferentes instrumentos para avaliar condições de saúde, existem pontos comuns nas metodologias aplicadas pelos autores. Exemplo disso é a realização do processo de tradução e retrotradução como primeira etapa, embora aquele último não se mostre sempre com a mesma denominação, sendo descrito por alguns autores como back-translation ou retrotradução.

Esses pontos convergentes dos trabalhos analisados, no que diz respeito à primeira etapa do processo de adaptação cultural – a tradução e retrotradução – vem ao encontro das metodologias propostas pelos autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), Herdman, Fox e Badia (1997), Beaton et al. (2007), Reichenheim e Moraes (2007), Alexandre e Coluci (2011) e Organização Mundial de Saúde (2012).

No que tange às demais etapas do processo de adaptação cultural, percebe-se que os autores utilizaram trajetórias distintas, mas com pontos em comum, que consistem na avaliação das traduções por um grupo de experts ou por um comitê de profissionais especialistas.

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), a revisão por um comitê de especialistas conhecedores dos conceitos a serem explorados destina-se à consolidação de uma versão pré-final, resultante da avaliação criteriosa da tradução e retrotradução, com o objetivo de melhorar a adaptação cultural. A tal comitê compete modificar e eliminar itens que sejam irrelevantes, inadequados e ambíguos, mantendo o mesmo conceito geral do item que foi substituído e, reduzir os erros de compreensão (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2007).

A realização do pré-teste do instrumento, que consiste na aplicação em uma amostra da população para qual o instrumento foi adaptado, também foi etapa executada por todos os estudos analisados. Nesse momento, busca-se verificar equivalência entre o instrumento original e a versão final do instrumento adaptado culturalmente, com o objetivo de identificar expressões ou frases inadequadas ao contexto cultural, de significados ambíguos ou de difícil interpretação (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2007).

Assim, com base nos estudos acima analisados e de acordo com as metodologias existentes acerca do processo de tradução e adaptação cultural dos instrumentos de medidas, optou-se pelo método utilizado neste estudo, o qual encontra-se descrito a seguir.

2. OBJETIVOS

- Traduzir para o português brasileiro o instrumento “Pain Assessment in Advanced Dementia” – PAINAD.

- Realizar a adaptação cultural do instrumento PAINAD para a cultura brasileira.

3. ΜΕΤΟΔΟ

Trata-se de um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural para a população de língua portuguesa de um instrumento de avaliação da dor em pessoas com demência grave, denominado “Pain Assessment in Advanced Dementia” – PAINAD, originalmente em inglês. Segundo Polit e Beck (2011) os estudos metodológicos na sua maior parte é não experimental e tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa.

O instrumento PAINAD (ANEXO 1) foi elaborado por Victoria Warden, Ann C. Hurley e Ladislav Volicer, em 2003, para a mensuração da dor em pacientes com demência grave e que não conseguem comunicar verbalmente a dor. Segundo os autores, trata-se de uma ferramenta simples, válida, confiável e fácil de ser aplicada; sua pontuação total varia de 0 a 10 pontos e é baseada em uma escala padrão de dor. Os autores propõem a interpretação dessa pontuação da seguinte forma: de 1 a 3 pontos, considera-se dor leve; de 4 a 6 pontos, considera-se dor moderada e, de 7 a 10 pontos, dor severa.

Os itens que constituem a escala são baseados na avaliação e observação do estado fisiológico e comportamental, como a respiração, a vocalização negativa, a expressão facial, a linguagem corporal e a capacidade de consolabilidade.

O instrumento PAINAD é baseado na observação de comportamentos que podem expressar a dor. Pode ser feita em diferentes momentos e pode ser aplicado por diferentes profissionais da saúde de diferentes níveis de formação. Em um primeiro momento, observa-se o paciente em repouso, ou seja, sentado em uma cadeira ou deitado na cama. Em um segundo momento, a observação pode ser efetuada durante a realização de uma atividade agradável como assistir a um filme ou a visita de familiares. Uma terceira situação seria a observação feita durante a realização de cuidados diários como higiene pessoal, banho e mudanças de posição, que podem ser ações desagradáveis para o paciente e cujo movimento pode ocasionar contraturas provocando dor.

A escala possui cinco itens de observação e cada um reflete diferentes sintomas individuais. Em cada uma das cinco áreas avaliadas, a pontuação varia de 0 a 2, em que 0 (zero) equivale à dor de menor intensidade e 2 (dois), maior intensidade. Qualquer item marcado com 1 ou 2 pontos indica que o paciente está com algum tipo de dor ou desconforto e, por isso, requer o acompanhamento atento com avaliações adicionais.

É necessário salientar que, antes de iniciar o processo de tradução e adaptação da escala PAINAD, obteve-se a autorização dos seus autores (ANEXO 2).

3.1 ADAPTAÇÃO CULTURAL DO “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA”

O processo de adaptação cultural do instrumento PAINAD seguiu as etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), referencial teórico mais utilizado para

esse tipo de estudo de adaptação cultural em diferentes contextos. Rosa (2009) descreveu as diferentes metodologias disponíveis para execução de uma adaptação cultural e constatou que, dentre os autores que têm servido como referencial metodológico, Guillemin, Bombardier e Beaton são os mais aplicados.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), após realizarem uma revisão sistemática da literatura em bases de dados sobre adaptação cultural de instrumentos de Qualidade de Vida no período de 1966 a 1992, identificaram várias definições para a realização do processo de adaptação cultural e propuseram etapas padronizadas que são essenciais e devem ser abordadas de modo a preservar a sensibilidade do instrumento e garantir a qualidade do procedimento. Esta proposta contempla cinco etapas:

- I. Tradução da escala PAINAD do idioma original, para o português brasileiro;
- II. Obtenção da versão consensual das traduções para português brasileiro;
- III. Retrotradução: o instrumento obtido na versão em português, traduzido de volta para o idioma original, o inglês;
- IV. Comitê de especialistas: formado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da área da saúde com conhecimento dos conceitos a serem explorados, dor e/ou demência e, com conhecimento das duas línguas;
- V. Pré-teste: busca identificar se houve equivalência da versão final do instrumento, através da aplicação do instrumento por profissionais da área de saúde. Avalia a facilidade de compreensão, clareza e objetividade do instrumento, garantindo a adaptação adequada para a população alvo.

3.1.1 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO PAINAD PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Nesta etapa foi realizada a tradução do instrumento PAINAD – “Pain Assessment in Advanced Dementia” do idioma original, o inglês, para o idioma alvo, o português brasileiro. A tradução foi realizada por 2 (dois) tradutores independentes, profissionais qualificados que dominam o idioma original da escala e com vasta experiência em traduções, um dos tradutores conta ainda com a língua inglesa como sua língua materna.

Apenas a um dos tradutores foram apresentados os conceitos e objetivos do estudo e da escala PAINAD. Dar a conhecer tais conceitos e objetivos, ao primeiro tradutor, teve como objetivo favorecer a obtenção de equivalência cultural e idiomática. Quanto ao

segundo tradutor, o sigilo sobre tais informações, por sua vez, teve como finalidade a obtenção de uma tradução literal e a extração de significados inesperados do instrumento original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

Uma tradução de boa qualidade pode ser garantida se executada por pelo menos dois tradutores independentes, tal procedimento permite a identificação de erros e interpretações divergentes de termos ambíguos presentes no idioma original e, dessa forma, obtém-se uma versão que preserve o significado de cada item do instrumento nas duas línguas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

3.1.2 VERSÃO CONSENSUAL DA PAINAD EM LÍNGUA PORTUGUESA

Iniciou-se o processo pela comparação entre as duas traduções e uma leitura detalhada de cada item traduzido de modo a buscar um consenso por meio da análise e discussão sobre o melhor significado para as palavras no idioma português brasileiro, identificando-se as possíveis dificuldades de interpretação.

A versão consensual entre as duas traduções para o português do instrumento PAINAD foi obtida após a realização da comparação entre as duas traduções e à qual se denominou PAINAD–VCP (Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – Versão Consensual em Português).

3.1.3 RETROTRADUÇÃO DA VERSÃO CONSENSUAL EM LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO PAINAD

A versão consensual da tradução obtida na etapa anterior foi traduzida de volta para o idioma original, o inglês, por outros três tradutores independentes e qualificados que não participaram da primeira etapa. Esse procedimento permitiu a comparação com o original e teve como finalidade revisar os itens, detectar erros, discrepâncias e interpretação duvidosa na tradução para a língua portuguesa, de modo a garantir a qualidade da adaptação cultural do instrumento de estudo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

De acordo com Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), a retrotradução é de melhor qualidade quando realizada por tradutores fluentes nos idiomas e formas coloquiais das duas línguas envolvidas no processo de adaptação cultural e, ao contrário dos tradutores responsáveis pela primeira tradução, esses não devem ter conhecimento dos objetivos do trabalho.

3.1.4 COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Nesta etapa do processo foi realizada a revisão da tradução por um comitê de especialistas que teve como objetivo verificar se existia relação entre os termos traduzidos para o português e os resultantes da retrotradução do instrumento PAINAD, a fim de produzir a versão final modificada e adaptada com base nas traduções e retrotraduções como descrito nos itens anteriores, assegurando uma versão final adequada e preservando a validade do instrumento.

A formação do comitê foi multidisciplinar, composta por indivíduos com conhecimento nas duas línguas, especialistas na área à qual se refere o instrumento, com publicações e pesquisas sobre o tema e que apresentavam conhecimento metodológico sobre construção de questionários e escalas, com o intuito de explorar as medidas e conceitos. Uma das funções do comitê foi sugerir modificações ou eliminar itens considerados ambíguos, redundantes e inadequados, evitando linguagem coloquial e, sugerir outros culturalmente mais adequados para, assim, proporcionar uma versão que seja mais funcional e compreensível para a população alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Miura et al. (2010), outra função do comitê consiste em verificar a equivalência cultural entre a versão original e a versão final e para isso os especialistas devem considerar:

- Equivalência semântica: a equivalência no significado das palavras de cada item após a tradução para a língua da cultura alvo, uma vez que pode haver problemas quanto ao vocabulário e à gramática. Algumas alterações gramaticais, geralmente, são necessárias.

- Equivalência idiomática: expressões idiomáticas e coloquiais normalmente difíceis de serem traduzidas devem ser coerentes com a cultura para a qual o instrumento está sendo traduzido.

- Equivalência experimental ou cultural: as situações evocadas ou representadas na versão original devem ser coerentes com o contexto cultural e com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina a tradução do instrumento.

- Equivalência conceitual: validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo e manutenção do conceito proposto no instrumento original uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não equivalentes conceitualmente.

De acordo com Lynn (1986), é recomendado o mínimo de cinco e o máximo de dez participantes nessa etapa do processo. Após análise do Currículo Lattes na Plataforma do CNPq, foram feitos convites a 8 especialistas por meio de correio eletrônico e,

após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a eles foi enviado um documento contendo explicação sobre o objetivo da pesquisa, bem como um documento que esmiuçasse os conceitos trabalhados (APÊNDICE B), o instrumento original PAINAD, a versão consensual traduzida para o português e as retrotraduções.

A análise da equivalência de medida e conceito pelos membros do comitê de especialistas foi realizada em duas etapas. Primeiramente, os especialistas indicaram o grau de equivalência de conteúdo entre a versão original do instrumento PAINAD e a versão consensual em português brasileiro do instrumento, o PAINAD-VCP, por meio da escala de Likert, de 1 (um) a 4 (quatro) pontos para cada item (1 para não equivalente; 2 para pouco equivalente; 3 para equivalente; 4 para muito equivalente). Havendo a necessidade de sugestões ou mudanças dos termos, os especialistas anotaram em espaço reservado apropriado para este fim.

A segunda etapa compreendeu a comparação da escala PAINAD original com as 3 (três) retrotraduções, às quais se denominou BT1, BT2 e BT3, e a apresentação dos resultados das análises com a opinião de cada especialista. O objetivo dessa etapa foi obter uma versão final retrotraduzida da PAINAD-VBT para que se comparasse sua equivalência com a PAINAD, o documento original, em inglês.

A avaliação por especialistas resultou na versão final da retrotradução nomeada PAINAD-VCBT (APÊNDICE M) e na versão pré-final do instrumento PAINAD em português brasileiro, o PAINAD-Br (APÊNDICE L), ambas encaminhadas aos autores da escala PAINAD original como forma de garantir que todas as etapas fossem por eles rigorosamente acompanhadas.

3.1.5 PRÉ-TESTE

O objetivo do pré-teste no processo de adaptação cultural é verificar a equivalência da versão original com a versão final. O instrumento foi avaliado quanto à compreensão, à clareza e à equivalência semântica dos itens, bem como quanto aos aspectos práticos de sua aplicação. Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) recomendam a utilização da técnica de teste ou verificação para definir se o instrumento está sendo corretamente compreendido pela população alvo.

Esta etapa foi realizada por meio da aplicação do instrumento por profissionais da saúde com experiência na assistência a pessoas com demência avançada. Torna-se válido ressaltar que, no presente estudo, o instrumento é aplicado por meio da observação dos pacientes por profissionais de saúde, uma vez que o objetivo da escala é

avaliar pessoas com demência grave, no que se refere a comportamentos de dor, por apresentarem incapacidade ou déficit em interpretar e comunicar as sensações dolorosas.

Todos os profissionais da saúde participantes receberam informações sobre a escala e seus conceitos, um breve treinamento de como utiliza-la foi realizado e após os profissionais aplicaram a escala, responderam ao questionário geral que avalia a compreensibilidade e clareza da escala, deram sugestões a respeito das atividades desenvolvidas (APÊNDICE E) e responderam ao instrumento específico de clareza dos itens (APÊNDICE F, APÊNDICE G e APÊNDICE H).

O número de participantes da amostra, bem como os instrumentos de compreensão geral da escala e os específicos de clareza dos itens e suas definições, que são distribuídos em 3 subséries (A, B e C), foram baseados nos parâmetros que são utilizados pelos pesquisadores do grupo DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A etapa final do processo de adaptação cultural do instrumento PAINAD, ou seja, o pré-teste, foi realizada em um hospital e duas instituições de longa permanência de duas cidades localizadas no interior do Estado de São Paulo.

3.3 POPULAÇÃO ALVO

Participaram do estudo, profissionais especialistas, profissionais da área clínica, idosos residentes em duas instituições de longa permanência e idosos internados em um hospital no momento da coleta de dados. Os profissionais especialistas e os clínicos eram pertencentes a diferentes categorias profissionais. Todos os idosos apresentavam o diagnóstico médico de demência grave.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO 3), respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que traz as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos.

Para a realização desta etapa seguiu-se os padrões de pesquisa com seres humanos, todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e APÊNDICE C) e todos os responsáveis pelos participantes da

pesquisa, quando convidados, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados para a avaliação do comitê de especialistas foi uma análise descritiva e para a equivalência de conceito do instrumento foi utilizado o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC).

O IVC indica a proporção de especialistas em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. O Índice permite analisar os itens individualmente em um primeiro momento e, depois, o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para a interpretação do índice de concordância foi adotado o critério proposto por Lynn (1986), segundo o qual, para cinco ou menos especialistas, todos os especialistas devem estar de acordo com a avaliação do item como sendo válido em seu conteúdo (IVC=1). No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. A constatação de $IVC \leq 0,75$ implica na revisão e modificação do item pelo pesquisador, pois significa que pelo menos dois dos especialistas não estavam de acordo com a validade de conceito.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam pontuações de “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. A fórmula para avaliar cada item individualmente esta representada abaixo:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

O desenvolvimento das etapas metodológicas realizadas neste estudo e que estão de acordo com a proposta de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) para a realização da tradução e adaptação cultural encontram-se esquematizadas na Figura 1.

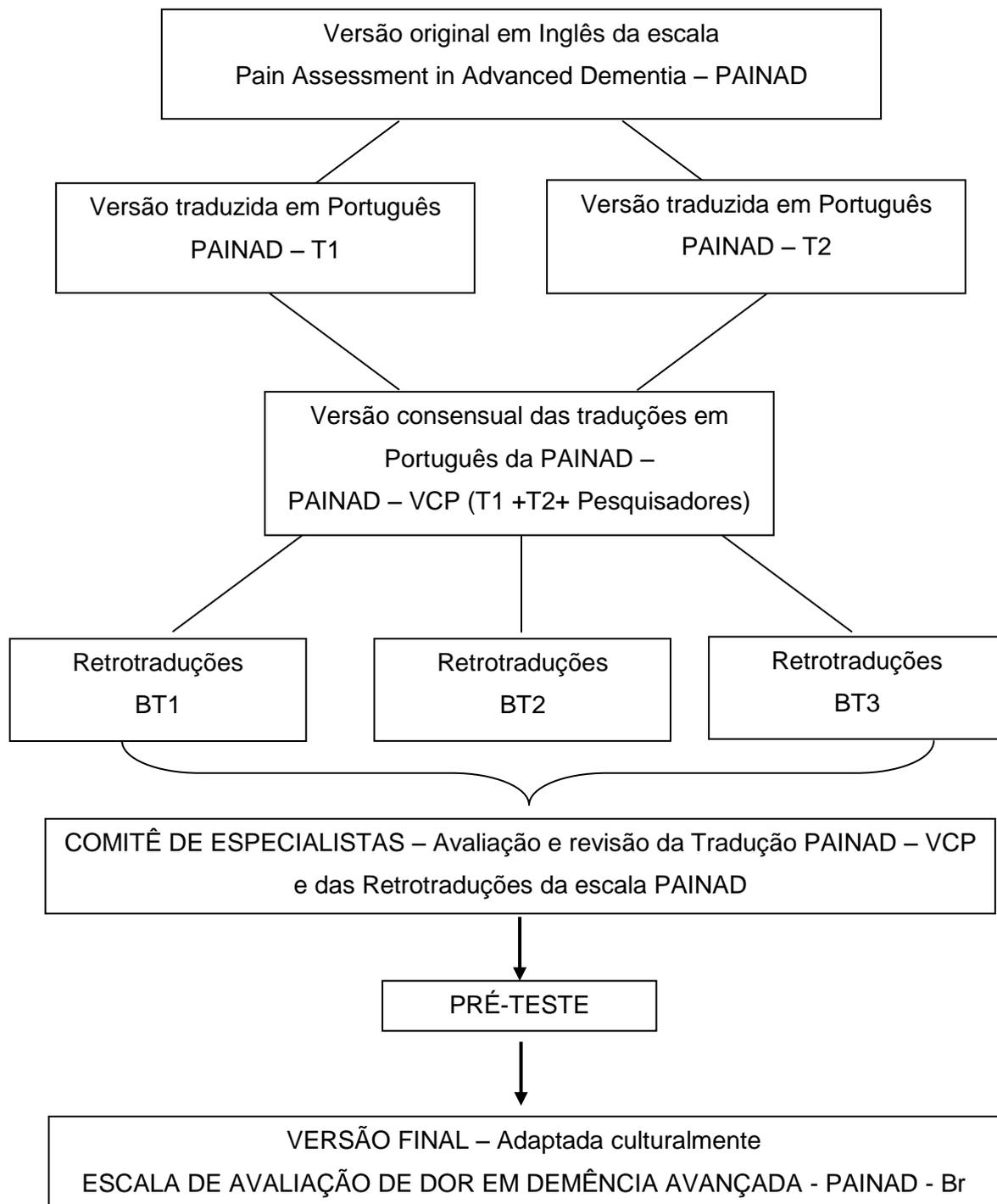


Figura 1: Fluxograma do processo de tradução e adaptação cultural da escala “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD) para o português brasileiro.

4. RESULTADOS

4.1 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO PAINAD PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Conforme o referencial teórico adotado, o instrumento PAINAD foi submetido à tradução para o português brasileiro por duas tradutoras bilíngues (T1 e T2) que realizaram a tarefa de forma independente.

A primeira tradução (T1) foi realizada por uma educadora que possui como língua materna a inglesa. Antes do início da tradução, foram elucidados os conceitos e objetivos do estudo e da escala PAINAD a ser traduzida, por meio de uma carta explicativa (APÊNDICE I).

A segunda tradução (T2) foi realizada por uma brasileira bilíngue qualificada, com experiência em traduções na área da saúde. Para essa tradutora não foram apresentados os conceitos e objetivos do estudo, nem os objetivos da escala PAINAD a ser traduzida.

As duas traduções da PAINAD para o português brasileiro (T1 e T2) feitas de maneira independente pelas profissionais bilíngues estão apresentadas na íntegra no Apêndice J, onde está disponível cada item do instrumento na língua original acompanhado das traduções correspondentes.

4.2 VERSÃO CONSENSUAL DA PAINAD EM LÍNGUA PORTUGUESA (BRASIL).

As duas traduções foram comparadas pelos pesquisadores para a obtenção de uma tradução consensual. Essa comparação visou facilitar a tradução conceitual e literária simultaneamente, além de garantir o melhor significado para as palavras no idioma português brasileiro e identificar as possíveis dificuldades de interpretação e detecção de erros.

O processo teve início com a distribuição das cópias das traduções do instrumento PAINAD em português brasileiro (T1 e T2) e uma cópia do instrumento original em inglês para os pesquisadores do estudo. Realizaram-se, em seguida, leitura detalhada de cada item traduzido e comparação entre as duas traduções. Por meio de análise e discussão sobre o melhor significado das palavras originais do idioma inglês para o idioma português (Brasil), chegou-se a uma concordância e, assim, obteve-se a versão consensual traduzida do instrumento PAINAD (APÊNDICE J).

As duas traduções do instrumento PAINAD, apresentadas na íntegra no Apêndice 2, guardam considerável semelhança, no entanto, nos itens em que houve discordância nas traduções, permaneceu a tradução que os pesquisadores do estudo compreenderam ser a que melhor expressava o sentido original do termo e com melhor significado para o idioma português brasileiro.

As traduções por T1 e T2 de cada componente da escala PAINAD estão representadas a seguir nos Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6, as traduções não consensuais figuram comentadas.

No quadro 1, o nome da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)* foi traduzido pelo T1 como “Avaliação da Escala de Dor em Demência Avançada (PAINAD)” enquanto que T2 traduziu como “Escala de Avaliação da Dor em Demência Avançada”, optou-se como melhor tradução e mais correta a realizada por T2, pois a T1 traduziu como sendo avaliação de uma escala, o que não representa a proposta do instrumento que trata da avaliação da dor.

Ainda no quadro 1, para o item de instrução ao leitor, a expressão *behaviors* foi definida por T1 como “comportamentos”, enquanto T2 definiu como “atitudes”. De acordo com o dicionário da língua inglesa Oxford (2009) *behavior* é traduzido como “comportamento”, assim, a T1 apresentou a tradução mais adequada ao instrumento. O item referente às pontuações é traduzido por T1 e T2 de forma semelhante, não apresentando discrepâncias nas traduções, no entanto, foi escolhida a T1 por apresentar linguagem mais apropriada.

Quadro 1. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens informativos da escala PAINAD.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Avaliação da Escala de Dor em Demência Avançada (PAINAD)	Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada
Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes pontuar suas atitudes. Pontue as atitudes de acordo com a tabela abaixo. As definições de cada item são fornecidas na próxima página. O paciente pode ser observado sob diferentes condições (por exemplo: em repouso, durante uma atividade agradável, durante o cuidado, depois da administração de medicação para dor).
Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Essa variação é baseada numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foi consolidada em literatura para essa avaliação.	Pontuação: A pontuação total varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estes intervalos são baseados numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram fundamentadas na literatura para este instrumento.

As propostas de tradução para a denominação de cada componente da escala foi consenso entre T1 e T2: *behavior, breathing – independente if vocalization,*

negative vocalization, facial expression e body language, com suas respectivas traduções: “comportamento”, “respiração – independente de vocalização”, “vocalização negativa”, “expressão facial” e “linguagem corporal”.

Para o componente *Consolability*, T1 traduziu como “consolabilidade”, enquanto T2 utilizou-se da expressão extensa “capacidade de ser consolado”. Para este componente foi escolhida a T1, pois se entende que a definição no substantivo é mais adequada.

Quadro 2. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Breathing*.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
• Normal	• Normal	• Normal
• Occasional labored breathing	• Ocasional dificuldade em respirar.	• Dificuldade ocasional para respirar
• Short period of hyperventilation	• Curto período de hiperventilação	• Curto período de hiperventilação.
• Noisy labored breathing.	• Dificuldade e ruído ao respirar	• Dificuldade e ruído ao respirar
• Long period of hyperventilation.	• Longo período de hiperventilação	• Longo período de hiperventilação
• Cheyne-stokes respirations	• Respiração de Cheyne-Stokes	• Respiração Cheyne-stokes

A expressão *occasional labored breathing* apresentada no quadro 2, foi traduzida por T1 como “ocasional dificuldade em respirar”, a palavra “*occasional*” de acordo com o dicionário de língua inglesa Oxford (2009) é um adjetivo que pode ser traduzido como “esporádico ou ocasional”. Nesse caso, a expressão traduzida por T2 como “dificuldade ocasional para respirar”, em que o adjetivo aparece depois do substantivo, apresenta a forma gramatical mais correta e precisa.

A expressão *noisy labored breathing* foi melhor traduzida como “respiração ruidosa e com dificuldades”, pois representa um termo mais adequado e utilizado na prática clínica. O termo “respiração ruidosa” também é citado no estudo realizado por Herr e Garand (2001) como um comportamento não verbal da dor e considerado como um componente importante na avaliação da dor. Esse componente também é encontrado como indicador de dor com base na observação de comportamentos, nos instrumentos Mahoney Pain Scale (MPS), Pain Assessment in Noncommunicative Elderly persons (PAIN), Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) e Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE) (VILLANUEVA et al., 2003; COHEN-MANSFIELD, 2006; MAHONEY; PETERS, 2008; FERRARI et al., 2009).

Quadro 3. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Negative Vocalization*.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
• None	• Nenhuma	• Nenhuma
• Occasional moan or groan.	• Ocasionais resmungos e gemidos.	• Lamento ou gemido ocasional.
• Low level speech with a negative or disapproving quality	• Fala de nível baixo com qualidade desaprovada ou negativa.	• Discurso em baixo volume de natureza negativa ou desaprovadora.
• Repeated troubled calling out.	• Chamados perturbadores repetitivos	• Chamados incomodados repetidos.
• Loud moaning or groaning.	• Altos resmungos e gemidos.	• Gemido ou lamento alto.
• Crying	• Choro	• Choro

No quadro 3, o construto *Moan* foi traduzido por T1 e por T2 como “gemido” no substantivo. De acordo com o dicionário da língua inglesa, o substantivo *moan* é traduzido como gemido ou lamento, bem como sua forma verbal *to moan* é traduzida como gemer ou lamentar (OXFORD, 2009).

O construto *Groan* foi traduzido como resmungos por T1 e como lamento por T2. De acordo com o dicionário de língua inglesa, a expressão *groan* pode ser traduzida com fidedignidade de significado pela palavra resmungo. A partir das versões traduzidas por T1 e T2 e da busca no léxico, “ocasionais resmungos e gemidos” traduzido por T1, emprega uma terminologia mais adequada para a cultura brasileira, e melhor caracteriza os sons de tristeza. O mesmo ocorre com o item *Loud moaning or groaning* que apresenta como melhor a tradução realizada por T1: “altos resmungos e gemidos”.

Ainda no quadro 3, a palavra *speech* pode ser traduzida como “fala ou discurso”, de acordo com o dicionário de língua inglesa Oxford (2009), entretanto, na cultura brasileira o construto “fala” é mais utilizado e adequado para o contexto de avaliação.

A palavra *troubled*, que aparece na expressão *repeated troubled calling out* no quadro 3, é traduzida como “aflito, conturbado ou agitado”, de acordo com o dicionário de língua inglesa Oxford (2009). A partir dessa definição a versão traduzida por T1 como “chamados perturbadores repetitivos” apresenta-se mais adequada.

A dor física aguda pode levar o sujeito a produzir uma linguagem pré-simbólica sem sentido sendo caracterizada como gritos, guinchos e gemidos (SCARRY, 1985). De acordo com o dicionário de língua portuguesa Aurélio (2010), o gemido é descrito como um som diferente do choro que se caracteriza por ser breve, uma voz inarticulada e dolorosa, suspiro ou lamentação.

Em um estudo sobre comportamentos associados à dor crônica em idosos institucionalizados, ao observar 42 idosos com dor crônica da instituição asilar, foi identificado que os comportamentos relacionados à dor, como gemer e gritar, estavam presentes em 60% e 15% dos idosos respectivamente (WEINER; PETERSON; KEEFE, 1999).

Esta característica faz com que o ato de gemer torne-se um indicativo de dor, principalmente na população com alterações cognitivas ou com a comunicação verbal prejudicada.

Quadro 4. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Facial Expression*.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
• Smiling or inexpressive	• Sorrindo ou inexpressivo	• Sorrindo ou inexpressiva
• Sad.	• Tristeza	• Triste.
• Frightened.	• Assustado.	• Assustada
• Frown	• Carrancudo	• Franzida
• Facial grimacing	• Caretas	• Careta
• Smiling or inexpressive	• Sorrindo ou inexpressivo	• Sorrindo ou inexpressiva
• Sad.	• Tristeza	• Triste.
• Frightened.	• Assustado.	• Assustada
• Frown	• Carrancudo	• Franzida
• Facial grimacing	• Caretas	• Careta

Nos itens referentes à expressão facial representados no quadro 4, observa-se que não houve diferença relevante em relação às traduções dos significantes *smiling or inexpressive*, *frightened* e *facial grimacing*, para essas optou-se pelas traduções em que o adjetivo estava no feminino e no singular. A expressão *sad* foi traduzida por T1 como “tristeza”, enquanto T2 utilizou o adjetivo “triste” para tradução. De acordo com o dicionário da língua inglesa, *sad* é traduzido como “triste”, assim, optou-se pela T2 como a tradução mais adequada ao instrumento (OXFORD, 2009).

No quadro 4 a palavra *frown* foi traduzida por T1 como “carrancudo”, enquanto T2 a definiu como “franzida”. De acordo com o dicionário da língua inglesa Oxford (2009), *frown* é traduzida no substantivo como “carranca” e na sua forma verbal como “franzir as sobrancelhas”. A partir das versões produzidas por T1 e T2 e de buscas no léxico, a expressão “franzida”, empregada por T2, apresenta-se como a mais adequada e apropriada para a cultura brasileira, entendendo-se que neste contexto a expressão pode ser traduzida como um comportamento involuntário adotado quando há presença de dor, em que o indivíduo enrugando a testa e as sobrancelhas.

A Sociedade Americana de Geriatria (2002) apresentou como um dos indicadores comportamentais de dor, por meio da observação direta ou por coleta de dados observados por cuidadores, as expressões faciais, que incluem face ligeiramente franzida, triste, assustada, fazendo careta, testa enrugada, olhos fechados ou apertados, qualquer expressão facial distorcida e piscar rápido dos olhos.

Quadro 5. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Body Language*

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
• Relaxed	• Relaxado	• Relaxada
• Tense.	• Tensão.	• Tensa.
• Distressed pacing.	• Andar aflito	• Andar angustiado de um lado para o outro.
• Fidgeting	• Inquietação	• Movimento nervoso
• Rigid.	• Rigidez.	• Rígida.
• Fists clenched,	• Punhos cerrados.	• Punhos cerrados
• Knees pulled up.	• Joelhos encolhidos	• Joelhos puxados para cima
• Pulling or pushing away.	• Esquivamento	• Puxar ou empurrar para longe
• Striking out	• Agressividade	• Golpeando para fora

Os itens *relaxed*, *tense* e *rigid* referentes ao quadro 5 do componente de linguagem corporal, não apresentaram diferença relevante em relação às traduções, no entanto optou-se pelas traduções que estavam no adjetivo feminino e no singular.

A expressão *distressed pacing*, no quadro 5, foi traduzida por T1 como “andar aflito” e por T2 como “andar angustiado de um lado para o outro”. A palavra *distressed*, de acordo com o dicionário de língua inglesa Oxford (2009), é um adjetivo que pode ser traduzido como “aflito” ou pelo seu sinônimo “angustiante”, sendo assim, não houve discrepâncias entre as traduções. Após análise acredita-se que a expressão traduzida por T2 seja a mais adequada e apropriada, entendendo-se que, neste contexto de avaliação da dor, a expressão ainda pode ser definida como um comportamento inquieto, em que o indivíduo não permanece na mesma posição.

Para o item *fidgeting*, a expressão foi definida por T1 como “inquietação” enquanto T2 a definiu como “movimento nervoso”. De acordo com o dicionário da língua inglesa Oxford (2009) *fidgeting* é traduzido como “mexer-se com inquietação”. Optou-se por T2 como a tradução mais adequada ao instrumento, em que o item aponta ao movimento agitado/nervoso em que a pessoa pode contorcer-se de dor.

A expressão *Kness pulled up* é traduzida como “joelhos puxados para cima”, no entanto essa definição não mostrou equivalência na cultura brasileira, sendo então melhor traduzida por T1 como “joelhos encolhidos”, isto é, uma posição para alívio da dor, nomeada como posição antálgica.

A posição antálgica, também definida como “comportamento de proteção”, encontra-se descrita na literatura, de acordo com a NANDA-I (2008), como uma

característica definidora para o diagnóstico de enfermagem dor crônica. Côrrea (1997), ao estudar a validade do diagnóstico de enfermagem *Dor* em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, estabelece para as características definidoras do diagnóstico, definições operacionais (D.O.) e apresenta para o “Comportamento Protetor” uma proposta de caracterização. Paciente que demonstra comportamento protetor caracteriza-se por apresentar postura que minimize a dor, como deitar imóvel, contrair as pernas, retrair-se quando tocada, segurar ou proteger a área dolorida.

O item *Pulling or pushing away* foi traduzido por T1 como “esquivamento”, enquanto T2 o traduziu como “puxar ou empurrar para longe”. De acordo com o dicionário da língua inglesa Oxford (2009), a expressão é traduzida como “puxar ou empurrar para longe”, como é definido por T2, caracterizando-se a tradução mais adequada e correta para o instrumento.

À expressão *striking out*, o T1 atribuiu “agressividade”, enquanto T2 traduziu como “golpeando para fora”. De acordo com o dicionário Cambridge (1995) o verbo *striker* é definido como *to hit or attack forcefully or violently*, essa expressão foi traduzida com auxílio do dicionário Oxford (2009) como “bater ou atacar com força ou violentamente”. Sendo assim, a tradução de T1 apresenta-se mais adequada ao instrumento e retrata o momento em que paciente com dor apresenta-se agressivo.

Quadro 6. Traduções propostas pelos tradutores 1 e 2 para os itens referentes ao componente *Consolability*.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)
• No need to console	• Sem necessidade de consolar	• Não requer ser reconfortado (a).
• Distracted or reassured by voice or touch	• Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	• Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque
• Unable to console, distract or reassure	• Não é possível consolar, distrair ou tranquilizar.	• Incapaz de ser consolado (a), distraído(a) ou tranquilizado(a).

No quadro 6, os itens referentes ao componente de consolabilidade, os tradutores não apresentaram diferenças substanciais. Para o item *no need to console*, a melhor definição para a cultura brasileira foi a realizada por T1, em que *console* foi traduzido como “consolar”, enquanto T2 o traduziu como “reconfortado”. Para os itens *distracted or reassured by voice or touch* e *unable to console, distract or reassure* não apresentaram diferenças entre as traduções, no entanto foram escolhidas as realizadas por T2, pois apresentaram melhor concordância semântica.

O resultado obtido nesta etapa foi a Versão Consensual em Português Brasileiro do Instrumento PAINAD, o PAINAD–VCP que se encontra na última coluna do Apêndice J. As definições de cada item foram escolhidas de acordo com as traduções de consenso dos itens.

4.3 RETROTRADUÇÃO DA VERSÃO CONSENSUAL EM LÍNGUA PORTUGUESA DO INSTRUMENTO PAINAD, O PAINAD–VCP.

Conforme o referencial teórico adotado, a versão consensual em português brasileiro do instrumento PAINAD, o PAINAD–VCP, foi submetida à tradução para o idioma original do instrumento, a língua inglesa (*retrotradução*). As retrotraduções foram feitas por três tradutores bilíngues (BT1, BT2 e BT3) que trabalharam de forma independente e não participaram da primeira etapa do estudo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os tradutores eram bilíngues, fluentes no idioma do instrumento original e experientes em traduções, apresentavam domínio da língua e da cultura inglesa e brasileira. Não foram elucidados os objetivos da tradução e o conceito da escala PAINAD a ser

traduzida (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). O instrumento foi enviado por correio eletrônico aos tradutores, que responderam e encaminharam de volta à pesquisadora as versões BT1, BT2 e BT3, resultantes do processo da retrotradução.

As três retrotraduções apresentaram grande semelhança com o instrumento PAINAD original em inglês. Para melhor visualização as retrotraduções apresentam-se na íntegra no Apêndice K e dispostas lado a lado em colunas juntamente ao instrumento original.

4.4 COMITÊ DE ESPECIALISTAS (ANÁLISE DA VERSÃO CONSENSUAL EM PORTUGUÊS PAINAD–VCP E DAS RETROTRADUÇÕES)

A presente etapa é considerada de fundamental importância para a obtenção de um instrumento que contemple todas as características do instrumento original e que seja também adaptado à cultura a qual está sendo inserido. Para compor o comitê de especialistas, foram convidados profissionais que preencheram todas as características necessárias, de forma a garantir a perfeita adaptação do instrumento à população brasileira (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O resultado das retrotraduções e o PAINAD–VCP foram encaminhados para o Comitê de Especialistas com o objetivo de verificar se existe relação entre os termos traduzidos para o português e os resultantes da retrotradução, de modo a assegurar uma versão final adequada e preservar a validade do instrumento.

Foram convidados 8 (oito) especialistas qualificados na área a que se refere o instrumento, desses, 6 (seis) convidados participaram efetivamente do estudo, enquanto 2 (dois) aceitaram participar, mas não responderam aos instrumentos.

O comitê de especialistas foi composto por 2 (dois) fisioterapeutas, desses, uma professora doutora e outra cursando doutorado, ambas da área de Geriatria e Gerontologia; 2 (duas) enfermeiras, uma professora doutora em Geriatria e Gerontologia e a outra professora doutora na área de Enfermagem; 1 (um) médico doutor em Neurologia e 1 (um) psicólogo professor mestre em Linguística.

A análise da avaliação das equivalências conceitual, semântica, idiomática, experimental e cultural da versão PAINAD–VCP foi submetida à quantificação com emprego do IVC, gerando a versão pré-final em português da escala PAINAD, o PAINAD–Br.

Foram realizadas modificações na PAINAD–VCP de acordo com as decisões tomadas pelo comitê de especialistas, priorizando o significado dos termos e garantindo as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do instrumento adaptado. Algumas palavras foram substituídas por termo sinônimo e alguns itens foram gramaticalmente adaptados, sem alterar o seu significado, com o propósito de conseguir um

texto mais adequado e compreensível. A versão com as modificações encontra-se disponível no Apêndice L.

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes. A primeira parte refere-se aos primeiros 40 itens da escala, os itens de avaliação dos comportamentos de dor. A segunda parte refere-se aos 35 itens revisados, a definição dos itens da escala.

O Índice de Validade de Conteúdo, o número absoluto de itens e a sua percentagem equivalente, obtidos por meio da avaliação dos especialistas para os 40 itens revisados da primeira parte do instrumento, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Índices de Validade de Conteúdo (IVC), número absoluto de itens (n) e a percentagem equivalente. São Paulo, 2013.

IVC	n	%
1	30	75
0,83	4	10
0,67	4	10
0,5	1	2,5
0,33	1	2,5
TOTAL	40	100

Fonte: VALERA.

Pode ser observado na Tabela 1 o resultado da proporção de concordância entre os especialistas: 85%, (34) dos itens, apresentaram $IVC \geq 0,75$, ou seja, alcançaram equivalência de conteúdo; 15%, (6) dos itens, apresentaram $IVC \leq 0,75$, isto é, necessitaram de revisão para que se chegasse a um consenso.

Os 6 (seis) itens que apresentaram $IVC \leq 0,75$ foram revistos segundo as sugestões formuladas pelos especialistas e são apresentados nos quadros 7, 8 e 9.

Quadro 7. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,67 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
• Occasional moan or groan.	• Ocasionalmente resmungos e gemidos.	Resmungos ou gemidos ocasionais	• Resmungos <u>ou</u> gemidos ocasionais
• Striking out	• Agressividade	Comportamento agressivo	• <u>Comportamento agressivo</u>
Score	Escore	Pontuação	<u>Pontuação</u>
Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Essa variação é baseada numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foi consolidado em literatura para essa avaliação.	(...) “Estas variações são baseadas” e (...) “mas não foram comprovadas na literatura” (...)	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. <u>Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.</u>

No quadro 7, para o item *occasional moan or groan*, referente à vocalização negativa, 4 (quatro) especialistas sugeriram uma adaptação sintática, de modo que se colocasse o adjetivo depois do substantivo, como é usual da sintaxe do português, assim “resmungo ou gemidos ocasionais”. Para o item *striking out*, referente à linguagem corporal, 2 (dois) especialistas classificaram como sendo não equivalentes, no entanto, apenas um sugeriu como adaptação “comportamento agressivo”. O verbo *striker* é definido como bater ou atacar com força ou violência, o que pode ser considerado um comportamento agressivo levando as pesquisadoras a acatarem a sugestão. Para o item de instruções sobre a pontuação da escala, foram apresentadas diferentes sugestões para a adaptação gramatical, no entanto, mantivemos aquela com melhor significado e adequação de conteúdo.

Quadro 8. Item que obteve índice de concordância = 0,5 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
• Fidgeting	• Movimento nervoso	Inquietação ou inquietação motora.	• <u>Inquietação</u>

No quadro 8 está apresentado o item *Fidgeting* referente à linguagem corporal. 2 (dois) especialistas sugeriram como uma melhor tradução “inquietação” e 1 (um) como “inquietação motora”. Foi considerada a sugestão “inquietação” como melhor equivalência semântica para a tradução do item e com melhor compreensão.

Quadro 9. Item que obteve índice de concordância = 0,33 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
<ul style="list-style-type: none"> • Low level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> • Fala de nível baixo com qualidade desaprovada ou negativa. 	Sugestões: “Fala baixa ou em baixo tom de conteúdo” (...) Ou “Fala em baixo volume” (...)	<u>Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo</u> desaprovador ou negativo.

No quadro 9 está apresentado o item *Low level speech with a negative or disapproving quality* referente à vocalização negativa. Dois especialistas sugeriram como melhor tradução para *low level speech* a expressão “fala em baixo volume” e um especialista sugeriu “fala baixa ou em baixo tom de conteúdo desaprovador ou negativo”. Foi considerada a última sugestão por conter melhor significado e compreensão do item.

O Índice de Validade de Conteúdo, o número absoluto de itens e a sua porcentagem equivalente, obtidos por meio da avaliação dos especialistas para os 35 itens revisados da segunda parte do instrumento referente à definição dos itens da escala, estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Índices de Validade de Conteúdo (IVC), número absoluto de itens (n) e a porcentagem equivalente. São Paulo, 2013.

IVC	n	%
1	16	46
0,83	12	34
0,67	3	9
0,5	3	9
0,33	1	2
TOTAL	35	100

Fonte: VALERA.

Observa-se na Tabela 2 o resultado da proporção de concordância entre os especialistas: 80%, (28) dos itens, apresentaram $IVC \geq 0,75$, ou seja, alcançaram equivalência de conteúdo; 20%, (7) dos itens, apresentaram $IVC \leq 0,75$, isto é, necessitaram de revisão para que se chegasse a um consenso.

Os 7 (sete) itens que apresentaram $IVC \leq 0,75$ foram revistos segundo as sugestões formuladas pelos especialistas e são apresentados nos quadros 10,11 e 12.

Quadro 10. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,67 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	5. <u>Altos resmungos e gemidos</u> é caracterizado por sons, muito mais altos do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, frequentemente começando e terminando abruptamente.	“resmungos ou gemidos altos” E (...) “são caracterizados” (...) “lúgubres ou murmurantes, gemidos, queixas ou lamentos” (...)	5. <u>Resmungos ou gemidos altos</u> são caracterizados por sons, muito mais altos do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, frequentemente começando e terminando abruptamente.
4. <u>Fidgeting</u> is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.	4. <u>Movimento nervoso</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.	Inquietação	4. <u>Inquietação</u> é caracterizada por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.
7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (excludes any contractures).	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluindo contratura).	Excluir quaisquer contraturas	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluir quaisquer contraturas).

No quadro 10 é apresentada a definição do item *Loud moaning or groaning* referente à vocalização negativa. Três especialistas sugeriram como adaptação sintática colocar-se o adjetivo após o substantivo, como é usual da sintaxe do português, resultando na tradução “resmungos ou gemidos altos”. 1 (um) especialista sugeriu como melhor

tradução “lúgubres ou murmurantes, gemidos, queixas ou lamentos” para a expressão *mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume*, no entanto, manteve-se apenas a sugestão da adaptação sintática para melhor compreensão do item.

Quadro 11. Itens que obtiveram índice de concordância = 0,5 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e as respectivas versões pré-finais.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
4. <u>Noisy labored breathing</u> is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser intensas ou desgastantes.	“Respiração trabalhosa e ruidosa” E “Parecem ser extenuantes ou desgastantes”	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser <u>extenuantes ou desgastantes</u> .
5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por alta e profunda taxa de respirações que duram um tempo considerável.	“excessiva taxa” E “respirações profundas com frequência elevada”	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por <u>respirações profundas com frequência elevada</u> que duram um tempo considerável.
2. <u>Occasional moan or groan</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	2. <u>Ocasionais resmungos e gemidos</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.	“resmungos ou gemidos ocasionais”	2. <u>Resmungos ou gemidos ocasionais</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.

Para o item *Noisy labored breathing* foram apresentadas diferentes sugestões, um especialista sugeriu que a expressão *strenuous or wearing* fosse traduzida como “extenuantes ou desgastantes”. Outros 2 (dois) sugeriram que se conceituasse “sons negativos” e 1 (um) especialista acredita que “gorgolejantes” soa estranho. Nessas duas últimas sugestões, no entanto, os especialistas não apresentaram nenhuma expressão para melhor significado e compreensão da definição do item, sendo assim, foi considerada a sugestão e adaptação do item conforme mostrado no quadro 11.

Para a definição do item apresentado no quadro 11 *Long period of hyperventilation*, referente à respiração, 2 (dois) especialistas sugeriram como melhor tradução de *excessive rate and depth of respirations*, “alta taxa de respirações profundas” e um especialista sugeriu “respirações profundas com frequência elevada”. Após discussão

entre os pesquisadores, manteve-se aquela com melhor significado e adequação ao conteúdo. Na definição do item *ocasional moan or gron*, referente à vocalização negativa, quatro especialistas sugeriram apenas adaptação sintática do adjetivo posposto ao substantivo, traduzindo como “resmungo ou gemidos ocasionais” sem alteração do significado da frase.

Quadro 12. Item que obteve índice de concordância = 0,33 na análise pelos especialistas da versão consensual em português PAINAD–VCP e a respectiva versão pré-final.

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	Sugestões de alterações dos especialistas	CONSENSO Versão Pré-Final PAINAD–Br
3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Fala de baixo nível com qualidade desaprovada ou negativa</u> é caracterizado por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.	“Fala baixa ou em baixo tom de conteúdo” (...) Ou “Fala em baixo volume.”	<u>Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo</u> é caracterizada por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico ou cáustico.

Para o item *Low level speech with a negative or disapproving quality*, os especialistas apresentaram como sugestões as mesmas que lançaram ao avaliar o item do quadro 9, sendo considerado, então como melhor significado semântico a definição “fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo”.

Após minuciosa análise realizada pelos pesquisadores, obteve-se a versão pré-final em português da escala PAINAD denominada Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – PAINAD–Br. A versão com as modificações encontra-se, na íntegra, no Apêndice L.

As três retrotraduções foram analisadas pelo comitê de especialistas, que as comparou com o instrumento original PAINAD. Os especialistas, independentemente, escolheram os itens das retrotraduções que possuíam palavras iguais ou mais próximas da versão original, ou seja, que apresentaram maior equivalência semântica com os construtos da versão original.

Após a análise do índice de concordância entre os especialistas, obteve-se a versão final da retrotradução mais adequada, o (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale – PAINAD–VCBT), que apresentou grande semelhança com a versão original.

Para melhor visualização, a análise dos especialistas e a versão final da PAINAD–VCBT estão dispostas em colunas, lado a lado, após a coluna com o instrumento original e estão apresentadas na íntegra no Apêndice M.

O número de itens da retrotradução da escala que foram analisados pelos especialistas, a sua porcentagem equivalente e a porcentagem equivalente à concordância entre os especialistas estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Número de itens (n) da retrotradução da escala PAINAD–VCP analisados, porcentagem equivalente e a respectiva concordância entre os especialistas em porcentagem. São Paulo, 2013.

N	%	CONCORDÂNCIA ENTRE OS ESPECIALISTAS
49	65	100
10	13	83
11	15	67
5	7	50
75	100	

Fonte: VALERA.

Em nenhum dos itens houve concordância abaixo da média (50%) entre os especialistas; apenas 5 (cinco) itens apresentaram 50% de concordância, estes serão apresentados logo abaixo e estão disponíveis para consulta no Apêndice M.

No item referente à instrução da escala, 3 (três) especialistas escolheram como melhor retrotradução a BT1 e 3 (três) escolheram a BT3, no entanto, essas duas opções guardam grande semelhança com a escala original em inglês. O constructo *give*, do original cedeu lugar ao *provide*, da BT1, entretanto, segundo o dicionário de língua inglesa Oxford (2009), *give* é traduzido como “dar algo”, enquanto *provide* é traduzido como “fornecer algo”, o que significa que semanticamente os dois construtos são equivalentes. Na BT3, o termo *enjoyable* está no lugar do *pleasant* empregado pelo original, ambos são definidas como “agradável”. Sendo assim, todas as retrotraduções são equivalentes ao original, porém a que possui construtos mais próximos com o original é a BT3.

Outro item em que houve 50% de concordância entre os especialistas foi o referente à linguagem corporal *distressed pacing*. 3 (três) especialistas optaram pela BT1, *distressed walk*, e os outros 3 (três) escolheram a BT2, *distressed walking up and down*. As duas versões da BT são semelhantes ao original sendo traduzidas como “andar angustiado/aflito de um lado para o outro”, no entanto, a BT1 é mais próxima ao original.

O item referente à definição do *scoring* apresentou também 50% de concordância entre os especialistas, pois 3 (três) escolheram a BT2 como melhor versão em

inglês, 2 (dois) escolheram a BT1 e 1 (um) especialista não respondeu a esse item, sendo assim, foi escolhida a BT2 como a mais próxima do original.

Para a definição do item *long period of hyperventilation* houve 50% de concordância entre os especialistas, porém as definições realizadas por todos (BT1, BT2 e BT3) apresentam também equivalência semântica com a definição realizada pelo instrumento original. Sendo assim, foi escolhido o item da BT2 por apresentar construtos mais próximos ao original, pois apenas a palavra *excessive* no original é substituída pela palavra *high* e ambas apresentam o mesmo significado, “elevado ou excessivo”.

Na definição do item *frown*, 3 (três) especialistas concordaram com a BT1 e 3 (três) especialistas optaram pela BT2, obtendo assim 50 % de concordância. Foi escolhida como versão final para a definição desse item a tradução realizada por BT2, pois nela os construtos eram iguais aos do instrumento na versão original.

A avaliação dos especialistas foi muito importante para obtenção de uma versão final adequada do PAINAD para o português brasileiro e uma versão final revisada na língua inglesa.

A etapa final desse processo consistiu no envio da versão adaptada PAINAD–Br e a PAINAD–VCBT ao autor do instrumento original, como forma de garantir que todas as etapas fossem por ele rigorosamente acompanhadas.

Após o envio da versão PAINAD–VCBT para os autores do instrumento, estes não consideraram o constructo “aggressiveness” equivalente ao da escala original em inglês “striking out” e sugeriram uma mudança na retrotradução pelo termo “combative”. O termo “striking out” é de difícil tradução por ser uma expressão idiomática, de acordo com o dicionário de língua inglesa Oxford (2009), o verbo *strike* é definido como golpear, acertar, atacar ou bater, enquanto que *combative* é definido como combativo ou na sua forma verbal como combater. Sendo assim optamos como retrotradução o termo “combative” conforme orientação dos autores da escala, sendo equivalente à tradução no português definido como “comportamento agressivo”.

4.5 PRÉ-TESTE

A versão pré-final PAINAD–Br foi submetida a um pré-teste: a sua aplicação por 27 profissionais de saúde que observaram pacientes com diagnóstico médico de demência grave e os avaliaram quanto à presença e à intensidade da dor no período de agosto e setembro do ano de 2013. Essa etapa teve a finalidade de avaliar a clareza e compreensão de cada um dos itens da escala e suas definições e também registrar as sugestões para as dificuldades apresentadas.

Três participantes de cada profissão, dentre enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, foi o número determinado para avaliar cada conjunto de itens da escala que foram divididos em três subséries A, B e C (APÊNDICE F, APÊNDICE G e APÊNDICE H) adaptados do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

A Tabela 4 apresenta as características sociodemográficas e profissionais dos participantes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, segundo sexo, faixa etária, experiência na área de trabalho e tempo de estudo, em anos.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais que participaram da etapa de pré-teste da escala PAINAD–Br (n=27). São Paulo, 2013.

CATEGORIAS		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Fisioterapeuta	
Sexo	Feminino (%)	89		67		100	
	Masculino (%)	11		33			
Idade (anos)	M / DP	32,55	±9,77	40,66	±12,7	25,88	±2,64
Experiência (anos)	M / DP	10,04	±10,62	14,88	±9	3,29	±2,94
Estudo	M / DP	15,55	±0,88	13,55	±0,72	16,36	±0,83

Fonte: VALERA.

A tarefa de aplicação da PAINAD–Br foi realizada em diferentes momentos. A observação dos pacientes ocorreu ora quando estavam sendo realizados cuidados básicos diários, como banho no leito ou de chuveiro, mudança de decúbito, higienização ou transferência da cadeira para o leito, e ora quando estavam em repouso. Os profissionais avaliaram os pacientes por cerca de 5 minutos e imediatamente preencheram a PAINAD–Br. O tempo de preenchimento da escala foi, em média, de 2 a 3 minutos.

Todos os participantes, após avaliarem os pacientes, pontuaram a escala PAINAD–Br e responderam ao questionário geral que avalia a compreensibilidade e a clareza da escala. Caso houvesse necessidade, os participantes poderiam sugerir modificações para melhor compreensão da escala (APÊNDICE E).

Nesta etapa, os profissionais também responderam ao instrumento específico para avaliar a clareza do conjunto de itens.

O instrumento específico foi dividido em três subséries compostas por um conjunto de itens, sendo a subsérie A, itens referentes à respiração e vocalização negativa, a subsérie B, consolabilidade e expressão facial e a subsérie C, linguagem corporal, demonstradas respectivamente nos Apêndices F, G e H (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos profissionais segundo os subconjuntos de itens utilizados na parte específica para avaliação da clareza. São Paulo, 2013.

SUBCONJUNTOS	ENFERMEIROS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	FISIOTERAPEUTAS
A	3	3	3
B	3	3	3
C	3	3	3
TOTAL	9	9	9

A – subconjunto de itens referentes à respiração e vocalização negativa;

B – subconjunto de itens referentes à expressão facial e consolabilidade;

C – subconjunto de itens referentes à linguagem corporal.

A tabela 6 refere-se à análise do questionário de compreensão geral da escala. Observa-se que o instrumento PAINAD-Br foi considerado pela maior parte dos profissionais das diferentes categorias como “muito bom” e “de fácil compreensão”, sem dificuldade em aplicá-lo e com questões muito importantes para avaliar a dor do paciente.

Tabela 6. Resultados da avaliação do questionário geral de clareza da escala PAINAD-Br segundo a categoria profissional. São Paulo, 2013.

Item	Alternativas de repostas	enfermeiros (n=9) %	técnicos enf. (n=9) %	Fisioterapeutas (n=9) %
O que você achou do nosso questionário em geral?	<i>Muito bom</i>	77,8	88,9	77,8
	<i>Bom</i>	22,2	11,1	22,2
As questões são compreensíveis?	<i>Fáceis de entender</i>	88,9	77,8	100
	<i>Às vezes difíceis</i>	11,1	22,2	
Você teve alguma dificuldade em aplicá-lo?	<i>Nenhuma</i>	100	88,9	100
	<i>Algumas dificuldades</i>		11,1	
As questões são importantes para avaliar a dor do paciente?	<i>Muito importantes</i>	100	100	100
Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?	Sim	22,2		
	Não	77,8	100	100
Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?	Sim			11,1
	Não	100	100	88,9

Fonte: VALERA.

Em relação à questão “Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?”, dois enfermeiros (22,2%) gostariam de mudar a pontuação do questionário, dividindo e adicionando mais itens para classificação, assim a pontuação seria por itens apresentados pelos pacientes. No entanto, essa opinião não foi acatada pelos pesquisadores, pois estaria mudando as dimensões e a estrutura do modelo original da escala.

Ainda na tabela 6, na questão “Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?” Um fisioterapeuta (11,1%) gostaria de acrescentar a “frequência do uso de medicamentos para dor”, no entanto esse não seria um comportamento indicativo de dor que poderia ser acrescentado na escala, pelo contrário, a escala pode ser utilizada para

indicar se é necessário ou não o uso de medicamentos. Em pessoas que não comunicam a dor percebida, a utilização de medicamentos deve ser indicada com base em observação e avaliação. A PAINAD–Br é uma possibilidade para a adequada avaliação e manejo da dor.

Algumas observações sobre a escala PAINAD–Br foram feitas pelos profissionais, 2 (dois) deles relataram ser uma escala objetiva, simples, fácil de aplicar, com termos comuns e usados no dia-a-dia. Alguns concluíram que é uma escala de rápida aplicação e clara. Uma observação feita por outro profissional foi de que a escala ajudaria muito na avaliação adequada da dor, podendo medicar o paciente antes ou após os cuidados de higiene ou após a realização de curativos, proporcionando o alívio da dor após sua identificação.

Ao responderem o instrumento específico, que constitui um conjunto de itens da escala para avaliar a sua clareza, observa-se que não houve dificuldades entre os enfermeiros; em relação aos técnicos de enfermagem, um deles apresentou dificuldade em um item da subsérie A, referentes à respiração, e um apresentou dificuldade em compreender a definição de um item da subsérie A, referente à vocalização. Para os fisioterapeutas, um deles apresentou dificuldade em compreender um item da subsérie B, referente à expressão facial, e outro apresentou dificuldade em compreender a definição de um item da subsérie C, referente à linguagem corporal. Os itens e definições que não apresentaram clareza estão demonstrados na tabela 7 e 8.

A Tabela 7 apresenta os dois itens que não apresentaram compreensão pelos profissionais, referentes às subséries A e B do questionário específico de clareza dos itens.

Tabela 7. Itens referentes às subséries A e B do questionário específico de clareza que não apresentaram clareza entre os profissionais. São Paulo, 2013.

ITEM	ENFERMEIROS		TÉCNICOS ENF.		FISIOTERAPEUTAS	
	Clareza (%)		Clareza (%)		Clareza (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
SUBSÉRIE A						
Respiração Independente de vocalização						
Respiração de Cheyne-stokes	100		66,7	33,3	100	
SUBSÉRIE B						
Expressão facial						
Careta	100		100		66,7	33,3

Fonte: VALERA.

Diante dessa tabela, pode-se observar que apenas um item da subsérie A não foi claro para um técnico de enfermagem (33,3%), o item referente à respiração “Respiração de Cheyne-stokes”. Esse não é um termo muito utilizado pelos técnicos de enfermagem, sendo mais comum para profissionais com maior nível de escolaridade, no entanto, ao ler a definição do item proposta pela escala, o técnico de enfermagem compreendeu o seu significado, tornando o item claro após a leitura.

Da mesma forma, ocorreu com o item referente à expressão facial “careta” em que um fisioterapeuta (33,3%) inicialmente considerou o item não claro e após a leitura da sua definição, o entendeu como compreensível e inteligível.

Sendo assim, todos os itens de observação referentes à primeira parte da escala foram claros e compreensíveis pelos profissionais que participaram da pesquisa, não sendo necessárias mudanças para melhorar a clareza e compreensão destes.

Na tabela 8 estão apresentadas apenas as duas definições dos itens propostos pela escala e sob os quais não houve clareza para os profissionais que participaram da pesquisa, todas as outras definições foram compreensíveis e claras para os profissionais.

Tabela 8. Definições dos itens referentes às subséries A e C do questionário específico de clareza que não apresentaram clareza entre os profissionais. São Paulo, 2013.

ITEM	ENFERMEIROS		TÉCNICOS ENF.		FISIOTERAPEUTAS	
	Os itens são claros (%)		Os itens são claros (%)		Os itens são claros (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
SUBSÉRIE A						
<i>Vocalização negativa</i>						
<u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.	100		66,7	33,3	100	
SUBSÉRIE C						
<i>Linguagem Corporal</i>						
<u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou aos cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.	100		100		66,7	33,3

Fonte: VALERA.

Na definição do item referente à vocalização negativa “Nenhuma é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável” gerou dúvidas para uma técnica de enfermagem (33,3%) que não conseguiu diferenciar fala de vocalização. Nesse caso, a pesquisadora necessitou explicar a essa profissional o significado de vocalização, a ação de emitir voz sem pronunciar palavras.

Outro item demonstrado na Tabela 8 é o referente à linguagem corporal “Puxar ou empurrar para longe é caracterizado por resistência à aproximação ou aos cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe”. Uma fisioterapeuta (33,3%) relata que o termo “se desvencilhar abruptamente” não é claro e sugeriu que este fosse trocado por “soltar-se rapidamente”. De acordo com o dicionário de língua portuguesa Aurélio (2010), “desvencilhar” é sinônimo de “soltar” e “abruptamente” é um advérbio que pode ser definido como “rapidamente/ sem esperar”. Sendo assim “desvencilhar abruptamente” foi substituído por “soltar-se rapidamente”.

Após analisados os resultados desta fase, procederam as alterações necessárias para adequar o instrumento a um melhor nível de compreensão. Assim,

considerou-se necessário substituir o termo “desvencilhar abruptamente” pelo termo “soltar-se rapidamente”. A partir disso originou-se a versão final da PAINAD–Br (Apêndice N).

A distribuição dos pacientes que foram observados na aplicação da escala PAINAD–Br pelos profissionais de saúde está demonstrada na Tabela 9. Participaram do estudo 18 pacientes com 60 anos ou mais.

Quanto à caracterização demográfica dos 18 pacientes, 11 (61,1%) eram do sexo feminino e 7 (38,9%) do sexo masculino, apresentaram idade entre 66 a 94 anos, média de 81,81 anos com um desvio padrão de $\pm 7,98$.

Alguns dos 18 pacientes foram observados no momento em que estavam sendo realizados diferentes cuidados diários como banho de aspersão, cuidados de higiene, troca de curativos, transferência da cadeira para o leito, cuidados realizados pela fisioterapia como exercícios de fisioterapia motora e respiratória e alguns estavam em repouso no leito. Durante essa etapa alguns dos profissionais participaram da prestação desses cuidados e logo após preencheram a escala PAINAD–Br.

Observa-se na Tabela 9 que a maioria dos pacientes que participaram da pesquisa apresentava, associadas ao diagnóstico médico de Doença de Alzheimer, outras patologias, das quais estavam presentes insuficiência renal e respiratória, acidente vascular encefálico (AVE), câncer na região abdominal, úlceras por pressão infectadas, edema aguda de pulmão (EAP), um caso de fratura de fêmur, infecção do trato urinário (ITU), um caso de abscesso de glúteo, desnutrição e desidratação, câncer de pulmão e de pele.

Tabela 9. Caracterização sociodemográfica dos pacientes, condição no momento em que foram observados e patologias associadas. São Paulo, 2013.

Sexo	Idade	Condições no momento da observação	Patologias associadas
M	70	Repouso	Pneumonia
M	66	Repouso	Desnutrição
F	94	Repouso	Insuficiência Renal
F	88	Repouso	Câncer Pele
M	81	Repouso	Desidratação
M	76	Repouso	Nenhuma
M	67	Repouso	Síndrome de Down + ITU
F	82	Repouso	AVE + EAP
F	86	Repouso	Úlceras Infectadas
F	86	Repouso	Úlceras Infectadas
F	85	Repouso	Dor Abdominal
F	81	Repouso	Fratura De Fêmur
M	84	Cuidados de higiene	Nenhuma
F	93	Cuidados de higiene	Insuficiência Respiratória
F	85	Cuidados de higiene	Dor Abdominal
F	92	Cuidados de higiene	AVE
F	86	Trocando curativo	Úlceras Infectadas
M	84	Transferência da cadeira para a cama	Nenhuma
F	77	Banho de aspersão	Abcesso Glúteo
F	85	Banho de aspersão	Câncer Abdominal
F	82	Banho de aspersão	AVE + EAP
F	86	Banho de aspersão	Úlceras Infectadas
F	78	Banho de aspersão	Câncer De Pulmão
F	86	Fisioterapia respiratória	Úlceras Infectadas
M	72	Fisioterapia motora	Nenhuma
F	66	Fisioterapia motora	AVE
F	91	Fisioterapia respiratória	Pneumonia

Fonte: VALERA.

5. DISCUSSÃO

A avaliação da dor no idoso com grave comprometimento cognitivo é considerada um desafio aos profissionais da saúde que têm o compromisso de diagnosticar e intervir para o seu alívio. Para isto, torna-se imprescindível a utilização de ferramentas que auxiliem neste processo complexo que é a avaliação do fenômeno algico (ROSA, 2009). Escalas de observação do comportamento do paciente como a expressão facial, a linguagem corporal e vocalizações frente à dor, aparecem como a melhor estratégia e uma técnica interessante e confiável para a detecção da dor em pacientes com demência grave (HORGAS; ELLIOTT, 2004).

Ao realizar uma revisão da literatura mundial em bases de dados indexadas com o objetivo de identificar os instrumentos existentes para avaliar a dor em idosos com demência grave, foram encontrados 12 instrumentos publicados até o ano de 2013, todos são baseados na observação de comportamentos. Foram identificados os seguintes instrumentos: “Abbey Pain Scale”, original do idioma inglês (ABBEY et al., 2004) e foi traduzido para a versão em japonês (TAKAI et al., 2010); CNPI – “Checklist of Nonverbal Pain Behaviors”, original do idioma inglês (FELDT, 2000); CPAT - CNA* “Pain Assessment Tool”, original do idioma inglês (CERVO et al., 2007); DOLOPLUS-2 (DOLOPLUS-2 GROUP; LEFEBVRE-CHAPIRO, 2001) original do idioma francês (DOLOPLUS®, WARY et al., 2001, primeira versão 1993) e traduzido para a versão em norueguês (HOLEN et al., 2005), holandês (ZWAKHALEN; HAMERS; BERGER, 2006), italiano, português, inglês, espanhol, holandês (PICKERING et al., 2010), japonês (ANDO; HISHINUMA, 2010) e chinês (CHEN et al., 2010); MOBID – “Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale” (HUSEBO et al., 2007) e MOBID-2 (HUSEBO et al., 2010), originais do idioma inglês; MPS – “Mahoney Pain Scale”, original do idioma inglês (MAHONEY; PETERS, 2008); NOPPAIN – “Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument”, original do idioma inglês (SNOW et al., 2004), traduzido para o italiano (FERRARI et al., 2009) e português (ARAÚJO; PEREIRA, 2012); PACSLAC – “Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate”, original do idioma inglês (FUCHS-LACELLE; HADJISTAVROPOULOS, 2004) e traduzido para versão em holandês na forma original (ZWAKHALEN; HAMERS; BERGER, 2006), versão reduzida (ZWAKHALEN; HAMERS; BERGER, 2007) e em português (LORENZET et al., 2011); PADE – “Pain Assessment for the Dementing Elderly”, original do idioma inglês (VILLANUEVA et al., 2003); PAINAD – “Pain Assessment in Advanced Dementia”, original do idioma inglês (WARDEN et al., 2003) e traduzido para versões em holandês (ZWAKHALEN; HAMERS; BERGER, 2006), alemão (SCHULER et al., 2007), italiano (COSTARDI et al., 2007), português de Portugal (BATALHA et al., 2012) e chinês (LIN et al., 2010); PAINÉ – “Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons”, original do idioma inglês (COHEN-MANSFIELD, 2006);

ADD - “Assessment of Discomfort in Dementia”, original do idioma inglês (KOVACH et al., 1999).

Nota-se a ampla variedade de instrumentos de avaliação de dor em pessoas com demência grave. No entanto, apenas dois destes instrumentos publicados foram adaptados culturalmente para português brasileiro, o instrumento PACSLAC por Lorenzet et al. (2011) e o NOPPAIN por Araujo e Pereira (2012). A escala “Pain Assessment Tool in Confused Older Adults – PATCOA” foi adaptada culturalmente para o Brasil, no entanto não foi publicada até o momento e encontra-se disponível no banco de teses e dissertações da Universidade Federal do Rio Grande do SUL – UFRGS (ROSA, 2009). Todos os instrumentos encontrados apresentaram como parâmetros observacionais indicativos da dor: alterações na expressão facial, respiração, vocalização, humor ou consolabilidade, linguagem ou movimento corporal e o nível de atividade.

A Escala para Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD) foi desenvolvida após extensa revisão da literatura e de ferramentas disponíveis de avaliação da dor. Essa escala é baseada na avaliação do estado fisiológico e comportamento, como a respiração, se está ruidosa, difícil ou normal; vocalização, presença de gemido ou choro; expressão facial, como caretas; linguagem corporal, inquietação, punhos cerrados, pernas dobradas; consolabilidade, tranquilizado por voz ou toque ou incapaz de consolo. O estudo realizado mostra que a escala PAINAD tem boa validade e fidedignidade, sendo que o instrumento PAINAD foi capaz de detectar diferenças na dor associada às diferentes condições ou por administração de analgésicos (WARDEN; HURLEY, VOLICER, 2003).

A escala PAINAD foi também traduzida e validada em idiomas como o germânico (SCHULER et al., 2007), holandês (ZWAKHALEN; HAMERS; BERGER, 2006), chinês (LIN et al., 2010), português de Portugal (BATALHA et al., 2012) e italiano (COSTARDI et al., 2007). Em todas as versões, a PAINAD mostrou ser um instrumento com altas correlações e níveis adequados de validade de construto, aparente, divergente e concorrente, fidedignidade interna, teste-reteste, intra e interavaliadores.

A versão chinesa foi desenvolvida em três fases, a tradução, a retrotradução e a validade de conteúdo realizada por cinco especialistas, dentre eles médicos e enfermeiros. A fidedignidade interavaliadores, a consistência interna e o teste-reteste foram examinados e, finalmente, a análise dos componentes principais foi utilizada para testar a validade de construto. Os participantes com demência foram selecionados a partir de cinco instituições de cuidados de longa permanência em Taiwan e a observação direta foi utilizada para coletar dados. Os resultados mostraram níveis adequados de validade e fidedignidade. Os autores da pesquisa concluíram que a PAINAD-C é uma escala útil em clínicas para pessoas com demência grave, para pesquisa e prática (Lin et al., 2010).

Na versão em português de Portugal, realizada por Batalha et al. (2012) foi desenvolvida nas seguintes etapas, a tradução da escala PAINAD, validade semântica e cultural realizada por 7 (sete) especialistas em cuidados às pessoas com demência e com formação específica em avaliação da dor e 1 (um) tradutor, após essa etapa foi realizada a retrotradução para o inglês, validade de construto, consistência interna e concordância inter-avaliadores. Os autores concluíram que o processo de validação semântica e cultural da PAINAD-PT foi fácil de obter e revelou equivalência com a escala original quando retrovertida. A versão Portuguesa da escala apresentou boas propriedades psicométricas, sendo válida e confiável para uso em doentes idosos, com ou sem demência, com patologia médica e/ou cirúrgica internados em serviços hospitalares.

Na versão italiana, a análise demonstra um nível aceitável de consistência interna, entre-avaliadores, teste-reteste e de validade concorrente do PAINAD em comparação com a escala de avaliação visual (VRS). Estabeleceu-se boa validade e fidedignidade da versão italiana do PAINAD. Os autores confirmam que a PAINAD tem várias características vantajosas quando comparada a outros instrumentos existentes, uma delas é que a ferramenta não exige cognição, raciocínio abstrato ou habilidades verbais, que são danificados em idosos com prejuízo cognitivo. É pontuada apenas com base em informações coletadas pelos profissionais e pode ser facilmente administrada após a formação adequada para o uso (COSTARDI et al., 2007).

No estudo de Schuler et al. (2007), também avaliou-se as propriedades psicométricas da escala PAINAD na versão germânica. Neste estudo foi incluída uma grande amostra de residentes com demência grave e não comunicativos. Apresentou uma boa consistência interna e entre-avaliadores. No entanto, os autores referem que mais pesquisas são necessárias para confirmar a validade da escala, levando em consideração que o padrão ouro de avaliação da dor, o relatório verbal do paciente, não está disponível na demência grave. Sendo assim, existe sempre alguma incerteza com relação aos critérios de validade. Como conclusão, tem-se que as escalas observacionais como PAINAD-G podem ser um passo para uma avaliação mais adequada da dor em pessoas com deficiências comunicativas devido à demência (SCHULER et al., 2007).

No estudo realizado por Zwakhalen, Hamers e Berger (2006), o objetivo foi avaliar as propriedades psicométricas das versões traduzidas para o holandês das escalas PAINAD, PACSLAC e DOLOPLUS-2. Os autores concluíram que a versão traduzida do instrumento PAINAD mostrou boas qualidades psicométricas em termos de homogeneidade, exceto o item respiração, boa validade e fidedignidade. O PAINAD foi concebido como uma escala de avaliação viável, breve e fácil de usar e, requer uma observação de apenas 5 minutos (ZWAZKHALEN; HAMERS; BERGER, 2006).

Os estudos apontam que o instrumento PAINAD é clinicamente útil, válido e confiável para medir a dor a partir da observação de comportamentos que expressam dor, podendo ser utilizado por profissionais de diferentes níveis de formação após treinamento para o uso da escala.

Como citado anteriormente são poucos os instrumentos para avaliação da dor em idosos com demência grave, adaptados e validados para o português brasileiro. No entanto, não basta apenas traduzir um instrumento original de uma língua para outra cultura, é necessário adaptá-lo culturalmente à população alvo e para isso deve-se seguir um rigor metodológico com critérios para manter a equivalência entre as versões original e a adaptada ao novo idioma.

Realizou-se este estudo que objetivou a tradução e a adaptação cultural da escala PAINAD para a língua portuguesa, através da metodologia de adaptação cultural de instrumentos proposta por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) executada em cinco etapas, sendo elas: tradução para o português, versão consensual das traduções, retrotradução para o idioma original, revisão por um comitê de especialistas na área do instrumento e pré-teste de equivalência.

Nos estudos que tiveram como objetivo realizar a tradução e adaptação cultural para o Brasil das escalas que avaliam a dor em idosos com demência grave sendo a escala “Pain Assessment Tool in Confused Older Adults – PATCOA”, a “Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate - PACSLAC” e a “Non-communicative Patient’s Pain Assessment Instrument” - NOPPAIN, realizados por Rosa (2009), Lorenzet et al (2011) e por Araujo e Pereira (2012), respectivamente, também seguiram as etapas metodológicas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) como tradução da escala para a língua portuguesa, a retrotradução, revisão por um comitê formado por uma equipe multidisciplinar e a última etapa o pré-teste, para identificar a equivalência da versão. Após esse processo, as escalas mostraram equivalência semântica à escala original sendo adaptado com sucesso para a cultura do Brasil.

A elaboração e adaptação de instrumentos de medida da dor são elementos-chave que permitem a comunicação entre quem sente e quem trata, contribuindo para identificação e tratamento precoce dessa experiência. É evidente que o sucesso da avaliação da dor em idosos com demência depende da implementação de uma ferramenta de avaliação adequada para essa população (MCAULIFFE et al., 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os resultados deste estudo demonstram que a versão PAINAD–Br teve a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural da escala original, segundo a avaliação do comitê de especialistas, assim como pela participação dos profissionais de saúde, confirmando a validade de face e a equivalência cultural do instrumento. Sendo assim, o instrumento PAINAD foi traduzido e adaptado à cultura brasileira.

Estudos de validação de construtos e fidedignidade, avaliando as propriedades psicométricas do instrumento são necessários para que o PAINAD–Br possa ser disponibilizado na cultura brasileira e, assim utilizado por pesquisadores brasileiros para estudos de mensuração da dor em pessoas com déficit cognitivo grave, bem como ser implementado na prática diária dos profissionais de saúde para o manejo adequado da dor.

7. REFERÊNCIAS

ABBEY, J. et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 10, n. 1, 2004.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALZHEIMER, A. Ueber eine eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters: On certain peculiar diseases of old age. 1911, p.356–385. Versão revisada por: **History of Psychiatry**, v. 2, p. 74 – 99, 1991. Disponível em: <<http://hpy.sagepub.com/>>.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimer's & Dementia**, v. 8, n. 2, 2012.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. The Management of Persistent Pain in Older Persons - Panel on Persistent Pain in Older Persons. **J. Am. Geriatric Soc.**, v. 50, n. 6, p. S 205-224, june. 2002.

ANDERSON, V. M. et al. Gray matter atrophy rate as a marker of disease progression in AD. **Neurobiology of Aging**, v. 33, p. 1194–1202, 2012.

ANDO, C.; HISHINUMA, M. Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for elderly with Alzheimer's disease. **Psychogeriatrics**, v. 10, p. 131–137, 2010.

ANDRADE, D. C. et al. The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 69, n. 2-B, p. 387-394, 2011.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271-276, 2006.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M. S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev Bras Clin Med.**, n. 7, p. 27-35, 2009.

ARAUJO, R. S.; PEREIRA, L. V. Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1985-1992, out. 2012.

AUGUSTO, A. C. C. et al. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos envelhecimento**, v. 7, n. 1, p. 89-104, 2004.

AURÉLIO, B.H.F. Mini Aurélio Dicionário de Língua Portuguesa. Editora: Positivo Ltda. 8.ed. 2010, 960 p.

BATALHA, L. M. C. et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 3, n. 8, p. 7-16, 2012.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reports measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000.

BEATON, D. E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & quickdash Outcome Measures. 2002. Versão revisada por: **Institute for Work & Health**, 2007.

BENEDETTI, F. et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. **Pain**, v. 80, p. 377-382, 1999.

BERTOLUCCI, P. H. F.; NITRINI, R. Proposta de uma versão brasileira para a escala ADCS-CGIC. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 881-890, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. **Diário Oficial da União**: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - Doença de Alzheimer.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/tabuadevida/2011>. Acesso em: 18. Jan. 2013.

BRUN, A. et al. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia The Lund and Manchester Groups. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v. 57, p. 416-418, 1994.

BUFFUM, M. D.; MIASKOWSKI, C.; SANDS, L. A Pilot Study of the Relationship between Discomfort and Agitation in Patients with Dementia. **Geriatric Nursing**, v. 22, n. 2, p. 80-85, 2001.

CAMBRIDGE, International Dictionary of English. Cambridge University Press, 1995, 1773 p.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Diagnósticos mais frequentes de demência. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 7-10, 2002.

CARVALHO, V. A. **Addenbrooke`s Cognitive Examination – Revised (ACE – R)**: adaptação transcultural, dados normativos de idosos cognitivamente saudáveis e de aplicabilidade como instrumento de avaliação cognitiva breve para pacientes com doença de Alzheimer provável leve. 2009. 114f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Neurologia, São Paulo, 2009.

CECCHI, F. et al. Epidemiology of Back Pain in a Representative Cohort of Italian Persons 65 Years of Age and Older: The In CHIANTI Study. **Spine**, v. 31, n. 10, p. 1149 – 1155, May. 2006.

CERVO, F.A. et al. Use of the Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT) in Nursing Home Residents With Dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v. 22, n. 2, p. 112-119, April/May. 2007.

CHAVES, M. L. F. et al. Cognitive, functional and behavioral assessment: Alzheimer`s disease. **Dement Neuropsychol.**, v. 5, n. 3, p. 153-166, 2011.

CHAKOUR, M. C.; GIBSON, S. J.; BRADBEER, M.; HELME, R.D. The effect of age on A3- and C-fibre thermal pain perception. **Pain**, v. 64, n. 1, p. 143-152, 1996.

CHEN, Y. H.; LIN, L. C.; WATSON, R. Evaluation of the psychometric properties and the clinical feasibility of a Chinese version of the Doloplus-2 scale among cognitively impaired older people with communication difficulty. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 78–88, 2010.

COHEN-MANSFIELD, J. The Relationship between Pain Assessments in Dementia. **Alzheimer Dis Assoc Disord.**, v. 22, n. 1, January/March 2008.

COHEN-MANSFIELD, J. Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons – PAIN. **Clinical Journal of Pain**, v. 22, p. 569–575, 2006.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 149-54, 2009.

COSTARDI, D. et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. **Archives of Gerontology and Geriatrics.**, v. 44, p. 175–180, 2007.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 325-334, Fev. 2013.

DEON, K.C. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 450 – 7, 2011.

OXFORD Dicionário Escolar, para estudantes brasileiros de inglês. Editora: Oxford University Press. Edição 2009.

DISABKIDS GROUP. **Pilot test manual**. Leiden. The Disabkids group, 2002.

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

DUONG, B. D. et al. Identifying the Activities Affected by Chronic Nonmalignant Pain in Older Veterans Receiving Primary Care. **Journal American Geriatrics Society.**, v. 53, n. 4, p. 687–694, 2005.

EDWARDS, R. R.; FILLINGIM, R. B.; NESS, T. J. Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. **Pain**, v. 101, p. 155–165, 2003.

FARRELL, M. J.; KATZ, B.; HELME R. D. The impact of dementia on the pain experience. **Pain**, v. 67, p. 7-15, 1996.

FELDT, K.S. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). **Pain Manag Nurs.** V.1, n.1, p. 13 – 21, 2000.

FERRARI, R. et al. Pain assessment in non-communicative patients: the Italian version of the Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN). **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 21, p. 298-306, 2009.

FERRELL, B. A.; FERRELL, B. R.; OSTERWEIL, D. Pain in the nursing home. **Journal American Geriatrics Society**, v. 38, n. 4, p. 409-14, Apr. 1990.

FERRER, I. Defining Alzheimer as a common age-related neurodegenerative process not inevitably leading to dementia. **Progress in Neurobiology**, v. 97, p. 38–51, 2012.

FROTA, N. A. F., et al. Doença de Alzheimer: critérios diagnósticos. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, suppl. 1, p. 5-10. June 2011.

FUCHS-LACELLE, S.; HADJISTAVROPOULOS, T.; LIX, L. Pain Assessment as Intervention. A Study of Older Adults With Severe Dementia. **Clin. J. Pain**, v. 24, n. 8, October 2008.

FUCHS-LACELLE, S.; HADJISTAVROPOULOS, T. Development and Preliminary Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC). **Pain Management Nursing**, v. 5, n. 1, p. 37-49, March 2004.

GAIOLI, C. C. L. O. **Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência.** 2010. 105f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/> Acesso em: 15. Jan. 2013.

GIROLAMI, U.; ANTHONY, D. C.; FROSCHE, M. P. O Sistema Nervoso Central. In: ROBBINS. **Patologia Estrutural e Funcional.** 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 30, p. 1186-1189.

GOLD, D. T.; ROBERTO, K. A. Correlates and Consequences of Chronic Pain in Older Adults. **Geriatric Nursing**, v. 21, n. 5, p. 270-3, 2000.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

HELME, R. D.; GIBSON, S. J. Pain in Older People. **Epidemiology of Pain**, p. 103-112, 1999.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, v. 6, p. 237–247, 1997.

HERR, K. Pain Assessment Strategies in Older Patients. **The Journal of Pain**, v. 12, n. 3, p. S3-S13, March 2011.

HERR, K. A.; GARAND, L. Assessment and measurement of pain in older adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 17, n. 3, p. 457-478, August 2001.

HERRERA, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, Apr-Jun. 2002.

HILDERINK, P. H. et al. The Temporal Relation Between Pain and Depression: Results From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Psychosomatic Medicine**, v. 74, n. 9, p. 945-951, Nov./Dec. 2012.

HOLEN, J. C. et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. **Palliative Medicine**, v. 19, p. 411 -417, 2005.

HORGAS, A. L. Assessing pain in older adults with dementia. New York University, **College of Nursing**, n. 2, 2007.

HORGAS, A. L.; ELLIOTT, A. F. Pain assessment and management in persons with dementia. **Nursing Clinics of North America**, v. 39, p. 593–606, 2004.

HORGAS, A. L.; ELLIOTT, A. F.; MARSISKE, M. Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship between Self-report and Behavioral Observation . **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 57, n. 1, p. 126–132, January 2009.

HORGAS, A. L.; TSAI, P.F. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. **Nurs. Res.**, v. 47, n. 4, p. 235-42, Jul./Aug. 1998.

HUSEBO, B. S. et al. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and Validation of a Nurse-Administered Pain Assessment Tool for Use in Dementia. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 34, n. 1, July 2007.

HUSEBO, B. S. et al. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 24, p. 380–391, 2010.

Internacional association for the study of pain (org). Pain definitions. **IASP Taxonomy 1994**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org>.> Acesso em: dez. 2011.

KOVACH, C. R.; WEISSMAN, D. E.; GRIFFIE, J.; MATSON, S.; MUCHKA, S. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. **J Pain Symptom Manage**. v.18, n.6, p. 412-9, Dezembro 1999.

LANDI, F. et al. Pain Management in Frail, Community-Living Elderly Patients. **Arch. Intern. Med.**, v. 161, n. 22, 2001. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com>. >

LAUTENBACHER, S. et al. Age effects on pain thresholds, temporal summation and spatial summation of heat and pressure pain. **Pain**, v. 115, p. 410–418, 2005.

LEEuw, F. E.; J. GIJN, V. Vascular Dementia. **Practical Neurology**, n. 3, p. 86–91, 2003.

LEFEBVRE-CHAPIRO, S. The Doloplus-2 scale – evaluating pain in the elderly. **Eur. J. Palliat. Care**, v. 8, p. 191-94, 2001.

LEVEILLE, S. G. et al. Widespread Musculoskeletal Pain and the Progression of Disability in Older Disabled Women. **Annals of Internal Medicine**, v. 135, n. 12, p. 1038-1046, December 2001.

LIN, P. C. et al. Chinese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale: initial psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 10, p. 2360–2368, 2010.

LORENZET, I. C. et al. Avaliação da dor em idosos com demência: tradução e adaptação transcultural do instrumento PACSLAC para a língua portuguesa. **Rev. Bras. De Medicina**, v. 68, n. 4, p. 129-133, 2011.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Rev**, v. 35, n.6, p. 382 – 385, 1986.

MAHONEY, A. E. J.; PETERS, L. The Mahoney Pain Scale: Examining Pain and Agitation in Advanced Dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v. 23, n. 3, p. 250-261, June/July 2008.

MAXWELL, C. J. et al. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. **Pain**, v. 138, p. 208-216, 2008.

MCAULIFFE, L. et al. Pain assessment in older people with dementia: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 1, p. 2–10, 2009.

MCKEITH, I. G. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the Consortium on DLB International Workshop. **Journal of Alzheimer's Disease**, n. 9, p. 417–423, 2006.

MCKHANN, G.M., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association**, v. 7, n. 3, p. 263-269, May 2011.

MENDONÇA, A. Rethinking Alzheimer's disease. **Frontiers in Neurology / Dementia**, v. 3, article 45, March 2012.

MIURA C. T. P. et al. Adaptação cultural e análise da confiabilidade do instrumento Modified Dyspnea Index para a cultura brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, set/out. 2010.

MORRISON, R. S.; SUI, A. L. A comparison of pain and its treatment in Advanced Dementia patients and cognitively intact with hip fracture. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 19, n. 4, p. 240-248, April 2000.

NANDA – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 50-54, 2011.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v. 18, n. 4, p. 241-6, Oct./Dec. 2004.

NOVELLI, M. M. P. C. **Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer**. 2003. 130f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Ciências – Fisiopatologia Experimental. São Paulo, 2003.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001.

PARMELEE, P. A.; SMITH, B.; KATZ, I.R. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. **J. Am. Soc. Geriatr.**, v. 41, n. 5, p. 517-22, May 1993.

PASIN, S. S. **Validação transcultural do instrumento pediatric pain profile para avaliação de dor em crianças com paralisia cerebral grave**. 2011. 82f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2011.

PEREIRA, F. S. **Funções executivas e funcionalidade no envelhecimento normal, comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer**. 2010, 179f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Psiquiatria, São Paulo, 2010.

PICKERING, G. et al. Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus. European. **Journal of Pain**, v. 14, p. 545 e1 - e10, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7.ed. Artmed, 2011. cap.11, p. 330.

PROCTOR, W.R.; HIRDES, J.P. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. **Pain Res. Manage.**, v. 6, n. 3, p. 119-125, 2001.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, May/Jun. 2003.

REYNOLDS, K. S. et al. Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 35, n. 4, p. 388-96, April 2008

ROSA, T. P. **Tradução e adaptação transcultural da escala “Pain Assessment Tool in Confused Older Adults–PATCOA”**. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2009.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007.

SANTOS, A. M. B. et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. **Maturitas**, v. 67, n. 3, p. 251–255, 2010.

SCARRY, E. **The Body in Pain. The making and unmaking of the world**. Parte 1. Oxford University press. New York. 1985. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/51205615/48379283-The-Body-in-Pain>.

SCHERDER, E. et al. Pain in dementia. **Pain.**, v. 145, n. 3, p. 276–278, October 2009.

SCHULER, M. S. et al. Psychometric Properties of the German “Pain Assessment in Advanced Dementia Scale” (PAINAD–G) in Nursing Home Residents. **Journal of American Medical Directors Association**, n. 8, p. 388–395, 2007.

SHEGA, J. W. et al. Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia: Frequency, Intensity and Congruence Between Patient and Caregiver Report. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 28, n. 6, p. 585-592, December 2004.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. Pain as a psychophysical problem. **Rev. Dor. São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 138-51. Abr./Jun. 2011.

SNOW, A. L. et al. NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**. v.17, n.3, p. 240-6, 2004.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-7, 2002.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, v. 5, n. 4, p. 408-429. Out./Nov./Dez. 2004.

STEWART, C. et al. Management of Persistent Pain in Older Adults: The MOBILIZE Boston Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 11, p. 2081–2086, November 2012.

TAKAI, Y. et al. Abbey Pain Scale: Development and validation of the Japanese version. **Geriatr Gerontol Int**. v. 10, p. 145–53, 2010.

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

VALE, F. A. C. Transtornos cognitivos e demências na clínica privada do especialista: estudo piloto de um inquérito de auto-avaliação. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 75-80, 2004.

VALE, F. A. C. et al. Treatment of Alzheimer's disease in Brazil: Behavioral and psychological symptoms of dementia. **Dement. Neuropsychol.**, v. 5, n. 3, p. 189-197, 2011.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos: uma avaliação semântica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2852-60, Dez. 2008.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de paciente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 3, p. 148-152, 2006.

VILLANUEVA, M. R. et al. Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE): Reliability and Validity of a New Measure. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, n. 4, p. 1-8, 2003.

WARDEN, V., HURLEY, A. C., VOLICER, L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) Scale. **Journal of the American Medical Director Association**, v. 4, n. 1, p. 9-15, 2003.

WARY, B.; SERBOUTI, S. Dolopius collectif: Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. **Doleurs**, v. 2, n. 1, p. 35-38, 2001.

WEINER, D.; PETERSONE, B.; KEEFE, F. Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. **Pain**, v. 80, n. 3, p. 577-588, 1999.

WICKREMARATCHI, M. M.; LLEWELYN, J. G. Effects of ageing on touch. **Postgrad. Med. J.**, v. 82, p. 301-304, 2006.

WHO. World Health Organization. Processo of translation and adaptation of instruments. Disponível em: <http://www.who.int>. 2012

WHO. World Health Organization. A public health priority. Disponível em: <http://www.who.int>. 2012.

ZWAKHALEN, S. M.G.; HAMERS, J. P.H.; BERGER, M. P. F. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. **Pain**, v. 126, p. 210-220, 2006.

ZWAKHALEN, S. M.G.; HAMERS, J. P.H.; BERGER, M. P. F. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. **Journal of Advanced Nursing**, v. 58, n. 5, p. 493–502, 2007.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado que apresenta como título: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil da escala “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA – PAINAD” sob orientação da Profa Dra Priscilla Hortense.
2. O objetivo geral da pesquisa é traduzir e adaptar culturalmente para língua portuguesa o instrumento PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia que avalia a dor em pacientes com demência grave. Realizar a tradução e adaptação cultural de um instrumento da língua inglesa para a portuguesa é importante, pois assim nós brasileiros podemos identificar e mensurar a dor dos idosos com demência e que não podem comunicar-se verbalmente.
 - a. O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa, e sua participação não é obrigatória.
 - b. O(a) Sr.(a) está sendo convidado a participar desta etapa da pesquisa por ser um especialista na área em questão e por ter conhecimento da língua inglesa. Sua tarefa consistirá em verificar se existe relação entre os termos traduzidos para o português e os resultantes da back – translation do instrumento PAINAD, a fim de produzir a versão final, modificada e adaptada, assegurando uma versão final adequada para a nossa língua e cultura e preservando a validade do instrumento.
3. Este procedimento pode ocasionar alguns riscos como ocupação de seu tempo para preenchimento do instrumento e desconforto físico e cognitivo para este preenchimento por relacionar-se à sua complexidade. Os benefícios são indiretos, ou seja, esta pesquisa irá resultar em um instrumento que possibilitará ao profissional de saúde avaliar se um paciente com demência grave apresenta dor e o nível em que ela se encontra. Isso possibilitará o manejo da dor e o direcionamento do cuidado.
4. Não terão nenhuma despesa ao participar desse estudo e também não receberão nenhum pagamento por participar, havendo total liberdade em recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa;
5. Poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sua recusa não trará nenhum prejuízo à continuidade da assistência, em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;

6. Informamos que seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a privacidade. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e, se desejar, será informado dos resultados dessa pesquisa;
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Gabriela Gallego Valera
Rua Luis Cestari, 984. Telefone: (16) 8155 9499

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do sujeito da pesquisa

Local:

Data: ___/___/___

8.2 APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARTA CONVITE PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Prezado senhor (a) _____,

Estamos convidando-o (a) a participar como membro do Comitê de Especialistas da pesquisa de mestrado intitulada Tradução e adaptação transcultural da escala “Pain assessment in advanced dementia – PAINAD”, a fim de produzir sua versão final, modificada e adaptada, assegurando uma versão adequada para a nossa língua e cultura, preservando a validade do instrumento.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Sua tarefa consistirá em:

1. Avaliar a adequação da tradução consensual da escala PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia.
2. Verificar se existe relação entre os termos resultantes da back – translation e do instrumento original.

Tarefa 1: Avaliação da tradução consensual para a língua portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

Para a realização desta tarefa segue uma tabela (ANEXO 1) contendo a escala PAINAD original em inglês e a versão consensual realizada a partir das traduções para o português brasileiro por 2 (dois) tradutores independentes (profissionais qualificados que dominam o idioma original da escala e com experiências em traduções) e obtida após a análise das duas traduções pelas pesquisadoras do estudo.

Como membro do comitê de especialistas, uma de suas funções é avaliar a versão consensual e concordar com essa versão ou não, sugerindo modificações ou eliminando itens considerados ambíguos, irrelevantes ou inadequados. Se considerar adequado, pode sugerir outros termos com maior adequação cultural, mantendo sempre o mesmo conceito do item que será substituído e, assim, proporcionar uma versão mais funcional e

compreensível para a população alvo. Cada especialista deve levar em consideração a equivalência transcultural entre a versão original e a versão final e, para isso, segundo Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) e Miura et al. (2010), os especialistas devem considerar:

- **Equivalência semântica:** é a equivalência no significado das palavras de cada item após a tradução para a língua da cultura alvo, que podem apresentar problemas quanto ao vocabulário e à gramática. Algumas alterações gramaticais são necessárias para a construção de frases.

- **Equivalência idiomática:** refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais normalmente difíceis de serem traduzidas e que devem ser coerentes com a cultura para a qual o instrumento está sendo traduzido.

- **Equivalência experimental ou cultural:** as situações evocadas ou representadas na versão original devem ser coerentes com o contexto cultural e com as experiências vivenciadas pela população à qual se destina a tradução do instrumento.

- **Equivalência conceitual:** refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo, manutenção do conceito proposto no instrumento original, uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não equivalentes conceitualmente.

Desta forma, sua análise da versão consensual das traduções será julgada por meio de uma escala de Likert de 1 (um) a 4 (quatro) pontos para cada item da escala, sendo que: 1= não equivalente, 2= pouco equivalente, 3= equivalente e 4= muito equivalente. Se julgar necessário, escreva no espaço suas sugestões para melhorar a tradução.

Exemplo (parte do anexo)

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão resultante da análise das traduções em português	Análise Do comitê de especialistas (1 a 4) sendo: 1=não equivalente; 2= pouco equivalente; 3= equivalente; 4= muito equivalente.
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	T1 + T2 + Pesquisadoras Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada	

Tarefa 2: Avaliação dos termos resultantes da back – translation do instrumento PAINAD.

A versão consensual da tradução para o idioma português da escala PAINAD foi vertida para o idioma original, o inglês, por outros 3 (três) tradutores independentes e qualificados que não participaram da primeira etapa. Esta etapa permitirá a comparação com o original e a eventual detecção de erros e discrepâncias na tradução, melhorando a qualidade da versão final. O membro do comitê de especialista deve comparar as 3 versões da back – translation com o instrumento PAINAD original e escolher a melhor versão, contribuindo para a obtenção da versão em português que mais se assemelhe ao instrumento original.

Para a realização desta tarefa segue uma tabela (ANEXO 2), contendo a escala PAINAD original, as 3 (três) versões da backtranslation e um espaço em branco para serem colocados os resultados das análises com sua opinião. Para análise de cada item deve-se levar em consideração a equivalência entre os significados das palavras em cada versão e a equivalência de conceito entre os itens das traduções e os itens originais da escala.

Exemplo (parte do anexo)

VERSÕES DA BACK TRANSLATION				
Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	BT1	BT2	BT3	Resultado da análise
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain Assessment in Advanced Dementia – Painad	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain in Advanced Dementia Evaluation Scale	<u>Escolho a BT2,</u> exatamente igual a original.

Sua participação foi de grande importância para o desenvolvimento deste estudo, Obrigada!

Mestranda: Gabriela Gallego Valera
Orientadora: Profa Dra Priscilla Hortense

8.3 APÊNDICE C



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. Você, profissional da instituição de longa permanência, está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado que apresenta como título: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil da escala “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA – PAINAD” sob orientação da Profa Dra Priscilla Hortense.
2. O objetivo geral da pesquisa é traduzir e adaptar culturalmente para língua portuguesa brasileira o instrumento PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia que avalia a dor em pacientes com demência grave. Realizar a tradução e adaptação cultural de um instrumento da língua inglesa para a portuguesa é importante, pois assim nós brasileiros podemos identificar e mensurar a dor dos idosos com demência e que não podem comunicar-se verbalmente.
 - a. O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa, e sua participação não é obrigatória.
 - b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em observar e registrar por meio do instrumento os comportamentos do paciente com demência grave, indicativos de dor durante 5 minutos, que poderão surgir durante a realização de cuidados diários como o de higiene, em repouso ou durante uma atividade agradável. Após este procedimento, vc irá responder a algumas perguntas a respeito da sua compreensão do instrumento.
3. Este procedimento, o qual será submetido, apresenta como possível risco o desconforto emocional ao estar observando o paciente em condição de demência grave, fazendo-o se deparar a uma condição crônica incapacitante, embora isso já faça parte do seu dia-a-dia. Os benefícios são indiretos, ou seja, esta pesquisa irá resultar em um instrumento que possibilitará ao profissional avaliar se um paciente com demência grave apresenta dor e o nível em que ela se encontra. Isto irá possibilitar o manejo da dor e o direcionamento do cuidado.
4. Não terão nenhuma despesa ao participar desse estudo e também não receberão nenhum pagamento por participar, havendo total liberdade em recusar ou retirarem seu consentimento a qualquer momento da pesquisa;
5. Poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sua recusa não trará nenhum prejuízo à continuidade da assistência, em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;

6. Informamos que seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a privacidade. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e se desejar o informaremos dos resultados dessa pesquisa;
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Gabriela Gallego Valera
Rua Luis Cestari, 984. Telefone: (16) 8155 9499

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do sujeito da pesquisa

Local:

Data: ___/___/___

8.4 APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. Prezado Sr(a) responsável pelo paciente _____ portador de demência grave, você está sendo convidado para participar da pesquisa que apresenta como título: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil da escala “PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA – PAINAD” sob orientação da Profa Dra Priscilla Hortense.
2. O objetivo geral da pesquisa é traduzir e adaptar culturalmente para língua portuguesa o instrumento PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia que avalia a dor em pacientes com demência grave. Realizar a tradução e adaptação cultural de um instrumento da língua inglesa para a portuguesa é importante, pois assim nós brasileiros podemos identificar e mensurar a dor dos idosos com demência e que não podem comunicar-se verbalmente.
 - a. Você, na condição de responsável pelo sujeito da pesquisa, está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa, e sua participação não é obrigatória.
 - b. Caso o(a) senhor(a), como responsável pelo paciente, autorize a sua participação nesta pesquisa, ele será observado por 5 minutos durante a realização de cuidados diários como o de higiene, em repouso ou durante uma atividade agradável, por um profissional da própria instituição. Essa observação irá avaliar possíveis comportamentos de dor, a qual, ele está impossibilitado de verbalizar por ocasião da doença.
3. Este procedimento, o que será submetido, apresenta como possível risco de exposição ao qual o sujeito será exposto, podendo ocorrer violação da privacidade, no entanto, a observação será realizada pelo profissional da instituição em momento de cuidado rotineiro ao paciente e seus dados não serão divulgados. Os benefícios são indiretos, ou seja, esta pesquisa irá resultar em um instrumento que possibilitará ao profissional de saúde avaliar se um paciente com demência grave apresenta dor e o nível em que ela se encontra. Isto irá possibilitar o manejo da dor e o direcionamento do cuidado.
4. Não terão nenhuma despesa ao participar desse estudo e também não receberão nenhum pagamento por participar, havendo total liberdade em recusar ou retirarem seu consentimento a qualquer momento da pesquisa;

5. Poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sua recusa não trará nenhum prejuízo à continuidade da assistência, em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
6. Informamos que seu nome e o do paciente serão mantidos em sigilo, assegurando assim a privacidade. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e, se desejar, será informado dos resultados dessa pesquisa;
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Gabriela Gallego Valera
Rua Luis Cestari, 984. Telefone: (16) 8155 9499

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e concordo em aceitar que ele participe.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do responsável legal pelo paciente

polegar

Assinatura do sujeito da pesquisa

Local:

Data: __/__/__

8.5 APÊNDICE E

Data |____|____|____

Sexo:

Idade:

Profissão:

Tempo de trabalho como profissional da saúde:

Anos de estudo / escolaridade:

Local de Trabalho:

QUESTIONÁRIO GERAL DE CLAREZA DA ESCALA PAINAD

	Por favor, marque uma opção:
1. O que você achou do nosso questionário em geral?	<input type="checkbox"/> muito bom <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> regular / mais ou menos
2. As questões são compreensíveis? Se não, quais questões:	<input type="checkbox"/> fáceis de entender <input type="checkbox"/> às vezes difíceis de entender <input type="checkbox"/> não compreensíveis
3. Você teve alguma dificuldade em aplica-lo? Por favor, explique:	<input type="checkbox"/> nenhuma / sem dificuldade <input type="checkbox"/> algumas dificuldades <input type="checkbox"/> muitas dificuldades
4. As questões são importantes para a avaliar a dor do paciente?	<input type="checkbox"/> muito importantes <input type="checkbox"/> às vezes importantes <input type="checkbox"/> nenhuma / sem importância
5. Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?	

Obrigado por sua colaboração!

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

8.6 APÊNDICE F

Folha de Validação Semântica - Subsérie A – Profissionais de Saúde

Item	Os itens são claros?		Se o item não esta claro, como vocêalaria/expressaria isso?
	Sim	Não	Reformulação
Respiração Independente de vocalização			
1. • Normal			
2. • Dificuldade ocasional para respirar			
3. • Curto período de hiperventilação.			
4. • Respiração ruidosa e com dificuldades.			
5. • Longo período de hiperventilação			
6. • Respiração de Cheyne-stokes			
Vocalização negativa			
1. • Nenhuma			
2. • Resmungos <u>ou</u> gemidos ocasionais			
3. • Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo			
4. • Chamados perturbadores repetitivos			
5. • Resmungos e gemidos altos.			
6. • Choro			

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

Definições dos Itens Anteriores		Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
	RESPIRAÇÃO	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	Reformulação
1.	<u>Respiração normal</u> é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).			
2.	<u>Dificuldade ocasional para respirar</u> é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.			
3.	<u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizada por intervalos de respiração profunda e rápida, que dura um curto período de tempo.			
4.	<u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser extenuantes ou desgastantes.			
5.	<u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por respirações profundas com frequência elevada que duram um tempo considerável.			
6.	<u>Respiração de Cheyne-Stokes</u> é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai desde respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (ausência de respiração).			

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

Definições dos Itens Anteriores		Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
	VOCALIZAÇÃO NEGATIVA	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	Reformulação
1.	<u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.			
2.	<u>Resmungos ou gemidos ocasionais</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.			
3.	<u>Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo</u> é caracterizada por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.			
4.	<u>Chamados perturbadores repetitivos</u> são caracterizado por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.			
5.	<u>Resmungos e gemidos altos</u> são caracterizados por sons, muito mais altos do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.			
6.	<u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.			

Obrigado por sua colaboração!

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

8.7 APÊNDICE G

Folha de Validação Semântica - Subsérie B – Profissionais de Saúde

Item	Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	Reformulação
Expressão facial			
1. • Sorrindo ou inexpressiva			
2. • Triste.			
3. • Assustada			
4. • Franzida			
5. • Careta			
Consolabilidade			
1. • Sem necessidade de consolar			
2. • Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque			
3. • Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)			

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

Definições dos Itens Anteriores		Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
	<i>Expressão facial</i>	Sim	Não	Reformulação
1.	<u>Sorrindo ou inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão.			
2.	<u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.			
3.	<u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecem bem abertos.			
4.	<u>Franzida</u> é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.			
5.	<u>Careta</u> é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.			

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

Definições dos Itens Anteriores		Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
<i>Consolabilidade</i>		Sim	Não	Reformulação
1.	<u>Sem necessidade de consolar</u> é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.			
2.	<u>Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque</u> é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.			
3.	<u>Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)</u> é caracterizada por uma incapacidade de acalmar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Conforto verbal ou físico não são capazes de aliviar o comportamento.			

Obrigado por sua colaboração!

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

8.8 APÊNDICE H

Folha de Validação Semântica - Subsérie C – Profissionais de Saúde

Item	Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	Reformulação
LINGUAGEM CORPORAL			
1. • Relaxada			
2. • Tensa.			
3. • Andar angustiado /afrito de um lado para o outro			
4. • Inquietação			
5. • Rígida.			
6. • Punhos cerrados			
7. • Joelhos encolhido			
8. • Puxar ou empurrar para longe			
9. • Comportamento agressivo			

Instrumento adaptado do **DISABKIDS** (DISABKIDS GROUP, 2002).

Definições dos Itens Anteriores		Os itens são claros?		Se o item não está claro, como você falaria/expressaria isso?
LINGUAGEM CORPORAL		Sim	Não	Reformulação
1.	<u>Relaxada</u> é caracterizada pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranqüila.			
2.	<u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contraturas).			
3.	<u>Andar angustiado / aflito de um lado para o outro</u> é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento.			
4.	<u>Inquietação</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.			
5.	<u>Rígida</u> é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contraturas).			
6.	<u>Punhos cerrados</u> é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.			
7.	<u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluir quaisquer contraturas).			
8.	<u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou aos cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.			
9.	<u>Comportamento Agressivo</u> é caracterizado por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.			

Obrigado por sua colaboração!

Instrumento adaptado do DISABKIDS (DISABKIDS GROUP, 2002).

8.9 APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Projeto de pesquisa: Tradução e adaptação transcultural da escala “pain assessment in advanced dementia – painad”

Mestranda: Gabriela Gallego Valera

Orientadora: Priscilla Hortense

Para a realização da primeira etapa do projeto: TRADUÇÃO

Prezado senhor(a),

O projeto de pesquisa intitulado “Tradução e adaptação transcultural da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD” tem como objetivo geral fazer a tradução e adaptação transcultural desta escala para a língua portuguesa. Esta escala é composta de itens que possibilitam a avaliação comportamental de idosos com demência avançada no que se refere à presença de dor. Este instrumento irá possibilitar a avaliação e mensuração da dor em idosos com demência avançada, e desta forma, possibilitar aos profissionais da saúde o manejo adequado deste sintoma nestes indivíduos.

Estamos convidando-o(a) a participar da primeira etapa desta pesquisa, que consiste no processo de tradução da escala PAINAD do inglês para o português por dois tradutores independentes. Os autores do instrumento original autorizaram a realização desta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente.

Monte Alto, 08 de maio de 2012.

8.10 APÊNDICE J

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	Traduções para o Português		Versão resultante da análise das traduções em português
	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)	T1 + T2 + Pesquisadoras
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Avaliação da Escala de Dor em Demência Avançada (PAINAD)	Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada	Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada
Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar suas atitudes. Pontue as atitudes de acordo com a tabela abaixo. As definições de cada item são fornecidas na próxima página. O paciente pode ser observado sob diferentes condições (por exemplo: em repouso, durante uma atividade agradável, durante o cuidado, depois da administração de medicação para dor).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).
Behavior	Comportamento	Comportamento	Comportamento
Breathing Independent of vocalization	Respiração Independente da vocalização	Respiração Independente de vocalização	Respiração Independente de vocalização
<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal
<ul style="list-style-type: none"> • Occasional labored breathing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocasional dificuldade em respirar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade ocasional para respirar 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade ocasional para respirar

• Short period of hyperventilation	• Curto período de hiperventilação	• Curto período de hiperventilação.	• Curto período de hiperventilação
• Noisy labored breathing.	• Dificuldade e ruído ao respirar	• Respiração ruidosa e com dificuldades.	• Respiração ruidosa e com dificuldades.
• Long period of hyperventilation.	• Longo período de hiperventilação	• Longo período de hiperventilação.	• Longo período de hiperventilação
• Cheyne-stokes respirations	• Respiração de Cheyne-Stokes	• Respiração Cheyne-stokes	• Respiração Cheyne-stokes
Negative Vocalization	Vocalização Negativa	Vocalização negativa	Vocalização negativa
• None	• Nenhuma	• Nenhuma	• Nenhuma
• Occasional moan or groan.	• Ocasionais resmungos e gemidos.	• Lamento ou gemido ocasional.	• Ocasionais resmungos e gemidos.
• Low level speech with a negative or disapproving quality	• Fala de nível baixo com qualidade desaprovada ou negativa.	• Discurso em baixo volume de natureza negativa ou desaprovadora.	• Fala de nível baixo com qualidade desaprovada ou negativa.
• Repeated troubled calling out.	• Chamados perturbadores repetitivos	• Chamados incomodados repetidos.	• Chamados perturbadores repetitivos
• Loud moaning or groaning.	• Altos resmungos e gemidos.	• Gemido ou lamento alto.	• Altos resmungos e gemidos.
• Crying	• Choro	• Choro	• Choro
Facial expression	Expressão facial	Expressão facial	Expressão facial
• Smiling, or inexpressive	• Sorrindo ou inexpressivo	• Sorrindo ou inexpressiva	• Sorrindo ou inexpressiva
• Sad.	• Tristeza	• Triste.	• Triste
• Frightened.	• Assustado.	• Assustada	• Assustada
• Frown	• Carrancudo	• Franzida	• Franzida
• Facial grimacing	• Caretas	• Careta	• Careta
Body Language	Linguagem corporal	Linguagem corporal	Linguagem corporal
• Relaxed	• Relaxado	• Relaxada	• Relaxada

• Tense.	• Tensão.	• Tensa.	• Tensa.
• Distressed pacing.	• Andar aflito	• Andar angustiado de um lado para o outro.	• Andar angustiado de um lado para o outro
• Fidgeting	• Inquietação	• Movimento nervoso	• Movimento nervoso
• Rigid.	• Rigidez.	• Rígida.	• Rígida
• Fists clenched,	• Punhos cerrados.	• Punhos cerrados	• Punhos cerrados
• Knees pulled up.	• Joelhos encolhidos	• Joelhos puxados para cima	• Joelhos encolhidos
• Pulling or pushing away.	• Esquivamento	• Puxar ou empurrar para longe	• Puxar ou empurrar para longe
• Striking out	• Agressividade	• Golpeando para fora	• Agressividade
Consolability	Consolabilidade	Capacidade de ser consolado	Consolabilidade
• No need to console	• Sem necessidade de consolar	• Não requer ser reconfortado(a).	• Sem necessidade de consolar
• Distracted or reassured by voice or touch	• Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	• Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	• Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque
• Unable to console, distract or reassure	• Não é possível consolar, distrair ou tranquilizar.	• Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a).	• Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)
Score	Pontos	Score	Escore
Total	TOTAL	TOTAL	Total
Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Essa variação é baseada numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foi consolidado em literatura para essa avaliação.	Pontuação: A pontuação total varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estes intervalos são baseados numa escala padrão de dor de 0-10 mas não foram fundamentadas na literatura para este instrumento.	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Essa variação é baseada numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foi consolidado em literatura para essa avaliação.

Continuação

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	Traduções para o Português		Versão resultante da análise das traduções em português
	TRADUTOR 1 (T1)	TRADUTOR 2 (T2)	T1 + T2 + Pesquisadoras
Item definitions	Definição de Itens	Definição dos itens	Definição dos itens
Breathing	Respiração	Respiração	Respiração
1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.	1. <u>Respiração normal</u> é caracterizada por respirações rítmicas (suaves), silenciosas e sem esforço.	1. <u>Respiração normal</u> é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).	1. <u>Respiração normal</u> é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).
2. <u>Occasional labored breathing</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.	2. <u>Ocasional dificuldade em respirar</u> é caracterizada por respirações difíceis ou fatigantes, ocasional ataques de aspereza.	2. <u>Dificuldade ocasional para respirar</u> é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.	2. <u>Dificuldade ocasional para respirar</u> é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.
3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizado por intervalos de respirações rápidas e profundas durando um curto período de tempo.	3. <u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizada por intervalos de respiração profunda rápida, que dura um curto período de tempo.	3. <u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizada por intervalos de respiração profunda rápida, que dura um curto período de tempo.
4. <u>Noisy labored breathing</u> is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.	4. <u>Dificuldade e ruído ao respirar</u> é caracterizada por respirações de sons negativos na inspiração e expiração. Aparentam estrênuos ou cansativos.	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser intensas ou desgastantes.	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser intensas ou desgastantes.
5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por um grau e profundidade de respiração, excessivo de duração considerável.	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por alta e profunda taxa de respirações que duram um tempo considerável.	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por alta e profunda taxa de respirações que duram um tempo considerável.
6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep	6. <u>Respiração Cheyne-Stokes</u> é caracterizado pela variação rítmica entre respirações profundas e rasas	6. <u>Respiração de Cheyne-Stokes</u> é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai	6. <u>Respiração Cheyne-Stokes</u> é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai

to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	com períodos de apnéia (cessação da respiração).	desde de respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (respiração cessa).	desde respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (respiração cessa).
Negative Vocalization	Vocalização Negativa	Vocalização Negativa	Vocalização Negativa
1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.	1. <u>Nenhuma</u> é caracterizada por discurso ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.	1. <u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.
2. <u>Occasional moan or groan</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	2. <u>Ocasionais resmungos e gemidos</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.	2. <u>Lamento ou gemido ocasional</u> é caracterizado por sons tristes ou murmúrios, gemido ou lamentação. Gemido é caracterizado por sons inarticulados involuntários mais alto que o usual, frequentemente começando e terminando de forma abrupta.	2. <u>Ocasionais resmungos e gemidos</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.
3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Fala de baixo nível com qualidade desaprovada ou negativa</u> é caracterizado por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.	3. <u>Discurso em baixo volume de natureza negativa ou desaprovadora</u> é caracterizado por murmúrio, resmungo, choramingo, reclamação, ou xingamento em voz baixa com um tom de queixa, sarcástico ou cáustico.	3. <u>Fala de baixo nível com qualidade desaprovada ou negativa</u> é caracterizado por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.
4. <u>Repeated troubled calling out</u> is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.	4. <u>Chamados perturbadores repetitivos</u> é caracterizado por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.	4. <u>Chamados incomodados repetidos</u> são caracterizados por frases ou palavras sendo usadas repetidamente num tom que sugere ansiedade, desassossego, ou sofrimento.	4. <u>Chamados perturbadores repetitivos</u> é caracterizado por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.
5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly	5. <u>Altos resmungos e gemidos</u> é caracterizado por sons, muito mais alto do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o	5. <u>Gemido ou lamento alto</u> é caracterizado por sons tristes ou murmurados, pranto ou lamentação muito mais alto que o volume normal. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários inarticulados mais alto que o normal, começando e	5. <u>Altos resmungos e gemidos</u> é caracterizado por sons, muito mais alto do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o

beginning and ending.	normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.	terminando de forma abrupta.	normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.
6. <u>Crying</u> is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhada por lágrimas. Pode haver soluços ou baixo choramingas.	6. <u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.	6. <u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.
Facial Expression	Expressão Facial	Expressão facial	Expressão facial
1. <u>Smiling or inexpressive</u> . Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.	1. <u>Sorrindo ou inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão.	1. <u>Sorrindo ou inexpressivo(a)</u> . Sorrir é caracterizado pelos cantos da boca virados, brilho nos olhos e um olhar de prazer e satisfação. Inexpressivo (a) se refere a um olhar neutro, à vontade, relaxado ou olhar vazio.	1. <u>Sorrindo ou inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão.
2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Tristeza</u> é caracterizada por uma aparência de pena, infeliz, solitária, ou abatida. Pode haver lágrimas nos olhos.	2. <u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos	2. <u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.
3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Assustado</u> é caracterizado por um olhar de medo, alarme, ou ansiedade elevada. Os olhos aparecem estralados.	3. <u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecer bem abertos.	3. <u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecer bem abertos.
4. <u>Frown</u> is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Carrancudo</u> é caracterizado pelos cantos da boca estar virados para baixo. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa e em volta da boca.	4. <u>Franzida</u> é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.	4. <u>Franzida</u> é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.
5. <u>Facial grimacing</u> is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Caretas</u> é caracterizado por uma aparência distorcida, estressada. A testa é mais enrugada assim como a área em torno da boca. Os olhos podem estar espremidos.	5. <u>Careta</u> é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.	5. <u>Careta</u> é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.

Body Language	Linguagem Corporal	Linguagem corporal	Linguagem corporal
1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.	1. <u>Relaxado</u> é caracterizado pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranqüila.	1. <u>Relaxada</u> é caracterizado por uma aparência calma, descansada, suave. A pessoa parece estar confortável.	1. <u>Relaxado</u> é caracterizado pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranqüila.
2. <u>Tense</u> is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched. (exclude any contractures).	2. <u>Tensão</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva ou preocupada. A mandíbula pode estar fortemente fechada. (excluindo contractura).	2. <u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contracturas).	2. <u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contracturas).
3. <u>Distressed pacing</u> is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.	3. <u>Andar aflito</u> é caracterizado por atividades que parecem inquietas. Pode haver um elemento de medo, preocupação e perturbador presente. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento.	3. <u>Andar angustiado de um lado para o outro</u> é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento.	3. <u>Andar angustiado de um lado para o outro</u> é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento.
4. <u>Fidgeting</u> is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.	4. <u>Inquietação</u> é caracterizada por movimento inquieto. Contorcer ou balancear na cadeira pode ocorrer. A pessoa pode arrastar a cadeira pelo quarto. Podem ser observados também movimentos repetitivos de tocar, puxar e esfregar partes do corpo.	4. <u>Movimento nervoso</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.	4. <u>Movimento nervoso</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.
5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (exclude any contractures).	5. <u>Rigidez</u> é caracterizada por enrijecimento do corpo. Os braços e/ou pernas ficam firmes e inflexíveis. O tronco pode aparecer em linha reta e inflexível. (excluindo contractura).	5. <u>Rígida</u> é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contracturas).	5. <u>Rígida</u> é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contracturas).
6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.	6. <u>Punhos cerrados</u> são caracterizados por punhos fortemente cerrados. As mãos podem se abrir e se fechar repetidamente ou ser mantidas firmemente fechadas.	6. <u>Punhos cerrados</u> é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.	6. <u>Punhos cerrados</u> é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.

7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (exclude any contractures).	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluindo contratura).	7. <u>Joelhos puxados para cima</u> é caracterizado por flexão das pernas puxando os joelhos em direção ao peito. Uma aparência geral conturbada. (excluir quaisquer contraturas).	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluindo contratura).
8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.	8. <u>Esquivamento</u> é caracterizado por resistência perante aproximação ou cuidado. A pessoa tenta escapar puxando ou contorcendo-se para se libertar ou empurrando você para longe.	8. <u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou à cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.	8. <u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou à cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.
9. <u>Striking out</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Agressividade</u> é caracterizada por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.	9. <u>Golpeando</u> é caracterizado por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.	9. <u>Agressividade</u> é caracterizada por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.
Consolability	Consolabilidade	Capacidade de ser consolado	Consolabilidade
1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well being. The person appears content.	1. <u>Sem necessidade de consolar</u> é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.	1. <u>Não precisa ser consolado(a)</u> é caracterizado por um senso de bem-estar. A pessoa aparenta estar satisfeita.	1. <u>Sem necessidade de consolar</u> é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.
2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.	2. <u>Distraído ou tranquilizado por voz ou toque</u> é caracterizada pela interrupção do comportamento quando a pessoa é tocada ou quando se fala com ela. O comportamento cessa durante o período de interação sem a indicação de que a pessoa esteja estressada.	2. <u>Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque</u> é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.	2. <u>Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque</u> é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.
3. <u>Unable to console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.	3. <u>Não é possível consolar, distrair ou tranquilizar</u> é caracterizado pela incapacidade de acalmar a pessoa ou parar um comportamento com palavras e ações. Quantidade nenhuma de reconforto, verbal ou físico, irá aliviar o comportamento.	3. <u>Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)</u> é caracterizada por uma incapacidade de consolar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Nenhuma quantidade de conforto verbal ou físico é capaz de aliviar o comportamento.	3. <u>Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)</u> é caracterizada por uma incapacidade de consolar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Nenhuma quantidade de conforto verbal ou físico é capaz de aliviar o comportamento.

8.11 APÊNDICE K

VERSÕES DA BACK TRANSLATION			
Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	BT1	BT2	BT3
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain Assessment in Advanced Dementia – Painad	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain in Advanced Dementia Evaluation Scale
<i>Instructions:</i> Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).	<i>Instructions:</i> Observe the patient for five minutes before scoring his or her behavior. Score the behavior according to the following table. The definitions of each item are given on the next page. Patient can be observed in different conditions (for example, at rest, during a pleasant activity, while caregiving, after receiving pain medication).	<i>Instructions:</i> Observe the patient for five minutes before scoring his/her behavior. Score the behaviors according to the table below. The definitions for each item are indicated on the following page. The patient can be observed in different conditions (like when at rest, while doing something pleasant, during care delivery, after getting pain medication).	<i>Instructions:</i> Observe the patient for five minutes before scoring his or her behavior. Score the behavior according to the following table. The definition of each item is provided on the next page. The patient can be observed under different conditions (for example, at rest, during an enjoyable activity, while receiving care, after receiving pain medication).
Behavior	Behavior	Behavior	Behavior
Breathing Independent of vocalization	Breathing Independent of vocalization	Breathing Independent of vocalization	Breathing Regardless of vocalization
<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal
<ul style="list-style-type: none"> • Occasional labored breathing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasional difficult breathing 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasional difficulty to breathe 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasional difficulty breathing
<ul style="list-style-type: none"> • Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Short period of hyperventilation

• Noisy labored breathing.	• Noisy and difficult breathing.	• Noisy and difficult breathing.	• Noisy breathing with difficulties.
• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation
• Cheyne-stokes respirations	• Cheyne-Stokes respiration.	• Cheyne-Stokes respirations	• Cheyne-Stokes respiration
Negative Vocalization	Negative vocalization	Negative vocalization	Negative vocalization
• None	• None	• None	• None
• Occasional moan or groan.	• Occasional moan and groan	• Occasional moans and groans.	• Occasional moan and groan.
• Low level speech with a negative or disapproving quality	• Low level speech with a negative or disapproving quality.	• Low-level speech with a disapproving or negative quality.	• Low-level speech with disapproving or negative quality.
• Repeated troubled calling out.	• Repetitive disturbing calling.	• Repeated troubled calling.	• Disturbed repetitive calling.
• Loud moaning or groaning.	• Loud moaning and groaning	• Loud moaning and groaning.	• Loud moans and groans
• Crying	• Crying	• Crying	• Crying
Facial expression	Facial expression	Facial expression	Facial expression
• Smiling, or inexpressive	• Smiling or inexpressive	• Smiling or inexpressive	• Smiling or inexpressive
• Sad.	• Sad	• Sad.	• Sad.
• Frightened.	• Frightened	• Frightened	• Scared
• Frown	• Frown	• Frown	• Frowning
• Facial grimacing	• Grimace.	• Grimacing	• Grimacing
Body Language	Body language	Body language	Body Language
• Relaxed	• Relaxed	• Relaxed	• Relaxed
• Tense.	• Tense	• Tense.	• Tense.
• Distressed pacing.	• Distressed walk	• Distressed walking up and down.	• Distressed walking from one side to the other.
• Fidgeting	• Anxious movement.	• Fidgeting	• Nervous movement

<ul style="list-style-type: none"> • Rigid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigid.
<ul style="list-style-type: none"> • Fists clenched, 	<ul style="list-style-type: none"> • Clenched fists. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clenched fists 	<ul style="list-style-type: none"> • Fists Clenched
<ul style="list-style-type: none"> • Knees pulled up. 	<ul style="list-style-type: none"> • Knees pulled up. 	<ul style="list-style-type: none"> • Knees pulled up 	<ul style="list-style-type: none"> • Knees drawn up
<ul style="list-style-type: none"> • Pulling or pushing away. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pull or push away. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pushing or pulling away 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulling or pushing away
<ul style="list-style-type: none"> • Striking out 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressiveness. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressiveness 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressiveness
Consolability	Consolability	Consolability	Consolability
<ul style="list-style-type: none"> • No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> • No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> • No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> • No need to console
<ul style="list-style-type: none"> • Distracted or reassured by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracted or reassured by voice or touch. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracted or calmed down by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracted or reassured by voice or touch.
<ul style="list-style-type: none"> • Unable to console, distract or reassure 	<ul style="list-style-type: none"> • Unable to be console, distract or reassure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unable to console, distract or calm down 	<ul style="list-style-type: none"> • Unable to be consoled, distracted or reassured
Score	Score	Score	Score
Total	Total	Total	Total
<p>Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.</p>	<p>Score: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the score is: 1-3 = mild pain, 4-6 = moderate pain, 7-10 = severe pain. These variation is based on a standard pain scale from 0-10, but was not consolidated in the literature for this assessment</p>	<p>Score: The total score range is 0-10. One possible interpretation of the score is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. This variation is based on a standard 0-10 pain scale, but has not been consolidated in the literature for this evaluation.</p>	<p>Score: The total score ranges from 0-10 points. One possible interpretation of the score is: 1-3=mild pain, 4-6=moderate pain, 7-10=severe pain. This variation is based on a standard pain scale of 0-10, but was not consolidated in the literature for this evaluation.</p>

Continuação

VERSÕES DA BACK TRANSLATION			
Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	BT1	BT2	BT3
Item definitions	Definition of items	Item definition	Definition of the items
Breathing	Breathing	Breathing	Breathing
1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (calm) breathing.	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, silent, rhythmic (calm) breathing.	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (calm) breathing.
2. <u>Occasional labored breathing</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.	2. <u>Occasional difficult breathing</u> is characterized by episodic bursts of vigorous, difficult or tiring breathing	2. <u>Occasional difficulty to breathe</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or tiresome breathing.	2. <u>Occasional difficulty in breathing</u> is characterized by episodic bouts of vigorous, difficult or tiring breathing.
3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breathing, lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid deep breathing, which lasts a short period of time.
4. <u>Noisy labored breathing</u> is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.	4. <u>Noisy and difficult breathing</u> is characterized by negative sounding breathing at inspiration or expiration. They may be loud, gurgling or wheezing. They seem to be intense or wearing.	4. <u>Noisy and difficult breathing</u> is characterized by negative sounding respirations upon inspiration or expiration. They can be loud, gurgling or wheezing. They appear intense or wearing.	4. <u>Noisy breathing with difficulties</u> is characterized by breathing, inhalation or exhalation that sounds negative. They may be loud, gurgling or with wheezing. They seem to be intense or exhausting.
5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by high and deep rate of breaths lasting a	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by a high rate and depth of respirations lasting a	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by a high and deep rate of breathing which last

considerable time.	considerable time.	considerable time.	a considerable time.
6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respiration</u> is characterized by rhythmic ascending and descending breathing ranging from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing, ranging from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respiration</u> is characterized by rhythmic ascending and descending breathing that goes from very deep breathing to shallow breathing with periods of apnea (breathing stops).
Negative Vocalization	Negative vocalization	Negative Vocalization	Negative vocalization
1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization of neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization of a neutral or pleasant quality.
2. <u>Occasional moan or groan</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	2. <u>Occasional moan and groan</u> are characterized by sounds of sadness or murmuring, depressive wails or laments. The groan is characterized by involuntary sounds, inarticulate and louder than usual, often beginning and ending abruptly.	2. <u>Occasional moans and groans</u> are characterized by mournful or murmuring sounds, laments or wails. Groaning is characterized by involuntary, inarticulate and higher than normal sounds, frequently starting and ending abruptly.	2. <u>Occasional moans and groans</u> are characterized by sad or murmuring sounds, wails or depressive laments. The groan is characterized by involuntary, inarticulate and louder than normal sounds, often beginning and ending abruptly.
3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, murmur, moan, complaint, or swearing in a low volume in a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Low-level speech with a disapproving or negative quality</u> is characterized by muttering, murmuring, wailing, grumbling or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic and caustic tone.	3. <u>Low-level speech with disapproving or negative quality</u> is characterized by moaning, murmuring, wailing, complaining, or swearing at a low volume in a complaining, sarcastic and caustic tone.
4. <u>Repeated troubled calling out</u> is characterized by phrases or words being used over and over in a tone	4. <u>Repetitive disturbing calling</u> is characterized by phrases or words used repetitively in a tone that	4. <u>Repeated troubled calling</u> is characterized by phrases or words being used repeatedly and in a tone	4. <u>Disturbed repetitive calling</u> is characterized by phrases or words that are used repeatedly

that suggests anxiety, uneasiness, or distress.	suggests anxiety, uneasiness or distress.	that suggests anxiety, uneasiness or stress. inarticulate sounds, frequently starting and ending abruptly.	and in a tone that suggested anxiety, restlessness or stress.
5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	5. <u>Loud moaning and groaning</u> is characterized by sounds of sadness or murmuring, depressive wails or laments, much louder than usual volume. Loud groan is characterized by involuntary sounds, inarticulate and louder than usual, often beginning and ending abruptly.	5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, laments or wails much louder than usual. Loud groaning is characterized by louder than normal involuntary, inarticulate sounds, frequently starting and ending abruptly.	5. <u>Loud moans and groans</u> is characterized by sounds, much louder than normal, of sadness or murmurs, wails and depressive laments. The loud groan is characterized by involuntary, inarticulate and louder than normal sounds, often beginning and ending abruptly
6. <u>Crying</u> is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by an expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by the expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or silent crying.
Facial Expression	Facial expression.	Facial expression.	Facial expression
1. <u>Smiling or inexpressive.</u> Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.	1. <u>Smiling</u> is characterized by upturned corners of the mouth, shining eyes and an appearance of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral appearance, relaxed, calm and with no expression.	1. <u>Smiling or inexpressive</u> Smiling is characterized by corners of the mouth turned upwards, shining of the eyes and a pleasant or content look. Inexpressiveness refers to a neutral, relaxed, calm and blank look.	1. <u>Smiling or inexpressive</u> The smile is characterized by the corners of the mouth becoming upturned, shining eyes and a pleasing or content appearance. Inexpressive refers to a neutral, relaxed, quiet, expressionless appearance.
2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonely, sorrowful, or depressed look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, painful or depressed look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonely, sad, or depressed look. There may be tears in the eyes.

3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or increased anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or increased anxiety. The eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm, or increased anxiety. The eyes appear wide open.
4. <u>Frown</u> is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Frown</u> is characterized by a downward curve at the corners of the mouth. There may be an increase in facial wrinkling, in the forehead and around the mouth.	4. <u>Frown</u> is characterized by corners of the mouth turned down. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Frowning</u> is characterized by a downward curve at the corners of the mouth. An increase of facial wrinkles, on the forehead and around the mouth can be seen.
5. <u>Facial grimacing</u> is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Grimace</u> is characterized by a distorted and distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be closed, squeezed.	5. <u>Grimacing</u> is characterized by a distorted and look anguished. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Grimacing</u> is characterized by a distorted and anguished face. The forehead is more wrinkled, as well as the area around the mouth. The eyes may be closed, squeezed.
Body Language	Body language	Body language	Body Language
1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful and smooth appearance. The person seems to be serene.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, serene and sweet appearance. The person appears to be at ease.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, peaceful and docile appearance. The person appears to be tranquil.
2. <u>Tense</u> is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched. (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive, or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive or concerned appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).
3. <u>Distressed pacing</u> is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.	3. <u>Distressed walk</u> is characterized by activity that seems uneasy. It may be accompanied by fear, worry or disturbance. The rate may be	3. <u>Distressed walking up and down</u> is characterized by activity that appears restless. Can be accompanied by fear, concern or disturbance. Can be faster or slower.	3. <u>Distressed walking from one side to the other</u> is characterized by activity that seems unsettled. It may be accompanied by fear, worry and disturbance. The pace may be faster or slower.

	faster or slower.		
4. <u>Fidgeting</u> is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.	4. <u>Anxious movement</u> is characterized by restless movement. The person may squirm or wiggle in the chair. The person might push a chair across the room. Touches, pushes, or rubs body parts repeatedly.	4. <u>Fidgeting</u> is characterized by an agitated movement. The person may squirm or rock in the chair. The person may hitch a chair to the other side of the room. Repeatedly touches, pulls or rubs body parts.	4. <u>Nervous movement</u> is characterized by an agitated movement. The person may writhe or rock in the chair. The person may push a chair across the room. Touching, pulling or rubbing body parts repeatedly.
5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and rigid (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are firm and inflexible. The trunk may appear straight and inflexible. (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> it is characterized by hardening of the body. The arms and/or legs are firm and inflexible. The trunk may appear straight and inflexible. (Exclude any contractures).
6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.	6. <u>Clenched fists</u> is characterized by very tight hands. They may be opened and closed repeatedly or held well tight.	6. <u>Clenched fists</u> is characterized by hands shut tightly. They can be open and closed again and again or kept tight.	6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They can be opened and closed repeatedly or held tightly closed.
7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (exclude any contractures).	7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by bending the legs and bringing the knees close to the chest. An overall disturbed appearance (excluding any contracture).	7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and pulling the knees closely towards the chest. An overall troubled appearance (excluding contracture).	7. <u>Knees drawn up</u> is characterized by bending the legs and bring the knees close to the chest. A troubled general appearance (excluding contracture).
8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or	8. <u>Pull or push away</u> is characterized by resistance to approach or to care. The person tries to escape abruptly, forcedly, or pulls you away.	8. <u>Pushing or pulling away</u> is characterized by resistance to approach or care. The tense person tries to wrench himself free abruptly, forcefully or pushes you away.	8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistance to being approached or to the care. The person tries to disengage abruptly, with force, or pushes you away.

shoving you away.			
9. <u>Striking out</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting or other form of personal attack	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal attack.
Consolability	Consolability	Consolability	Consolability
1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well being. The person appears content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well-being. The person appears to be content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a feeling of wellbeing. The person appears to be content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well-being. The person appears to be content.
2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior is interrupted during the period of interaction with no indication that the person is completely distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by an interruption in the behavior when the person is spoken to or touches. The behavior is disrupted during the period of interaction, without any sign that the person is totally distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by an interruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior is interrupted during the period of interaction with no indication that the person is totally distraught.
3. <u>Unable to console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.	3. <u>Unable to be console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to console the person or stop a behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comforting will alleviate the behavior.	3. <u>Unable to console, distract or calm down</u> is characterized by the inability to console the person or stop the behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comfort is capable of alleviating the behavior.	3. <u>Cannot be consoled, distracted or reassured</u> is characterized by an inability to console the person or stop the behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comfort is able to alleviate the behavior.

8.12 APÊNDICE L

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada	4	4	4	4	4	3	1	Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada
Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).	4	3	4	4	3	3	1	Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).
Behavior	Comportamento	4	4	4	4	4	4	1	Comportamento
Breathing Independent of vocalization	Respiração Independente de vocalização	4	4	4	4	4	4	1	Respiração Independente de vocalização
• Normal	• Normal	4	4	4	4	4	4	1	• Normal
• Occasional labored breathing.	• Dificuldade ocasional para respirar	4	4	4	4	3	4	1	• Dificuldade ocasional para respirar

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS:
pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4:
muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
• Short period of hyperventilation	• Curto período de hiperventilação	4	4	4	4	4	3 Sugestão: Breve	1	• Curto período de hiperventilação.
• Noisy labored breathing.	• Respiração ruidosa e com dificuldades.	4	4	4	3 (trabalhosa)	3	3	1	• Respiração ruidosa e com dificuldades.
• Long period of hyperventilation.	• Longo período de hiperventilação	4	4	4	4	4	4	1	• Longo período de hiperventilação
• Cheyne-stokes respirations	• Respiração Cheyne-stokes	3 (Respiração de Cheyne-Stokes)	3 (Respiração de Cheyne-Stokes)	4	4	4	4	1	• Respiração de Cheyne-stokes
Negative Vocalization	Vocalização negativa	4	4	4	4	4	4	1	Vocalização negativa
• None	• Nenhuma	4	4	4	4	4	4	1	• Nenhuma

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
<ul style="list-style-type: none"> Occasional moan or groan. 	<ul style="list-style-type: none"> Ocasionais resmungos e gemidos. 	4	3 (Resmungos e gemidos ocasionais)	2 Para melhor compreensão em português sugiro mudar a ordem e mudar para ou: resmungos ou gemidos ocasionais.	2 (Resmungos <u>ou</u> gemidos ocasionais)	4 Obs:sugiro colocar “Resmungos e gemidos ocasionais”)	4	0,67	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos <u>ou</u> gemidos ocasionais
<ul style="list-style-type: none"> Low level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> Fala de nível baixo com qualidade desaprovada ou negativa. 	3	2 (Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo)	2 Penso que ficaria mais claro: Fala em baixo volume de voz com qualidade desaprovada ou negativa.	2 (fala de baixo volume) (desaprovadora)	3	2 Sugestão: Fala de baixo nível com pouca qualidade ou qualidade desaprovada	0,33	<ul style="list-style-type: none"> <u>Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo</u> desaprovador ou negativo.
<ul style="list-style-type: none"> Repeated troubled calling out. 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos 	4	4	4	2	4	3	0,83	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
• Loud moaning or groaning.	• Altos resmungos e gemidos.	4	4	2 (mesma consideração sobre a posição do adjetivos após o substantivo e a palavra ou. Sugiro: resmungos ou gemidos altos. Dando ideia de que o sujeito pode apresentar tanto um qto o outro)	4	4 Obs: sugiro colocar “Resmungos e gemidos altos”	3 Sugestão: Resmungos e gemidos altos	0,83	• Resmungos <u>ou</u> gemidos altos.
• Crying	• Choro	4	4	4	4	3	4	1	• Choro
Facial expression	Expressão facial	4	4	4	4	4	4	1	Expressão facial
• Smiling, or inexpressive	• Sorrindo ou inexpressiva	4	4	4	4	4	4	1	• Sorrindo ou inexpressiva
• Sad.	• Triste	4	4	4	4	4	4	1	• Triste
• Frightened.	• Assustada	4	4	4	4	4	4	1	• Assustada
• Frown	• Franzida	3	4	4	4	4	4	1	• Franzida
• Facial grimacing	• Careta	4	4	4	3(enrugamento facial)	3	4	1	• Careta
Body Language	Linguagem corporal	4	4	4	4	4	4	1	Linguagem corporal
• Relaxed	• Relaxada	4	4	4	4	4	4	1	• Relaxada

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente									
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
• Tense.	•Tensa.	4	4	4	4	4	4	1	•Tensa.
• Distressed pacing.	•Andar angustiado de um lado para o outro	4	3	4	4	3	2 Sugestão: Andar aflito de um lado para outro	0,83	•Andar angustiado/ <u>aflito</u> de um lado para o outro
• Fidgeting	•Movimento nervoso	2 (inquietação)	2 (inquietação motora)	2 (sugiro inquietação)	3 (movimentos nervosos)	3	3	0,5	•Inquietação
• Rigid.	•Rígida	4	4	4	4	4	4	1	•Rígida
• Fists clenched,	•Punhos cerrados	4	4	4	4	4	4	1	•Punhos cerrados
• Knees pulled up.	•Joelhos encolhidos	4	4	4	4	4	2	0,83	•Joelhos encolhidos
• Pulling or pushing away.	•Puxar ou empurrar para longe	3	4	4	4	3	3	1	•Puxar ou empurrar para longe
• Striking out	•Agressividade	2	4	4	2(comportamento agressivo)	3	4	0,67	• <u>Comportamento agressivo</u>

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
Consolability	Consolabilidade	3	3	4	4	4	3	1	Consolabilidade
• No need to console	•Sem necessidade de consolar	4	3	4	4	4	4	1	•Sem necessidade de consolar
• Distracted or reassured by voice or touch	•Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	4	4	4	4	4	4	1	•Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque
• Unable to console, distract or reassure	•Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	4	4	4	4	3	4	1	•Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)
Score	Escore	3	3	4	2 (pontuação)	4	2 Pontuação	0,67	Pontuação
Total	Total	4	4	4	4	4	4	1	Total
Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Essa variação é baseada numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foi consolidado em literatura para essa avaliação.	2 (estas variações são baseadas ...mas não foram)	4	4	2 comprovada na literatura)	4	3 Sugestão: alterar “para essa avaliação” para esse instrumento	0,67	Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
Item definitions	Definição dos itens	4	4	4	4	3	4	1	Definição dos itens
Breathing	Respiração	4	4	4	4	4	4	1	Respiração
1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.	1. <u>Respiração normal</u> é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).	2 (suaves)	3	4	4	3	4	0,83	1. <u>Respiração normal</u> é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).
2. <u>Occasional labored breathing</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.	2. <u>Dificuldade ocasional para respirar</u> é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.	3	4	4	3 (Respiração trabalhosa ocasional)	3	3	1	2. <u>Dificuldade ocasional para respirar</u> é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.
3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizada por intervalos de respiração profunda rápida, que dura um curto período de tempo.	4	3	4	3 (profunda e rápida)	3	3 Sugestão: breve	1	3. <u>Curto período de hiperventilação</u> é caracterizada por intervalos de respiração profunda e rápida, que dura um curto período de tempo.

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
4. <u>Noisy labored breathing</u> is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser intensas ou desgastantes.	3	3 (gorgolejante soa estranho)	2 (explicar o sentido de negativa para a nossa cultura ou encontrar uma palavra mais adequada).	2 (Respiração trabalhosa e ruidosa)	3	2 Sugestão: Parecem ser extenuantes ou desgastantes Conceituar sons negativos	0,5	4. <u>Respiração ruidosa e com dificuldades</u> é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser extenuantes ou desgastantes.
5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por alta e profunda taxa de respirações que duram um tempo considerável.	2 (excessiva taxa)	3	2 Sugiro: caracterizado por respirações profundas com frequência elevada (ou excessiva) que duram um tempo considerável)	2 (por uma taxa alta de respirações profundas) (que <u>dura</u> um tempo considerável)	3	3	0,5	5. <u>Longo período de hiperventilação</u> é caracterizado por respirações profundas com frequência elevada que duram um tempo considerável.

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Respiração de Cheyne-Stokes</u> é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai desde de respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (respiração cessa).	3	4	4	1 (caracterizada por um ritmo em que se alternam ciclos de respiração crescente e decrescente, desde uma respiração muito profunda a respiração superficial, com períodos de apnéia (cessação da respiração))	3 Obs: sugiro retirar desde de...	3 Sugestão: apneia (ausência de respiração)	0,83	6. <u>Respiração Cheyne-Stokes</u> é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai desde respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (ausência de respiração).
Negative Vocalization	Vocalização Negativa	4	4	2 negativa parece incomum na nossa cultura)	4	4	4	0,83	Vocalização Negativa
1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.	4	4	4	4	3	4	1	1. <u>Nenhuma</u> é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente									
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
2. <u>Occasional moan or groan</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	2. <u>Ocasionais resmungos e gemidos</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.	3 (mais altos)	3 (mais altos)	2 (resmungos ou gemidos ocasionais)	2 (são caracterizados por sons lúgubres ou murmurantes, gemidos, queixas ou lamentos.) (mais altos do que o normal)	3	2 O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentes, de início e término abruptos.	0,5	2. <u>Resmungos ou gemidos ocasionais.</u> são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.
3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Fala de baixo nível com qualidade desaprovada ou negativa</u> é caracterizado por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.	3	2 (Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovado ou negativo)	2 (mesma consideração anterior: baixo volume)	2 (Fala de baixo volume com qualidade desaprovada)	4	2 Sugestão: Fala de baixo nível com pouca qualidade ou qualidade desaprovada	0,33	3. <u>Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovado ou negativo</u> é caracterizada por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico ou cáustico.

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
4. <u>Repeated troubled calling out</u> is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.	4. <u>Chamados perturbadores repetitivos</u> é caracterizado por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.	4 são caracteri- zados	3	4	2	3	3	0,83	4. <u>Chamados perturbadores repetitivos</u> são caracterizado por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.
5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	5. <u>Altos resmungos e gemidos</u> é caracterizado por sons, muito mais alto do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.	3	3 (Resmun- gos e gemidos altos)	2 (resmungos ou gemidos altos)	2 (são caracterizados por sons, muito mais altos do que o normal, lúgubres ou murmurantes, gemidos, queixas ou lamentos.) (mais altos do que o normal)	3	3	0,67	5. <u>Resmungos e gemidos altos</u> são caracterizados por sons, muito mais altos do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, freqüentemente começando e terminando abruptamente.

**ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4)
sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente**

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
6. <u>Crying</u> is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.	4	4	4	2 (acompanhada)	3	3 Sugestão: <u>Choro</u> é caracterizado por expressão oral de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.	0,83	6. <u>Choro</u> é caracterizado por expressão de emoção acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.
Facial Expression	Expressão facial	4	4	4	4	4	4	1	Expressão facial
1. <u>Smiling</u> or <u>inexpressive</u> . Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.	1. <u>Sorrindo</u> ou <u>inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão	3 (tranquila, relaxada)	3 (inexpressiva)	4	2 (neutra, tranqüila, relaxada ou sem expressão)	3	3 Sugestão: <u>Sorrindo</u> ou <u>inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca elevados, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão	0,83	1. <u>Sorrindo</u> ou <u>inexpressivo</u> O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila ou sem expressão.

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4)
sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente

Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.	3 (deprimido=abatido?)	4	4	2 (um olhar infeliz, solitária, dolorosa, abatida ou deprimida)	4	3 Sugestão: <u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, pesaroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.	0,83	2. <u>Triste</u> é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.
3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecem bem abertos.	4	4	3 (não há concordância na última frase: Os olhos <u>podem</u> aparecer bem abertos)	2 (um olhar de medo, alarme ou alta ansiedade. Os olhos devem parecer bem abertos.)	4	3 <u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecem arregalados.	0,83	3. <u>Assustada</u> é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecem bem abertos.
4. <u>Frown</u> is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Franzida</u> é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.	3 (um aumento... pode aparecer)	4	4	2 (Pode aparecer enrugamento na testa e ao redor da boca)	3	3	0,83	4. <u>Franzida</u> é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.

ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente									
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
5. <u>Facial grimacing</u> is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Careta</u> é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.	3	3 (Os olhos podem estar cerrados)?	4	3 (enrugamento facial é caracterizado)	3	3	1	5. <u>Careta</u> é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.
Body Language	Linguagem corporal	4	4	4	4	4	4	1	Linguagem corporal
1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.	1. <u>Relaxado</u> é caracterizado pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranqüila.	4	3 (Relaxada)	4	4	3	4	1	1. <u>Relaxada</u> é caracterizada pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranqüila.
2. <u>Tense</u> is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched. (exclude any contractures).	2. <u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contraturas).	4	4	4	4	4	3 Sugestão: <u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar cerrada (excluir quaisquer contraturas).	1	2. <u>Tensa</u> é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contraturas).

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
3. <u>Distressed pacing</u> is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.	3. <u>Andar angustiado de um lado para o outro</u> é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento	3	4	4	3 (sem sugestões...)	3	2 Sugestão: Andar aflito de um lado para outro	0,83	3. <u>Andar angustiado / aflito de um lado para o outro</u> é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento
4. <u>Fidgeting</u> is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.	4. <u>Movimento nervoso</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.	2 (Inquietação; tocar, puxar ou friccionar repetidamente partes do corpo pode também ser observado)	3 (Inquietação motora)	2 (Sugiro inquietação, talvez fique mais próximo da explicação dada aqui)	3 (sem sugestões...)	3	3	0,67	4. <u>Inquietação</u> é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (exclude any contractures).	5. <u>Rígida</u> é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contraturas).	3	4	4	4	3	3	1	5. <u>Rígida</u> é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contraturas).
6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.	6. <u>Punhos cerrados</u> é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.	3	4	4	4	4	2 Sugestão: mãos bem fechadas.	0,83	6. <u>Punhos cerrados</u> é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.
7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (exclude any contractures).	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluindo contratação).	3	4	4	2 (excluir quaisquer contraturas)	3	2	0,67	7. <u>Joelhos encolhidos</u> são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluir quaisquer contraturas).
8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.	8. <u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou à cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.	3	4	4	2 (aos cuidados)	3	3	0,83	8. <u>Puxar ou empurrar para longe</u> é caracterizado por resistência à aproximação ou aos cuidados. A pessoa tenta se desvencilhar abruptamente, com força, ou empurra você para longe.

		ANÁLISE DOS ESPECIALISTAS DA TRADUÇÃO CONSENSUAL PARA O PORTUGUÊS: pontuação (1 a 4) sendo: 1: não equivalente; 2: pouco equivalente; 3: equivalente ; 4: muito equivalente							
Instrumento Original em inglês – PAINAD	Versão consensual em português PAINAD–VCP	E1	E2	E3	E4	E5	E6	IVC	CONSENSO
9. <u>Striking out</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Agressividade</u> é caracterizada por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.	3	4	4	3 (comportamento agressivo)	3	4	1	9. <u>Agressividade / Comportamento Agressivo</u> é caracterizada por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.
Consolability	Consolabilidade	4	4	4	4	4	3	1	Consolabilidade
1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well being. The person appears content.	1. <u>Sem necessidade de consolar</u> é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.	4	4	4	3	3	4	1	1. <u>Sem necessidade de consolar</u> é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.
2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.	2. <u>Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque</u> é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.	3	3 (sem indicação)	4	2	3	3	1	2. <u>Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque</u> é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.

<p>3. <u>Unable to console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.</p>	<p>3. <u>Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)</u> é caracterizada por uma incapacidade de consolar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Nenhuma quantidade de conforto verbal ou físico é capaz de aliviar o comportamento.</p>	4	<p>3 Conforto verbal ou físico não são capazes de aliviar o comportamento</p>	4	4	3	<p>3 Consolar por acalmar</p>	1	<p>3. <u>Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)</u> é caracterizada por uma incapacidade de acalmar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Conforto verbal ou físico não são capazes de aliviar o comportamento.</p>
--	--	---	---	---	---	---	-----------------------------------	---	---

8.13 APÊNDICE M

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	VERSÕES RETROTRADUZIDAS			ÁNALISE DOS EXPERTS							VERSÃO FINAL	
	BT1	BT2	BT3	E1	E2	E3	E4	E5	E6	%		
Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain Assessment in Advanced Dementia – Painad	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)	Pain in Advanced Dementia Evaluation Scale	2	2	2	2	2	2	2	100%	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)
<p>Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after administration of pain medication).</p>	<p>Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behavior. Score the behavior according to the following table. The definitions of each item are given on the next page. Patient can be observed in different conditions (for example, at rest, during a pleasant activity, while caregiving, after receiving pain medication).</p>	<p>Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his/her behavior. Score the behaviors according to the table below. The definitions for each item are indicated on the following page. The patient can be observed in different conditions (like when at rest, while doing something pleasant, during care delivery, after getting pain medication).</p>	<p>Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behavior. Score the behavior according to the following table. The definition of each item is provided on the next page. The patient can be observed under different conditions (for example, at rest, during an enjoyable activity, while receiving care, after receiving pain medication).</p>	1	1	3	3	3	1	50%	<p>Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behavior. Score the behavior according to the following table. The definition of each item is provided on the next page. The patient can be observed under different conditions (for example, at rest, during an enjoyable activity, while receiving care, after receiving pain medication).</p>	

Behavior	Behavior	Behavior	Behavior	T	T	T	T	T	T	100%	Behavior
Breathing Independent of vocalization	Breathing Independent of vocalization	Breathing Independent of vocalization	Breathing Regardless of vocalization	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	100%	Breathing Independent of vocalization
• Normal	• Normal	• Normal	• Normal	T	T	T	T	T	T	100%	• Normal
• Occasional labored breathing.	• Occasional difficult breathing	• Occasional difficulty to breathe	• Occasional difficulty breathing	1/2	1	1	1/3	1	3	83%	• Occasional difficult breathing
• Short period of hyperventilation	• Short period of hyperventilation	• Short period of hyperventilation	• Short period of hyperventilation	T	T	T	T	T	T	100%	• Short period of hyperventilation
• Noisy labored breathing.	• Noisy and difficult breathing.	• Noisy and difficult breathing.	• Noisy breathing with difficulties.	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	3	83%	• Noisy and difficult breathing.
• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation.	• Long period of hyperventilation	T	T	T	T	T	T	100%	• Long period of hyperventilation
• Cheyne-stokes respirations	• Cheyne-Stokes respiration.	• Cheyne-Stokes respirations	• Cheyne-Stokes respiration	2	2	2	2	T	2	100%	• Cheyne-Stokes respirations
Negative Vocalization	Negative vocalization	Negative vocalization	Negative vocalization	T	T	T	T	T	T	100%	Negative vocalization
• None	• None	• None	• None	T	T	T	T	T	T	100%	• None
• Occasional moan or groan.	• Occasional moan and groan	• Occasional moans and groans.	• Occasional moan and groan.	1/3	1/3	1/3	1/3	1/3 or"	1/3	100%	• Occasional moan or groan
• Low level speech with a negative or disapproving quality	• Low level speech with a negative or disapproving quality.	• Low-level speech with a disapproving or negative quality.	• Low-level speech with disapproving or negative quality.	1	1/2	1	1	1	1	100%	• Low level speech with a negative or disapproving quality.
• Repeated troubled calling	• Repetitive disturbing calling.	• Repeated troubled calling.	• Disturbed repetitive calling.	2	2	2	2	2	2	100%	• Repeated troubled calling.

out.												
• Loud moaning or groaning.	• Loud moaning and groaning	• Loud moaning and groaning.	• Loud moans and groans	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	100%	• Loud moaning and groaning.	
• Crying	• Crying	• Crying	• Crying	T	T	T	T	T	T	100%	• Crying	
Facial expression	Facial expression	Facial expression	Facial expression	T	T	T	T	T	T	100%	Facial expression.	
• Smiling, or inexpressive	• Smiling or inexpressive	• Smiling or inexpressive	• Smiling or inexpressive	T	T	T	T	T	T	100%	• Smiling or inexpressive	
• Sad.	• Sad	• Sad.	• Sad.	T	T	T	T	T	T	100%	• Sad.	
• Frightened.	• Frightened	• Frightened	• Scared	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	100%	• Frightened	
• Frown	• Frown	• Frown	• Frowning	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	100%	• Frown	
• Facial grimacing	• Grimace.	• Grimacing	• Grimacing	2/3	2/3	2	2/3	2	1	83%	• Grimacing	
Body Language	Body language	Body language	Body Language	T	T	T	3	T	T	100%	Body Language	
• Relaxed	• Relaxed	• Relaxed	• Relaxed	T	T	T	T	T	T	100%	• Relaxed	
• Tense.	• Tense	• Tense.	• Tense.	T	T	T	T	T	T	100%	• Tense.	
• Distressed pacing.	• Distressed walk	• Distressed walking up and down.	• Distressed walking from one side to the other.	1	1	1	2	2/3	2/3	50%	• Distressed walk	
• Fidgeting	• Anxious movement.	• Fidgeting	• Nervous movement	2	2	2	2	2	2	100%	• Fidgeting	
• Rigid.	• Rigid.	• Rigid.	• Rigid.	T	T	T	T	T	T	100%	• Rigid.	
• Fists clenched,	• Clenched fists.	• Clenched fists	• Fists Clenched	3	3	3	2	3	3	100%	• Fists Clenched	
• Knees pulled up.	• Knees pulled up.	• Knees pulled up	• Knees drawn up	1/2	1/2	1/2	2	2/3	1/2	100%	• Knees pulled up	
• Pulling or pushing away.	• Pull or push away.	• Pushing or pulling away	• Pulling or pushing away	2/3	3	3	3	3	2/3	100%	• Pulling or pushing away	
• Striking out	• Aggressiveness.	• Aggressiveness	• Aggressiveness	T	T	T	T		T	100%	• Aggressiveness	
Consolability	Consolability	Consolability	Consolability	T	T	T	T	T	T	100%	Consolability	

• No need to console	• No need to console	• No need to console	• No need to console	T	T	T	T	T	T	100%	• No need to console
• Distracted or reassured by voice or touch	• Distracted or reassured by voice or touch.	• Distracted or calmed down by voice or touch	• Distracted or reassured by voice or touch.	1/3	1/3	1/3	1/3	T	1	100%	• Distracted or reassured by voice or touch.
• Unable to console, distract or reassure	• Unable to be console, distract or reassure.	• Unable to console, distract or calm down	• Unable to be consoled, distracted or reassured	1	1	1	1	1	1	100%	• Unable to be console, distract or reassure.
Score	Score	Score	Score	T	T	T	T	T	T	100%	Score
Total	Total	Total	Total	T	T	T	T	T	T	100%	Total
Scoring: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.	Score: The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the score is: 1-3 = mild pain, 4-6 = moderate pain, 7-10 = severe pain. This variation is based on a standard pain scale from 0-10, but was not consolidated in the literature for this assessment	Score: The total score range is 0-10. One possible interpretation of the score is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. This variation is based on a standard 0-10 pain scale, but has not been consolidated in the literature for this evaluation.	Score: The total score ranges from 0-10 points. One possible interpretation of the score is: 1-3=mild pain, 4-6=moderate pain, 7-10=severe pain. This variation is based on a standard pain scale of 0-10, but was not consolidated in the literature for this evaluation.	1	2	2	2		1	50%	Score: The total score range is 0-10. One possible interpretation of the score is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. This variation is based on a standard 0-10 pain scale, but has not been consolidated in the literature for this evaluation.

Itens do Instrumento Original em inglês – PAINAD	VERSÕES RETROTRADUZIDAS			ANÁLISE DOS EXPERTS							VERSÃO FINAL
	BT1	BT2	BT3	E1	E2	E3	E4	E5	E6	%	
Item definitions	Definition of items	Item definition	Definition of the items	3.	2	2	2	T	2	83 %	Item definition
Breathing	Breathing	Breathing	Breathing	T	T	T	T	T	T	100 %	Breathing
1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.	2. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (calm) breathing.	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, silent, rhythmic (calm) breathing.	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (calm) breathing.	T	T	3	1/3	T	1/3	100 %	1. <u>Normal breathing</u> is characterized by effortless, quiet, rhythmic (calm) breathing.
2. <u>Occasional labored breathing</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.	2. <u>Occasional difficult breathing</u> is characterized by episodic bursts of vigorous, difficult or tiring breathing.	2. <u>Occasional difficulty to breathe</u> is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or tiresome breathing.	2. <u>Occasional difficulty in breathing</u> is characterized by episodic bouts of vigorous, difficult or tiring breathing.	1/3	1	2	2	1	1/3	67 %	2. <u>Occasional difficult breathing</u> is characterized by episodic bursts of vigorous, difficult or tiring breathing.
3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breathing, lasting a short period of time.	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid deep breathing, which lasts a short period of time.	1	1	1/2	1	T	1	100 %	3. <u>Short period of hyperventilation</u> is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. <u>Noisy labored breathing</u> is characterized by negative sounding respirations on	4. <u>Noisy and difficult breathing</u> is characterized by negative sounding breathing at	4. <u>Noisy and difficult breathing</u> is characterized by negative sounding respirations upon	4. <u>Noisy breathing with difficulties</u> is characterized by breathing, inhalation or exhalation that	2.	2	2	1	2	3	67 %	4. <u>Noisy and difficult breathing</u> is characterized by negative sounding respirations upon

inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.	inspiration or expiration. They may be loud, gurgling or wheezing. They seem to be intense or wearing.	inspiration or expiration. They can be loud, gurgling or wheezing. They appear intense or wearing.	sounds negative. They may be loud, gurgling or with wheezing. They seem to be intense or exhausting.								inspiration or expiration. They can be loud, gurgling or wheezing. They appear intense or wearing.
5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by high and deep rate of breaths lasting a considerable time.	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by a high rate and depth of respirations lasting a considerable time.	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by a high and deep rate of breathing which last a considerable time.	3	2	1	2	T	1	50 %	5. <u>Long period of hyperventilation</u> is characterized by a high rate and depth of respirations lasting a considerable time
6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respiration</u> is characterized by rhythmic ascending and descending breathing ranging from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respirations</u> are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing, ranging from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).	6. <u>Cheyne-Stokes respiration</u> is characterized by rhythmic ascending and descending breathing that goes from very deep breathing to shallow breathing with periods of apnea (breathing stops).	1	2	2	2	2	2	83 %	6. <u>Cheyne-Stokes respiration</u> is characterized by rhythmic ascending and descending breathing ranging from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).
Negative Vocalization	Negative vocalization	Negative Vocalization	Negative vocalization	T	T	T	T	T	T	100 %	Negative vocalization
1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization of neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization of a neutral or pleasant quality.	2	1	2	2	T	2	83 %	1. <u>None</u> is characterized by speech or vocalization of neutral or pleasant quality.
2. <u>Occasional moan or groan</u> is characterized by	2. <u>Occasional moan and groan</u> are characterized by	2. <u>Occasional moans and groans</u> are characterized by	2. <u>Occasional moans and groans</u> are characterized by sad	2	1	3	2	2	2 "or"	67 %	2. <u>Occasional moans and groans</u> are characterized by

mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	sounds of sadness or murmuring, depressive wails or laments. The groan is characterized by involuntary sounds, inarticulate and louder than usual, often beginning and ending abruptly.	mournful or murmuring sounds, laments or wails. Groaning is characterized by involuntary, inarticulate and higher than normal sounds, frequently starting and ending abruptly.	or murmuring sounds, wails or depressive laments. The groan is characterized by involuntary, inarticulate and louder than normal sounds, often beginning and ending abruptly.									mournful or murmuring sounds, laments or wails. Groaning is characterized by involuntary, inarticulate and higher than normal sounds, frequently starting and ending abruptly.
3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Low level speech with a negative or disapproving quality</u> is characterized by muttering, murmur, moan, complaint, or swearing in a low volume in a complaining, sarcastic or caustic tone.	3. <u>Low-level speech with a disapproving or negative quality</u> is characterized by muttering, murmuring, wailing, grumbling or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic and caustic tone.	3. <u>Low-level speech with disapproving or negative quality</u> is characterized by moaning, murmuring, wailing, complaining, or swearing at a low volume in a complaining, sarcastic and caustic tone.	1	1	2	2	T	2	67 %	3. <u>Low-level speech with a disapproving or negative quality</u> is characterized by muttering, murmuring, wailing, grumbling or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic and caustic tone.	
4. <u>Repeated troubled calling out</u> is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.	4. <u>Repetitive disturbing calling</u> is characterized by phrases or words used repetitively in a tone that suggests anxiety, uneasiness or distress.	4. <u>Repeated troubled calling</u> is characterized by phrases or words being used repeatedly and in a tone that suggests anxiety, uneasiness or stress.	4. <u>Disturbed repetitive calling</u> is characterized by phrases or words that are used repeatedly and in a tone that suggested anxiety, restlessness or stress.	1	3	2	2	T	2	67 %	4. <u>Repeated troubled calling</u> is characterized by phrases or words being used repeatedly and in a tone that suggests anxiety, uneasiness or stress.	
5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or	5. <u>Loud moaning and groaning</u> is characterized by sounds of sadness	5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or	5. <u>Loud moans and groans</u> is characterized by sounds, much louder	2	2	2	2	T	2	100 %	5. <u>Loud moaning or groaning</u> is characterized by mournful or	

murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.	or murmuring, depressive wails or laments, much louder than usual volume. Loud groan is characterized by involuntary sounds, inarticulate and louder than usual, often beginning and ending abruptly.	murmuring sounds, laments or wails much louder than usual. Loud groaning is characterized by louder than normal involuntary, inarticulate sounds, frequently starting and ending abruptly.	than normal, of sadness or murmurs, wails and depressive laments. The loud groan is characterized by involuntary, inarticulate and louder than normal sounds, often beginning and ending abruptly								murmuring sounds, laments or wails much louder than usual. Loud groaning is characterized by louder than normal involuntary, inarticulate sounds, frequently starting and ending abruptly.
6. <u>Crying</u> is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by an expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.	6. <u>Crying</u> is characterized by the expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or silent crying.	2	T	1/2	2	T	2	100 %	6. <u>Crying</u> is characterized by an expression of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.
Facial Expression	Facial expression.	Facial expression.	Facial expression	T	T	T	T	T	T	100 %	Facial expression
1. <u>Smiling</u> or <u>inexpressive</u> . Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.	1. <u>Smiling</u> is characterized by upturned corners of the mouth, shining eyes and an appearance of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral appearance, relaxed, calm and with no expression.	1. <u>Smiling</u> or <u>inexpressive</u> . Smiling is characterized by corners of the mouth turned upwards, shining of the eyes and a pleasant or content look. Inexpressiveness refers to a neutral, relaxed, calm and blank look.	1. <u>Smiling</u> or <u>inexpressive</u> . The smile is characterized by the corners of the mouth becoming upturned, shining eyes and a pleasing or content appearance. Inexpressive refers to a neutral, relaxed, quiet, expressionless appearance.	2.	2	1	2	2/3	2	83 %	1. <u>Smiling</u> or <u>inexpressive</u> . Smiling is characterized by corners of the mouth turned upwards, shining of the eyes and a pleasant or content look. Inexpressiveness refers to a neutral, relaxed, calm and blank look.

2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonely, sorrowful, or depressed look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, painful or depressed look. There may be tears in the eyes.	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonely, sad, or depressed look. There may be tears in the eyes.	2	1	2	1	T	2	67 %	2. <u>Sad</u> is characterized by an unhappy, lonesome, painful or depressed look. There may be tears in the eyes.
3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or increased anxiety. Eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or increased anxiety. The eyes appear wide open.	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm, or increased anxiety. The eyes appear wide open.	1.	1	1	1	T	1	100 %	3. <u>Frightened</u> is characterized by a look of fear, alarm or increased anxiety. Eyes appear wide open.
4. <u>Frown</u> is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Frown</u> is characterized by a downward curve at the corners of the mouth. There may be an increase in facial wrinkling, in the forehead and around the mouth.	4. <u>Frown</u> is characterized by corners of the mouth turned down. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.	4. <u>Frowning</u> is characterized by a downward curve at the corners of the mouth. An increase of facial wrinkles, on the forehead and around the mouth can be seen.	2	2	1	1	1/3	2	50 %	4. <u>Frown</u> is characterized by corners of the mouth turned down. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. <u>Facial grimacing</u> is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Grimace</u> is characterized by a distorted and distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be closed, squeezed.	5. <u>Grimacing</u> is characterized by a distorted and look anguished. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.	5. <u>Grimacing</u> is characterized by a distorted and anguished face. The forehead is more wrinkled, as well as the area around the mouth. The eyes may be closed, squeezed.	1	2	2	2	2	1	67 %	5. <u>Grimacing</u> is characterized by a distorted and look anguished. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.
Body Language	Body language	Body language	Body Language	T	T	T	T	T	T	100 %	Body Language

1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful and smooth appearance. The person seems to be serene.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, serene and sweet appearance. The person appears to be at ease.	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, peaceful and docile appearance. The person appears to be tranquil.	2	1	1	1	1	1	83 %	1. <u>Relaxed</u> is characterized by a calm, restful and smooth appearance. The person seems to be serene.
2. <u>Tense</u> is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched. (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive, or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive or concerned appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).	1/3	1/3	1/3	3	T	1/3	100 %	2. <u>Tense</u> is characterized by a tense, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).
3. <u>Distressed pacing</u> is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.	3. <u>Distressed walk</u> is characterized by activity that seems uneasy. It may be accompanied by fear, worry or disturbance. The rate may be faster or slower.	3. <u>Distressed walking up and down</u> is characterized by activity that appears restless. Can be accompanied by fear, concern or disturbance. Can be faster or slower.	3. <u>Distressed walking from one side to the other</u> is characterized by activity that seems unsettled. It may be accompanied by fear, worry and disturbance. The pace may be faster or slower.	1	1	3	1	2/3	1/3	67 %	3. <u>Distressed walk</u> is characterized by activity that seems uneasy. It may be accompanied by fear, worry or disturbance. The rate may be faster or slower.
4. <u>Fidgeting</u> is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching,	4. <u>Anxious movement</u> is characterized by restless movement. The person may squirm or wiggle in the chair. The person might push a chair across the room. Touches,	4. <u>Fidgeting</u> is characterized by an agitated movement. The person may squirm or rock in the chair. The person may hitch a chair to the other side of the room. Repeatedly touches, pulls or	4. <u>Nervous movement</u> is characterized by an agitated movement. The person may writhe or rock in the chair. The person may push a chair across the room. Touching, pulling or	1.	1	2	2	2	2	67 %	4. <u>Fidgeting</u> is characterized by an agitated movement. The person may squirm or rock in the chair. The person may hitch a chair to the other side of the room. Repeatedly touches, pulls or rubs

tugging or rubbing body parts can also be observed.	pushes, or rubs body parts repeatedly.	rubs body parts.	rubbing body parts repeatedly.									body parts.
5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and rigid (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are firm and inflexible. The trunk may appear straight and inflexible. (exclude any contractures).	5. <u>Rigid</u> it is characterized by hardening of the body. The arms and/or legs are firm and inflexible. The trunk may appear straight and inflexible. (Exclude any contractures).	1	1	1	1	1	1	100 %	5. <u>Rigid</u> is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and rigid (exclude any contractures).	
6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.	6. <u>Clenched fists</u> is characterized by very tight hands. They may be opened and closed repeatedly or held well tight.	6. <u>Clenched fists</u> is characterized by hands shut tightly. They can be open and closed again and again or kept tight.	6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They can be opened and closed repeatedly or held tightly closed.	1	3	3	3	3	3	83 %	6. <u>Fists clenched</u> is characterized by tightly closed hands. They can be opened and closed repeatedly or held tightly closed.	
7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (exclude any contractures).	7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by bending the legs and bringing the knees close to the chest. An overall disturbed appearance (excluding any contracture).	7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and pulling the knees closely towards the chest. An overall troubled appearance (excluding contracture).	7. <u>Knees drawn up</u> is characterized by bending the legs and bring the knees close to the chest. A troubled general appearance (excluding contracture).	1	2	2	2	1	2	67 %	7. <u>Knees pulled up</u> is characterized by flexing the legs and pulling the knees closely towards the chest. An overall troubled appearance (excluding contracture).	
8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying	8. <u>Pull or push away</u> is characterized by resistance to approach or to care. The person tries to escape abruptly,	8. <u>Pushing or pulling away</u> is characterized by resistance to approach or care. The tense person	8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistance to being approached or to the care. The person	2	3	3	1	2/3	3	67 %	8. <u>Pulling or pushing away</u> is characterized by resistance to being approached or to the care. The person tries to disengage abruptly,	

to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.	forcedly, or pulls you away.	tries to wrench himself free abruptly, forcefully or pushes you away.	tries to disengage abruptly, with force, or pushes you away.									with force, or pushes you away.
9. <u>Striking out</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting or other form of personal attack	9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal attack.	1.	1	1	1		1	100%		9. <u>Aggressiveness</u> is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.
Consolability	Consolability	Consolability	Consolability	T	T	T	T	T	T	100%		Consolability
1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well being. The person appears content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well-being. The person appears to be content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a feeling of wellbeing. The person appears to be content.	1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well-being. The person appears to be content.	1	1/3	1/3	1/3	T	1/3	100%		1. <u>No need to console</u> is characterized by a sense of well-being. The person appears to be content.
2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior is interrupted during the period of interaction with no indication that the person is completely distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by an interruption in the behavior when the person is spoken to or touches. The behavior is disrupted during the period of interaction, without any sign that the person is totally distressed.	2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by an interruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior is interrupted during the period of interaction with no indication that the person is totally distraught.	1	1	1	1	T	1	100%		2. <u>Distracted or reassured by voice or touch</u> is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior is interrupted during the period of interaction with no indication that the person is completely distressed.

<p>3. <u>Unable to console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.</p>	<p>3. <u>Unable to be console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to console the person or stop a behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comforting will alleviate the behavior.</p>	<p>3. <u>Unable to console, distract or calm down</u> is characterized by the inability to console the person or stop the behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comfort is capable of alleviating the behavior.</p>	<p>3. <u>Cannot be consoled, distracted or reassured</u> is characterized by an inability to console the person or stop the behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comfort is able to alleviate the behavior.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>83 %</p>	<p>3. <u>Unable to be console, distract or reassure</u> is characterized by the inability to console the person or stop a behavior with words or actions. No amount of verbal or physical comforting will alleviate the behavior.</p>
--	---	---	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------	---

8.14 APÊNDICE N

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA – PAINAD–Br

Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de vocalização	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação. 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades. Longo período de hiperventilação. Respiração Cheyne-stokes 	
Vocalização negativa	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos. Choro 	
Expressão facial	<ul style="list-style-type: none"> Sorrindo ou inexpressiva 	<ul style="list-style-type: none"> Triste. Assustada Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> Careta 	
Linguagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> Relaxada 	<ul style="list-style-type: none"> Tensa. Andar angustiado /afrito de um lado para o outro Inquietação 	<ul style="list-style-type: none"> Rígida. Punhos cerrados Joelhos encolhidos Puxar ou empurrar para longe Comportamento agressivo 	
Consolabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Sem necessidade de consolar 	<ul style="list-style-type: none"> Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque 	<ul style="list-style-type: none"> Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a) 	
				TOTAL

Pontuação:

O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Definição dos itens**Respiração**

1. Respiração normal é caracterizada por uma respiração sem esforço, silenciosa, rítmica (calma).
2. Dificuldade ocasional para respirar é caracterizada por surtos episódicos de respiração vigorosa, difícil ou cansativa.

3. Curto período de hiperventilação é caracterizado por intervalos de respiração profunda e rápida, que dura um curto período de tempo.
4. Respiração ruidosa e com dificuldades é caracterizada por respiração, inspiração ou expiração que soa negativa. Podem ser altas, gorgolejantes, ou com chiado. Parecem ser extenuantes ou desgastantes.
5. Longo período de hiperventilação é caracterizado por respirações profundas com frequência elevada que duram um tempo considerável.
6. Respiração de Cheyne-Stokes é caracterizada por respiração rítmica crescente e decrescente que vai desde respiração muito profunda para respiração superficial com períodos de apneia (ausência de respiração).

Vocalização Negativa

1. Nenhuma é caracterizada por fala ou vocalização de qualidade neutra ou agradável.
2. Resmungos ou gemidos ocasionais, são caracterizados por sons de tristeza ou murmúrios, lamentos ou lamentos depressivos. O gemido é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais altos do que o normal, frequentemente começando e terminando abruptamente.
3. Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo é caracterizada por resmungo, murmúrio, lamento, queixa, ou xingamento em um baixo volume em tom de reclamação, sarcástico e cáustico.
4. Chamados perturbadores repetitivos são caracterizados por frases ou palavras que são usadas repetidamente e em tom que sugere ansiedade, inquietação ou estresse.
5. Resmungos e gemidos altos são caracterizados por sons, muito mais altos do que o normal, de tristeza ou murmúrios, lamentos e lamentos depressivos. Gemido alto é caracterizado por sons involuntários, inarticulados e mais alto do que o normal, frequentemente começando e terminando abruptamente.
6. Choro é caracterizado por expressão de emoção, acompanhado de lágrimas. Pode haver soluços ou choro silencioso.

Expressão facial

1. Sorrindo ou inexpressivo O sorriso é caracterizado pelos cantos da boca estarem virados para cima, brilho dos olhos e uma aparência agradável ou contente. A inexpressividade se refere a uma aparência neutra, relaxada, tranqüila, sem expressão.
2. Triste é caracterizada por um olhar infeliz, solitário, doloroso, ou deprimido. Pode haver lágrimas nos olhos.
3. Assustada é caracterizada por um olhar de medo, de alarme, ou ansiedade aumentada. Os olhos aparecem bem abertos.
4. Franzida é caracterizada por uma curva descendente nos cantos da boca. Pode aparecer um aumento de rugas faciais, na testa, e ao redor da boca.

5. Careta é caracterizada por um rosto distorcido e angustiado. A testa fica mais enrugada assim como a área ao redor da boca. Os olhos podem estar fechados, espremidos.

Linguagem corporal

1. Relaxada é caracterizada pela aparência calma, serena e dócil. A pessoa aparenta estar tranquila.

2. Tensa é caracterizada por uma aparência tensa, apreensiva, ou preocupada. A mandíbula pode estar apertada (excluir quaisquer contraturas).

3. Andar angustiado / aflito de um lado para o outro é caracterizado por atividade que parece inquieta. Pode ser acompanhado de medo, preocupação ou perturbação. O ritmo pode ser mais rápido ou mais lento.

4. Inquietação é caracterizado por um movimento agitado. A pessoa pode se contorcer ou balançar na cadeira. A pessoa pode empurrar uma cadeira para o outro lado da sala. Toca, puxa, ou fricciona repetidamente partes do corpo.

5. Rígida é caracterizada por endurecimento do corpo. Os braços e/ou as pernas estão firmes e inflexíveis. O tronco pode parecer reto e inflexível. (excluir quaisquer contraturas).

6. Punhos cerrados é caracterizado por mãos bem apertadas. Elas podem ser abertas e fechadas repetidamente ou mantidas bem apertadas.

7. Joelhos encolhidos são caracterizados por flexionar as pernas e trazer os joelhos para perto do peito. Um aspecto geral conturbado (excluir quaisquer contraturas).

8. Puxar ou empurrar para longe é caracterizado por resistência à aproximação ou aos cuidados. A pessoa tenta soltar-se rapidamente, com força, ou empurra você para longe.

9. Comportamento Agressivo é caracterizado por bater, chutar, agarrar, socar, morder, ou outra forma de ataque pessoal.

Consolabilidade

1. Sem necessidade de consolar é caracterizado pela sensação de bem-estar. A pessoa aparenta estar contente.

2. Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque é caracterizado por uma interrupção no comportamento quando se fala ou toca a pessoa. O comportamento é interrompido durante o período de interação com nenhuma indicação de que a pessoa está totalmente angustiada.

3. Não pode ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a) é caracterizada por uma incapacidade de acalmar a pessoa ou parar o comportamento com palavras ou ações. Conforto verbal ou físico não são capazes de aliviar o comportamento.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1

PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA SCALE (PAINAD)

Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).

Behavior	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations 	
Negative Vocalization	<ul style="list-style-type: none"> None 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying 	
Facial expression	<ul style="list-style-type: none"> Smiling, or inexpressive 	<ul style="list-style-type: none"> Sad. Frightened. Frown 	<ul style="list-style-type: none"> Facial grimacing 	
Body Language	<ul style="list-style-type: none"> Relaxed 	<ul style="list-style-type: none"> Tense. Distressed pacing. Fidgeting 	<ul style="list-style-type: none"> Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out 	
Consolability	<ul style="list-style-type: none"> No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> Distracted or reassured by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> Unable to console, distract or reassure 	
				TOTAL

Scoring:

The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.

ITEM DEFINITIONS

Breathing

1. Normal breathing is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. Occasional labored breathing is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.

3. Short period of hyperventilation is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. Noisy labored breathing is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. Long period of hyperventilation is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. Cheyne-Stokes respirations are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

Negative Vocalization

1. None is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. Occasional moan or groan is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. Low level speech with a negative or disapproving quality is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.
4. Repeated troubled calling out is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. Loud moaning or groaning is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. Crying is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

Facial Expression

1. Smiling or inexpressive. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. Sad is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. Frightened is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.
4. Frown is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. Facial grimacing is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

Body Language

1. Relaxed is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.

2. Tense is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched. (exclude any contractures)
3. Distressed pacing is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. Fidgeting is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging or rubbing body parts can also be observed.
5. Rigid is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (exclude any contractures)
6. Fists clenched is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. Knees pulled up is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (exclude any contractures)
8. Pulling or pushing away is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.
9. Striking out is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

Consolability

1. No need to console is characterized by a sense of well being. The person appears content.
2. Distracted or reassured by voice or touch is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.
3. Unable to console, distract or reassure is characterized by the inability to sooth the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

9.2 ANEXO 2

The image shows two screenshots of a Hotmail email interface. The top screenshot shows an email from Gabriela Valera to Ladislav Volicer. The email content is as follows:

Pain assessment Tool, authorization
 Para ver mensagens relacionadas a esta, agrupar mensagens por conversa.

Gabriela Valera
 Para lvolicer@cas.usf.edu, volicer.ladislav@bedford.va.gov
 09/03/2012

Dear Ladislav Volicer,

My name is Gabriela, I am a nurse and a regular post-graduate student, master's level, Post-graduate Nursing Program at the Federal University of São Carlos (UFSCAR) - São Paulo, Brazil. My adviser is Dr. Priscilla Hortense, Ph.D., Nursing Department, UFSCAR. The elderly population in Brazil has increased considerably, Alzheimer's disease is the most common cause of dementia in the elderly and we do not have an instrument to assess pain in these patients in Brazil. We read the paper "Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale", published in 2003 by you and the other two authors (Hurley and Warden). This scale is a simple, valid and reliable instrument for measurement of pain in noncommunicative patients. So I would ask permission to you and the authors of the scale PAINAD to realize the translation, cultural adaptation and validation of the scale (Pain Assessment in Advanced Dementia) for the Portuguese language. We looking for your answer. Thank you for your attention.

Best regards...

Gabriela Gallego Valera
 Student of the Master's level, Post-graduate Nursing Program, Federal University of São Carlos (UFSCAR) - SP Brazil.

The bottom screenshot shows the reply email from Ladislav Volicer to Gabriela Valera:

RE: Pain assessment Tool, authorization
 Para ver mensagens relacionadas a esta, agrupar mensagens por conversa.

Volicer, Ladislav Adicionar a contatos
 Para Gabriela Valera
 09/03/2012

Dear Ms. Valera,

Thank you for your interest in our work. On behalf of all authors who developed the PAINAD scale, I am giving you permission to translate it and use it in any way you wish.

With best regards

Ladislav Volicer, MD, PhD
 School of Aging Studies
 University of South Florida

From: Gabriela Valera [gabriegallego86@hotmail.com]
Sent: Friday, March 09, 2012 10:49 AM
To: Volicer, Ladislav; volicer.ladislav@bedford.va.gov
Subject: Pain assessment Tool, authorization

9.3 ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD)

Pesquisador: Gabriela Gallego Valera

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08723812.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 143.366

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

A população idosa no Brasil tem aumentado consideravelmente e a porcentagem de indivíduos acometidos pela doença de Alzheimer está crescendo. Um dos problemas a ser considerado nos idosos com doença de Alzheimer é a impossibilidade de comunicar verbalmente a sua dor e o que está sentindo. Pelo fato da dor ser um sintoma prevalente no idoso e com o acelerado envelhecimento da população mundial, tornar-se-á cada vez mais comum a avaliação da dor na prática diária do profissional de saúde. São poucos os instrumentos, de avaliação da dor em idosos, que foram traduzidos e adaptados para o Brasil. Isso evidencia a necessidade de estudos para validar instrumentos de avaliação da dor para a população brasileira.

Participação do estudo, quatro idosos residentes na instituição Lar São Vicente de Paulo (Monte Alto), com mais de 60 anos de idade independente do sexo e raça, com diagnóstico médico de Doença de Alzheimer em estágio moderado a avançado; cinco Profissionais da saúde dessa instituição de longa permanência com experiência na assistência à saúde da população alvo e cinco especialistas na área de demência e dor e que tenha conhecimento das línguas inglês e português.

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir para língua portuguesa o instrumento PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia. Realizar adaptação transcultural do instrumento PAINAD para o Brasil.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para o paciente, apresenta como possível risco, o de exposição ao qual o sujeito será exposto podendo ocorrer violação da privacidade, no entanto, a observação será realizada pelo profissional da instituição em momento de cuidado rotineiro ao paciente e seus dados não serão divulgados.

Para o profissional de saúde como sujeito de pesquisa, este procedimento, o qual será submetido, apresenta como possível risco o desconforto emocional ao estar observando o paciente em condição de demência avançada, fazendo-o se deparar a uma condição crônica incapacitante, embora isso já faça parte do seu dia-a-dia.

Para os especialistas membros do comitê de juizes, este procedimento pode ocasionar alguns riscos como ocupação de seu tempo para preenchimento do instrumento e desconforto físico e cognitivo para este preenchimento por relacionar-se à sua complexidade.

Benefícios: Os benefícios são indiretos, ou seja, esta pesquisa irá resultar em um instrumento que possibilitará ao profissional de saúde avaliar se um paciente com demência avançada apresenta dor e o nível em que ela se encontra. Isto irá possibilitar o manejo da dor e o direcionamento do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa terá 5 etapas sendo elas: Tradução da escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) do idioma original, o inglês, para o idioma alvo, o português brasileiro; 2 Obtenção da versão consensual das traduções para português brasileiro; Back-translation: a versão consensual da tradução obtida na etapa anterior será vertida para o idioma original, o inglês, por outros tradutores independentes e qualificados que não participaram na primeira etapa; Revisão pelo Comitê de especialistas das traduções para verificar se existe relação entre os termos traduzidos para o português e os resultantes da back-translation do instrumento e Pré-teste para identificar se houve equivalência da versão final do instrumento, através da aplicação do instrumento por profissionais da área de saúde aos idosos da instituição de longa permanência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FR De acordo;

TCLE dos sujeitos Idosos, profissionia e juizes) de acordo com as recomendações;

Apresenta documento de anuencia da instituição onde se realizará a pesquisa;

Cronograma prevê início da pesquisa para 2013;

O currículo da pesquisadora demonstra competência técnica para o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 10 de Novembro de 2012

Assinador por:
Daniel Ventrúscolo
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br