



Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,
Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DO CHRONIC PAIN ACCEPTANCE
QUESTIONNAIRE - 8 EM BRASILEIROS COM DOR
CRÔNICA ONCOLÓGICA**

Daniel Nunes Morais

**São Luís
2026**

DANIEL NUNES MORAIS

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DO CHRONIC PAIN ACCEPTANCE
QUESTIONNAIRE - 8 EM BRASILEIROS COM DOR
CRÔNICA ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Processos Biológicos em Saúde.

Linha de Pesquisa: Pesquisa em oncologia e áreas correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho.

Coordenador: Prof. Dr. Marcelo Souza de Andrade

São Luís
2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Morais, Daniel Nunes.

Tradução, adaptação transcultural e validação do
Chronic Pain Acceptance Questionnaire - 8 em brasileiros
com dor crônica oncológica / Daniel Nunes Moraes. - 2026.
52 f.

Orientador(a): Almir Vieira Dibai Filho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2026.

1. Neoplasias. 2. Dor No Câncer. 3. Psicometria. 4.
Qualidade de Vida. 5. Estudo de Validação. I. Dibai
Filho, Almir Vieira. II. Título.

DANIEL NUNES MORAIS

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DO CHRONIC PAIN ACCEPTANCE
QUESTIONNAIRE - 8 EM BRASILEIROS COM DOR
CRÔNICA ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora da Defesa de Mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o candidato aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. André Ponte-Silva (Examinador)
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Christian Emmanuel Torres Cabido (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Andréa Dias Reis (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a Janaina de Oliveira Brito Monzani (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Almir Vieira Dibai Filho, meu orientador, por ter aberto as portas da pesquisa científica ainda na graduação, ao me convidar para integrar o grupo REMOVI. Sua confiança inicial possibilitou que eu percorresse dois ciclos de iniciação científica e ingressasse no mestrado logo após a conclusão da graduação, já com bases sólidas na pesquisa. Agradeço pela orientação segura, pela exigência acadêmica e pelo direcionamento firme ao longo de toda essa trajetória, fundamentais para minha formação como pesquisador.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Maranhão, que contribuíram generosamente para minha formação acadêmica e profissional, desde a graduação até o mestrado. Agradeço pelos ensinamentos, pelas discussões científicas, pelo incentivo constante à pesquisa e pelo compromisso com uma formação pautada no rigor, na ética e na excelência.

À minha esposa, Natalia, minha parceira desde os tempos de graduação, onde nos conhecemos. Agradeço pela cumplicidade dentro do ambiente acadêmico, pelas trocas, pelo incentivo e pela construção conjunta de sonhos profissionais. Fora da universidade, agradeço ainda mais pela parceria na vida, pelo apoio constante, pela compreensão nos momentos de dedicação intensa e por caminhar ao meu lado em todas as fases deste percurso.

À minha mãe, Tereza, e ao meu pai, Erivaldo, pelos valores transmitidos, pelo incentivo permanente à educação e por acreditarem em mim desde o início. Esta conquista também pertence a vocês.

Aos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo de maneira generosa para o avanço do conhecimento científico.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

Este trabalho recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

Introdução: A dor oncológica crônica é frequente e prejudica funcionalidade, estado emocional e qualidade de vida. Ela pode resultar da progressão tumoral, da invasão ou compressão de estruturas nervosas e dos próprios tratamentos antineoplásicos, apresentando componentes nociceptivos, neuropáticos ou mistos. A aceitação da dor é um processo psicológico central nos modelos contemporâneos de manejo, associado ao engajamento em atividades importantes apesar da dor e à disposição para senti-la sem tentar controlá-la. No Brasil são escassas as evidências psicométricas do Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 (CPAQ-8). **Objetivos:** Traduzir, adaptar transculturalmente e validar o CPAQ-8 para pacientes com dor oncológica crônica. **Metodologia:** Estudo metodológico conduzido conforme diretrizes do COSMIN. Oito itens do CPAQ-8, agrupados em Engajamento em Atividades e Disposição à Dor, foram traduzidos, retrotraduzidos, revisados por especialistas e aplicados a 136 adultos com diagnóstico de câncer e dor crônica. Após pré-teste, analisaram-se análise fatorial confirmatória, consistência interna (alfa de Cronbach), confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclass), erro padrão de medida, diferença mínima detectável e correlações com medidas de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), funcionalidade (Índice de Barthel), sintomas emocionais (HADS), catastrofização (PCS) e intensidade da dor. **Resultados:** A estrutura bidimensional foi parcialmente confirmada, embora um item tenha apresentado baixa carga. A consistência interna foi baixa nos dois domínios, provavelmente devido ao reduzido número de itens e à heterogeneidade da amostra, mas a confiabilidade teste-reteste foi boa a excelente. O domínio Engajamento em Atividades correlacionou-se moderadamente com funcionalidade, qualidade de vida e sintomas emocionais, e negativamente com ansiedade, depressão e catastrofização. Não houve correlação significativa com intensidade da dor. **Conclusão:** A versão brasileira do CPAQ-8 apresenta evidências iniciais de validade de construto e confiabilidade temporal em pacientes com dor oncológica crônica, embora a baixa consistência interna exija estudos adicionais para aprofundar suas propriedades psicométricas.

Palavras-chave: Neoplasias; Dor do Câncer; Psicometria; Qualidade de Vida; Estudo de Validação.

ABSTRACT

Introduction: Chronic cancer-related pain is common and negatively affects functioning, emotional status, and quality of life. It may result from tumor progression, invasion or compression of neural structures, and antineoplastic treatments themselves, presenting nociceptive, neuropathic, or mixed components. Pain acceptance is a central psychological process in contemporary pain management models, associated with engagement in important activities despite pain and willingness to experience pain without attempting to control it. In Brazil, psychometric evidence for the Chronic Pain Acceptance Questionnaire–8 (CPAQ-8) remains scarce. **Objectives:** To translate, cross-culturally adapt and validate the CPAQ-8 for patients with chronic cancer-related pain. **Methods:** This methodological study was conducted according to COSMIN guidelines. The eight CPAQ-8 items, grouped into Activity Engagement and Pain Willingness, were translated, back-translated, reviewed by experts, and administered to 136 adults diagnosed with cancer and chronic pain. After pretesting, confirmatory factor analysis, internal consistency (Cronbach's alpha), test-retest reliability (intraclass correlation coefficient), standard error of measurement, minimal detectable change, and correlations with measures of quality of life (EORTC QLQ-C30), functionality (Barthel Index), emotional symptoms (HADS), catastrophizing (PCS), and pain intensity were analyzed. **Results:** The two-factor structure was partially confirmed, although one item showed a low loading. Internal consistency was low in both domains, probably due to the small number of items and the heterogeneity of the sample, but test–retest reliability was good to excellent. The Activity Engagement domain correlated moderately with functionality, quality of life and emotional symptoms, and negatively with anxiety, depression and catastrophizing. There was no significant correlation with pain intensity. **Conclusion:** The Brazilian version of the CPAQ-8 provides initial evidence of construct validity and temporal reliability in patients with chronic cancer-related pain, although the low internal consistency requires further studies to deepen its psychometric properties.

Keywords: Neoplasms; Cancer Pain; Psychometrics; Quality of Life; Validation Study

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das características pessoais e clínicas dos pacientes de acordo com as fases do estudo.....	19.
Tabela 2 - Análise descritiva das avaliações clínicas de acordo com as fases do estudo.....	21.
Tabela 3 - Correlação entre o escore dos domínios do Chronic Pain Acceptance Questionnaire - 8 e as demais variáveis do estudo.....	23.
Tabela 4 -. Análise fatorial confirmatória do CPAQ-8 (versão brasileira) em pacientes com dor crônica oncológica.....	25.
Tabela 5 - Média e desvio padrão do teste e reteste, confiabilidade do escore por domínio e consistência interna do Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8.....	27.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de caminhos com as cargas fatoriais para cada domínio do Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 (CPAQ-8).....	25.
--	-----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (Terapia de Aceitação e Compromisso)
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i> (Índice de Ajuste Comparativo)
CPAQ	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire</i>
CPAQ-8	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire</i> – versão abreviada com 8 itens
CPAQ-20	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire</i> – versão com 20 itens
CPAQ-Br	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire</i> – versão brasileira
CPAQ-R	<i>Chronic Pain Acceptance Questionnaire – Revised</i>
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
D1	Domínio 1 do CPAQ – Engajamento em Atividades
D2	Domínio 2 do CPAQ – Disposição à Dor
END	Escala Numérica de Dor
EORTIC-QLQ-C30	<i>European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire – Core 30</i>
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HADS-A	Domínio de Ansiedade da HADS
HADS-D	Domínio de Depressão da HADS
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
MDC	<i>Minimum Detectable Change</i> (Diferença Mínima Detectável)
PCS	<i>Pain Catastrophizing Scale</i> (Escala de Pensamentos Catastróficos)
PNFI	<i>Parsimony Normed Fit Index</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SEM	<i>Standard Error of Measurement</i> (Erro Padrão da Medida)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>

UFMA

Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
REFERENCIAL TEÓRICO	5
Dor crônica no câncer	5
Aceitação da dor crônica como abordagem terapêutica.....	6
Desenvolvimento e propriedades psicométricas do CPAQ	7
Versão breve (CPAQ-8) e considerações de uso	8
Adaptações transculturais e contexto brasileiro.....	9
OBJETIVOS	12
Objetivo geral	12
Objetivos específicos	12
MATERIAIS E MÉTODOS	13
Desenho do estudo	13
Tradução e adaptação transcultural.....	13
Participantes.....	14
Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8)	14
Outros instrumentos	15
Análise estatística	16
RESULTADOS	18
Características da Amostra	18
Validade de construto.....	21
Análise fatorial confirmatória	23
Consistência Interna e Confiabilidade Teste-Reteste	26
DISCUSSÃO	29
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON	42
ANEXO B – <i>European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire</i>	43
ANEXO C - Escala de Pensamentos Catastróficos	45
ANEXO D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	46
ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL	47
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	48
APÊNDICE A – VERSÃO BRASILEIRA DO CHRONIC PAIN ACCEPTANCE QUESTIONNAIRE – 8 (CPAQ-8)	52

INTRODUÇÃO

A dor é um problema presente para uma boa parte dos acometidos pelo câncer, tendo impacto negativo na qualidade de vida. A prevalência de dor em pacientes oncológicos, segundo revisão sistemática de 2016, era 39,3% após o tratamento curativo, 55% durante o tratamento para o câncer, 66,4% em câncer avançado, metastático ou terminal e 50,7% em todos os estágios da doença (Van Den Beuken-Van Everdingen et al., 2016). Os dados do estudo que reportaram a intensidade da dor apontam que 38% dos pacientes apresentavam de dor moderada a severa (Van Den Beuken-Van Everdingen et al., 2016).

A maioria das intervenções para o manejo da dor em pacientes com dor crônica focam em eliminar ou reduzi-la, e isso inclui tratamento farmacológico, cirúrgico e terapia cognitivo-comportamental (Mccracken, 1998). Dentro destes tratamentos para dor crônica, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) vem ganhando destaque (Ye et al., 2024). Uma meta-análise ampla encontra efeitos favoráveis em seis variáveis, incluindo qualidade de vida e funcionamento (Ma; Yuen; Yang, 2023). Meta-análise recente também observa melhoras em interferência, incapacidade, aceitação e inflexibilidade psicológica, com análises de sensibilidade apontando relativa estabilidade dos efeitos (Ye et al., 2024).

Em ACT aplicada à dor crônica, o objetivo central é aumentar flexibilidade psicológica—capacidade de manter ações guiadas por valores, com abertura ao desconforto (dor, emoções, pensamentos), ao invés de restringir a vida por esquiva/controlar rígido. Evidências empíricas sugerem que melhorias em construtos como aceitação da dor estão associadas (e, em parte, explicam) melhorias em interferência/funcionamento e sofrimento emocional (Ma; Yuen; Yang, 2023).

Assim, maiores níveis de aceitação da dor estão relacionados a menor evitação e maior exposição às contingências naturais de situações que podem causar dor no dia a dia, diminuindo o sofrimento e tornando o paciente mais ativo (Mccracken, 1999). Outro estudo também demonstrou que maiores níveis de aceitação à dor estão associados com menores níveis de dor, incapacidade, depressão e ansiedade relacionada à dor; menor estresse psicológico, incapacidade física e psicológica e maior tempo de atividade diária (McCracken; Vowles; Eccleston, 2004).

Embora grande parte das pesquisas sobre aceitação à dor foram conduzidas em populações com dor musculoesquelética crônica, pacientes oncológicos também apresentam padrões de sofrimento psicológico e limitação funcional semelhantes. Nessa população, estratégias de enfrentamento baseadas em aceitação podem ser particularmente relevantes, uma vez que a dor frequentemente persiste mesmo após intervenções médicas adequadas (Li et al., 2017). Assim, compreender e mensurar o nível de aceitação à dor em pacientes com câncer pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes e centradas no paciente.

Nesse contexto, o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire Revised* (CPAQ-R) destaca-se entre as ferramentas de mensuração da aceitação à dor, possuindo as melhores propriedades psicométricas. Uma revisão sistemática de 2010 demonstrou essa relevância, sendo fruto da consolidação dos resultados das pesquisas realizadas com o instrumento até o momento (Reneman et al., 2010).

Posteriormente, visando facilitar sua aplicação em contextos clínicos e em pesquisas que demandam instrumentos mais breves, pesquisadores desenvolveram uma versão reduzida do questionário, em inglês, denominada CPAQ-8. Essa versão curta, em inglês, foi construída a partir da seleção dos itens com maior poder explicativo de variância em cada uma das duas dimensões do instrumento original (Fish et al., 2010).

O CPAQ-8 já foi traduzido e adaptado para diversos idiomas e países, das quais podemos citar: Inglês (Fish et al., 2010), Inglês Australiano (Baranoff et al., 2012), Sueco (Rovner et al., 2014), Chinês (Liu et al., 2016), Norueguês (Eide; Leren; Sørebo, 2017), Espanhol (Sánchez-Rodríguez et al., 2019), Turco (Zure; Menekşeoğlu; Ketenci, 2023), Japonês (Fukumori et al., 2023), Tailandês (Pasutharnchat et al., 2025), Polonês (Kłosowska et al., 2025) e Croata (Dimitrijević et al., 2026).

Ainda não há uma versão em português brasileiro do CPAQ-8, portanto, justifica-se a condução deste estudo em pacientes oncológicos com dor crônica pela importância de se avaliar o engajamento em atividades e disposição à dor, variáveis importantes para compreender a evolução e manejo da dor. Optamos pela versão mais curta do instrumento devido à sua maior praticidade e aplicabilidade clínica e

científica, uma vez que essa versão demonstrou preservar as propriedades psicométricas da sua versão revisada de 20 itens (Fish et al., 2010, 2013).

REFERENCIAL TEÓRICO

Dor crônica no câncer

A dor é um sintoma prevalente em pacientes oncológicos e traz impacto significativo na qualidade de vida e na saúde mental. Revisões sistemáticas recentes indicam que mais da metade dos pacientes com câncer experimentam dor em algum grau: estima-se que 39,3% dos pacientes enfrentem dor após tratamento curativo, 55,0% durante o tratamento antineoplásico, e 66,4% nos casos avançados, metastáticos ou terminais (Van Den Beuken-Van Everdingen et al., 2016). Considerando todos os estágios da doença, cerca de metade dos pacientes oncológicos apresentam dor, e aproximadamente 38% relatam dor de intensidade moderada a grave (Van Den Beuken-Van Everdingen et al., 2016). Esses dados evidenciam a magnitude do problema da dor oncológica e reforçam a necessidade de abordagens eficazes de manejo.

Apesar dos avanços terapêuticos a dor persiste como um sintoma frequente e de difícil controle no câncer. A persistência da dor oncológica, além do sofrimento físico, está associada a diversas consequências psicossociais negativas, incluindo limitação funcional, ansiedade, depressão e prejuízo na qualidade de vida do paciente e seus familiares (Izzo et al., 2019).

Historicamente, a maioria das intervenções para manejo da dor crônica – incluindo analgésicos, procedimentos invasivos e terapias psicológicas convencionais – focam em eliminar ou reduzir a sensação dolorosa (Mccracken, 1998). Em muitos casos, o paciente que considera sua dor inaceitável tende a dirigir todos os esforços para evitá-la ou suprimi-la, buscando incessantemente tratamentos que a façam desaparecer.

Entretanto, quando se trata de dores crônicas (como é comum na dor do câncer avançado), tais esforços nem sempre são bem-sucedidos em reduzir a dor e podem acarretar consequências indesejadas, como efeitos colaterais de medicamentos, riscos de procedimentos invasivos e, principalmente, inúmeras “oportunidades perdidas” de engajamento em atividades importantes devido à evitação constante da dor (Mccracken, 1998). Esse contexto motivou a busca por abordagens alternativas de enfrentamento da dor crônica, enfatizando não apenas a diminuição da intensidade

dolorosa, mas também a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida do paciente, mesmo na presença de dor.

Aceitação da dor crônica como abordagem terapêutica

Nos últimos anos, ganhou destaque o conceito de aceitação da dor como parte de abordagens psicológicas contemporâneas para condições crônicas, em especial na Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy – ACT*) (Ye et al., 2024).

Diferentemente da lógica tradicional de “lutar contra a dor”, a aceitação da dor envolve mudar a relação do paciente com a experiência dolorosa, de forma que ele possa conviver com a dor sem tentar constantemente evitá-la ou controlá-la, voltando seu foco para as atividades e objetivos de vida que lhe trazem significado (McCracken; Vowles; Eccleston, 2004). Essa postura não significa resignação ou desistência de buscar alívio, mas sim reconhecer que, quando a dor é persistente, esforços excessivos de controle podem ser contraproducentes e reduzir a qualidade de vida do indivíduo.

Evidências crescentes indicam que maiores níveis de aceitação da dor estão associados a melhores desfechos em pacientes com dor crônica. Ensaios clínicos randomizados demonstraram que intervenções baseadas em alta aceitação melhoram a qualidade de vida e o sono, além de reduzirem a dor e o sofrimento psicológico em pacientes (Lin et al., 2017; Simister et al., 2018). Importante notar que esses benefícios não se explicam simplesmente por diferenças na gravidade da dor – isto é, não é apenas porque sentem menos dor que pacientes com maior aceitação funcionam melhor. Na verdade, a aceitação em si parece contribuir para uma melhor adaptação independente da intensidade da dor percebida (Danielsson et al., 2025).

Em síntese, pessoas que desenvolvem maior disposição para sentir dor (quando esta é inevitável) e manter seu envolvimento em atividades valorizadas tendem a sofrer menos impacto negativo da condição dolorosa em suas vidas.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) emergiu como uma das principais intervenções baseadas nesse conceito de aceitação da dor. A ACT integra a aceitação à abordagem terapêutica por meio do modelo de flexibilidade psicológica,

(Ma; Yuen; Yang, 2023; Ye et al., 2024). Diversos ensaios clínicos e sugerem que intervenções baseadas em ACT podem melhorar a qualidade de vida e a saúde mental de pacientes com dor crônica (Danielsson et al., 2025; Lin et al., 2017; Simister et al., 2018).

Por exemplo, uma revisão abrangente reportou evidências de eficácia da ACT na promoção de bem-estar tanto na população geral quanto em condições clínicas crônicas como a dor persistente (Veehof et al., 2016). Também, um estudo quase-experimental brasileiro realizado com pacientes de clínica de dor, um protocolo grupal de ACT resultou em redução da inflexibilidade psicológica e da intensidade da dor, além de melhora da qualidade de vida e diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão após oito sessões de terapia (Miyazaki et al., 2023).

Diante do exposto, fica claro que promover a aceitação da dor – em vez de focar exclusivamente em combatê-la – pode diminuir o sofrimento e aumentar a funcionalidade de pacientes com dor crônica, inclusive daqueles que convivem com dores oncológicas persistentes.

Para avançar nessa perspectiva terapêutica, contudo, torna-se fundamental dispor de instrumentos capazes de avaliar objetivamente o nível de aceitação da dor em diferentes populações. Medir esse construto permite tanto investigar sua relação com diversos desfechos (dor, humor, atividades diárias) quanto verificar o impacto de intervenções como a ACT nos processos de aceitação. Nesse sentido, destaca-se o desenvolvimento de questionários específicos para mensurar a aceitação da dor crônica – com o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) sendo o mais difundido atualmente (Reneman et al., 2010).

Desenvolvimento e propriedades psicométricas do CPAQ

Para operacionalizar o construto de aceitação da dor, McCracken, Vowles e Eccleston (2004) desenvolveram o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ). Na versão revisada (CPAQ-R), com 20 itens, o instrumento organiza-se em dois fatores: Engajamento em atividades e disposição à dor. O primeiro fator mede o grau em que o indivíduo mantém atividades cotidianas mesmo na presença da dor; o segundo avalia a tolerância para perceber a dor sem recorrer a esforços constantes para controlá-la (McCracken; Vowles; Eccleston, 2004).

Cada item do CPAQ é uma afirmação relacionada à dor e funcionamento, que o respondente classifica em uma escala do tipo Likert de 0 (“nunca verdadeiro”) a 6 (“sempre verdadeiro”), de acordo com o quanto considera que a frase descreve seu modo de lidar com a dor.

Os itens de envolvimento em atividades são pontuados diretamente, enquanto os itens de disposição à dor são pontuados de forma reversa (uma pontuação alta em disposição implica menor esquivar/evitação da dor). Assim, é possível calcular um escore total de aceitação da dor (soma de todos os itens após reverter as pontuações onde necessário) e escores específicos para cada fator. Em geral, escores mais elevados indicam maior aceitação.

No estudo original, os autores relataram consistência interna elevada (α de Cronbach \approx 0,91 para Engajamento em Atividades, 0,72 para Disposição à dor), e análise fatorial que suportou a estrutura bifatorial (McCracken; Vowles; Eccleston, 2004).

Em estudo posterior de validação confirmatória com duas amostras, Vowles et al. (2008) confirmaram o modelo bifatorial, com índices de ajuste adequados, e identificaram três perfis de pacientes com base nos escores dos subescalas: alto em ambas, baixo em ambas e discrepante (alto em Engajamento em Atividades e baixo em Disposição à dor). Pacientes com escores baixos nas subescalas apresentaram maiores dificuldades funcionais e emocionais (Vowles et al., 2008).

Versão breve (CPAQ-8) e considerações de uso

Vale mencionar que, além da forma completa de 20 itens, existe também uma versão abreviada do questionário, denominada CPAQ-8, composta por 8 itens (4 em cada fator). A versão breve foi desenvolvida por pesquisadores para facilitar o uso em pesquisas rápidas ou em contexto clínico de triagem, mantendo a estrutura de dois fatores do instrumento original. Os itens do CPAQ-8 foram selecionados por serem os de maior poder explicativo de variância em cada dimensão, e estudos mostraram que essa versão curta preserva adequadamente as propriedades psicométricas (Fish et al., 2010, 2013).

Adaptações transculturais e contexto brasileiro

Desde a sua criação, o CPAQ vem sendo amplamente empregado internacionalmente e adaptado para diferentes idiomas e culturas, dada a relevância universal do conceito de aceitação em dor crônica. A adaptação transcultural de um instrumento psicológico requer um conjunto de procedimentos metodológicos que vão além da tradução literal, buscando maximizar equivalências semântica, idiomática, experiencial/cultural e conceitual entre a versão original e a versão adaptada.

Protocolos amplamente citados descrevem etapas como traduções independentes, síntese das versões, retrotradução, revisão por comitê de especialistas, pré-teste com população-alvo e documentação sistemática das decisões, seguidos por avaliações psicométricas para verificar se a versão adaptada preserva propriedades de medida como estrutura interna, confiabilidade e relações com outras variáveis (Beaton et al., 2000).

Importante notar que o CPAQ tem sido aplicado em diferentes condições de dor crônica, não se restringindo a uma etiologia específica. Uma revisão aponta que sua consistência psicométrica se mantém em amostras com dor por câncer, dor musculoesquelética, artrite, síndrome dolorosa miofascial, lesão medular, síndrome do intestino irritável, entre outras condições crônicas (Reneman et al., 2010).

No Brasil, apesar da elevada prevalência de dor crônica na população e do crescente interesse por terapias baseadas em terceira onda (como a ACT) no manejo da dor, até recentemente não se dispunha de um instrumento validado em português brasileiro para mensurar o nível de aceitação da dor.

Uma revisão nacional sobre intervenções psicológicas em dor crônica ressaltou a importância de estratégias não farmacológicas e apontou que aspectos psicológicos (como crenças e enfrentamento) influenciam diretamente a experiência dolorosa, tensionando a visão puramente biomédica da dor. No entanto, os autores dessa revisão não identificaram instrumentos específicos disponíveis em nosso idioma para avaliar processos centrais como a aceitação da dor (Polakowski; Rodrigues; Benchaya, 2020). A ausência de medidas adaptadas limita tanto a prática clínica baseada em ACT quanto a realização de pesquisas empíricas sobre aceitação da dor no contexto brasileiro.

Diante dessa lacuna, esforços recentes foram feitos para traduzir e validar o CPAQ para o português do Brasil. Um estudo de adaptação transcultural do CPAQ foi conduzido, seguindo protocolos rigorosos de tradução, retrotradução, avaliação por especialistas e pré-teste em pacientes, a fim de criar a versão brasileira do questionário (denominada CPAQ-Br) (Peloso; Vieira; Zibetti, 2025).

Os autores relataram resultados positivos quanto à validade de conteúdo da adaptação: a grande maioria dos itens apresentou coeficiente de validade de conteúdo (CVC) acima de 0,90 nas avaliações de clareza, relevância e pertinência cultural, indicando que os itens traduzidos mantiveram adequadamente o significado e a compreensão desejada. Apenas um item (o item 18) obteve CVC ligeiramente abaixo de 0,80 no critério de clareza, o que levou a ajustes menores na sua redação. Ao final, o Questionário de Aceitação da Dor Crônica em português (CPAQ-Br) foi considerado semanticamente e conceitualmente equivalente ao original, fornecendo evidências preliminares de validade para uso na população brasileira com dor crônica (Peloso; Vieira; Zibetti, 2025).

Vale ressaltar que a adaptação incluiu tanto a versão completa de 20 itens (CPAQ-20Br) quanto a versão breve de 8 itens (CPAQ-8Br), disponibilizando assim duas opções de medida de aceitação da dor em português, de acordo com a necessidade do pesquisador ou clínico. Ainda que a etapa inicial de tradução e validação de conteúdo tenha sido bem-sucedida, faltam estudos que aprofundem a validação psicométrica do CPAQ-Br, incluindo análises de constructo (estrutura fatorial), consistência interna em amostras maiores, estabilidade temporal (teste-reteste) e validação convergente com outras medidas relacionadas.

Além disso, é relevante testar a aplicabilidade da versão brasileira em subgrupos específicos de pacientes, como aqueles com dor oncológica crônica, uma vez que as características da dor associada ao câncer (por exemplo, flutuação com tratamento oncológico, componentes neuropáticos ou nociceptivos distintos) podem diferir de outras condições crônicas e influenciar a experiência de dor e sua aceitação.

Até o momento, não há dados publicados focados em pacientes oncológicos brasileiros avaliados pelo CPAQ, o que reforça a justificativa para conduzir estudos de validação nessa população. A disponibilização de um instrumento válido e confiável em português permitirá mensurar objetivamente a aceitação da dor em pacientes com

câncer, possibilitando não só pesquisas sobre o papel desse constructo nos desfechos oncológicos, mas também a avaliação do impacto de intervenções psicológicas baseadas em aceitação (como ACT) no contexto da oncologia.

Em suma, a tradução, adaptação transcultural e validação do CPAQ-8 para o português do Brasil preenche uma lacuna importante na literatura e na prática clínica, fornecendo uma ferramenta indispensável para promover abordagens de cuidado integral que contemplem, além do controle sintomático, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico de pacientes que convivem com dor crônica devido ao câncer.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo para o português brasileiro do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8* (CPAQ-8).

Objetivos específicos

- (1) Medir a confiabilidade teste-reteste do CPAQ-8;
- (2) Testar a estrutura fatorial do CPAQ-8;
- (3) Correlacionar os escores dos domínios do CPAQ-8 com os demais instrumentos;

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de validação de questionário realizado conforme o *Guidelines for the Process of Cross-cultural Adaptation of Self-Report Measures* (Beaton et al., 2000) e *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (Mokkink et al., 2018).

Este estudo no Hospital de Câncer do Maranhão (São Luís, MA, Brasil), após os procedimentos do estudo terem sido aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob parecer número 5.232.253. Todos os voluntários validaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tradução e adaptação transcultural

O processo de tradução e adaptação transcultural do questionário CPAQ para o português brasileiro foi fundamentado em diretrizes metodológicas, estruturando-se em cinco etapas sequenciais para garantir a equivalência linguística e cultural (Beaton et al., 2000).

Inicialmente, dois tradutores independentes, nativos do Brasil e fluentes em inglês, elaboraram versões distintas do instrumento original. Essas traduções foram, posteriormente, submetidas a uma síntese sob a supervisão de um pesquisador, resultando em uma versão única e consensual após revisões e debates minuciosos (Beaton et al., 2000).

Dando continuidade, a versão sintetizada passou pelo estágio de retrotradução, no qual dois tradutores nativos da língua inglesa e fluentes em português, sem conhecimento prévio do questionário original ou formação técnica na área da saúde, verteram o texto novamente para o inglês. Este material serviu de base para a análise de um comitê de especialistas composto por profissionais das áreas de dor, reabilitação e oncologia, além de todos os tradutores envolvidos. O grupo revisou integralmente as versões anteriores para sanar discrepâncias e consolidar uma versão pré-final do instrumento (Beaton et al., 2000).

Por fim, a viabilidade da adaptação foi verificada por meio de um teste com o público-alvo, envolvendo 30 indivíduos com câncer que possuem o português brasileiro como língua materna. Durante essa fase, os participantes preencheram o questionário e avaliaram sua clareza, relatando o nível de compreensão dos itens apresentados. Esse refinamento prático assegurou que o CPAQ estivesse devidamente ajustado ao contexto cultural brasileiro antes de sua aplicação definitiva (Beaton et al., 2000).

Participantes

A amostra do estudo foi composta por 136 indivíduos, uma vez que o número mínimo para o instrumento com 8 itens é de 100 participantes, conforme sugerido pelo *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (Mokkink et al., 2018).

Os participantes foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: presença de dor; idade mínima de 18 anos; ambos os sexos; diagnóstico de câncer; capacidade de ler e compreender o português; e consciência do diagnóstico de câncer.

Foram excluídos do estudo os pacientes que relataram dor há menos de três meses, apresentaram estado de consciência reduzido, alteração cognitiva e/ou impossibilidade de responder ao protocolo integralmente. As informações sociodemográficas foram obtidas por entrevista e os dados clínicos extraídos dos prontuários médicos.

Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8)

O CPAQ-8 mede a aceitação da dor, sendo um questionário composto por 8 itens distribuídos em dois domínios:

(1) Engajamento em atividades — avalia a participação em atividades diárias apesar da dor;

(2) Disposição à dor — avalia o grau de tolerância à dor sem esforços para evitá-la ou controlá-la (Vowles et al., 2008).

Cada item foi pontuado em uma escala Likert de 0 (nunca verdadeiro) a 6 (sempre verdadeiro). O instrumento possui pontuação total variando de 0 a 48, sendo que pontuações mais altas indicam maior aceitação da dor (Fish et al., 2010).

Outros instrumentos

Para caracterizar melhor a amostra, foi utilizada a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): mensurou os sintomas dor, atividade, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. Cada sintoma foi avaliado em uma escala de 0 a 10, onde 0 indicava ausência e 10 a pior intensidade possível do sintoma (Paiva et al., 2015).

Com o intuito de determinar a validade do CPAQ-8, os pacientes preencheram outros questionários previamente validados para o português brasileiro:

European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire (EORTC-QLQ-C30): utilizado para mensurar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, validado para o português brasileiro (Franceschini et al., 2010). É composto por 30 itens distribuídos em cinco escalas funcionais (física, emocional, social, cognitiva e de desempenho), uma escala de estado de saúde global, três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). As escalas funcionais e sintomáticas foram avaliadas em escalas Likert de quatro pontos, e a de estado de saúde global em uma escala de sete pontos. Os escores brutos foram transformados linearmente para variar entre 0 e 100. Escores altos nas escalas funcionais e de saúde indicaram melhor condição, enquanto escores altos nas escalas de sintomas indicaram pior qualidade de vida.

Escala de Pensamentos Catastróficos (PCS): avaliou os pensamentos negativos relacionados à dor. O escore total foi obtido pela média dos itens respondidos, variando de 0 a 5. Quanto maior o escore, maior o nível de catastrofização.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): composta por 14 itens distribuídos igualmente entre os domínios de ansiedade (HADS-A) e depressão

(HADS-D). Cada item foi pontuado de 0 a 3, e os escores totais variaram de 0 a 21 para cada domínio, sendo que escores mais altos indicaram maior sintomatologia.

Índice de Barthel: avaliou a independência funcional em 10 atividades da vida diária. O escore final variou de 0 a 100, sendo que escores mais altos indicaram maior independência. Esta escala está validada para o português brasileiro (Cincura et al., 2009).

Análise estatística

Os seguintes testes foram utilizados para verificar a confiabilidade e validade do questionário. Os valores foram calculados por meio do alfa de Cronbach, a fim de identificar a presença de itens redundantes ou heterogêneos no instrumento. Os valores do alfa de Cronbach considerados adequados variaram entre 0,70 e 0,95 (Mokkink et al., 2018).

A avaliação da reprodutibilidade foi realizada com base em um modelo teste-reteste, por meio das seguintes propriedades: confiabilidade (erro relativo da medida) e concordância (erro absoluto da medida). A confiabilidade foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (ICC2,1). A interpretação do valor do ICC seguiu os seguintes critérios: valores abaixo de 0,40 indicaram confiabilidade baixa; entre 0,40 e 0,75, moderada; entre 0,75 e 0,90, substancial; e valores superiores a 0,90, excelente confiabilidade. Além disso, foram calculados o erro padrão da medida (SEM) e a diferença mínima detectável (MDC) (Fleiss, 1986).

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi conduzida para testar a adequação do modelo teórico proposto em relação à estrutura fatorial do instrumento. Os índices de ajuste utilizados incluíram o qui-quadrado normalizado (χ^2/gf), o índice de ajuste comparativo (CFI), o índice de Tucker-Lewis (TLI), o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%. Foram adotados os critérios de aceitabilidade com base em recomendações da literatura: CFI e TLI \geq 0,90, RMSEA \leq 0,08 e $\chi^2/gf <$ 3,0 (Bentler, 1990; Browne; Cudeck, 1992; Fleiss, 1986).

Para a determinação da validade de construto, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (rho), com o intuito de analisar a magnitude das correlações entre os instrumentos. Foram consideradas correlações de magnitude entre 0,30 e

0,50 como indicativas de validade convergente adequada entre os instrumentos (Cohen, 1988). Adicionalmente, para cada análise correlacional, foram previamente estabelecidas hipóteses quanto à direção e magnitude esperadas, com base no arcabouço teórico do construto de aceitação da dor.

Para os domínios do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8* (CPAQ-8), esperou-se correlação negativa com os domínios de sintomas e impacto funcional do EORTC QLQ-C30, como dor, fadiga e limitações funcionais, considerando que maiores níveis de aceitação da dor tendem a associar-se a menor impacto negativo da doença. Por outro lado, esperou-se correlação positiva com os domínios funcionais desse instrumento, como função física, emocional e social, uma vez que a aceitação da dor está teoricamente relacionada a maior engajamento em atividades e melhor qualidade de vida.

Em relação à Escala de Pensamentos Catastróficos, foram esperadas correlações negativas com seus três domínios (ruminação, magnificação e desesperança), visto que o construto de aceitação da dor se opõe conceitualmente ao pensamento catastrófico. De forma semelhante, para a Hospital Anxiety and Depression Scale, esperaram-se correlações negativas com os domínios de ansiedade e depressão, considerando que maiores níveis de aceitação da dor tendem a estar associados a menores níveis de sofrimento emocional.

Os efeitos piso e teto foram avaliados. Por definição, esses efeitos ocorrem quando uma proporção dos participantes (superior a 15%) atinge o escore total mínimo ou máximo do questionário, o que indica um problema quanto à responsividade do instrumento (Terwee et al., 2007).

A análise estatística dos dados foi realizada com os softwares IBM SPSS Statistics, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA) e RStudio (RStudio Team, Boston, MA, EUA). Para a análise fatorial confirmatória no R, foram utilizados os pacotes lavaan para modelagem de equações estruturais, semPlot para visualização gráfica dos modelos, e psych para análises psicométricas complementares.

RESULTADOS

Características da Amostra

A amostra foi composta por 136 pacientes oncológicos adultos, majoritariamente do sexo feminino (65,4% mulheres), com idade média de 48,6 anos (DP = 14,3). Os diagnósticos oncológicos foram variados, com predomínio de câncer do colo do útero (28,7%), seguido por mama (11,0%), pênis (8,1%) e próstata (8,1%), dentre outros tipos menos frequentes. Aproximadamente 27% dos pacientes apresentavam metástases no momento da avaliação. A maioria encontrava-se em tratamento curativo (97,8%), principalmente com quimioterapia (30,9%). Quanto ao manejo da dor, 85-90% faziam uso de analgésicos; regimes com opioides foram comuns (por exemplo, 16,9% usavam morfina isoladamente e 19,1% morfina associada a tramadol). As demais características da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva das características pessoais e clínicas dos pacientes de acordo com as fases do estudo.

Variável	Subamostra (n = 55)	Amostra completa (n = 136)
Sexo		
Masculino	17 (30,9)	47 (34,6)
Feminino	38 (69,1)	89 (65,4)
Estado Civil		
Solteiro	18 (32,7)	52 (38,2)
Casado/União estável	30 (54,5)	66 (48,5)
Viúvo	1 (1,8)	3 (2,2)
Divorciado	4 (7,3)	9 (6,6)
Não informado	2 (3,6)	6 (4,4)
Nível Educacional		
Analfabeto	1 (1,8)	6 (4,4)
Fundamental	31 (56,4)	64 (47,1)
Médio	15 (27,3)	50 (36,8)
Superior	3 (5,5)	10 (7,4)
Pós-Graduação	2 (3,6)	3 (2,2)
Não informado	3 (5,5)	3 (2,2)
Câncer: sítio primário		
Útero	17 (30,9)	39 (28,7)
Mama	5 (9,1)	15 (11)
Próstata	2 (3,6)	11 (8,1)
Pênis	4 (7,3)	11 (8,1)
Estômago	6 (10,9)	10 (7,4)
Pâncreas	2 (3,6)	7 (5,1)
Linfoma	4 (7,3)	8 (5,9)
Ovário	3 (3,5)	6 (4,4)
Osteossarcoma	2 (3,6)	6 (4,4)
Leucemia	1 (1,8)	4 (2,9)
Fígado	1 (1,8)	3 (2,2)
Encéfalo	2 (3,6)	2 (1,5)
Intestino Delgado	2 (3,6)	2 (1,5)
Pulmão	0 (0)	2 (1,5)
Reto	1 (1,8)	2 (1,5)
Vulva	1 (1,8)	2 (1,5)
Mieloma Múltiplo	1 (1,8)	2 (1,5)
Língua	1 (1,8)	1 (0,7)
Boca	0 (0)	1 (0,7)
Pele	0 (0)	1 (0,7)
Testículo	0 (0)	1 (0,7)
Comorbidades		
Sim	20 (36,4)	56 (41,2)
Não	32 (58,2)	75 (55,1)
Não informado	3 (5,5)	5 (3,7)
Analgésicos		
Dipirona	3 (5,5)	14 (10,3)
Dipirona, morfina	8 (14,5)	16 (11,8)
Dipirona, morfina, fentanil	1 (1,8)	1 (0,7)
Dipirona, paracetamol, morfina	0 (0)	1 (0,7)
Dipirona, tramadol	14 (25,5)	19 (14)
Dipirona, tramadol, morfina	10 (18,2)	16 (11,8)
Ibuprofeno	0 (0)	1 (0,7)
Morfina	3 (5,5)	23 (16,9)
Morfina, tramadol	1 (1,8)	1 (0,7)
Paracetamol	1 (1,8)	2 (1,5)
Paracetamol, morfina	0 (0)	1 (0,7)

Paracetamol, tramadol, morfina	1 (1,8)	1 (0,7)
Tramadol	5 (9,1)	8 (5,9)
Tramadol, morfina	6 (10,9)	26 (19,1)
Não informado	2 (3,6)	6 (4,4)
Tipo de Tratamento		
Paliativo	2 (3,6)	3 (2,2)
Curativo	53 (96,4)	133 (97,8)
Tratamento		
Cirurgia	12 (21,8)	27 (19,9)
Cirurgia, quimioterapia	11 (20)	24 (17,9)
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia	2 (3,6)	2 (1,5)
Quimioterapia	16 (29,1)	42 (30,9)
Quimioterapia, radioterapia	5 (9,1)	7 (5,1)
Radioterapia	0 (0)	4 (2,9)
Nenhum	5 (9,1)	16 (11,8)
Não informado	3 (5,5)	6 (4,4)
Metástase		
Sim	11 (20)	37 (27,2)
Não	37 (67,3)	91 (66,9)
Não informado	7 (12,7)	8 (5,9)

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores apresentado em número absoluto (porcentagem).

Os participantes apresentaram maior escore no domínio Engajamento em Atividades ($7,32 \pm 5,39$) em comparação ao domínio Disposição à Dor ($4,70 \pm 3,51$). Observou-se elevada intensidade de dor, tanto no EORTC QLQ-C30 ($73,77 \pm 28,73$) quanto na Escala de Sintomas de Edmonton ($7,0 \pm 2,4$), associada a comprometimento funcional moderado (Índice de Barthel = $68,0 \pm 28,5$) e baixa qualidade de vida global ($45,6 \pm 25,9$). Além disso, os participantes apresentaram sintomas físicos e emocionais relevantes, incluindo fadiga ($62,4 \pm 36,8$), insônia ($62,4 \pm 36,8$), ansiedade (EHAD = $9,0 \pm 4,3$), depressão (EHAD = $8,2 \pm 4,3$) e catastrofização da dor em níveis moderados. As estatísticas descritivas completas encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva das avaliações clínicas de acordo com as fases do estudo.

Variável	Subamostra (n = 55)	Amostra completa (n = 136)
ESAS (escore)		
Dor	6,76 (2,6)	6,99 (2,44)
Cansaço	3,11 (3,06)	3,29 (3,07)
Nausea	2,47 (3,24)	2,62 (2,93)
Tristeza	5,24 (3,49)	4,75 (3,23)
Ansiedade	4,91 (3,61)	4,71 (3,53)
Sonolência	4,13 (3,91)	3,64 (3,72)
Falta de apetite	3,71 (2,92)	3,12 (2,88)
Ausência de bem-estar	3,64 (3,25)	3,52 (2,95)
Falta de ar	1,07 (2,19)	1,42 (2,36)
Barthel (escore)	64,33 (25,26)	68,03 (28,5)
EORTIC-QLQ-C30 (Escore)		
Qualidade de vida	46,70 (24,5)	45,56 (25,92)
Função física	31,08 (23,2)	38,96 (27,12)
Role functioning	26,54 (25,36)	30,15 (28,51)
Função emocional	50,93 (30,79)	49,51 (30,22)
Função cognitiva	67,28 (24,21)	67,28 (25,13)
Função social	34,26 (32,30)	31,5 (31,86)
Fadiga	62,86 (27,09)	61,56 (27,33)
Náusea	33,95 (35,71)	32,48 (30,99)
Dor	75,62 (27,54)	73,77 (28,73)
Dispneia	25,31 (33,29)	27,7 (31,31)
Insônia	58,98 (37,19)	62,44 (36,83)
Perda de apetite	60,38 (35,75)	52,84 (36,15)
Constipação	44,02 (41,46)	48,15 (41,9)
Diarreia	8,8 (18,31)	11,11 (21,08)
Dificuldades Financeiras	69,18 (35,63)	68,89 (36,78)
Tempo de dor (Meses)	12,96 (12,02)	12,47 (10,09)
EHAD (Escore)		
Ansiedade	9,04 (3,94)	9,03 (4,29)
Depressão	7,78 (3,93)	8,2 (4,26)
PCS (Escore)		
Desamparo	9,56 (5,86)	9,52 (4,84)
Amplificação	7,15 (2,86)	5,81 (5,13)
Ruminação	11,18 (3,44)	8,57 (5,39)
CPAQ-8 (Escore)		
Engajamento em atividades	8,51 (4,8)	7,32 (5,72)
Disposição à dor	4,49 (3,76)	4,7 (3,51)

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores apresentado em média (desvio padrão). ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton; Barthel: Índice de Independência Funcional; EORTC-QLQ-C30: *European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core 30*; END: Escala Numérica de Dor; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor; CPAQ: *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*.

Validade de construto

Foram avaliadas correlações de Spearman entre os domínios do CPAQ-8 e os demais instrumentos clínicos para investigar evidências de validade de construto convergente. De modo geral, maiores níveis de aceitação da dor associaram-se a melhor funcionalidade, maior qualidade de vida e menor sofrimento psicológico. O domínio D1 (Engajamento em Atividades) apresentou correlação positiva com

funcionalidade (Barthel Index, $r_s = 0,277$, $p < 0,05$), função emocional ($r_s = 0,461$, $p < 0,01$), função social ($r_s = 0,366$, $p < 0,01$) e qualidade de vida global ($r_s = 0,378$, $p < 0,01$), além de correlações negativas com fadiga ($r_s = -0,311$, $p < 0,05$), ansiedade ($r_s = -0,485$, $p < 0,01$), depressão ($r_s = -0,522$, $p < 0,01$) e desamparo ($r_s = -0,304$, $p < 0,05$).

O domínio D2 (Disposição à Dor) apresentou correlações mais fracas, destacando-se associação negativa com ansiedade ($r_s = -0,273$, $p < 0,05$) e positiva com função emocional ($r_s = 0,263$, $p < 0,05$). Observou-se ainda correlação positiva baixa entre D1 e D2 ($r_s = 0,20$, $p < 0,05$), sugerindo que os domínios avaliam aspectos distintos da aceitação da dor. As correlações completas encontram-se apresentadas na Tabela 3.

Vale mencionar que os dois domínios do CPAQ-8, D1 e D2, apresentaram entre si correlação positiva baixa ($r_s = 0,20$, $p < 0,05$). Esse valor sugere que, embora relacionados sob o construto geral de aceitação, os domínios medem aspectos distintos (engajamento ativo vs. disposição para sentimentos dolorosos), com relativa independência entre si, o que justifica a manutenção de ambas as subescalas separadamente no instrumento.

Tabela 3 - Correlação entre o escore dos domínios do Chronic Pain Acceptance Questionnaire - 8 e as demais variáveis do estudo (n = 136).

Variável	CPAQ-8	
	Domínio 1	Domínio 2
Barthel (escore)	$r_s = 0,277^{**}$	$r_s = 0,070$
EORTIC-QLQ-C30 (Escore)		
Qualidade de vida	$r_s = 0,378^{**}$	$r_s = 0,149$
Função física	$r_s = 0,304^{**}$	$r_s = 0,161$
Role functioning	$r_s = 0,272^{**}$	$r_s = 0,179^*$
Função emocional	$r_s = 0,461^{**}$	$r_s = 0,263^{**}$
Função cognitiva	$r_s = 0,273^{**}$	$r_s = 0,169^*$
Função social	$r_s = 0,366^{**}$	$r_s = 0,186^*$
Fadiga	$r_s = -0,311^{**}$	$r_s = -0,227^*$
Náusea	$r_s = -0,076$	$r_s = -0,146$
Dor	$r_s = -0,207^*$	$r_s = -0,190^*$
Dispneia	$r_s = -0,290^{**}$	$r_s = -0,200^*$
Insônia	$r_s = -0,258^{**}$	$r_s = -0,236^{**}$
Perda de apetite	$r_s = -0,212^*$	$r_s = -0,203^*$
Constipação	$r_s = -0,277^{**}$	$r_s = -0,270^{**}$
Diarreia	$r_s = -0,095$	$r_s = 0,111$
Dificuldades Financeiras	$r_s = -0,165$	$r_s = -0,038$
EHAD (Escore)		
Ansiedade	$r_s = -0,485^{**}$	$r_s = -0,522^{**}$
Depressão	$r_s = -0,273^{**}$	$r_s = -0,180^*$
PCS (Escore)		
Desamparo	$r_s = -0,304^{**}$	$r_s = -0,238^{**}$
Amplificação	$r_s = 0,049$	$r_s = -0,215^*$
Ruminação	$r_s = 0,084$	$r_s = -0,215^*$

Fonte: Dados da pesquisa.

Domínio 1: Engajamento em Atividades; Domínio 2: Disposição à dor; Barthel: Índice de Independência Funcional; EORTC-QLQ-C30: *European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core 30*; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; PCS: Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor; CPAQ: *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. *: Correlação significativa ($p < 0,05$, coeficiente de correlação de Spearman); **: Correlação significativa ($p < 0,01$, coeficiente de correlação de Spearman)

Análise fatorial confirmatória

A estrutura bidimensional proposta para o CPAQ-8 foi avaliada por meio de análise fatorial confirmatória (CFA). O modelo testado consistiu em dois fatores latentes correlacionados – D1 (Engajamento em Atividades) composto pelos itens 1, 6, 9 e 15; e D2 (Disposição para Experienciar Dor) composto pelos itens 13, 14, 17 e 18 – replicando a composição do instrumento original (8 itens) derivado do CPAQ de 20 itens.

Os resultados da CFA suportaram o modelo de dois fatores original. Os índices de ajuste do modelo inicial (sem modificações) foram aceitáveis: qui-quadrado ($gl =$

17) = 25,24 ($p = 0,09$), indicando que o modelo não diferiu dos dados observados. Os índices de qualidade de ajuste estiveram próximos aos critérios desejáveis: CFI = 0,96; TLI = 0,94; RMSEA = 0,086 (IC 90% 0,045–0,125) com $p = 0,07$ para $RMSEA \leq 0,05$, e SRMR = 0,086. Em conjunto, esses índices apontam um ajuste adequado do modelo aos dados.

As cargas fatoriais padronizadas dos itens nos respectivos fatores, obtidas pelo modelo confirmatório, reforçaram a estrutura teórica esperada, com uma exceção. Para a maioria dos itens, as cargas foram moderadas a altas e estatisticamente significativas ($p < 0,001$): no domínio D1, três itens carregaram de forma substancial – item 1: $\lambda = 0,59$; item 6: $\lambda = 0,77$; item 9: $\lambda = 0,79$ – e no domínio D2, três itens também tiveram boas cargas – item 13: $\lambda = 0,59$; item 14: $\lambda = 0,84$; item 17: $\lambda = 0,46$ (todas $p < 0,001$). Entretanto, o item 15 apresentou desempenho insatisfatório: sua carga no fator D1 foi muito baixa ($\lambda = 0,14$) e não significativa estatisticamente ($p = 0,13$). Este item praticamente não contribuiu para o fator correspondente na amostra avaliada. Em outras palavras, as respostas ao item 15 não estiveram alinhadas ao padrão dos demais itens de D1, sugerindo que ele pode não ter sido compreendido ou interpretado de forma consistente pelos respondentes, ou que seu conteúdo não se aplicou bem a pacientes com dor crônica relacionada ao câncer.

Apesar desse achado pontual, de forma global a CFA fornece evidência de validade fatorial da versão traduzida: o modelo de dois fatores do CPAQ-8 apresentou ajuste satisfatório e a maioria dos itens carregou nos fatores esperados com magnitudes adequadas. A correlação estimada entre os dois fatores latentes foi positiva, porém baixa (aproximadamente 0,20), consistente com a correlação de Pearson observada entre os escores D1 e D2 e indicando que os fatores capturam aspectos relacionados, porém distintos da aceitação da dor.

Tabela 4. Análise fatorial confirmatória do CPAQ-8 (versão brasileira) em pacientes com dor crônica oncológica

Modelos	Qui-quadrado	GL	Qui-quadrado/GL	CFI	TLI	RMSEA (IC a 90%)	SRMR
Modelo 1	37,853	19	1,99	0,962	0,944	0,045 (0,045-0,125)	0,086
Modelo 2	25,245	17	1,48	0,983	0,973	0,060(0,000-0,106)	0,068

Fonte: Dados da pesquisa.

CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire; GL: graus de liberdade; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; IC: intervalo de confiança; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual. Estimador: DWLS. Modelo 1 (2 domínios – estrutura original); Modelo 2 (com correlações residuais i1 e i13; i6 e i17).

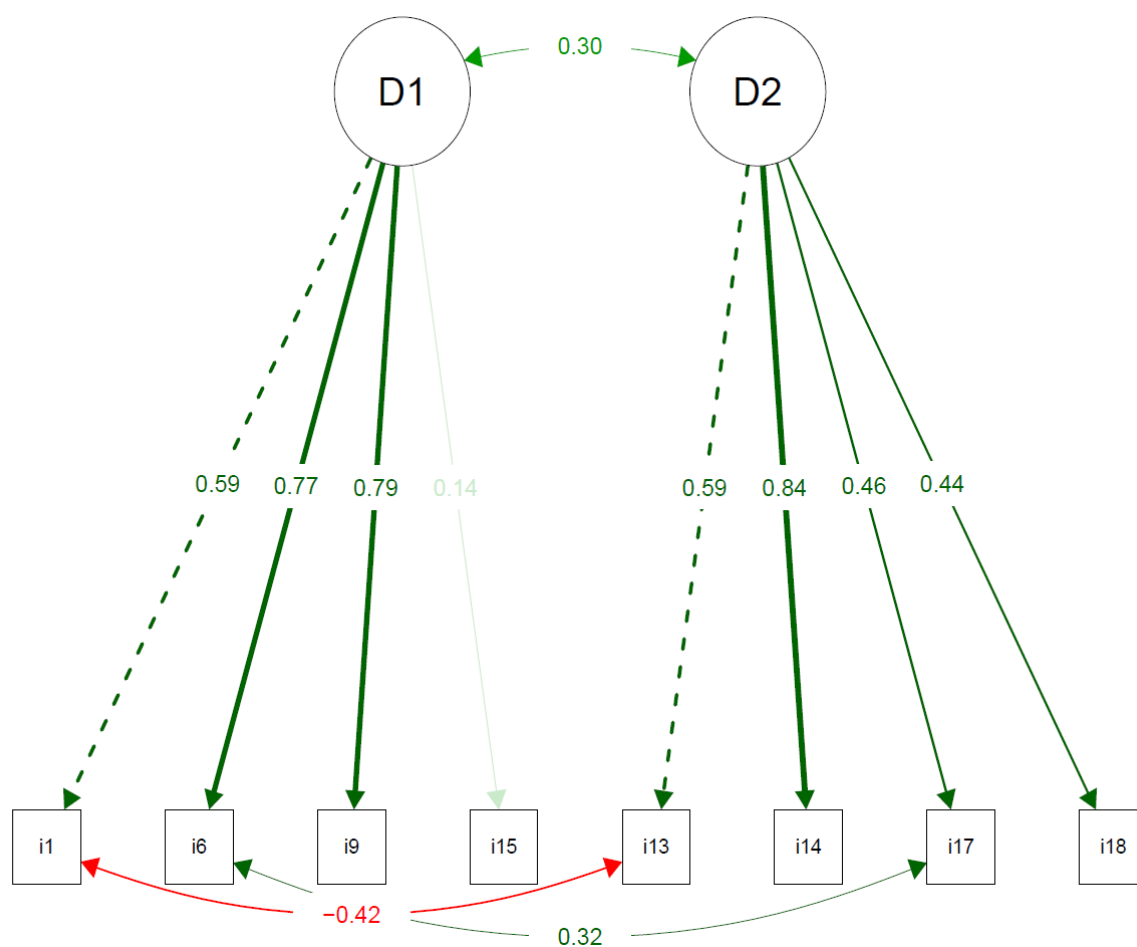


Figura 1 – Diagrama de caminhos com as cargas fatoriais para cada domínio do Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 (CPAQ-8). D1: Engajamento em atividades; D2: Disposição à dor.

Consistência Interna e Confiabilidade Teste-Reteste

Para estas análises, foi analisado um subgrupo da amostra do estudo, de 55 pacientes com dor crônica oncológica, com média de idade de 48,9 anos (DP = 13,4). Houve predominância do sexo feminino (69% mulheres) e baixo nível educacional (56% com ensino fundamental). Os tipos de câncer mais frequentes foram carcinoma de colo do útero (31%), estômago (11%) e mama (9%), entre outros.

Em relação aos sintomas, os pacientes apresentaram dor de intensidade moderada a alta (média de $6,76 \pm 2,60$ na Escala de Edmonton) e fadiga moderada ($3,11 \pm 3,06$). Sintomas psicológicos também estiveram presentes: a pontuação de “tristeza” (depressão) no Edmonton foi $5,24 \pm 3,49$, e ansiedade $4,91 \pm 3,61$, em médias numa escala de 0–10. Observou-se impacto na funcionalidade: o índice de Barthel médio foi 64,3 (DP = 25,3) – indicando dependência moderada – e os domínios de funcionalidade do EORTC QLQ-C30 apresentaram escores baixos (função física = $31,1 \pm 23,2$; função social = $34,3 \pm 32,3$). A qualidade de vida global estava moderadamente comprometida ($46,7 \pm 24,5$ em 0–100). Na escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS), a média de ansiedade foi $9,0 \pm 3,9$ e de depressão $7,8 \pm 3,9$, sugerindo sintomas emocionais leves a moderados.

Quanto à catastrofização da dor (PCS), o escore médio total foi 27,9 (soma dos domínios), com médias por subescala de $9,6 \pm 5,9$ para desamparo, $11,2 \pm 3,4$ para ruminação e $7,2 \pm 2,9$ para amplificação. O tempo médio de dor crônica relatado foi de aproximadamente 13 meses ($12,96 \pm 12,02$).

Na primeira aplicação do CPAQ-8 (teste), os escores dos domínios foram baixos: D1 (Engajamento em Atividades) com média de $8,51 \pm 4,80$ e D2 (Disposição para Experienciar a Dor) com média de $4,49 \pm 3,76$, em uma faixa possível de 0 a 24 para cada domínio. No reteste, realizado após um intervalo de 7 dias, os escores mantiveram-se próximos (D1 = $8,73 \pm 4,28$; D2 = $4,07 \pm 4,32$).

A consistência interna dos domínios do CPAQ-8 na amostra foi abaixo do ideal. O alfa de Cronbach para D1 foi de 0,335 e para D2 de 0,448 (ambos considerando 4 itens). Em contrapartida, a confiabilidade teste-reteste mostrou-se satisfatória. Os pacientes responderam ao CPAQ-8 duas vezes, e os coeficientes de correlação intraclasse (ICC) indicaram forte reprodutibilidade temporal. Para o domínio D1, o ICC

foi 0,844 (IC 95% 0,774–0,906; $p < 0,001$), enquanto para D2 foi 0,735 (IC 95% 0,587–0,836; $p < 0,001$), considerando modelo bidirecional de efeitos mistos e concordância absoluta. Esses valores correspondem a uma confiabilidade teste-reteste excelente para D1 e boa para D2, indicando que os escores dos domínios do CPAQ-8 se mantêm estáveis em aplicações repetidas. Em suma, apesar da baixa consistência interna inicial, os escores mostraram-se consistentes ao longo do tempo, reforçando a confiabilidade do instrumento.

Foi avaliado também erro padrão de medida (SEM) e da mudança mínima detectável (MDC), considerando o modelo de efeitos mistos bidirecional com definição de concordância absoluta (ICC single measures). Para a D1, com média de 8,51 pontos (DP = 4,80) e ICC = 0,844, o erro padrão de medida foi de 1,90 pontos, correspondendo a 22,3% da média do escore. A mudança mínima detectável (MDC) foi de 5,26 pontos, equivalente a 61,8% do escore médio. Para o D2, com média de 4,49 pontos (DP = 3,76) e ICC = 0,735, o erro padrão de medida foi de 1,94 pontos, correspondendo a 43,1% da média. A mudança mínima detectável (MDC) foi de 5,37 pontos, equivalente a 119,5% do escore médio.

Tabela 5 - Média e desvio padrão do teste e reteste, confiabilidade do escore por domínio e consistência interna do Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 (n = 55).

Confiabilidade e consistência interna	Domínios	
	Domínio 1	Domínio 2
Teste (escore)	8,51 ($\pm 4,8$)	4,49 ($\pm 3,76$)
Reteste (escore)	8,73 ($\pm 4,28$)	4,07 ($\pm 4,32$)
Índice de correlação intraclassa (IC95%)	0,844 (0,774–0,906)	0,735 (0,587–0,836)
SEM (escore)	1,90	1,94
SEM (%)	22,3	43,1
MDC (escore)	5,26	5,37
MDC (%)	61,8	119,5
Alpha de cronbach	0,335	0,448

Fonte: Dados da pesquisa.

Os valores de teste e reteste estão apresentados como média \pm desvio padrão. IC95%: intervalo de confiança de 95%; ICC: índice de correlação intraclassa; SEM: erro padrão de medida (Standard Error of Measurement); MDC: mudança mínima detectável (Minimal Detectable Change).

Foram verificados efeitos piso e teto dos escores totais das subescalas. Em 136 respondentes, apenas 0,7% marcaram o escore mínimo em D1 e 0,0% em D2, enquanto 3,7% e 10,3% alcançaram o escore máximo em D1 e D2, respectivamente.

Esses percentuais (4,4% combinados em d1; 10,3% em d2) ficam abaixo de limites (>15%) para efeito de piso/teto (Terwee et al., 2007).

DISCUSSÃO

Este estudo aporta evidências de validade de construto e confiabilidade do CPAQ-8 em pacientes oncológicos com dor crônica, em linha com a concepção de aceitação da dor descrita nos estudos originais (McCracken, 1998; McCracken; Vowles; Eccleston, 2004).

A AFC apoiou globalmente a estrutura bifatorial do CPAQ-8. O principal desafio psicométrico foi o item 15 ($\lambda=0,14$; $p=0,13$), mantido por validade de conteúdo e comparabilidade, com recomendações adicionais de diagnóstico item-a-item. Em contraste com a baixa consistência interna, a estabilidade temporal foi adequada ($ICC \geq 0,70$), apoiando uso para monitoramento e pesquisa quando há razoável estabilidade clínica no intervalo (Mokkink et al., 2018).

A validade de construto foi sustentada, em primeiro lugar, pela validade estrutural via análise fatorial confirmatória (AFC) do modelo bifatorial do CPAQ-8 (Engajamento em Atividades e Disposição para Experienciar Dor), coerente com a versão revisada do CPAQ e com evidências acumuladas em estudos e revisão sistemática (Fish et al., 2010; Reneman et al., 2010).

O modelo inicial apresentou $\chi^2(17)=25,24$; $p=0,09$; $CFI=0,96$; $TLI=0,94$; $RMSEA=0,086$ (IC90% 0,045–0,125) e $SRMR=0,086$. Esse perfil sugere ajuste global adequado, com CFI próximo ao critério “bom” ($\approx 0,95$) e sinais de discrepância local ($RMSEA/SRMR$ ligeiramente acima de 0,08) (Hu; Bentler, 1999).

A liberação de correlações residuais entre pares de itens (i1–i13 e i6–i17) melhorou o ajuste global do modelo, evidenciando que parte do misfit estava concentrada em dependências locais. Em AFC, correlações entre erros/uniquenesses não devem ser entendidas como “correção automática” do modelo, mas como a explicitação de uma fonte adicional de covariação que não é capturada pela variável latente especificada (MacCallum; Roznowski; Necowitz, 1992).

A interpretação substantiva desses dois pares é plausível à luz do próprio conteúdo do CPAQ-8. No estudo original, os itens que compõem a versão curta refletem dois componentes centrais da aceitação da dor: Activity Engagement (manter atividades importantes apesar da dor) e Pain Willingness (reduzir esforços de

controle/evitação e admitir a presença da experiência dolorosa) (Fish et al., 2010a). Os pares correlacionados no presente estudo conectam itens que, embora pertençam a domínios distintos, compartilham um “cenário de ação” (fazer algo/assumir responsabilidades/planejar) no qual a prioridade dada à dor (controle/evitação) pode competir diretamente com o engajamento. Assim, a correlação residual pode refletir um elo específico entre “agir apesar da dor” e “necessidade de controlar/evitar a dor ao agir”, especialmente saliente em contextos clínicos de maior ameaça percebida, como a dor crônica oncológica.

Além disso, é possível que a covariância residual reflita um componente de método associado à coexistência de itens em direções opostas (itens mais “pró-aceitação” e itens mais “pró-controle/evitação”, frequentemente pontuados de forma invertida). Há evidência de que escalas com mistura de itens regulares e invertidos podem introduzir fontes secundárias de variância, afetando a estrutura de covariâncias e aumentando a probabilidade de misfit local, sobretudo em aplicações transculturais nas quais pequenas diferenças de redação podem intensificar a percepção de “itens espelhados”. Essa hipótese é consistente com a literatura geral sobre efeitos psicométricos de itens invertidos e com achados de que o componente Pain Willingness, em diferentes contextos, pode apresentar maior heterogeneidade (Suárez-Alvarez et al., 2018).

Ao comparar com o estudo de desenvolvimento do CPAQ-8, observa-se que o padrão de melhora após ajustes locais não é estranho ao histórico do instrumento. O artigo original reporta AFCs com bons índices de ajuste para o CPAQ-8 em diferentes amostras e, no processo de avaliação do CPAQ em forma mais longa, utilizou covariâncias entre erros sugeridas por índices de modificação para lidar com misfit localizado. Portanto, a estratégia adotada aqui se alinha a uma prática já observada no refinamento estrutural do instrumento, desde que acompanhada de justificativa teórica e parcimônia (Fish et al., 2010).

O mesmo raciocínio aparece em validações transculturais recentes. Na versão japonesa, por exemplo, foi incluída uma covariância entre erros de dois itens após exame de índices de modificação e conferência de conteúdo, com excelente ajuste global subsequente. Na versão tailandesa, os autores também discutem o uso de índices de modificação para identificar comunalidades de conteúdo que extrapolavam

os fatores esperados, mantendo a estrutura de dois fatores com bom ajuste. Esses paralelos reforçam que a presença de dependências locais não necessariamente indica falha do construto, mas pode refletir nuances linguísticas e clínicas que exigem pequenos parâmetros adicionais em adaptações (Fukumori et al., 2023; Pasutharnchat et al., 2025).

Por outro lado, estudos como as validações sueca e norueguesa mostram que os índices podem variar consideravelmente (inclusive com CFI/TLI abaixo de 0,95 ou RMSEA mais alto), apesar da manutenção da bidimensionalidade (Eide; Leren; Sørenbø, 2017; Rovner et al., 2014). Isso sustenta uma leitura equilibrada: a estrutura Engajamento em Atividades—Disposição à dor tende a ser replicável, mas o ajuste pode ser sensível a características da amostra, do idioma e do método de estimação; logo, decisões de modelagem devem priorizar o conjunto de evidências (ajuste global, resíduos, plausibilidade teórica e validade externa).

No nível item-a-item, a AFC indicou cargas substanciais e significativas para a maioria dos itens ($p < 0,001$): no Engajamento (D1), $\lambda = 0,59$ (item 1), 0,77 (item 6) e 0,79 (item 9); na Disposição (D2), $\lambda = 0,59$ (item 13), 0,84 (item 14) e 0,46 (item 17). Esse padrão converge com achados prévios do CPAQ-8, nos quais o Engajamento tende a se relacionar mais fortemente a funcionamento/ajustamento do que a Disposição (Fish et al., 2010). A exceção foi o item 15 ($\lambda = 0,14$; $p = 0,13$), abaixo do patamar mínimo de 0,30 (COSMIN) e abaixo do critério conservador de $\geq 0,40$ frequentemente adotado como regra prática de saliência/adequação do item (Boateng et al., 2018).

O item 15 (“Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades”) apresentou carga fatorial muito baixa e não significativa na amostra oncológica brasileira ($\lambda = 0,14$; $p = 0,13$), destoando do padrão observado internacionalmente para esse indicador do domínio Engajamento em Atividades. Na validação original do CPAQ-8, o item equivalente carregou adequadamente no D1 ($\approx 0,60$ – $0,70$) e, de modo consistente, estudos subsequentes em outros contextos culturais também reportaram cargas moderadas/altas para esse conteúdo (p.ex., $\lambda \approx 0,60$ – $0,65$ em coorte clínica sueca; $\lambda = 0,767$ na validação tailandesa), reforçando que o baixo desempenho aqui observado é um achado atípico e potencialmente

dependente do contexto clínico-populacional (Fish et al., 2010; Rovner et al., 2014; Pasutharnchat et al., 2025).

Uma hipótese clinicamente plausível para esse desempenho diferencial é que o item 15 depende fortemente de capacidade funcional e de desempenho de papéis (“responsabilidades”) em momentos de piora da dor; em oncologia, contudo, a manutenção de responsabilidades tende a ser condicionada por um conjunto de restrições frequentemente multimodais (dor com etiologia mista e flutuante, fadiga, efeitos adversos de quimioterapia/radioterapia, declínio funcional e dependência de cuidadores), reduzindo a correspondência direta entre “aceitação/engajamento” e “dar conta das responsabilidades”. Evidências em populações oncológicas mostram que fadiga e dor se associam a redução de atividade física após o diagnóstico, e revisões apontam alta frequência de limitações em atividades de vida diária e necessidades de assistência para tarefas instrumentais, domínios próximos do que muitos pacientes entendem como “responsabilidades” (Neo et al., 2017; Romero et al., 2018).

Apesar disso, optou-se por preservar o item 15, priorizando validade de conteúdo e comparabilidade internacional. O COSMIN descreve a validade de conteúdo como a propriedade de medida mais importante e recomenda que decisões de modificação/exclusão de itens sejam guiadas, antes de tudo, por evidências de relevância, abrangência e compreensibilidade no público-alvo (Mokkink et al., 2018).

Adicionalmente, diretrizes clássicas de adaptação transcultural enfatizam equivalência semântica, experiencial e conceitual e desencorajam alterações ad hoc sem investigação qualitativa e documentação do processo, dado o risco de comprometer a equivalência e a comparabilidade entre versões (Beaton et al., 2000). Nesse sentido, a versão brasileira do CPAQ-8 desenvolvida neste estudo apresentou evidências favoráveis de validade de conteúdo para o item (“Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades”), sugerindo adequação semântica geral em português brasileiro.

Assim, a baixa carga fatorial na amostra oncológica foi interpretada como um possível efeito do contexto clínico (relevância experiencial distinta de “responsabilidades” e maior restrição funcional), e não como evidência suficiente para descaracterizar a composição do instrumento.

A validade convergente/divergente foi corroborada por correlações consistentes com a teoria da aceitação da dor: maior Engajamento associou-se a melhor qualidade de vida e funcionamento (p.ex., QLQ-C30 função emocional $r=0,46$; social $r=0,37$; qualidade de vida global $r=0,38$; Barthel $r=0,28$) e a menor sofrimento emocional (HADS ansiedade $r=-0,49$; depressão $r=-0,52$), fadiga ($r=-0,31$) e desamparo catastrófico (PCS $r=-0,30$). Esse padrão é convergente com estudos clássicos e com evidências contemporâneas que posicionam a aceitação mais próxima do impacto funcional e emocional do que da intensidade dolorosa (Fish et al., 2010a, 2013a). A ausência de correlação significativa com intensidade de dor (D1 $r=0,09$; D2 $r=-0,04$) reforça que o CPAQ opera como medida de processo/ajustamento, não como medida de intensidade (Mccracken, 1998).

No que tange à confiabilidade teste-reteste, os achados mostram que D1 teve ICC teste-reteste “bom” (0,844) e SEM de 1,90 pontos ($\approx 22\%$ da média). Já D2 obteve ICC “moderado” (0,735) mas SEM proporcional alto (1,94 pontos, $\approx 43\%$ da média). O MDC calculado foi de $\approx 5,3$ pontos em ambas as subescalas, o que corresponde a 61,8% da média em D1 e impressionantes 119,5% da média em D2. De acordo com referências de metodologistas como Weir e COSMIN, valores de MDC tão altos indicam que mudanças menores que esse valor está provavelmente dentro do erro de medida (Gates; Mefferd; Stipancic, 2025; Mokkink et al., 2018; Weir, 2005). Em D2, isso sugere desempenho inadequado para monitoramento individual: somente diferenças muito grandes (≥ 5 pontos) seriam consideradas reais com 95% de confiança. Em nível de grupo, um MDC alto também reduz a sensibilidade para detectar mudanças médias. Em síntese, D1 mostrou precisão aceitável, mas D2 apresentou erro muito alto, corroborando achados de outros autores de que a subescala “Disposição” costuma ser menos estável (Fish et al., 2013; Kłosowska et al., 2025).

Por fim, em oncologia, ICC deve ser contextualizado pelo intervalo entre aplicações e pelo risco de mudança verdadeira (tratamento, fadiga, internações). Assim, além do ICC, este estudo reportou e justificou-se o intervalo entre os testes, 7 dias, distinguindo-se assim a estabilidade do instrumento de mudança real do construto (Koo; Li, 2016).

A consistência interna foi baixa (D1 $\alpha=0,335$; D2 $\alpha=0,448$), aquém do critério COSMIN ($\alpha \geq 0,70$, condicionado a evidência mínima de unidimensionalidade) (Mokkink et al., 2018). Em escala curta, α é penalizado pelo pequeno número de itens e por pressupostos restritivos; ainda assim, valores tão reduzidos sugerem heterogeneidade entre itens e reforçam o papel do “misfit” local do item 15 como potencial fonte de incoerência interna, além de ecoar críticas psicométricas sobre o uso indiscriminado de α (Sijtsma, 2009).

Para elevar o padrão de reporte sem descaracterizar o instrumento, em futuros estudos, recomenda-se complementar α com ω por domínio, alternativa defendida quando cargas dos itens são desiguais, e estimar ω a partir do modelo CFA, com estimadores adequados a itens ordinais (WLSMV/DWLS) e rotinas de confiabilidade em semTools (complementarmente, psych::omega a partir de policóricas) (Dunn et al., 2014).

Recomenda-se análises futuras de sensibilidade mantendo o item 15 na versão principal (e apresentando “com vs. sem item 15” apenas como suplemento), quantificando o custo psicométrico da decisão e preservando comparabilidade (Beaton et al., 2000).

Os baixos efeitos piso e teto observados sugerem que as subescalas capturam razoavelmente bem a variabilidade entre pacientes, embora a elevada incidência de escore máximo em D2 indique um ligeiro efeito teto. Portanto, consideramos que não houve efeito piso/teto problemático, mas destaca-se a necessidade de atenção em populações com escores muito elevados, pois isso pode reduzir a capacidade de responsividade do CPAQ-8, tornando difícil detectar mudanças adicionais nessa dimensão (Terwee et al., 2007).

Apesar das evidências iniciais favoráveis, este estudo apresenta limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impossibilitou a avaliação da responsividade do instrumento ao longo do tempo e a investigação de validade preditiva, não sendo possível determinar se níveis de aceitação medidos pelo CPAQ-8 predizem desfechos clínicos futuros. A amostra foi de tamanho moderado ($n=136$), amostras maiores podem trazer dados mais robustos.

Vale ressaltar também que composta majoritariamente por mulheres e por pacientes em tratamento de câncer avançado, o que restringe a generalização dos achados para outras populações oncológicas. Além disso, a seleção por conveniência pode ter introduzido viés, uma vez que pacientes mais motivados ou em fases específicas do tratamento podem ter maior probabilidade de participação.

Diante disto, futuras investigações devem priorizar amostras maiores e mais diversificadas, incluindo diferentes tipos e estágios de câncer, a fim de testar a estabilidade fatorial do instrumento em subgrupos clínicos distintos. Estudos multicêntricos podem ampliar a representatividade e fortalecer a validade externa. Pesquisas longitudinais são fundamentais para avaliar a responsividade do CPAQ-8, estimar mudança mínima detectável em diferentes contextos clínicos e investigar validade preditiva, examinando se níveis iniciais de aceitação influenciam evolução funcional, adesão terapêutica ou qualidade de vida ao longo do tratamento. Ensaios clínicos envolvendo intervenções baseadas em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) poderiam avaliar sensibilidade à mudança e tamanho de efeito do instrumento em contexto brasileiro. Recomenda-se ainda comparar o desempenho do CPAQ-8 com a versão completa (CPAQ-20) e aplicar análises psicométricas complementares, como modelagem de Rasch ou estimativas de coeficiente ômega, para aprofundar a investigação da confiabilidade interna. Estudos qualitativos com pacientes oncológicos também podem contribuir para refinamento semântico e cultural dos itens, assegurando maior adequação ao contexto específico do câncer.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o CPAQ-8 em versão português brasileiro apresentou evidências iniciais de validade de construto e adequada confiabilidade teste-reteste em pacientes oncológicos com dor crônica, com estrutura bifatorial consistente ao modelo teórico e associações coerentes com medidas de funcionalidade e sofrimento emocional. Apesar de limitações quanto à consistência interna e aspectos metodológicos, o instrumento se mostra uma ferramenta breve, de fácil aplicação e potencialmente útil para a prática clínica e pesquisa, contribuindo para a avaliação de processos psicológicos relacionados à aceitação da dor nessa população.

REFERÊNCIAS

- BARANOFF, John *et al.* Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 in an Australian Pain Clinic Sample. **International journal of behavioral medicine**, v. 21, 22 nov. 2012.
- BEATON, Dorcas E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.
- BENTLER, P. M. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological bulletin**, v. 107, n. 2, p. 238–246, 1990.
- BOATENG, Godfred O. *et al.* **Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer**. **Frontiers in Public Health** Frontiers Media S.A., 11 jun. 2018.
- BROWNE, Michael W.; CUDECK, Robert. Alternative Ways of Assessing Model Fit. **Sociological Methods & Research**, v. 21, n. 2, p. 230–258, 1 nov. 1992.
- CINCURA, Carolina *et al.* Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovascular Diseases**, v. 27, n. 2, p. 119–122, fev. 2009.
- COHEN, Jacob. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2nd. ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- DANIELSSON, Lena *et al.* The efficacy of a clustered group-based acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain — a randomized controlled semi-crossover trial. **Canadian Journal of Pain**, v. 9, n. 1, 2025.
- DIMITRIJEVIĆ, Iva *et al.* Validation of the Croatian Version of the Eight-Item Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 23, n. 2, 1 fev. 2026.
- DUNN, Thomas J. *et al.* From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. **The British Journal of Psychology**, v. 105, n. 3, p. 399–412, ago. 2014.
- EIDE, Hilde; LEREN, Lena; SØREBØ, Øystein. The Norwegian versions of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire CPAQ-20 and CPAQ-8—validation and reliability studies. **Disability and Rehabilitation**, v. 39, n. 14, p. 1441–1448, 3 jul. 2017.
- FISH, Rosemary A. *et al.* Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. **Pain**, v. 149, n. 3, p. 435–443, jun. 2010b.
- FISH, Rosemary A. *et al.* Willing and able: A closer look at pain willingness and activity engagement on the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8).

Journal of Pain, v. 14, n. 3, p. 233–245, mar. 2013.

FLEISS, Joseph. **The Design and Analysis of Clinical Experiments**. 1. ed. New York: John Wiley & Sons, 1986.

FRANCESCHINI, Juliana *et al.* Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module*
Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 5, p. 595–602, 2010.

FUKUMORI, Takaki *et al.* Validation of the Japanese version of the 8-item Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). **The Journal of Medical Investigation**, v. 70, p. 88–93, 11 maio 2023.

GATES, Kelly E.; MEFFERD, Antje S.; STIPANCIC, Kaila L. Exploring Methodological Decisions for Calculating the Minimally Detectable Change in Dysarthria: Reliability, Statistics, and Standard Error of Measurement. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 68, n. 8, p. 3771–3788, 1 ago. 2025.

HU, Li Tze; BENTLER, Peter M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v. 6, n. 1, p. 1–55, 1999.

IZZO, Juliana Martins *et al.* The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 4, p. 336–341, 2019.

KŁOSOWSKA, Joanna *et al.* Development and psychometric evaluation of the Polish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). **Experimental Gerontology**, v. 210, 15 out. 2025.

KOO, Terry K.; LI, Mae Y. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155–163, 1 jun. 2016.

LI, Xiao Mei *et al.* Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. **Scientific Reports**, v. 7, 11 jan. 2017.

LIN, Jiayi *et al.* An Internet-Based Intervention for Chronic Pain. **Deutsches Ärzteblatt international**, 13 out. 2017.

LIU, Yaqun *et al.* Validation of a Chinese version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CAPQ) and CPAQ-8 in chronic pain patients. **Medicine (United States)**, v. 95, n. 33, 1 ago. 2016.

MA, Tsz Wah; YUEN, Ada Siu Kwan; YANG, Zuyao. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis.

Clinical Journal of Pain, v. 39, n. 3, p. 147–157, 3 mar. 2023.

MACCALLUM, Robert C.; ROZNOWSKI, Mary; NECOWITZ, Lawrence B. Model Modifications in Covariance Structure Analysis: The Problem of Capitalization on Chance. **Psychological Bulletin**, v. 111, n. 3, p. 490–504, maio 1992.

MCCRACKEN, Lance M. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. **Pain**, p. 21–27, 1998.

MCCRACKEN, Lance M. Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 13, p. 93–100, 1999.

MCCRACKEN, Lance M.; ECCLESTON, Chris. Coping or acceptance: What to do about chronic pain? **Pain**, v. 105, n. 1–2, p. 197–204, 2003.

MCCRACKEN, Lance M.; VOWLES, Kevin E.; ECCLESTON, Christopher. Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. **Pain**, v. 107, n. 1–2, p. 159–166, 2004.

MIYAZAKI, Eduardo Santos *et al.* Acceptance and commitment therapy for chronic pain: a quasiexperimental study. **Estudos de Psicologia**, v. 40, 2023.

MOKKINK, Lidwine B. *et al.* **COSMIN manual for systematic reviews of PROMs COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) user manual**. Disponível em: <www.cosmin.nl>.

NEO, Josephine *et al.* Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. **Cancer Treatment Reviews**, v. 61, p. 94–106, 1 dez. 2017.

PASUTHARNCHAT, Koravee *et al.* Validation of the Thai Version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8 (CPAQ-8T) in Chronic Pain Patients. **Journal of Pain Research**, v. 18, p. 947–957, 2025.

PAIVA, Carlos Eduardo *et al.* The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLOS ONE**, v. 10, n. 7, e0132073, 2015.

PELOSO, Franciele Cristiane; VIEIRA, Rebeca Veras de Andrade; ZIBETTI, Murilo Ricardo. Adaptation and evidence of content validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire for Brazil. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 16, n. 2, p. 357–368, 30 jun. 2025.

POLAKOWSKI, Letícia Cristina; RODRIGUES, Kesiane; BENCHAYA, Inaê. Intervenções psicológicas em grupo para pacientes com dor crônica: uma revisão sistemática. **Caderno PAIC**, v. 21, n. 1, p. 531–554, 28 out. 2020.

RENEMAN, Michiel F. *et al.* Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance

Questionnaires: A systematic review. **European Journal of Pain**, maio 2010.

ROMERO, Sally A. D. *et al.* The association between fatigue and pain symptoms and decreased physical activity after cancer. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 10, p. 3423–3430, 1 out. 2018.

ROVNER, Graciela S. *et al.* Psychometric properties of the 8-item Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8) in a Swedish chronic pain cohort. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 46, n. 1, p. 73–80, 2014.

SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, Elisabet *et al.* Support for the Spanish version of the CPAQ-8 as a measure of chronic pain acceptance. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 25, n. 5, p. 881–888, 1 out. 2019.

SIJTSMAS, Klaas. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of cronbach's alpha. **Psychometrika**, v. 74, n. 1, p. 107–120, mar. 2009.

SIMISTER, Heather D. *et al.* Randomized Controlled Trial of Online Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia. **Journal of Pain**, v. 19, n. 7, p. 741–753, 1 jul. 2018.

SUÁREZ-ALVAREZ, Javier *et al.* Using reversed items in likert scales: A questionable practice. **Psicothema**, v. 30, n. 2, p. 149–158, 2018.

TERWEE, Caroline B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, Marieke H. J. *et al.* Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 6, p. 1070–1090, 1 jun. 2016.

VEEHOF, M. M. *et al.* Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. **Cognitive Behaviour Therapy**, v. 45, n. 1, p. 5–31, 2 jan. 2016.

VOWLES, Kevin E. *et al.* The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. **Pain**, v. 140, n. 2, p. 284–291, 30 nov. 2008.

WEIR, Joseph P. QUANTIFYING TEST-RETEST RELIABILITY USING THE INTRAClass CORRELATION COEFFICIENT AND THE SEM. **Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 19, n. 1, p. 231–240, 2005.

YE, Lu *et al.* Acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis on psychological outcomes and quality of life. **PLoS ONE**, v. 19, n. 6 June, 1 jun. 2024.

ZURE, Mert; MENEKŞEOĞLU, Ahmet Kivanç; KETENCI, Ayşegül. Validation of the Turkish Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8. **Turkish Journal of Physical**

Medicine and Rehabilitation, v. 69, n. 2, p. 216–221, 1 jul. 2023.

.

ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

ANEXO B – EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH IN THE TREATMENT OF CANCER QUESTIONNAIRE



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): //

Data de hoje (dia, mês, ano): //

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

BRAZILIAN

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO C - ESCALA DE PENSAMENTOS CATASTRÓFICOS

ESCALA DE CATASTROFIZAÇÃO DA DOR – ECD (The pain catastrophizing scale - PCS)

Todas as pessoas passam por situações dolorosas em algum momento de suas vidas. Essas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dente, dores nas articulações ou musculares. As pessoas estão frequentemente expostas a situações que podem causar dor tais como doenças, ferimentos, procedimentos odontológicos ou cirurgia.

Instruções

Nós estamos interessados nos tipos de pensamentos e sentimentos que o Sr(a) tem quando está com dor. Há treze afirmações abaixo que podem estar associadas à dor. Usando a escala abaixo, por favor indique o grau com que o Sr(a) tem esses pensamentos e sentimentos quando está sentindo dor.

Grau	0	1	2	3	4
Significado	Nada	Leve	Moderado	Intenso	Sempre

Quando eu estou com dor...

Número	Afirmação	Grau
1	Eu fico preocupado o tempo todo se a dor vai terminar.	
2	Eu sinto que não posso continuar levando a minha vida.	
3	É terrível e eu penso que a dor nunca vai melhorar.	
4	É péssimo e eu sinto que a dor me oprime (ou me deixa desorientado ou sem rumo).	
5	Eu sinto que eu não aguento mais.	
6	Eu fico com medo da dor piorar.	
7	Eu fico pensando em outros eventos (situações) dolorosos.	
8	Eu fico ansioso para a dor ir embora.	
9	Eu não consigo parar de pensar na dor.	
10	Eu fico pensando em como dói.	
11	Eu fico pensando no quanto eu quero que a dor passe.	
12	Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.	
13	Eu me pergunto se algo de grave pode acontecer.	

ANEXO D - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL

ESCALA DE BARTHEL

ALIMENTAÇÃO

- (10) Independente. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
(5) Ajuda. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.
(0) Dependente.

BANHO

- (10) Independente. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
(0) Dependente.

VESTUÁRIO

- (10) Independente. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
(5) Ajuda. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade da tarefa em tempo razoável.
(0) Dependente.

HIGIENE PESSOAL

- (10) Independente. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.
(0) Dependente.

DEJEIÇÕES

- (10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.
(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.
(0) Incontinente.

MICÇÃO

- (10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.
(0) Incontinente.

USO DO VASO SANITÁRIO

- (10) Independente. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
(5) Ajuda. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
(0) Dependente.

TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA

- (15) Independente. Não necessita de nenhuma ajuda; se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.
(10) Ajuda mínima. Necessita de ajuda ou supervisão mínima.
(5) Grande ajuda. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.
(0) Dependente.

DEAMBULAÇÃO

- (15) Independente. Pode caminhar sem ajuda por até 50m, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.
(10) Ajuda. Pode caminhar até 50m, mas necessita de ajuda ou supervisão.
(5) Independente em cadeira de rodas. Movimenta-se na cadeira de rodas por, pelo menos, 50m.
(0) Dependente.

ESCADAS

- (10) Independente. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.
(5) Ajuda. Necessita de ajuda física ou supervisão.
(0) Dependente.

TOTAL: _____

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Questionários de dor, aspectos musculares, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com câncer

Pesquisador: Almir Vieira Dibai Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44064821.5.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.232.253

Apresentação do Projeto:

Em pacientes com câncer, estima-se uma prevalência de dor entre 25 e 50% para pacientes recém-diagnosticados, entre 33 e 80% para os pacientes que estão em tratamento de sua doença, e em torno de 75 e 100% para aqueles em estado avançado e terminal. No Brasil, existem diversos questionários validados e transculturalmente adaptado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer em diversos aspectos. No entanto, no melhor do nosso conhecimento, não existe ferramenta validada para o Brasil avaliando às atitudes de pacientes oncológicos frente à presença da dor, o que justifica a condução do presente estudo. O objetivo dessa pesquisa é realizar a tradução, adaptação transcultural e validação de questionários para pacientes com câncer, e observar a correlação com medidas clínicas funcionais, aspectos musculares, qualidade de vida e capacidade funcional. O estudo será realizado no Hospital do Câncer do Maranhão. Os participantes serão abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa desde que atendam aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos; diagnosticado de

câncer; capaz de ler e compreender o português; e conscientes do diagnóstico de câncer. Será realizada avaliação por meio de questionários de dor, qualidade de vida, testes de capacidade funcional, força muscular e atividade muscular. Espera-se que os resultados do presente estudo respaldem o uso dos questionários para mensuração das atitudes frente à dor dos pacientes oncológicos, tomando-se uma ferramenta embasada no conhecimento técnico-científico em

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: ceufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 5.232.253

relação aos pacientes com dor oncológica no Brasil, além de permitir uma melhor compreensão sobre aspectos musculares e funcionais nos pacientes com câncer.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Pain Attitudes Questionnaire-Revised (PAQ-R), Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised (CPAQ-R) e Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS).

Objetivo Secundário:

Correlacionar força de preensão palmar com às atitudes em função da dor; Correlacionar circunferência de panturrilha com às atitudes em função da dor; Correlacionar qualidade de vida com às atitudes em função da dor; Correlacionar a independência funcional com às atitudes em função da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É desconhecido na literatura e não é de conhecimento dos pesquisadores a possibilidade de o questionário proposto nesta pesquisa promover algum dano à saúde do paciente. Caso seja detectado algum risco em qualquer etapa da coleta de dados, a coleta de dados será imediatamente interrompida. Poderá ocorrer um desconforto, já que será necessário investigar a dor do participante. Mesmo assim, o participante será orientado

que o mesmo poderá solicitar a interrupção dos testes a qualquer momento caso não se sinta à vontade de dar seguimento.

Benefícios:

Com a validação de um novo questionário para ser utilizado no Brasil, espera-se aprofundar o conhecimento técnico-científico em relação aos pacientes com dor oncológica. Além disso, é de suma importância analisar os impactos da dor oncológica na qualidade de vida dos pacientes, servindo como base para projetar melhores estratégias na detecção e melhores intervenções na dor do paciente oncológico, sempre visando melhorias na qualidade de vida desse paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1906 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 5.232.253

466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências no adendo proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1842499_É1.pdf	26/11/2021 10:55:32		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	documentacao_aldenora.pdf	26/11/2021 10:54:25	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP_adendo.docx	26/11/2021 10:54:07	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP_adendo.pdf	26/11/2021 10:53:56	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio_adendo.pdf	26/11/2021 10:53:27	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio_adendo.docx	26/11/2021 10:53:17	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Autorizacao.pdf	03/03/2021 10:31:57	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	18/02/2021 09:00:08	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio.pdf	16/02/2021 13:23:44	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_30_09_18_Vinicio.docx	16/02/2021 13:23:36	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 5.232.253

Orçamento	ORcAMENTO.docx	16/02/2021 13:23:28	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP.pdf	16/02/2021 13:22:14	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LEONARDO_CEP.docx	16/02/2021 13:22:02	Almir Vieira Dibai Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 09 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: oepufma@ufma.br

APÊNDICE A – VERSÃO BRASILEIRA DO CHRONIC PAIN ACCEPTANCE QUESTIONNAIRE – 8 (CPAQ-8)

Brazilian Version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 (CPAQ-8)

Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação se aplica a você. Use a escala de classificação abaixo para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “Sempre verdadeira”, escreva o número 6 no espaço em branco ao lado dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira

- _____ 1 (1). Eu estou levando a vida sem me importar com o meu nível de dor.
- _____ 2 (13). Manter meu nível de dor sob controle tem prioridade sempre que estou fazendo algo.
- _____ 3 (6). Embora as coisas tenham mudado, estou vivendo uma vida normal apesar da minha dor crônica.
- _____ 4 (14). Antes de poder fazer planos importantes, preciso ter algum controle sobre minha dor.
- _____ 5 (9). Eu levo uma vida plena, embora tenha dores crônicas.
- _____ 6 (15). Quando minha dor aumenta, ainda posso cuidar de minhas responsabilidades.
- _____ 7 (17). Eu evito me colocar em situações que podem aumentar minha dor.
- _____ 8 (18). Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros.

Nota:

(x): Número do item na versão de 20 itens

Escala de Engajamento em Atividades (Domínio 1) = Itens 1, 3, 5 e 6.

Escala de Disposição à Dor (Domínio 2) = Itens 2, 4, 7 e 8 (pontuação invertida).

Total = Engajamento em Atividades + Disposição à Dor.

O instrumento possui pontuação total variando de 0 a 48, sendo que pontuações mais altas indicam maior aceitação da dor.

Cada domínio apresenta pontuação mínima de 0 e máxima de 24.