

Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em língua portuguesa

VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SURVEY OF PAIN ATTITUDES (SPA- 28 ITEMS) IN THE PORTUGUESE LANGUAGE

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE ACTITUDES FRENTE AL DOLOR CRÓNICO (IAD-28 ÍTEMS) EN LENGUA PORTUGUESA

Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta¹, Geana Paula Kurita², Evelani Martins da Silva³, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz⁴

RESUMO

Trata-se da reavaliação da confiabilidade e validade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica-versão breve, (IAD-breve) com 183 pacientes com dor crônica não oncológica. O IAD-breve 28 itens avalia as crenças sobre dor crônica relacionadas ao controle, emoção, solicitude, cura médica, dano físico, incapacidade e medicação. A análise mostrou sete domínios e 28 itens. Houve diferenças na alocação de dois itens e, após análises, optou-se por retirá-los. Quatro domínios apresentaram valores de alfa de Cronbach considerados bons (entre 0,74 e 0,85) e em três, foram moderados (entre 0,58 e 0,65). O IAD-breve 28 itens em língua portuguesa é superior à primeira versão.

DESCRITORES

Dor.
Atitude.
Cognição.
Reprodutibilidade dos testes.
Estudos de validação.

ABSTRACT

This is the re-assessment of reliability and validity of Survey of Pain Attitudes-brief (SOPA-brief) version, with 183 chronic non-cancer pain patients. The SOPA-brief assesses the chronic pain beliefs related to emotion, control, solicitude, medical cure, harm, disability and medication. The analysis showed seven domains and 28 items. There were differences in the allocation of two items and after analyses they were excluded. Four domains had good Cronbach's alpha values (between 0.74 and 0.85) and three had moderate (between 0.58 and 0.65). The SOPA-brief version in Portuguese language is superior to its first version.

KEY WORDS

Pain.
Attitude.
Cognition.
Reproducibility of results.
Validation studies.

RESUMEN

Este estudio trata la reevaluación de la confiabilidad y validez del Inventario de Actitudes frente al Dolor Crónico-versión breve, (IAD-breve) con 183 pacientes con dolor crónico no oncológico. El IAD-breve 28 ítems evalúa las creencias en el dolor crónico relacionadas al control, emoción, solicitud, cura médica, daño físico, incapacidad y medicación. El análisis resultó en siete dominios y 28 ítems. Hubo diferencias en la ubicación de dos ítems y, después de análisis, se decidió removerlos. Cuatro dominios presentaron valores de alfa de Cronbach considerados buenos (entre 0,74 y 0,85) y en tres, moderados (entre 0,58 y 0,65). El IAD-breve 28 ítems en lengua portuguesa es superior a la primera versión.

DESCRIPTORES

Dolor.
Actitud.
Cognición.
Reproducibilidad de resultados.
Estudios de validación.

¹ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. parpca@usp.br ² Enfermeira. Pós-doutoranda CAPES e Research Fellow at The Multidisciplinary Pain Centre Copenhagen University Hospital - Rigshospitalet - DK. geanakurita@yahoo.com.br ³ Fisioterapeuta. Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Centro de Reabilitação e Saúde do Trabalhador. ⁴ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Vice-Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. dinamacruz@usp.br

INTRODUÇÃO

Crenças influem na vivência dolorosa, pois essa resulta da integração de estímulos periféricos sensoriais (tecido lesado) com aspectos emocionais (ansiedade, depressão, medo, etc.) e cognitivos da pessoa (crenças, expectativas, atribuição de significado aos eventos, etc.). Crenças, atitudes, valores e comportamentos são culturalmente adquiridos.

Crenças são idéias pré-estabelecidas sobre nós mesmos, os outros, as situações e o ambiente. São concepções culturalmente compartilhadas e consideradas verdades absolutas, exatamente o modo como as coisas são^(1,2-4). Crenças sobre dor e seu controle não devem ser vistas como periféricas na experiência de dor crônica. Se verdadeiras ou falsas, funcionais ou disfuncionais (aquela que distorce a realidade, quase sempre de modo negativo, que interfere na habilidade do paciente de atingir suas metas), podem se tornar a realidade interna que controla o pensamento e o comportamento do paciente. Estudos mostraram que crenças são capazes de influir na experiência de dor (intensidade, desconforto, etc.), na funcionalidade física (grau de incapacidade, nível de atividade física, etc.), na funcionalidade psíquica (depressão, estilo de pensamento, etc.) e social (retorno ao trabalho, lazer, etc.)⁽⁵⁻⁷⁾. Crenças disfuncionais são capazes de exacerbar a experiência de dor e prejudicar a adesão ao tratamento da dor crônica⁽⁵⁻⁶⁾. Conhecer as crenças dos pacientes com dor sobre dor crônica permite o planejamento de ações para modificá-las, se necessário, e melhorar os resultados terapêuticos.

Atitudes são disposições afetivas, relativamente estáveis, que implicam na tendência a responder ao alvo ou objeto (símbolo, frase, pessoa, instituição, idéia, crença, ideal, qualquer coisa existente para o indivíduo), positiva ou negativamente e são aprendidas. Envolvem orientação e intensidade em relação ao objeto-alvo. Orientação significa a aproximação ou rejeição de algo, ser favorável ou desfavorável, concordar ou discordar. Intensidade é a força com que se aprova ou desaprova o objeto. Pode-se aprovar ou desaprovar algo com intensidade diferentes, ou não se ter uma atitude frente a esse objeto. São disposições organizadas para a ação que se refletem no comportamento dos indivíduos e grupos^(2-3,9-11).

Na área de dor crônica, a preocupação em conhecer e mensurar as atitudes dos doentes iniciou-se em torno de 1985⁽¹²⁻¹⁷⁾ e, entre os inventários existentes, o Survey of Pain Attitudes é considerado um dos melhores⁽¹⁷⁾.

Em estudo anterior testou-se as propriedades psicométricas da tradução para a língua portuguesa do Inventário de Atitudes frente à Dor - versão breve (IAD-breve) em 69 doentes com dor crônica⁽⁸⁾. No entanto, dos 69 doentes desse estudo, 24 tinham dor crônica de origem

oncológica, o que constituiu limitação, visto as diferenças das características dos doentes com dor crônica oncológica e não oncológica. Frente a isso e ao pequeno tamanho da amostra, julgou-se necessário reavaliar a confiabilidade e a validade do instrumento, ampliando a amostra e incluindo somente pacientes com dor crônica não oncológica, o que constitui o objetivo deste estudo.

IAD-breve: domínios e itens

O IAD-breve consta de 30 itens, correspondentes a sete domínios de crenças e atitudes frente à dor: cura médica, controle, solicitude, incapacidade, medicação, emoção e dano físico⁽⁸⁾. Foi validado para a língua portuguesa e denominado Inventário de Atitudes frente à Dor Versão Breve (IAD-Breve)⁽⁸⁾. Após sua validação foi utilizado em estudos nacionais⁽⁶⁻⁷⁾.

O IAD-breve é auto-aplicável; o avaliado indica a concordância com cada uma das assertivas, em escala do tipo Likert de cinco pontos. A pontuação da resposta corresponde a 0=totalmente falso, 1=falso, 2=nem verdadeiro nem falso, 3=quase verdadeiro e 4=totalmente verdadeiro. O escore de cada escala ou domínio é calculado pela soma dos pontos das respostas de cada item, dividido pelo número de itens respondidos. O escore final médio de cada escala poderá variar entre 0 e 4. Há itens invertidos que devem ter seus escores revertidos antes da soma^(4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29). A reversão do escore faz-se subtraindo-se de 4 o escore escolhido pelo doente. Os escores dos sete domínios ou escalas não são somados. Não há pontos de corte, nem resposta certa ou errada, mas há orientações de respostas mais desejáveis por serem consideradas, pelo autor do inventário, como hipoteticamente mais adaptativas.

A definição, as questões correspondentes e o escore desejável de cada domínio do IAD-breve estão apresentados na Tabela 1.

MÉTODO

A amostra, de conveniência, foi constituída por 183 pacientes com dor crônica não oncológica. Os pacientes responderam ao IAD-breve 30 itens e foram levantadas características demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade) e da dor (tempo de dor e intensidade). Os pacientes foram recrutados no Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, no Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob n. 089/00

Do total de doentes, 88,5% pertenceram ao sexo masculino, a idade média foi de 41,7 anos (12,6), mediana de

Conhecer as crenças dos pacientes com dor sobre dor crônica permite o planejamento de ações para modificá-las, se necessário, e melhorar os resultados terapêuticos.

Tabela 1 - Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD-breve), versão brasileira com 30 itens: definição dos domínios, itens, escore desejável, variação, itens invertidos e cálculo do escore - São Paulo - 2008

Domínio	Definição	Itens	Escore desejável variação	Cálculo do Escore/ domínio
Solicitude	O quanto o paciente acredita que... Outros, especialmente os familiares, devem ser mais solícitos quando ele sente dor.	3, 7, 9, 14,18	0 0-20	$\frac{3+7+9+14+18}{5}$
Emoção	Suas emoções influem na sua experiência de dor.	6, 10,15,25	4 0 - 16	$\frac{6+10+15+25}{4}$
Cura médica	A medicina pode curar a sua dor.	4, 8, 21, 24, 29	0 0-20	$\frac{4+8+21+24+29}{5}$
Controle	Pode controlar sua dor.	1, 12, 17, 20, 22	4 0-20	$\frac{1+12+17+20+22}{5}$
Dano físico	A dor significa que está machucando a si mesmo e que deve evitar exercícios.	11, 16, 19, 27, 28	0 0-20	$\frac{11+16+19+27+28}{5}$
Incapacidade	Está incapacitado pela dor.	23, 26, 30	0 0-12	$\frac{23+26+30}{3}$
Medicação	Medicamentos são o melhor tratamento para dor crônica.	2, 5, 13	0 0-12	$\frac{2+5+13}{3}$
Itens invertidos	4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29	A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido pelo doente		

40 anos, variando entre 20 e 79 anos. Dos avaliados, 53% eram casados ou com companheiro fixo e 30,1% eram solteiros ou sem companheiro fixo. A média de escolaridade foi de 8,3 anos ($\pm 3,9$) e a mediana, 8 anos, variando entre 0 e 18 anos.

Do total de 183 doentes, 60,1% apresentavam dor por LER/DORT e 18% possuíam fibromialgia. Dor miofascial (9,3%) e neuropática (10,4%) ocorreram em menor frequência e 2,2% dos doentes tinham dor crônica por outras causas. Os doentes relataram dor com duração média de 49,5 (65,1) meses e mediana de 36 meses. A intensidade da dor foi caracterizada em leve (1 a 3) e ocorreu em 3,4% dos casos, moderada (4 a 7) e ocorreu em 21,2%, e intensa (8 a 10) e ocorreu em 75,4% das vezes. A intensidade média da pior dor foi 8,4 ($\pm 1,9$), mediana 9.

Para avaliar a composição dos domínios foi utilizada Análise Fatorial de Componentes Principais com rotação Varimax. A consistência interna das escalas foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente varia entre 0 a 1 e quanto maior este valor melhor a confiabilidade. Na análise foram consideradas as correlações de cada item com a escala e a mudança no coeficiente alfa de Cronbach, caso o item fosse excluído. A seguir, foi feita a análise se domínios e itens se mantinham em relação à validação inicial em língua portuguesa⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O IAD-breve com 30 itens em língua portuguesa está apresentado no Quadro 1.

Análise Fatorial do IAD-breve 30, feita com 183 doentes com dor crônica

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise fatorial feita com os 30 itens do primeiro estudo de validação do IAD-breve em língua portuguesa⁽⁸⁾. As análises indicaram que nem todos os itens devem permanecer. A retirada de itens modificou a seqüência numérica. Visando a evitar confusão quando da comparação entre a escala com 30 itens e a nova escala, optou-se por acrescentar a letra *i* (de *inglês*) após cada item do IAD-breve com 30 itens.

Conforme se pode observar na Tabela 3, a análise mostrou sete sub-escalas (domínios), à semelhança do estudo anterior (com 69 doentes)⁽⁸⁾ e do estudo original de Tait e Chibnall⁽¹⁸⁾. No entanto, alguns itens alocaram em domínios diferentes do original de Tait e Chibnall (itens 2i e 12i) e diferentes do primeiro estudo em língua portuguesa (2i, 12i e 19i). O item 2i faltou no domínio *medicação* e carregou no domínio *cura médica* e o item 12i faltou no domínio *controle* e carregou no domínio *emoção*; o item 19i alocou-se no domínio *incapacidade*, o que está em acordo com a

Quadro 1 - Inventário de Atitudes Frente à Dor com 30 itens (IAD-breve:30) - São Paulo - 2008

	Totalmente falso	Quase falso	Nem Verdadeiro Nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
1. Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
2. Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor.	0	1	2	3	4
3. Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4. Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5. O maior alívio da dor que eu tive foi com o uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6. A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7. Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8. Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9. É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10. O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
11. Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
12. Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor.	0	1	2	3	4
13. Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14. A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15. A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16. Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17. Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18. Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19. Alguma coisa está errada com meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4
20. Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
21. Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22. Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23. A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24. A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25. Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26. Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27. Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
28. O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
29. Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30. A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Tabela 2 - Correlações entre itens e fatores do IAD-breve com 30 itens em 183 doentes - São Paulo - 2008

Item	FATORES						
	1 Emoção	2 Solicitude	3 Dano físico	4 Cura Médica	5 Controle	6 Incapacidade	7 Medicação
6i	0,804	0,142	-0,065	-0,013	0,018	0,055	0,121
15i	0,787	0,275	-0,135	-0,052	0,046	0,133	-0,035
10i	0,786	0,144	-0,053	-0,151	-0,001	0,160	0,033
25i	0,720	0,099	-0,123	-0,078	0,148	0,036	-0,057
12i	0,447	0,193	-0,170	-0,026	0,299	-0,142	-0,104
7i	0,142	0,779	-0,069	0,007	-0,206	0,057	0,094
3i	0,313	0,731	-0,034	-0,132	-0,129	-0,043	-0,093
14i	0,189	0,692	-0,051	-0,114	0,139	0,246	0,083
18i	0,234	0,679	0,050	0,058	0,206	0,143	-0,016
9i	0,036	0,593	-0,026	-0,049	0,176	0,104	0,359
27i	-0,127	-0,005	0,818	0,100	-0,107	0,041	-0,060
28i	-0,210	0,007	0,817	0,063	-0,175	0,012	-0,021
11i	-0,149	-0,008	0,808	-0,152	-0,045	0,112	0,029
16i	0,082	-0,097	0,653	-0,195	0,184	0,285	0,227
24i	-0,079	0,036	-0,119	0,670	0,080	-0,156	-0,104
29i	0,002	-0,248	-0,146	0,624	0,006	0,204	0,107
4i	-0,171	-0,003	0,000	0,593	-0,078	-0,097	-0,028
21i	0,091	-0,032	-0,041	0,539	0,059	-0,107	0,396
8i	-0,005	-0,005	0,115	0,531	0,011	0,091	-0,125
2i	0,077	0,239	-0,040	-0,304	0,082	0,273	0,303
20i	0,111	-0,069	0,018	0,000	0,800	-0,083	-0,058
22i	0,019	0,072	-0,158	-0,049	0,769	0,011	0,008
17i	0,399	0,125	-0,069	0,198	0,438	-0,308	-0,104
1i	0,245	0,213	0,002	0,134	0,402	-0,242	0,275
23i	0,071	0,096	0,089	-0,017	-0,174	0,709	-0,105
26i	-0,064	0,258	0,106	0,009	-0,268	0,605	-0,158
19i	0,248	0,028	0,076	0,039	0,038	0,574	0,229
30i	0,021	0,413	0,223	-0,144	0,162	0,525	0,040
13i	-0,127	-0,175	-0,049	0,024	-0,068	-0,050	0,802
5i	0,041	0,112	0,044	-0,115	-0,031	0,039	0,796

versão original em inglês e contraria a alocação em *dano físico*, observada na primeira validação em língua portuguesa (Tabelas 1 e 2).

Analisando-se o item 2i *Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor* nota-se que ele se refere a ter que tomar medicamentos (idéia original), mas também remete à questão da cronicidade, da não cura da doença (ter que tomar medicamentos para sempre) e isso explica a sua alocação errada no domínio *cura médica*. Analisando-se o item 12i *Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor*, embora pareça claro que ele se refere à questão de controle (concentro-me e relaxo-me e influo na dor), os doentes, provavelmente, associaram os atos de concentrar e relaxar, que são ações mentais, à emoções, como por exemplo relaxar, com estar tranqüilo ou estar concentrado com estar tenso, nervoso, o que parece fazer sentido. O item 19i *Alguma coisa está errada como meu corpo que impede muito movimento ou exercício*, remete à idéia de incapacidade (domínio original do estudo de Tait e Chibnall e confirmado no presente estudo), mas também remete à idéia de *dano físico* (domí-

nio em que esse item carregou no primeiro estudo brasileiro⁽⁸⁾. Nota-se ambigüidade de sentidos nesses três itens e estudos futuros poderão confirmar qual o significado mais ajustado para pacientes brasileiros.

Além dessa análise de significados, para a decisão sobre a adequação do item ao domínio adotou-se como critérios: carga fatorial mínima de 0,4 no domínio e que a sua presença melhorasse ou não piorasse de modo importante a consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach. Assim, a análise da consistência interna (Tabela 3) juntamente com as cargas fatoriais obtidas na análise fatorial, permitiram decidir que a melhor solução é a exclusão desses dois itens (2i e 12i) na versão brasileira do IAD-breve e aceitar a alocação do item 19i no domínio *incapacidade*.

Análise de Consistência do IAD-breve (n=183)

O conjunto dos dados da Tabela 4 mostra que, dos sete domínios, quatro apresentaram valores de alfa considerados bons (entre 0,74 e 0,85) e em três, os valores foram moderados (entre 0,58 e 0,65).

Tabela 3 - Comparação entre os índices de consistência interna das escalas do IAD-breve de 30 itens em língua inglesa - São Paulo - 2008

Domínios	Tait e Chibnall (1977)		Estudo com 69 doentes		Estudo com 183 doentes	
	α	Número de Itens	α	Número de Itens	α	Número de Itens
Solicitude	0,83	5	0,83	5	0,81	5
Emoção	0,80	4	0,89	4	0,85	4
Cura médica	0,72	5	0,55	5	0,58	5
Controle	0,70	5	0,77	5	0,65	4*
Dano físico	0,71	4	0,76	4	0,81	4
Incapacidade	0,70	4	0,60	3	0,63	4
Medicação	0,56	3	0,57	3	0,74	2**

*Excluído o item 12i

**Excluído o item 2i

Nota: IAD-breve 30 itens em língua portuguesa com 69 doentes e com IAD-breve 28 itens em língua portuguesa com 183 doentes.

Comparando-se os resultados do estudo com 183 doentes com o estudo de Tait e Chibnall, observa-se que houve diminuição no domínio *cura médica* (de 0,72 para 0,58) e houve melhora nos domínios *dano físico* (de 0,71 para 0,81) e no domínio *medicação* (de 0,56 para 0,74). Observa-se também diminuição nos domínios *controle* (de 0,70 para 0,65) e *incapacidade* (de 0,70 para 0,63).

Comparando-se agora os resultados dos dois estudos brasileiros (com 69 e com 183 doentes), observam-se, em três domínios, diferenças mais importantes no valor de alfa. Houve diminuição no domínio *controle* (de 0,77 para 0,65) e aumento em *medicação* (de 0,57 para 0,74) e *dano físico* (0,76 para 0,81).

No presente estudo (n=183) todos os sete domínios do IAD-breve foram confirmados, sendo que cinco (solicitude, emoção, cura médica, dano físico e incapacidade) com o mesmo número de itens do inventário de Tait e Chiball e em dois domínios (controle e medicação) foi retirado um item de cada um. As justificativas para tais exclusões, além das já descritas, estão a seguir explicitadas.

O item 2i (*Provavelmente eu sempre terei que tomar medicamentos para dor*) deveria compor o domínio *medicação*, mas foi excluído porque não preencheu o critério de carga fatorial mínima de 0,4 em nenhum domínio e a sua exclusão melhorou a consistência do domínio *medicação*. Com o item 2i, o domínio *medicação* tinha um alfa de 0,60 e sua retirada elevou o alfa para 0,74. Além dis-

so, a correlação do item 2i com os outros itens do domínio *medicação* era baixa (0,22). Desse modo, o item 2i foi excluído da versão Brasileira do IAD-breve.

O item 12i deveria compor o domínio *controle* (*Concentrando-me ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor*), mas sua carga fatorial nesse domínio foi de 0,29, o que fica abaixo do limite estabelecido como critério (0,4). O item 12i teve sua melhor carga fatorial no domínio *emoção* (0,44). No entanto, sua retirada eleva o alfa desse domínio de 0,82 para 0,85. Desse modo optou-se pela exclusão desse item na versão brasileira.

A permissão do item 19i no domínio incapacidade elevou o alfa desse domínio de 0,60 (estudo brasileiro anterior, com 69 pacientes) para 0,63 (estudo atual com 183 pacientes).

Do exposto, percebe-se que o re-teste das propriedades psicométricas do IAD-breve, com ampliação e maior homogeneidade da amostra, fundamentou a retirada de dois itens, o que melhorou alguns valores de alfa, especialmente no domínio *medicação* e *dano físico*, mas também *cura médica* e *incapacidade*. A redução da escala foi desejável, pois a tornou mais operacional para a prática clínica diária.

A versão brasileira do IAD-breve composta por 28 itens e 7 domínios pode ser observada no Quadro 2 e a chave para pontuação na Tabela 4.

Quadro 2 - Inventário de Atitudes Frente à Dor (IAD-breve:28 itens) - São Paulo - 2008

	Totalmente falso	Quase falso	Nem Verdadeiro Nem falso	Quase verdadeiro	Totalmente verdadeiro
1. Muitas vezes eu consigo influenciar a intensidade da dor que sinto.	0	1	2	3	4
3. Sempre que eu sinto dor eu quero que a minha família me trate melhor.	0	1	2	3	4
4. Eu não espero cura médica para a minha dor.	0	1	2	3	4
5. O maior alívio da dor que eu tive foi com o uso de medicamentos.	0	1	2	3	4
6. A ansiedade aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
7. Sempre que eu sinto dor as pessoas devem me tratar com cuidado e preocupação.	0	1	2	3	4
8. Eu desisti de buscar a completa eliminação da minha dor através do trabalho da medicina.	0	1	2	3	4
9. É responsabilidade daqueles que me amam ajudarem-me quando eu sentir dor.	0	1	2	3	4
10. O estresse na minha vida aumenta a minha dor.	0	1	2	3	4
11. Exercício e movimento são bons para o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
13. Remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica.	0	1	2	3	4
14. A minha família precisa aprender a cuidar melhor de mim quando eu estiver com dor.	0	1	2	3	4
15. A depressão aumenta a dor que sinto.	0	1	2	3	4
16. Se eu me exercitasse poderia piorar ainda mais o meu problema de dor.	0	1	2	3	4
17. Eu acredito poder controlar a dor que sinto mudando meus pensamentos.	0	1	2	3	4
18. Muitas vezes quando eu estou com dor eu preciso de mais carinho do que estou recebendo agora.	0	1	2	3	4
19. Alguma coisa está errada com meu corpo que impede muito movimento ou exercício.	0	1	2	3	4
20. Eu aprendi a controlar a minha dor.	0	1	2	3	4
21. Eu confio que a medicina pode curar a minha dor.	0	1	2	3	4
22. Eu sei com certeza que posso aprender a lidar com a minha dor.	0	1	2	3	4
23. A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente ativa.	0	1	2	3	4
24. A minha dor física não será curada.	0	1	2	3	4
25. Há uma forte ligação entre as minhas emoções e a intensidade da minha dor.	0	1	2	3	4
26. Eu posso fazer quase tudo tão bem quanto eu podia antes de ter o problema da dor.	0	1	2	3	4
27. Se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.	0	1	2	3	4
28. O exercício pode diminuir a intensidade da dor que eu sinto.	0	1	2	3	4
29. Estou convencido de que não há procedimento médico que ajude a minha dor.	0	1	2	3	4
30. A dor que sinto impediria qualquer pessoa de levar uma vida ativa.	0	1	2	3	4

Nota: Os itens 2 e 12 do original foram excluídos da versão brasileira.

Tabela 4 - Inventário de Atitudes frente à Dor, versão brasileira com 28 itens ((IAD-breve 28 itens): itens por domínio, escore desejável, variação possível, itens invertidos e cálculo do escore - São Paulo - 2008

Domínio	Itens	Escore desejável variação	Cálculo do Escore/ domínio
Solicitude 5 itens	3, 7, 9, 14,18	0 0-20	$\frac{3+7+9+14+18}{5}$
Emoção 4 itens	6, 10,15,25	4 0 - 16	$\frac{6+10+15+25}{4}$
Cura médica 5 itens	4, 8, 21, 24, 29	0 0-20	$\frac{4+8+21+24+29}{5}$
Controle 4 itens	1, 17, 20, 22	4 0-16	$\frac{1+17+20+22}{4}$
Dano físico 4 itens	11, 16, 27, 28	0 0-16	$\frac{11+16+19+27+28}{4}$
Incapacidade 4 itens	19, 23, 26, 30	0 0-16	$\frac{23+26+30}{4}$
Medicação 2 itens	5, 13	0 0-8	$\frac{5+13}{2}$
Itens excluídos	2 e 12 - Esses itens não constam do IAD-breve 28 itens		
Itens invertidos	4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28 e 29 A reversão do escore é feita subtraindo-se de 4 o escore escolhido pelo doente		

CONCLUSÃO

O IAD-breve com 28 itens em língua portuguesa foi confirmado com 7 domínios e 28 itens. Comparando-se a primeira versão (30 itens)⁽⁶⁾ à segunda (28 itens) observou-se, na segunda versão, melhora da confiabilidade nos domínios medicação, dano físico, incapacidade e cura

médica. Houve piora no domínio controle e nos domínios solicitude e emoção, mas nesses dois últimos, apesar da piora, a confiabilidade manteve-se boa. A segunda versão do IAD-breve (28 itens) é superior a primeira. No entanto, o IAD-breve, na versão em inglês e em português apresenta, em alguns domínios, valores medianos de confiabilidade, o que sugere a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento.

REFERÊNCIAS

- DeGood DE, Shetty MS. Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: Guilford; 1992. p. 214-35.
- Chaplin JP. Dictionary of psychology. 2nd ed. New York: Laurel; 1985.
- Anderson LW. Attitude measurement. In: Keeves SP, editor. Educational research methodology and measurement: an international handbook. Oxford: Pergamon; 1988. p. 421-8.
- Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Pimenta CAM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
- Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(2b): 416-25.

-
7. Lima MA, Neves R, Sá S, Pimenta CAM. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciê Saúde Coletiva*. 2005;10(1):163-73.
 8. Pimenta CAM, Cruz DALM. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a Língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):365-73.
 9. Strong J, Ashton R, Chant D. The measurement of attitudes towards and belief about pain. *Pain*. 1992;38(2):227-36.
 10. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol Bull*. 1977;84(5):888-918.
 11. Edwards AL. Techniques of attitude scale construction. New York: Appleton; 1957.
 12. Schwartz DP, DeGood DE, Shutty MS. Direct assessment of beliefs and attitudes of chronic pain patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1985;66(12):806-9.
 13. Riley JF, Ahern DK, Follick MJ. Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988;69(8):579-82.
 14. Williams DA. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*. 1989;36(3):351-8.
 15. Jensen MP, Karoly P, Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *J Psychosom Res*. 1987;31(3):393-400.
 16. Jensen MP. Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(3):431-8.
 17. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*. 1994;57(3):301-9.
 18. Tait RC, Chibnall JT. Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*. 1997;70(2/3):229-35.