



**INSTITUTO
FEDERAL**
Rio de Janeiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

CAMPUS REALENGO

FISIOTERAPIA

AMANDA DUTRA DA SILVA RANZATTO

**CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES
SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A
INTENSIDADE DE DOR: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

RIO DE JANEIRO

2022

AMANDA DUTRA DA SILVA RANZATTO

**CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
PACIENTES SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A INTENSIDADE DE DOR: UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do Curso de
Fisioterapia, como cumprimento parcial
das exigências para conclusão do curso.

Orientador: Felipe José Jandre dos Reis

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação
Bibliotecária: Alane Elias Souza - CRB7 6321

R214c

Ranzatto, Amanda Dutra da Silva

Conhecimento e preferência de profissionais de saúde e pacientes sobre escalas para medir a intensidade de dor: um estudo transversal. / Amanda Dutra da Silva Ranzatto - Rio de Janeiro, 2022. 46 f.

Orientação: Felipe José Jandre dos Reis.

Trabalho de conclusão de curso (graduação), Bacharelado em Fisioterapia, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Campus Realengo, 2022.

1. Dor. 2. Dor musculoesquelética. 3. Intensidade de dor. 4. Avaliação da dor. I. Reis, Felipe José Jandre dos, **orient.** II. Instituto Federal de Educação do Rio de Janeiro. III. Título

IFRJ – CAMPUS REALENGO

AMANDA DUTRA DA SILVA RANZATTO

**CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
PACIENTES SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A INTENSIDADE DE DOR: UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do Curso de
Fisioterapia, como cumprimento parcial
das exigências para conclusão do curso.

Aprovada em 09 de janeiro de 2023
Conceito: 10 (aprovada)

Banca Examinadora



Prof. Dr. Felipe José Jandre dos Reis (Orientador)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)



Prof. Dr. Leandro Alberto Calazans Nogueira (Membro)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
(IFRJ)



Prof. Dra. Thais Cristina Chaves (Membro)
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, dono da minha vida, por ter me direcionado para Fisioterapia e ter me dado essa oportunidade, por ter me guiado em toda a trajetória, por todo sustento, por toda força e ânimo que me deu, pela proteção e pela doce companhia, por sua infinita graça e misericórdia que se renovam todos os dias. Sem Ele, nada seria possível.

Aos meus pais, pelas orações e por todo cuidado, amor, incentivo e investimento. Por terem me apoiado e me dado todo o suporte necessário, financeiro, em ações e emocional. Meu pai pelas infinitas caronas e minha mãe por toda a ajuda em casa, por toda preocupação e zelo comigo. Essa graduação é para vocês, obrigada por tudo! Sem vocês, eu não teria chegado até aqui. Aos meus avós, ao Carlos e à tia Irani por todas as orações, por tanto amor e apoio. À minha vó Celina (*in memoriam*) que tinha medo de eu estudar tão longe e não pode acompanhar minha trajetória, mas tenho certeza que estaria muito feliz e orgulhosa de me ver chegando até aqui. Ao meu avô João por ser uma inspiração de força e fé, por sempre se preocupar e se disponibilizar para ajudar no que for preciso. À minha irmã e meu cunhado por serem tão importantes, pela parceria, amor e cuidado. Ao meu bebê e grude Calebe que tornou tudo mais leve com sua presença, sorriso e infinito amor.

Ao meu amor e noivo, Jônathas, por ser meu maior motivador, por torcer tanto por mim, pelas orações, pelo seu cuidado imensurável, por toda provisão e ajuda em tudo. Pelo suporte físico e emocional. Você é incrível e saber que tenho você torna tudo mais fácil.

Às minhas amigas de todos os momentos, Natasha, Juliana, Louise, Zélia e Thayane e tantas pessoas especiais, vocês foram e são fundamentais nesse processo. Obrigada por cada madrugada dividida, cada dia de estágio, cada trabalho, cada oração, por todo apoio, por cada desafio e momento de riso e choro. Obrigada por cada dia durante esses 6 anos! A amizade de cada uma de vocês foi um dos maiores presentes que a Fisioterapia poderia me dar.

Ao meu professor e orientador por me dar a oportunidade de realizar um trabalho tão incrível e importante. Por acreditar em mim, por toda prontidão em ajudar e por toda parceria. Você é uma inspiração. À Marcella, que foi minha parceira durante todo o trabalho, por toda ajuda, disponibilidade e zelo em fazer tudo

da melhor forma. Você se tornou uma amiga que esse projeto me deu, obrigada por ter deixado tudo mais leve! Ao corpo docente do IFRJ, por cada ensinamento, por todos os conselhos e por toda disponibilidade em ajudar.

À equipe de Fisioterapia do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla que tanto me ensinou e incentivou. Obrigada a cada um que se dispôs em me ajudar, obrigada por acreditarem tanto em mim.

CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A INTENSIDADE DE DOR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Introdução: A medida objetiva da intensidade da dor pode ser realizada por diversos instrumentos, incluindo a Escala de Faces Revisada (FPS-R), Escala de Avaliação Verbal (VRS), Escala de Avaliação Numérica (NRS) e Escala Visual Analógica (VAS). No entanto, existem poucas informações sobre o conhecimento e a preferência desses instrumentos por profissionais de saúde e pacientes. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento e a preferência dos profissionais de saúde e dos pacientes em relação às escalas usadas para medir a intensidade da dor. **Métodos:** Este estudo transversal foi composto por profissionais de saúde e por pacientes com dor musculoesquelética. Para serem incluídos no estudo, os profissionais deviam tratar pessoas com dor em sua prática clínica, sendo recrutados por meio de redes sociais e convidados a responder a um questionário online incluindo informações sociodemográficas e profissionais e de conhecimento e preferência de escalas para mensurar a intensidade da dor. Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos, com dor musculoesquelética, recrutados dos ambulatórios de um hospital universitário e de uma Clínica Escola e por meio de mídias sociais. A entrevista com os pacientes foi realizada presencialmente e adaptada para ser realizada por videochamada. Os participantes foram questionados sobre o conhecimento e a preferência dos instrumentos FPS-R, VRS, NRS e VAS. Os dados foram apresentados por meio de análise descritiva. O teste Qui-quadrado foi realizado para análise de ajuste comparando as taxas de preferência para as escalas. **Resultados:** O estudo consistiu em 390 profissionais de saúde (média de idade = 35,2, DP = 7,79 anos; experiência média = 10,5, DP = 7,44 anos) e 94 pacientes com dor musculoesquelética (duração média da dor = 81, DP = 121 meses) com intensidade média da dor = 5,5/10 (DP=2,5). Dos profissionais de saúde que relataram conhecer escalas de dor (n=365; 94%), 12% relataram não saber diferenciar cada escala e 30% não tinha certeza em relação à diferença entre elas. A NRS foi a escala de dor mais utilizada (53%) e preferida (51%) seguida da EVA (uso = 35%, preferência = 39%). Os profissionais de saúde (39%) acreditam que a escala NRS é a mais preferida pelos pacientes. Em relação ao conhecimento dos pacientes sobre as escalas de dor, 85% relataram não conhecer o FPS-R, 83% a VAS, 80% a VRS e 66% a NRS. 66% dos pacientes relataram não saber os objetivos das escalas. Depois de explicados, os pacientes relataram sua preferência da seguinte forma: FPS-R (46%), NRS (24%), (22%) VRS e VAS (7%). O teste do Qui-quadrado para análise de ajuste indicou uma diferença estatisticamente significativa nas preferências de escala para a amostra (Qui-quadrado (3) = 28, p < 0,001). Pacientes com baixa escolaridade preferem a FPS-R (Qui-quadrado (1) = 6,57, p=0,01) e aqueles com maior escolaridade preferem a NRS (Qui-quadrado (1) = 5,13, p=0,02). **Conclusão:** Os achados indicam uma incongruência entre a escala de dor mais utilizada e preferida pelos profissionais de saúde e àquela preferida pelos pacientes. O FPS-R deve ser considerada a primeira escolha para avaliar a intensidade da dor em amostras com características semelhantes.

Palavras-chaves: Dor; Dor musculoesquelética; Intensidade de dor; Avaliação da dor.

ABSTRACT

Background: Objective measurement of pain intensity can be performed by several instruments, including The Faces Pain Scale-Revised (FPS-R), Verbal Rating Scale (VRS), Numerical Rating Scale (NRS) and Visual Analogue Scale (VAS). However, there is little information about the knowledge and preference of these instruments by health care professionals and patients. **Aim:** The objective of the present study was to evaluate the knowledge and preference of health care professionals and patients in relation to scales used to measure pain intensity. **Methods:** This cross-sectional study was composed of health care professionals and patients with musculoskeletal pain. To be included in the study, health care professionals must treat people with pain in their clinical practice, being recruited through social networks and invited to answer an online questionnaire including sociodemographic and professional information, knowledge and preference of scales to measure pain intensity. Patients aged over 18 years, with musculoskeletal pain, recruited at the outpatient clinics of a university hospital and a school clinic and through social media were included. The interview with the patients was carried out in person and adapted to be carried out by video call. Participants were asked about their knowledge and preference for FPS-R, VRS, NRS and VAS instruments. Data were presented through descriptive analysis. The Chi-square test was performed for adjustment analysis comparing the preference rates for the scales. **Results:** The study consisted of 390 health care professionals (mean age = 35.2, SD = 7.79 years; mean experience = 10.5, SD = 7.44 years) and 94 patients with musculoskeletal pain (mean duration of pain = 81, SD = 121 months) with mean pain intensity = 5.5/10 (SD = 2.5). Of those Health care professionals that reported to know pain scales (n=365; 94%), 12% reported not knowing how to differentiate each scale and 30% were not sure about the difference between them. The NRS was the most used (53%) and preferred (51%) pain scale followed by the VAS (use = 35%, preference = 39%). Health care professionals (39%) believe that the NRS scale is the most preferred by patients. Regarding patients' knowledge about pain scales, 85% reported not knowing the FPS-R, 83% the VAS, 80% the VRS and 66% the NRS. 66% of patients reported not know the objectives of the scales. After being explained, patients reported their preference as follows: FPS-R (46%), NRS (24%), VRS (22%) and VAS (7%). Chi-square test for fit analysis indicated a statistically significant difference in scale preferences for the sample (Chi-square (3) = 28, $p < 0.001$). Patients with low education preferred FPS-R (Chi-square (1) = 6.57, $p=0.01$) and those with higher education preferred NRS (Chi-square (1) = 5.13, $p=0.02$). **Conclusion:** The findings indicate an inconsistency between the pain scale most used and preferred by Health care professionals and the one preferred by patients. FPS-R should be considered the first choice to assess pain intensity in samples with similar characteristics.

Keywords: Pain; Musculoskeletal pain; Pain intensity; Pain assessment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos e Profissionais dos profissionais de Saúde.....	16
Tabela 2 – Conhecimento e preferência das Escalas usadas para medir intensidade de dor por parte dos profissionais de saúde	18
Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos pacientes	19
Tabela 4 – Preferência dos pacientes e análise de acordo com renda e escolaridade.....	21
Tabela 5 – Intensidade de dor mínima, média e máxima referida pelos pacientes.....	22

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA.....	12
2.1 Delineamento e aspectos éticos do estudo	12
2.2. Participantes	12
2.3 Instrumentos de coleta	12
2.4 Análise de Dados	14
3. RESULTADOS	16
4. DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO PACIENTES	29
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	31
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ONLINE APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	33
APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO, CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR....	36
APÊNDICE E – FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CLÍNICOS	37
APÊNDICE F – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA MEDIDA DE CONHECIMENTO ACERCA DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR	38
APÊNDICE G – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA CONHECIMENTO DA INTENSIDADE DE DOR DOS CANDIDATOS E PREFERÊNCIA ACERCA DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR.....	40
ANEXO I - ESCALA FACIAL DE DOR - REVISADA.....	42
ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO VERBAL (VRS)	43
ANEXO III - ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA (NRS)	44
ANEXO IV - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	45

1. INTRODUÇÃO

A dor musculoesquelética (DM) compreende uma condição clínica multifatorial causada por uma diversidade de distúrbios que acometem ossos, músculos, articulações, ligamentos ou estruturas relacionadas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2009). A DM crônica representa o grupo mais prevalente dentro das condições de dor crônica (BREIVIK *et al.*, 2006). A ocorrência de dor crônica pode acompanhar diversas implicações negativas, uma vez que provoca incapacidade e altos custos individuais e para o sistema de saúde, podendo ser considerada um problema de saúde pública (BLYTH *et al.*, 2019; MOTA *et al.*, 2016). A DM representa um fenômeno complexo, tendo em vista a modulação por diversos fatores incluindo fatores físicos, emocionais, sociais e ambientais (PUNNETT; WEGMAN, 2004). Diante disso, torna-se fundamental uma avaliação confiável da dor para que seu manejo seja eficaz.

A intensidade de dor constitui um subdomínio da dor, podendo ser definida como “magnitude da experiência da dor” e o autorrelato do paciente constitui a evidência mais precisa em relação à existência da dor e sua magnitude. (COOK *et al.*, 2013; KARCIOGLU *et al.*, 2018). Na avaliação da pessoa com DM, geralmente compõe uma das principais medidas de desfecho, sendo utilizada para análise de eficácia primária de tratamentos para dor (DWORKIN *et al.*, 2008), tanto nas pesquisas quanto na avaliação clínica (ATISOOK *et al.*, 2021; PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018). Os instrumentos para avaliação da intensidade de dor mais regularmente utilizados são: a Escala de Faces Revisada (FPS-R), Escala de Avaliação Verbal (VRS), a Escala de Avaliação Numérica (NRS) e a Escala Visual Analógica (VAS) (FERREIRA-VALENTE; PAIS-RIBEIRO; JENSEN, 2011; JENSEN *et al.*, 2019; PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018). No que diz respeito a critérios de validade e confiabilidade das medidas, um estudo de Euasobhon *et al.* (2022) avaliou os quatro instrumentos em relação à sensibilidade (capacidade de detectar mudanças quando ela ocorreu de fato) e à estabilidade (capacidade de oferecer a mesma estimativa quando a intensidade da dor não se alterou). Os resultados apontaram que, em uma amostra que os indivíduos tenham um entendimento correto das quatro medidas, a NRS parece ser a mais sensível e estável. A FPS-R aparece como a segunda escala capaz de detectar variações na intensidade da dor ao longo do tempo, apesar de ter demonstrado baixa confiabilidade na avaliação da

dor média ao longo do tempo no grupo de participantes sem alteração (EUASOBHON *et al.*, 2022).

A preferência do paciente engloba seus valores, expectativas e preocupações, cabendo ao profissional de saúde considerá-los em suas decisões clínicas, quando pertinentes (PEDROLO *et al.*, 2009). Em relação à preferência pelas escalas para medir a intensidade de dor, parece haver variação de acordo com o perfil dos pacientes em que são aplicadas (ATISOOK *et al.*, 2021; PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018). A VRS e NRS tendem a ser preferidas dos pacientes, apresentando menores taxas de respostas incorretas em virtude de serem mais facilmente aplicadas em comparação com a VAS (DWORKIN *et al.*, 2005; JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986). Apesar da VAS ser mais sensível a pequenas alterações na intensidade de dor, pode haver maior dificuldade na sua aplicação em pacientes mais idosos, com uso de opioides e com déficit cognitivo (JENSEN; KAROLY, 2001; PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018). As Escalas Faciais foram elaboradas para população com menor nível de alfabetização e crianças (HERR; GARAND, 2001). Assim, é possível que a preferência das escalas possa variar de acordo com a idade, nível de alfabetização e formação cultural (PETERS; PATIJN; LAMÉ, 2007).

Atualmente, existem poucas informações em relação ao conhecimento e preferência desses instrumentos por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes e com dor musculoesquelética. É possível que os profissionais de saúde saibam distinguir os diferentes instrumentos para medir a intensidade da dor e tenham preferência por algum desses instrumentos. Por outro lado, os pacientes podem ter preferência por um instrumento diferente. Dessa forma, o objetivo desse estudo é investigar o conhecimento e a preferência das diferentes escalas para se medir a intensidade de dor por profissionais de saúde e pacientes. A nossa hipótese é que pacientes com dor musculoesquelética prefiram as escalas VRS ou NRS por serem mais facilmente entendidas e aplicadas. Em relação aos profissionais, é possível que eles prefiram a VAS visto que parece ser mais utilizada na prática clínica, além de ser mais sensível para detectar pequenas variações na intensidade de dor.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento e aspectos éticos do estudo

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (CAAE 29269219.0.0000.5268). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B). O estudo seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology statement (STROBE)* (VON ELM *et al.*, 2008) e pode ser caracterizado como observacional com delineamento transversal.

2.2. Participantes

Foram considerados elegíveis para o estudo os voluntários com idade igual ou superior a 18 anos, incluindo profissionais de saúde e pessoas com dor musculoesquelética, recrutados por meio de divulgação orgânica em redes sociais (Facebook e Instagram) ou de forma presencial para pessoas que estavam em tratamento fisioterapêutico nos ambulatórios do Hospital Universitário Gaffré e Guinle e na Clínica Escola do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro.

Para o grupo dos profissionais de saúde, foram considerados elegíveis aqueles que atendessem pessoas com dor na sua prática profissional, de qualquer área da saúde e que estivessem regulares com seu conselho profissional. Para o grupo de pessoas com dor musculoesquelética, foram incluídos aqueles com idade superior a 18 anos, que estão ou estiveram em tratamento para dor musculoesquelética no último mês. As pessoas que apresentassem alguma deficiência auditiva, visual ou cognitiva que pudesse comprometer a coleta das informações não foram incluídas no estudo.

2.3 Instrumentos de coleta

Os instrumentos utilizados nessa pesquisa foram: (1) a Escala de Faces Revisada (FPS-R), que é composta de 6 faces com expressões diferentes visando estimar diferentes níveis de intensidades de dor (ANEXO I); (2) a Escala de

Avaliação Verbal (VRS), na qual a intensidade da dor pode ser descrita como: sem dor, dor leve, dor moderada, dor grave, dor muito grave e dor mais grave de todas (ANEXO II); (3) a Escala Numérica de classificação (NRS) onde a intensidade de dor deve ser definida dentro da variação de 0 a 10, sendo 0 representado por “ausência de dor” e 10 por “dor máxima” (ANEXO III); e (4) a Escala de dor Visual Analógica (EVA), na qual tem-se variação de 0 a 100mm, onde o 0 indica “ausência de dor” e o 100 “dor máxima”, distribuídos ao longo de uma linha. Nesta, os participantes serão orientados a apontar em uma régua ou deslizar o cursor até o ponto que maior representa sua intensidade de dor (ANEXO IV) (HAEFELI; ELFERING, 2006; HICKS *et al.*, 2001; PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018). Todas essas escalas são validadas para utilização no Brasil (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006; CIENA *et al.*, 2008; SILVA; THULER, 2008).

Os profissionais de saúde foram convidados a responder um questionário online (APÊNDICE C) do tipo survey composto por informações pessoais, formação profissional e experiência clínica. Em seguida, deviam informar o conhecimento sobre as escalas de dor e qual delas utiliza com maior frequência na sua prática. Foram apresentadas as seguintes escalas: Escala de Faces Revisada (FPS-R), Escala de Avaliação Verbal (VRS), a Escala de Avaliação Numérica (NRS) e a Escala Visual Analógica (VAS). Inicialmente, os profissionais de saúde deveriam identificar as escalas com base na sua descrição. Em seguida, os profissionais deveriam responder as seguintes perguntas: “Qual seria a escala de sua preferência?”; “Na sua opinião, qual seria a escala de preferência para os pacientes?”.

Para as pessoas com dor musculoesquelética que participaram de forma presencial, os candidatos preencheram um formulário para coleta de dados pessoais contendo sexo, idade e escolaridade. Após isso, os quatro instrumentos de avaliação da intensidade de dor foram apresentados aos mesmos, simultaneamente, sendo colocados lado a lado e seguido das perguntas: (1) “Você conhece alguma dessas escalas?”, (2) “Algum profissional de saúde aplicou essa alguma dessas escalas? Qual delas?” e (3) “Você sabe para que servem essas escalas?”. Em seguida, cada um dos instrumentos foi explicado ao voluntário (três vezes no máximo) e ele foi orientado a informar intensidade, mínima, média e máxima da sua dor em cada um dos instrumentos. E, por fim, os participantes informaram qual instrumento eles preferiam (APÊNDICE D).

Em virtude da pandemia de COVID-19, a coleta das informações foi adaptada para uma entrevista online. As pessoas com dor musculoesquelética que participaram da pesquisa de forma remota, responderam um formulário online de triagem organizado com o auxílio da ferramenta do Survey Monkey para verificar a elegibilidade. Em seguida, para aqueles considerados eleitos foi enviado um formulário online composto por dados de identificação e sociodemográficos, além das informações acerca do tempo e locais de dor (APÊNDICE E). Após respondido, foi realizado o agendamento de uma entrevista online, utilizando a plataforma do Google Meet. Durante a entrevista online, após a leitura e o consentimento para a participação, os voluntários foram direcionados para outro formulário (APÊNDICE F) para medir conhecimento em relação aos instrumentos de avaliação da intensidade de dor, onde foram orientados a observar cada uma das escalas apresentadas e responder as perguntas: (1) “Você conhece essa escala?”, (2) “Algum profissional de saúde (exemplo: médico, fisioterapeuta, enfermeiro) aplicou alguma dessas escalas no seu atendimento?”, (3) “Qual delas?”, (4) “Você sabe para que servem essas escalas?”. Ao terminar, eles retornaram ao Google Meet, onde cada um dos instrumentos foi explicado e, em seguida, foram instruídos a responder outro formulário (APÊNDICE G). Neste formulário, os pacientes deveriam informar a intensidade de dor mínima e máxima das últimas 24 horas e a média da intensidade de dor nas duas últimas semanas utilizando cada uma das escalas, além do questionamento sobre a preferência: “Se você pudesse escolher, qual dessas escalas você prefere para medir a intensidade da sua dor?”.

2.4 Análise de Dados

Os dados foram tabulados em uma planilha do Excel e analisados com auxílio do software R (*The R Project for Statistical Computing*) versão 4.2.1 para Mac. Foi realizada a análise descritiva apresentando dados de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e análise de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) das variáveis contínuas. O teste de ajuste Qui-quadrado para análise de ajuste foi realizado para testar se as probabilidades de escolha eram idênticas para todas as quatro escalas, ou seja, considerou-se proporções iguais (25% de preferência de cada escala). O valor de significância adotado foi de $\alpha=95\%$. Com relação ao nível de escolaridade, os pacientes foram classificados de acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

(IPEA, [2017?]), sendo divididos em baixa escolaridade (pacientes sem instrução até fundamental incompleto) e alta escolaridade (de fundamental completo até superior completo). Quanto à renda, foram classificados de acordo com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES, 2018), sendo considerados como baixa renda aqueles com renda familiar total de até 3 salários-mínimos (R\$ 3.636,00) e como alta renda aqueles com renda familiar maior que 3 salários-mínimos.

3. RESULTADOS

O estudo foi composto por 390 profissionais de saúde, sendo 251 (64%) do sexo feminino, 135 (35%) do sexo masculino. A média de idade foi de 35,2 (DP= 7,79; xmin= 21 a xmax=64) anos e o tempo médio de atuação foi de 10,5 (DP=7,44) anos. Em relação à profissão, 350 (90%) eram fisioterapeutas e 299 (77%) atuavam em serviços de saúde privados. Os profissionais de saúde lidavam principalmente com pacientes com dor musculoesquelética. Esses participantes foram recrutados de todas as regiões do Brasil. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos profissionais saúde.

Variáveis	Total
Sexo, n (%)	
Masculino	135 (35)
Feminino	251 (64)
Prefiro não dizer	4 (1)
Idade, média (DP) (anos)	
	35,2 (7,79)
Profissão, n (%)	
Fisioterapeuta	350 (90)
Fisioterapeuta e Educador Físico	2 (0,5)
Educador Físico	12 (3)
Médico	6 (1,5)
Psicólogo	2 (0,5)
Dentista	5 (1,2)
Terapeuta Ocupacional	5 (1,2)
Enfermeiro	4 (0,6)
Quiropraxista	1 (1)
Outro	3 (0,7)
Região, n (%)	
Sudeste	254 (65)
Nordeste	54 (13)
Sul	42 (11)
Centro-Oeste	26 (7)
Norte	14 (4)
Local de serviço, n (%)	
Serviço de Saúde Privado	299 (77)
Serviço de Saúde Público	56 (14)

Universidade ou Hosp. Universitário	35 (9)
Perfil de pacientes que lida diariamente, n (%)	
Dor musculoesquelética	367 (59)
Dor neuropática	133 (21)
Dor orofacial	48 (8)
Dor pélvica	20 (3)
Dor oncológica	11 (2)
Dor abdominal	11 (2)
Outra	34 (5)

Com relação aos instrumentos para a medida da intensidade dor, 365 (94%) dos Profissionais de saúde afirmaram conhecer as escalas e 226 (58%) disseram saber a diferença entre elas, 118 (30%) não tinham certeza e 46 (12%) não sabiam a diferença entre elas. Dos profissionais que afirmaram saber a diferença entre as escalas (n=226), 217 (96%) conseguiram identificar a FPS-R, 194 (86%) a VRS, 152 (67%) a NRS e 130 (58%) a VAS.

A NRS foi a escala de dor indicada como sendo a mais utilizada (n=205; 53%,) e preferida (n=198; 51%,), seguida da VAS (uso = 137; 35% e preferência = 152; 39%), da VRS (uso = 42; 11% e preferência = 31; 8%,) e da FPS-R (uso = 6; 2%, e preferência = 9; 2%). Com relação à análise da preferência, os resultados foram significativos (Chi-quadrado (3) = 259.7; p<0,001), sugerindo que os profissionais não selecionaram as escalas puramente ao acaso.

Dos 365 Profissionais de saúde que afirmaram saber diferenciar as escalas, 152 (39%) acreditam que a NRS é a preferida pelos pacientes, seguida, respectivamente, da VAS (n=121; 31%), da FPS-R (n=72; 18%,) e VRS (n=45; 11%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento e preferência das Escalas usadas para medir intensidade de dor por parte dos profissionais de saúde.

Variáveis	Total n (%)
Conhece os instrumentos para avaliar a intensidade de dor?	
<i>Sim</i>	365 (94)
<i>Não</i>	25 (6)
Sabe dizer a diferença entre elas?	
<i>Sim</i>	226 (58)
<i>Não</i>	46 (12)
<i>Não tenho Certeza</i>	118 (30)
Qual instrumento você utiliza com maior frequência na sua prática clínica?	
FPS-R	6 (2)
VRS	42 (11)
NRS	205 (53)
VAS	137 (35)
Qual é o instrumento de sua preferência?	
FPS-R	9 (2)
VRS	31 (8)
NRS	198 (51)
VAS	152 (39)
Na sua opinião, qual é o instrumento de preferência dos pacientes?	
FPS-R	72 (18)
VRS	45 (11)
NRS	152 (39)
VAS	121 (31)

FPS-R – Escala Facial de Dor - Revisada; VRS – Escala de Avaliação Verbal; NRS – Escala Numérica de Dor; VAS – Escala Visual Analógica

O estudo foi composto por 94 pacientes, sendo 23 (24%) do sexo masculino e 71 (76%) do sexo feminino com média de idade de 52 (DP= 15,9; xmin=19 a xmax=87) anos. Com relação às demais características da amostra. A média de tempo com dor foi de 81 (DP= 121,3; xmin= 2 a xmax= 720) meses. A caracterização dos dados sociodemográficos está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos pacientes.

Variáveis	Total n (%)
Sexo, n (%)	
Feminino	71 (76)
Masculino	23 (24)
Idade, média (DP) (anos)	
	52 (15,9)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	28 (30)
Casado	41 (44)
Separado	14 (15)
Viúvo	8 (8)
Não informado	3 (3)
Nível de instrução, n (%)	
Sem instrução	25 (27)
Fundamental completo	10 (11)
Médio completo	35 (37)
Superior	24 (25)
Renda familiar, n (%)	
Nenhuma renda	4 (4)
Até um salário mínimo	24 (25)
De 1 a 2 salários mínimos	26 (28)
De 2 a 3 salários mínimos	12 (13)
De 3 a 5 salários mínimos	17 (18)
De 5 a 10 salários mínimos	9 (10)
Mais de 10 salários mínimos	2 (2)

Em relação aos instrumentos utilizados para medida da intensidade de dor, 80 pacientes (85%) afirmaram não conhecer a FPS-R, 75 (80%) não conheciam a VRS, 62 (66%) a NRS e 78 (83%) a VAS. De todos os pacientes, 62 (66%) informaram não saber o objetivo das escalas e apenas 32 (34%) relataram que algum profissional já havia aplicado alguma dessas escalas para medir a sua intensidade de dor. A NRS foi relatada como sendo o instrumento utilizado com maior frequência (n=24; 26%), seguida da VRS (n=9; 10%), da FPS-R (n=7; 7%) e da VAS (n=4; 4%).

Após os pacientes serem instruídos sobre as escalas, a FPS-R foi aquela que apresentou maior preferência por parte dos participantes (n= 43, 46%), seguida

da NRS (n=23, 24%), VRS (n=21, 22%) e da VAS (n=7, 7%) (Tabela 4). A intensidade de dor reportada em cada uma das escalas está apresentada na Tabela 5. O teste de ajuste Chi-quadrado mostrou que os resultados foram significativos (Chi-quadrado (3) = 28; $p < 0,001$), sugerindo que os pacientes não selecionaram as escalas ao acaso. Foi observado que os pacientes classificados como baixa renda (Chi-quadrado (3) = 16,3; $p < 0,001$), pacientes classificados como alta renda (Chi-quadrado (3) = 25,9; $p < 0,001$), pacientes classificados como baixa escolaridade (Chi-quadrado (3) = 27,2; $p < 0,001$) e pacientes classificados como alta escolaridade (Chi-quadrado (3) = 13,4; $p = 0,004$) não selecionaram as escalas ao acaso. Os pacientes com baixa renda representam 57% (n=54) da amostra de 94, enquanto os de alta renda são 43% (n=40) e os de baixa escolaridade representam 37% (n=35), enquanto os de alta escolaridade são 63% (n=59). As preferências dos pacientes e análise de acordo com a renda e escolaridade estão apresentadas na Tabela 4. A Tabela 5 apresenta a intensidade de dor relatada pelos pacientes em cada uma das escalas.

Tabela 4 - Preferência dos pacientes e análise de acordo com renda e escolaridade.

Variáveis	Total n (%)
Qual é sua escala de preferência?, n (%)	
Escala Facial de Dor – Revisada	43 (46)
Escala de Avaliação Verbal	21 (22)
Escala de Avaliação Numérica	23 (24)
Escala Visual Analógica	7 (7)
Preferência dos pacientes com baixa renda (n=54)	
Escala Facial de Dor – Revisada	24 (44)
Escala de Avaliação Verbal	17 (31)
Escala de Avaliação Numérica	7 (13)
Escala Visual Analógica	6 (11)
Preferência dos pacientes com alta renda (n=40)	
Escala Facial de Dor – Revisada	19 (47)
Escala de Avaliação Verbal	4 (10)
Escala de Avaliação Numérica	16 (40)
Escala Visual Analógica	0
Preferência dos pacientes com baixa escolaridade (n=35)	
Escala Facial de Dor – Revisada	22 (63)
Escala de Avaliação Verbal	6 (17)
Escala de Avaliação Numérica	4 (11)
Escala Visual Analógica	3 (8)
Preferência dos pacientes com alta escolaridade (n=59)	
Escala Facial de Dor – Revisada	21 (36)
Escala de Avaliação Verbal	15 (25)
Escala de Avaliação Numérica	19 (32)
Escala Visual Analógica	3 (5)

Tabela 5 - Intensidade de dor mínima, média e máxima referida pelos pacientes (n=94).

Escala	Intensidade de Dor		
	Mínima (24h)	Máxima (24h)	Média (2 semanas)
FPS-R, n (%)			
0	13 (13,8)	1 (1)	2 (2,1)
2	39 (41,4)	6 (6,3)	17 (18)
4	25 (26,5)	19 (20,2)	24 (25,5)
6	15 (15,9)	25 (26,5)	24 (25,5)
8	2 (2,1)	30 (31,9)	19 (20,3)
10	-	13 (13,8)	8 (8,5)
VRS, n (%)			
<i>Sem dor</i>	8 (8,5)	1 (1)	4 (4,2)
<i>Dor Leve</i>	45 (47,8)	8 (8,5)	9 (9,5)
<i>Dor moderda</i>	32 (34)	30 (31,9)	39 (41,4)
<i>Dor Grave</i>	9 (9,5)	22 (23,4)	28 (29,7)
<i>Dor muito grave</i>	-	22 (23,4)	8 (8,5)
<i>Pior Dor</i>	-	11 (11,7)	6 (6,3)
NRS, média (DP)	3,5 (2,3)	6,6 (2,5)	5,5 (2,5)
VAS (mm), média (DP)	29,9 (22,5)	59,5 (27,8)	49,6 (26,9)

FPS-R – Escala Facial de Dor - Revisada; VRS – Escala de Avaliação Verbal; NRS – Escala Numérica de Dor; VAS – Escala Visual Analógica

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar o conhecimento e a preferência das diferentes escalas para se medir a intensidade de dor por parte dos Profissionais de saúde e pacientes com dor musculoesquelética. Até o presente momento, este é o primeiro estudo que avaliou o conhecimento e a preferência das escalas para medir a intensidade de dor por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes com DM no contexto brasileiro. Este estudo também evidenciou que parte dos profissionais de saúde desconhecem a diferença entre as escalas, apesar de lidarem com pessoas com dor na sua prática clínica. Da amostra de profissionais de saúde incluída no estudo, 12% relatou não saber diferenciar cada escala e 30% não tinha certeza em relação à diferença entre elas. Além disso, parece haver uma incongruência entre a escala preferida e a mais utilizada (NRS) pelos profissionais de saúde com aquela preferida pelos com DM. Os profissionais de saúde preferem utilizar a NRS e acreditam que seja o instrumento preferido pelos pacientes enquanto a FPS-R foi a escala preferida pelos pacientes, independente da renda ou nível de escolaridade. Outro ponto que merece destaque é que antes de serem explicados, muitos pacientes relataram desconhecer os objetivos dessas escalas.

Alguns consensos recomendam a NRS como a forma mais adequada para avaliar a intensidade da dor na maior parte das situações e na maioria das populações (DWORKIN *et al.*, 2005). Sua validade também é bem documentada, além de poder ser usada em vários perfis de pacientes, em virtude da facilidade de aplicação e entendimento. No entanto, a percepção e a expressão da dor pode ser influenciada pela cultura e etnia, o que justificaria a diferença na preferência dos instrumentos de acordo com a região geográfica (DAVIDHIZAR; GIGER, 2004). Estudos mostraram que a NRS obteve maior preferência em amostras nos Estados Unidos e Europa (PETERS; PATIJN; LAMÉ, 2007), ao passo que a FPS ou FPS-R apresenta maior tendência de ser preferida por turcos e chineses (LI; LIU; HERR, 2007; YAZICI SAYIN; AKYOLCU, 2014). No Nepal, país em desenvolvimento e com taxas de alfabetização mais baixas, as escalas não numéricas foram as preferidas (VRS e FPS-R), sendo a FPS-R a de maior preferência, independente da idade ou do nível de educação, e com menor taxa de respostas incorretas. Em contrapartida, a NRS foi a escala com maior número de respostas incorretas. Este mesmo estudo demonstra que 26% da amostra foi incapaz de utilizar a VAS e a NRS (PATHAK;

SHARMA; JENSEN, 2018). Em uma revisão sistemática que englobava a VRS, a NRS e a VAS, embora a preferência do paciente dependa de alguns fatores, como os instrumentos que estão sendo usados e o perfil da população em estudo, a VRS obteve maior preferência entre os pacientes com menor nível de instrução e idosos (HJERMSTAD *et al.*, 2011). A menor preferência pela VAS, bem como observado no presente estudo, pode ser justificada por sua maior dificuldade de utilização, principalmente em idosos (PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018).

Este estudo não está livre de limitações. Em primeiro lugar, o grupo de profissionais de saúde foi composto principalmente por fisioterapeutas, não sendo possível generalizar os resultados para os demais profissionais de saúde. Em segundo lugar, a necessidade de se modificar a forma de coleta presencial para uma entrevista online com os pacientes em virtude da pandemia de COVID-19 pode ter dificultado a captação e a participação de alguns pacientes. Essa modificação pode ter impactado no tamanho da amostra no grupo dos pacientes. Por último, é possível que os profissionais de saúde confundam a NRS e a VAS. Esse fator pode ter influenciado nos resultados obtidos em relação ao grupo de profissionais de saúde.

Os resultados do presente estudo podem ser importantes para a prática clínica uma vez que a intensidade de dor é um desfecho recomendado para a avaliação e acompanhamento dos pacientes (HJERMSTAD *et al.*, 2011). É fundamental que o instrumento que está sendo utilizado além de ter propriedades de medidas adequadas, também considere aspectos individuais do paciente como a idade, nível de instrução, cultura e preferência. Estudos futuros podem comparar se há diferença no conhecimento entre os profissionais de saúde treinados e não treinados assim como entre as diferentes especialidades. Recomenda-se também que o conhecimento e a preferência das escalas para se medir a intensidade de dor seja realizada em outras condições clínicas de dor. Apesar das limitações, os resultados do presente estudo podem contribuir para modificar a prática clínica destacando a necessidade de instrução sobre o objetivo da escala para medir a intensidade de dor assim como utilizar instrumentos preferidos pelos pacientes respeitando suas características individuais.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a maior parte dos profissionais de saúde conhecem os instrumentos para avaliar a intensidade de dor. No entanto, observamos uma incongruência entre a escala de dor mais utilizada e preferida por profissionais de saúde com àquela preferida pelos pacientes. Enquanto os profissionais de saúde preferem a escala numérica de dor (NRS), os pacientes preferem a Escala de Faces Revisada (FPS-R) independente da renda ou da escolaridade. A FPS-R pode ser considerada como primeira escolha para avaliar a intensidade de dor em amostras com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

- AICHER, B. et al. Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. **Cephalalgia: An International Journal of Headache**, v. 32, n. 3, p. 185–197, fev. 2012.
- ANDRADE, F. A. DE; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Pain measurement in the elderly: a review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271–276, 1 abr. 2006.
- ATISOOK, R. et al. Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. **Journal of Pain Research**, v. 14, p. 1129–1139, 2021.
- BLYTH, F. M. et al. The Global Burden of Musculoskeletal Pain-Where to From Here? **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 1, p. 35–40, jan. 2019.
- BREIVIK, H. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain (London, England)**, v. 10, n. 4, p. 287–333, maio 2006.
- CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens1. **Semina cienc. biol. saude**, p. 201–212, 2008.
- COOK, K. F. et al. Pain assessment using the NIH Toolbox. **Neurology**, v. 80, n. 11 Suppl 3, p. S49-53, 12 mar. 2013.
- DAVIDHIZAR, R.; GIGER, J. N. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. **International Nursing Review**, v. 51, n. 1, p. 47–55, mar. 2004.
- DWORKIN, R. H. et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. **Pain**, v. 113, n. 1–2, p. 9–19, jan. 2005.
- DWORKIN, R. H. et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. **The Journal of Pain**, v. 9, n. 2, p. 105–121, fev. 2008.
- EUASOBHON, P. et al. Reliability and responsivity of pain intensity scales in individuals with chronic pain. **Pain**, v. 163, n. 12, p. e1184–e1191, 1 dez. 2022.
- FERREIRA-VALENTE, M. A.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; JENSEN, M. P. Validity of four pain intensity rating scales. **Pain**, v. 152, n. 10, p. 2399–2404, out. 2011.
- HAEFELI, M.; ELFERING, A. Pain assessment. **European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society**, v. 15 Suppl 1, n. Suppl 1, p. S17-24, jan. 2006.
- HERR, K. A.; GARAND, L. Assessment and measurement of pain in older adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 17, n. 3, p. 457–478, vi, ago. 2001.

HICKS, C. L. et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. **Pain**, v. 93, n. 2, p. 173–183, ago. 2001.

HJERMSTAD, M. J. et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, n. 6, p. 1073–1093, jun. 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **Global Year Against Musculoskeletal Pain**. Dor musculoesquelética. 2009. Disponível em: <<https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorMusculoEsqueletica/pt/MusculoskeletalPain.pdf>> Acesso em: 03 nov 2021.

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA), [2017?]. **Seção 04 - Os níveis de escolaridade no setor público brasileiro**. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasestado/arquivos/rmd/4874-conjunto4v10.html>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

JENSEN, M. P. et al. The Utility and Construct Validity of Four Measures of Pain Intensity: Results from a University-Based Study in Spain. **Pain Medicine (Malden, Mass.)**, v. 20, n. 12, p. 2411–2420, 1 dez. 2019.

JENSEN, M. P.; KAROLY, P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. Em: **Handbook of pain assessment, 2nd ed**. New York, NY, US: The Guilford Press, 2001. p. 15–34.

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

KARCIOGLU, O. et al. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 36, n. 4, p. 707–714, abr. 2018.

LI, L.; LIU, X.; HERR, K. Postoperative pain intensity assessment: a comparison of four scales in Chinese adults. **Pain Medicine (Malden, Mass.)**, v. 8, n. 3, p. 223–234, abr. 2007.

MOTA, P. H. DOS S. et al. Prevalence of musculoskeletal pain and impact on physical function and health care services in Belterra/PA. **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 1, p. 103–112, mar. 2016.

PATHAK, A.; SHARMA, S.; JENSEN, M. P. The utility and validity of pain intensity rating scales for use in developing countries. **Pain Reports**, v. 3, n. 5, p. e672, 2018.

PEDROLO, E. et al. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO FERRAMENTA PARA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 14 dez. 2009.

PETERS, M. L.; PATIJN, J.; LAMÉ, I. Pain assessment in younger and older pain patients: psychometric properties and patient preference of five commonly used

measures of pain intensity. **Pain Medicine (Malden, Mass.)**, v. 8, n. 7, p. 601–610, 2007.

PUNNETT, L.; WEGMAN, D. H. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology: Official Journal of the International Society of Electrophysiological Kinesiology**, v. 14, n. 1, p. 13–23, fev. 2004.

SILVA, F. C. DA; THULER, L. C. S. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. **Jornal De Pediatria**, v. 84, n. 4, p. 344–349, 2008.

SEDES (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL). 2018. **O que é o Cadastro Único?** Disponível em: <<https://www.sedes.df.gov.br/cadastro-unico/>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

VON ELM, E. et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344–349, 1 abr. 2008.

YAZICI SAYIN, Y.; AKYOLCU, N. Comparison of pain scale preferences and pain intensity according to pain scales among Turkish Patients: a descriptive study. **Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses**, v. 15, n. 1, p. 156–164, mar. 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO PACIENTES



Ministério da Educação
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
 IFRJ Instituto Federal do Rio de Janeiro
 – IF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(de acordo com as Normas da Resolução CNS nº 466/12).

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A INTENSIDADE DE DOR: UM ESTUDO TRANSVERSAL”. Você está sendo convidado a participar por apresentar alguma queixa de dor em ossos, músculos ou articulações e estar em atendimento fisioterapêutico. Destacamos que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Ao deixar de participar da pesquisa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o seu tratamento, como o pesquisador e nem com qualquer setor desta Instituição. O objetivo deste estudo é avaliar e comparar as escalas mais utilizadas por profissionais de saúde para medir a intensidade de dor e a escala de preferência das pessoas com dor em ossos, músculos e articulações. Para participar você será convidado a responder algumas perguntas sobre as escalas de dor e indicará aquela de sua preferência. A execução do protocolo de pesquisa dura aproximadamente 20 minutos e oferece riscos mínimos a você. É possível que durante a entrevista para a pesquisa, você se sinta cansado ou tenha algum desconforto em alguma região do corpo por permanecer algum tempo sentado. Caso você apresente algum desconforto, comunique imediatamente ao pesquisador para que ele interrompa a avaliação ou faça uma pausa, se assim você preferir. Não haverá nenhuma comparação individual frente aos demais participantes. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua identificação. Sua colaboração é importante para que possamos identificar qual escala é a preferida pelo pacientes com dor. Os dados serão divulgados somente em de forma apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos sem que haja a possibilidade da sua identificação. Você tem direito de conhecer e acompanhar os resultados dessa pesquisa. Participar desta pesquisa não implicará nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você será ressarcido de qualquer custo que tiver relativo à pesquisa e será indenizado por danos eventuais decorrentes da sua participação na pesquisa.

Página 1/2

Você receberá uma via deste termo com o e-mail de contato dos pesquisadores que participarão da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa que a aprovou, para maiores esclarecimentos.

Assinatura do pesquisador: Felipe José Jandre dos Reis

Instituição: INSTITUTO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 Nome do pesquisador: Felipe José Jandre dos Reis
 Fisioterapeuta – Crefito-2 39116-F; RG:10022428-6

Tel: (21) 98354-5000
E-mail: felipe.reis@ifrj.edu.br
CEP Responsável pela pesquisa - CEP IFRJ
Rua Pereira de Almeida, 88 - Praça da Bandeira - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20260-100Tel:
(21) 32936026
Email- cep@ifrj.edu.br

**Declaro que entendi os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa, e os meus direitos
como participante da pesquisa e concordo em participar.**

Nome do Participante da pesquisa

Data ____/____/____

(assinatura do participante)

Página 2/2

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Ministério da Educação
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
 IFRJ Instituto Federal do Rio de
 Janeiro – IF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (de acordo com as Normas da Resolução CNS nº 466/12).

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES SOBRE ESCALAS PARA MEDIR A INTENSIDADE DE DOR: UM ESTUDO TRANSVERSAL”. Você está sendo convidado por ser profissional de saúde e estar regularmente ativo no seu Conselho profissional. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador e nem com qualquer setor desta Instituição. O objetivo deste estudo é avaliar e comparar as escalas mais utilizadas por profissionais de saúde para medir a intensidade de dor e o instrumento de preferência por parte das pessoas com dor musculoesquelética. Para participar, você deverá preencher um formulário online respondendo todas as perguntas. A execução do protocolo de pesquisa oferece riscos mínimos a você. É possível que você sinta dor de cabeça durante o preenchimento do formulário online. Para diminuir esse risco, o questionário apresenta poucas perguntas sendo a maioria de múltipla escolha. Você ainda pode escolher o momento em que estiver se sentindo melhor para preencher o questionário. Não haverá nenhuma comparação individual frente aos demais participantes. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Sua colaboração é importante para que possamos identificar quais escalas são mais usadas para avaliar a intensidade de dor na prática clínica. Os dados serão divulgados somente em de forma apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos sem que haja a possibilidade da sua identificação. Você tem direito de conhecer e acompanhar os resultados dessa pesquisa. Participar desta pesquisa **não** implicará nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você será ressarcido de qualquer custo que tiver relativo à pesquisa e será indenizado por danos eventuais decorrentes da sua participação na pesquisa.

Página 1/2

Você receberá uma via deste termo com o e-mail de contato dos pesquisadores que participarão da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa que a aprovou, para maiores esclarecimentos.

Assinatura do pesquisador: Felipe José Jandre dos Reis

Instituição: INSTITUTO FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 Nome do pesquisador: Felipe José Jandre dos Reis
 Fisioterapeuta – Crefito-2 39116-F;
 RG:1002242

Tel: (21) 98354-5000

E-mail: felipe.reis@ifrj.edu.br

CEP Responsável pela pesquisa - CEP IFRJ

Rua Pereira de Almeida, 88 - Praça da Bandeira - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20260-100Tel:

(21) 32936026

Email- cep@ifrj.edu.br

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa, e os meus direitos como participante da pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante da pesquisa

Data ____/____/____

(assinatura do participante)

Página 2/2

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ONLINE APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação pessoal

1. Qual sua idade atual?

2. Qual seu sexo? () masculino () feminino () prefiro não dizer

3. Em que estado de Brasil você reside?

4. Qual a sua profissão?

() Enfermeiro () Fisioterapeuta () Médico () Terapeuta Ocupacional () Educador Físico () Psicólogo () Outro

5. Quanto tempo de atuação (em anos) você tem na profissão?

6. Em que local você trabalha a maior parte do tempo?

() Serviço de saúde privado

() Serviço de saúde público

() Universidade ou Hospital Universitário

7. Qual perfil de paciente você lida diariamente?

() Dor abdominal

() Dor pélvica

() Dor Oncológica

() Dor Musculoesquelética

() Dor Neuropática

() Dor orofacial

() Outra

Instrumentos para avaliação da dor

8. Você conhece os instrumentos para avaliar a intensidade de dor? () Sim () Não

9. Existem 4 instrumentos principais para avaliar a intensidade da dor (Escala de Faces, Escala de Avaliação Verbal, Escala Numérica de Dor, Escala Visual Analógica),

você seria capaz de dizer a diferença entre elas?

() Sim () Não () Não tenho certeza

Utilização das escalas na prática clínica

10. Na sua prática clínica, qual a escala que você utiliza com maior frequência para medir a intensidade de dor dos pacientes?

- () Escala de Faces
- () Escala de Avaliação Verbal
- () Escala Numérica de Dor
- () Escala Visual Analógica

Preferência das escalas

11. Qual seria a escala de sua preferência?

- () Escala de Faces
- () Escala de Avaliação Verbal
- () Escala Numérica de Dor
- () Escala Visual Analógica

12. Na sua opinião, qual seria a escala de preferência para os pacientes?

- () Escala de Faces
- () Escala de Avaliação Verbal
- () Escala Numérica de Dor
- () Escala Visual Analógica

Descrição das principais escalas para avaliar a intensidade de dor

13. A escala apresenta ao paciente 6 faces com expressões diferentes representando diferentes níveis de intensidade de dor. Essa descrição corresponde a:

- () Escala de Faces
- () Escala de Avaliação Verbal
- () Escala Numérica de Dor
- () Escala Visual Analógica

14. A intensidade de dor é medida por meio de uma escala que varia de 0mm (ausência de dor) a 100mm (dor de maior intensidade).

- () Escala de Faces
- () Escala de Avaliação Verbal

- Escala Numérica de Dor
- Escala Visual Analógica

15. A intensidade de dor é avaliada nos seguintes níveis: sem dor, dor leve, dor moderada, dor grave, dor muito grave e dor mais grave de todas.

- Escala de Faces
- Escala de Avaliação Verbal
- Escala Numérica de Dor
- Escala Visual Analógica

APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO, CONHECIMENTO E PREFERÊNCIA DE ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR

Nome: _____

Gênero: () M () F

Idade:

Escolaridade: () Ensino fundamental () Completo ()
 Incompleto () Ensino médio () Completo ()
 Incompleto () Ensino Superior () Completo ()
 Incompleto

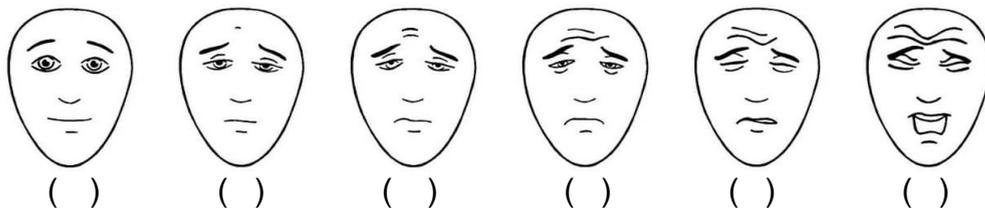
- 1) Você Conhece alguma dessas escalas? () Sim () Não
- 2) Algum profissional de saúde já aplicou alguma dessas escalas com você?
 () sim () Não
- 3) Qual delas? _____
- 4) Você sabe para que servem essas escalas? () Sim () Não
- 5) Escalas: ESCALA VISUAL ANALÓGICA
 (EVA) Mínima () Média () Máxima ()

ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA (NRS)
 Mínima () Média () Máxima ()

ESCALA DE AVALIAÇÃO VERBAL (VRS)

Sem dor () Dor leve () Dor moderada () Dor Grave () Dor muito grave () Pior dor ()

ESCALA FACIAL DE DOR - REVISADA



- 6) Qual escala você prefere?
- () ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
- () ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA (NRS)
- () ESCALA DE AVALIAÇÃO VERBAL (VRS)
- () ESCALA FACIAL DE DOR – REVISADA

APÊNDICE E – FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CLÍNICOS

Nome: _____

Idade: _____

Gênero: () feminino () masculino

Telefone com DDD: _____

E-mail: _____

RG: _____

Naturalidade: _____

Endereço:

Estado: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () Não informado

Escolaridade: () Sem instrução () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

Renda familiar: () Nenhuma renda () Até um salário mínimo () De um a dois salários mínimos () De 2 a 3 salários mínimos () De 3 a 5 salários mínimos () De 5 a 10 salários mínimos

1. Você sente dor por mais de três meses na maior parte dos dias?

() Sim () Não

2. Se você sente dor há menos de 1 ano, informe há quantos meses você sente dor:

3. Se você sente dor há mais de 1 ano, informe há quantos anos você sente dor:

4. Selecione os locais da sua dor:

() Cabeça () Membro superior () Membro inferior () Coluna Cervical () Coluna Torácica () Coluna Lombar

APÊNDICE F – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA MEDIDA DE CONHECIMENTO ACERCA DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR

Escalas para medir intensidade de dor: conhecimento e preferência do paciente

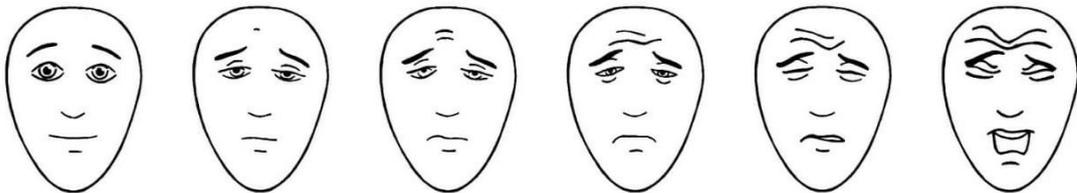
Objetivo do estudo:

Analisar o conhecimento e a preferência das escalas para avaliar intensidade de dor nas pessoas com dor musculoesquelética.

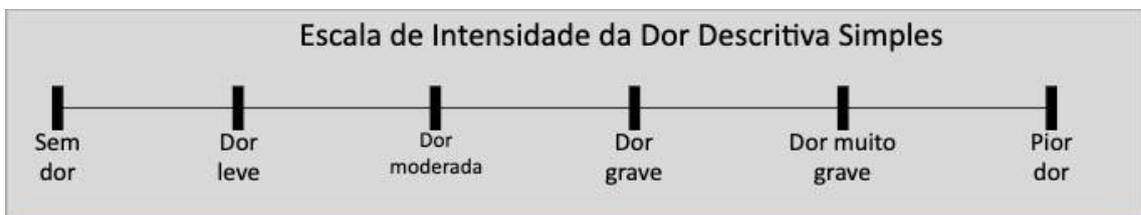
Procedimento:

- Observar escalas apresentadas na tela;
- Responder perguntas solicitadas.

1. Essa é uma das escalas para medir a intensidade de dor. Você conhece essa escala?



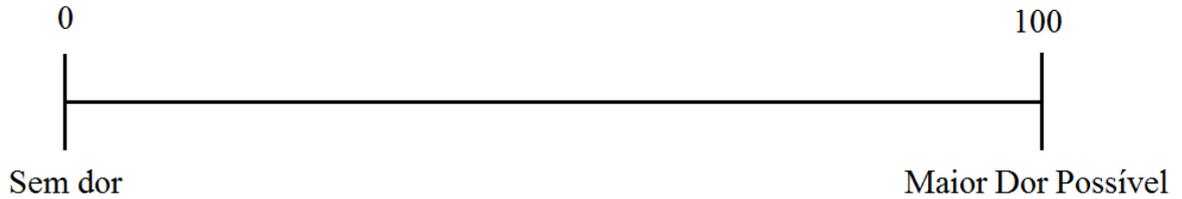
2. Essa é uma das escalas para medir a intensidade de dor. Você conhece essa escala?



3. Essa é uma das escalas para medir a intensidade de dor. Você conhece essa escala?



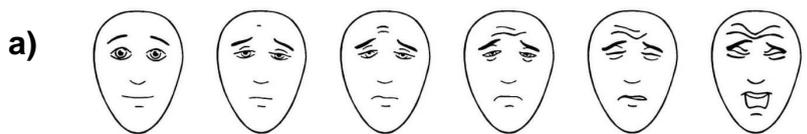
4. Essa é uma das escalas para medir a intensidade de dor. Você conhece essa escala?



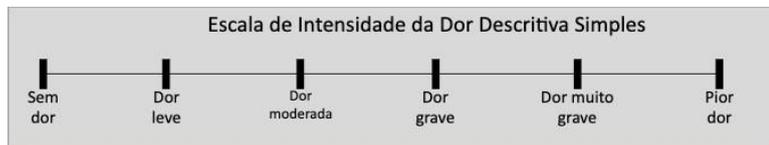
5. Algum profissional de saúde (exemplo: médico, fisioterapeuta, enfermeiro) aplicou alguma dessas escalas no seu atendimento?

() Sim () Não

6. Qual delas?



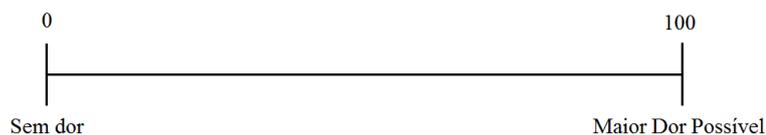
b)



c)



d)



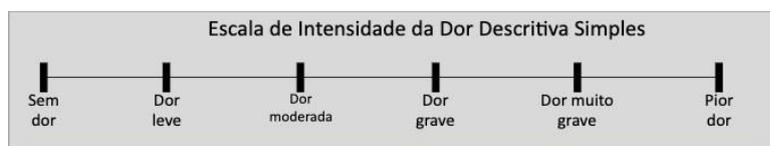
7. Você sabe para que servem essas escalas? () Sim () Não

APÊNDICE G – FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA CONHECIMENTO DA INTENSIDADE DE DOR DOS CANDIDATOS E PREFERÊNCIA ACERCA DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR

ESCALA FACIAL DE DOR - REVISADA



8. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade de dor **mais leve** que você sentiu nas últimas 24 horas?
9. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade da **pior** dor que você sentiu nas últimas 24 horas?
10. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade **média** de dor nas duas últimas semanas?



11. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade de dor **mais leve** que você sentiu nas últimas 24 horas?
12. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade da **pior** dor que você sentiu nas últimas 24 horas?
13. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade **média** de dor nas duas últimas semanas?



14. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade de dor **mais leve** que você sentiu nas últimas 24 horas?

15. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade da **pio**r dor que você sentiu nas últimas 24 horas?

16. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade **média** de dor nas duas últimas semanas?

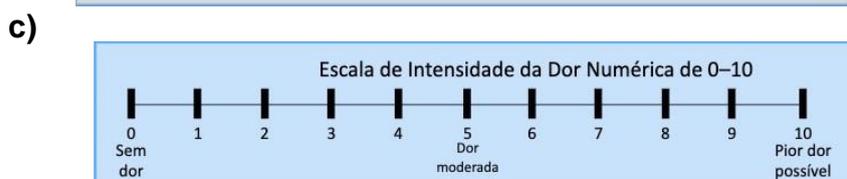
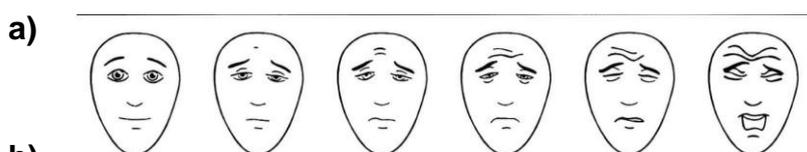


17. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade de dor **mais leve** que você sentiu nas últimas 24 horas?

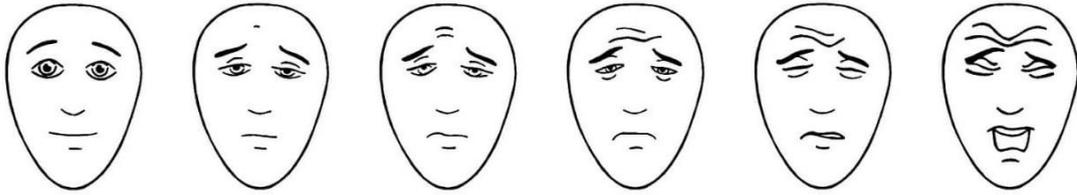
18. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade da **pio**r dor que você sentiu nas últimas 24 horas?

19. Considerando a escala acima, qual foi a intensidade **média** de dor nas duas últimas semanas?

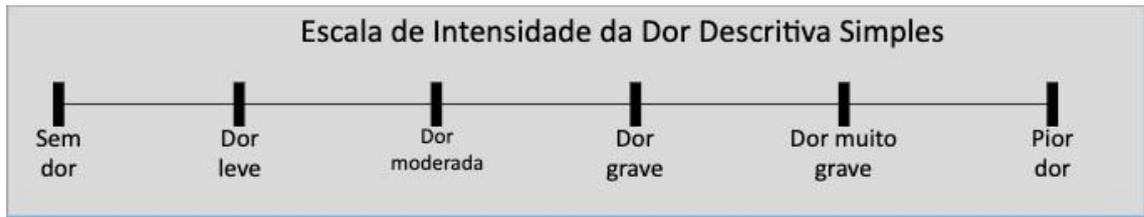
20. Se você pudesse escolher, qual dessas escalas você prefere para medir a intensidade da sua dor?



ANEXO I - ESCALA FACIAL DE DOR - REVISADA



(HICKS *et al.*, 2001)

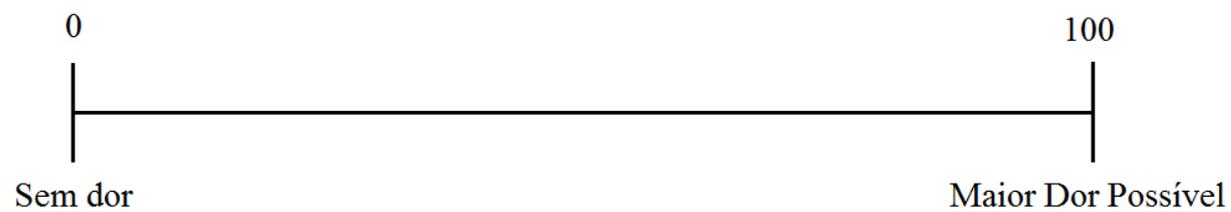
ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO VERBAL (VRS)

(AICHER *et al.*, 2012)

ANEXO III - ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA (NRS)



(PATHAK; SHARMA; JENSEN, 2018)

ANEXO IV - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

(HAEFELI; ELFERING, 2006)