

Tradução e adaptação transcultural do King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire para o Português Brasileiro

Translation and Transcultural adaptation of the King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire"-KPPQ into Brazilian Portuguese language

Traducción Transcultural y Adaptación del Cuestionario de Dolor de la enfermedad de King's Parkinson al Portugués Brasileño

Ana Carolina Sartori
Fânia Cristina dos Santos
Juliana de Lima Lopes
Carolina Candeias da Silva
Ana Lúcia de Moraes Horta
Meiry Fernanda Pinto Okuno

RESUMO: Objetivou-se traduzir e adaptar culturalmente para o Português do Brasil do King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire em cinco fases: (1) tradução do instrumento original para a língua portuguesa; (2) buscou-se a equivalência em relação ao instrumento original, no conteúdo, cultural, semântica e conceitual; (3) foi realizada a retrotradução, do português para o inglês; (4) as versões, a original e a retrotraduzida, foram comparadas por um Comitê de Especialistas; (5) Pré-teste com 30 pacientes. Faz-se necessária a realização de estudos para testar a validade da escala no Brasil.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Tradução; Dor; Enfermagem; Serviços de Saúde.

ABSTRACT: *The objective of this study was to translate and culturally adapt the King's Parkinson's Disease Pain Questionnaire into the Brazilian-Portuguese language carried out in five phases: (1) The original instrument was translated into Brazilian Portuguese; (2) to assess cultural, semantic and conceptual equivalence in relation to the original instrument; (3) it was back-translated from Brazilian Portuguese into English; (4) The original instrument and its versions were evaluated by a committee of specialists with a pre-test with 30 patients; (5) in order to test the validity of the scale in Brazil.*

Keywords: *Parkinson's Disease; Translation; Pain; Nursing; Health Services.*

RESUMEN: *El objetivo fue traducir y adaptar culturalmente el Cuestionario de Dolor de la Enfermedad de Parkinson de King al portugués brasileño en cinco fases: (1) traducción del instrumento original al portugués; (2) se buscó la equivalencia en relación al instrumento original, en contenido, cultural, semántico y conceptual; (3) se realizó una retrotraducción, del portugués al inglés; (4) las versiones, originales y retrotraducidas, fueron comparadas por un Comité de Expertos; (5) Prueba previa con 30 pacientes. Se necesitan estudios para probar la validez y confiabilidad de la escala en Brasil.*

Palabras clave : *Enfermedad de Parkinson; Traducción; Dolor; Enfermería; Servicios de salud.*

Introdução

A doença de Parkinson (DP) está em segundo lugar, depois da doença de Alzheimer, dentre as doenças neurodegenerativas comuns. Uma taxa de incidência geral de 17 por 100.000 pessoas por ano foi relatada. O início da DP geralmente ocorre aos 65 anos ou mais, e aparece um pouco mais frequentemente em homens do que em mulheres (Tysnes, & Storstein, 2017). Prevê-se que o envelhecimento da sociedade em todo o mundo aumente a população afetada pela DP e resulte em desafios para a prestação de cuidados de saúde e socioeconômicos (Dorsey, *et al.*, 2018). A DP tipicamente é conhecida por estar associada à perda progressiva de neurônios dopaminérgicos na substância negra *pars compacta*.

Os neurônios nessa região, e em outras regiões do cérebro, também desenvolvem depósitos intracelulares anormais conhecidos como Corpos de Lewy, que contêm α -sinucleína agregada. A relação entre degeneração de neurônios dopaminérgicos e agregação de α -sinucleína é desconhecida; entretanto, parece haver um mecanismo subjacente à morte celular dopaminérgica e agregação de α -sinucleína (Mor, & Ischiropoulos, 2018).

A DP foi por muito tempo considerada principalmente uma doença motora, tendo como sintomas cardinais: rigidez, bradicinesia, e tremor de repouso. Nas últimas décadas, no entanto, tem havido um interesse crescente nos sintomas não motores da DP, que podem ser tão ou mais incapacitantes do que os próprios sintomas motores. (Postuma, Berg, & Stern, 2015). A dor é um desses sintomas não motores que está presente em cerca de dois terços dos pacientes com DP e impõe um peso adicional à qualidade de vida dos pacientes. A taxa de prevalência de dor na DP varia de 40% a 85%; e tem sido associada a vários fatores clínicos, como progressão da doença, flutuação dopaminérgica, humor deprimido e discinesias (Engels, *et al.*, 2018).

A dor na DP pode ser consequência de flutuações motoras, contração muscular distônica, dor visceral profunda e dor musculoesquelética. Pode ser influenciada por fatores como idade, sexo, depressão e gravidade ou duração da doença. À medida que a doença progride, os pacientes podem ter um limiar de dor reduzido em comparação com indivíduos saudáveis e, portanto, podem sentir dor com mais facilidade, principalmente dores musculoesqueléticas (Lin, *et al.*, 2017). O manejo geral da dor em pacientes com DP inclui terapia dopaminérgica, uso de agentes analgésicos, fisioterapia e cirurgia. A dor pode ser tratada com levodopa, mas infelizmente esse método de tratamento nem sempre leva à melhora e esses tratamentos acarretam encargos financeiros adicionais no tratamento médico. Outros métodos como terapias alternativas como, por exemplo, acupuntura também são empregados para o controle da dor desses pacientes (Yu, *et al.*, 2019).

Sabe-se que, apesar dos avanços na área da saúde, a dor ainda é um problema insuficientemente investigado e, às vezes, subestimado pelos profissionais de saúde (Kutlutürkan, & Urvaylıoğlu, 2019). Em um esforço para reduzir o peso da subavaliação e do tratamento inadequado da dor, o American Pain Society (APS) em 1996 lançou uma campanha “a dor como o quinto sinal vital” (Levy, Sturgess, & Mills, 2018).

Isso levou muitos países a adotarem requisitos semelhantes de rastreio da dor, embora se possa observar que a avaliação e o controle da dor ainda são negligenciados por muitos profissionais em seus atendimentos (Kutlutürkan, & Urvaylıoğlu, 2019). O manejo adequado da dor frequentemente esbarra em obstáculos. Nesse contexto, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades na avaliação de rotina e na documentação da dor em pacientes com DP no Brasil, uma vez que não há um instrumento validado para essa finalidade (de Araujo, & Romero, 2015). Os pacientes geralmente discutem sua dor principalmente com as enfermeiras, e a equipe de enfermagem passa mais tempo com os pacientes do que qualquer outro profissional de saúde. Isso significa que os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na avaliação da dor nos pacientes com DP (Kutlutürkan, & Urvaylıoğlu, 2019).

A escala King's Pain Disease Pain Scale (KPPS) é a primeira que busca identificar e graduar a dor em pacientes com DP. Esta escala foi criada por pesquisadores no Reino Unido, Alemanha, França, Romênia, Suécia, Itália e Espanha, sendo financiado por vários institutos e fundações ligados aos departamentos de saúde e Parkinson. O instrumento foi aplicado no Reino Unido, Alemanha, Itália e Romênia em inglês. A escala se deu por meio de um estudo internacional, multicêntrico, aberto, transversal, em um determinado período no tempo, e com reteste para validação. Ela consiste em sete domínios que incluem quatorze itens, cada item pontuado de acordo com a severidade (0-3), multiplicado pela frequência (0-4), com um resultado parcial de 0 a 12, com um total possível de 0-168. A pontuação em cada domínio deve ser usada para determinar o tipo de dor que o paciente está apresentando, enquanto a pontuação total fornece uma visão do impacto da dor na vida do indivíduo (Chaudhuri, *et al.*, 2015). São, estes escores, a frequência das dores e a intensidade. Os domínios e as faixas de pontuação, os seguintes: (1) dor musculoesquelética (faixa, 0-12); (2) dor crônica (variação, 0-24); (3) dor relacionada à flutuação (variação, 0-36); (4) dor noturna (variação, 0-24); (5) dor orofacial (variação, 0-36); (6) descoloração, edema/inchaço (intervalo de 0-24); e (7) dor radicular (variação, 0-12). Ao final da escala, ela resulta em localização, intensidade e frequência da dor; assim como a relação entre dor musculoesquelética e a instabilidade motora. Apesar da complexidade da estrutura da escala, este estudo controlado evidenciou que a KPPS é uma escala validada e confiável, de rápida aplicação, 15 minutos. Contudo, são necessários estudos de validação em outros idiomas.

Essa escala atingiu seus objetivos, ou seja, conseguiu, de fato, caracterizar a dor em paciente com DP (Chaudhuri, *et al.*, 2015).

Portanto, a medição da dor nos pacientes com DP que, muitas vezes, pode ser incapacitante, faz-se necessária, embora no Brasil como já foi dito, não haja escala validada até o momento para avaliação da dor em pacientes com DP. Assim ter um instrumento validado permitirá caracterizar a dor, o grau e a localização, sendo possível identificar demandas para a assistência de enfermagem e da equipe multidisciplinar que, uma vez trabalhadas, podem minimizar a dor e, conseqüentemente, a perda da capacidade funcional, e prevenir complicações nos idosos com DP. O objetivo do presente estudo foi traduzir e adaptar culturalmente para o Português do Brasil do King's Pain Disease Pain Questionnaire.

Método

Estudo metodológico, no qual foram realizadas a tradução e a adaptação cultural da escala King's Pain Disease Pain Scale para a língua Portuguesa brasileira (Chaudhuri, *et al.*, 2015). Os autores obtiveram aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer n.º 0101/2020 e declaração de consentimento do autor para o procedimento de tradução.

Na tradução e adaptação cultural da King's Pain Disease Pain Scale para o Português-Brasil, seguiram-se as etapas recomendadas internacionalmente (Beaton, *et al.*, 2007).

A primeira fase foi à tradução do instrumento original para a língua portuguesa, realizada por dois tradutores com fluência na língua inglesa, um deles nativo no idioma. Os dois tradutores receberam auxílio da pesquisadora que está em Residência em Envelhecimento pelo Programa Multidisciplinar de Envelhecimento da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), na medida em que ambos não dispunham de formação na área da saúde. Na segunda fase, buscou-se a equivalência em relação ao instrumento original, tanto de conteúdo, quanto cultural, semântica, e conceitual, pelos pesquisadores do presente estudo (Teixeira, *et al.*, 2011). Na terceira fase, foi realizada a retrotradução, do Português para o Inglês, por dois tradutores bilíngües, com experiência nas duas culturas, ambos nativos de língua Inglesa e dominavam o Português também.

Na quarta fase, as duas versões, a traduzida e a retrotraduzida, foram comparadas por um Comitê de Especialistas com formação na área do envelhecimento e experiência nas duas culturas, os quais foram orientados a verificar a equivalência semântica, idiomática, cultural, conceitual, além da objetividade dos itens. O comitê era composto por cinco membros de diversas áreas: médico geriatra, neurologista, fisioterapeuta com especialidade em Envelhecimento, psicóloga com especialidade em Envelhecimento e uma enfermeira especialista em Envelhecimento. Na quinta fase, o Comitê produziu uma versão pré-teste do instrumento, na língua Portuguesa do Brasil.

Análise dos resultados e estatística

Na análise estatística, foram utilizados os *softwares*: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010.

Na avaliação das propriedades psicométricas, o estudo da confiabilidade foi efetuado através do α de Cronbach. Este mede a correlação entre respostas em um questionário, por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição

A fórmula para o cálculo é dada por:

$$r = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_{sum}^2} \right), \text{ onde: } \sigma_i^2 \text{ é a variabilidade dos itens e } \sigma_{sum}^2 \text{ é a}$$

variabilidade total.

Esta estatística tem o máximo em 1 e quanto maior o seu valor, maior é a consistência interna dos dados.

Foi definido para este trabalho um nível de significância (quanto se admitiu errar nas conclusões estatísticas, ou seja, o erro estatístico que se está cometendo nas análises) é de 0,05 (5%). É de se lembrar também que todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho, foram construídos com 95% de confiança estatística.

Foi calculado o Alfa de Cronbach do protocolo da escala de dor para doença de Parkinson do King's College. Esse protocolo é composto de 14 questões e assim nós vamos calcular o Alfa de Cronbach do protocolo total e depois excluindo questão por questão. (da Fonseca & Martins, 1996).

Resultados

No processo de tradução e adaptação cultural, para a língua Portuguesa, do King's Pain Disease Pain Scale, identificou-se a necessidade de modificação nos domínios dor intermitente, noturna e orofacial. As alterações solicitadas foram em relação à equivalência semântica e cultural. As mudanças sugeridas pelo Comitê de Especialistas foram substituir o termo “flutuação” por “intermitente”, no domínio dor intermitente. Os tradutores interpretaram esse domínio como dor relacionada à oscilação/flutuação/intermitente. Na versão original do instrumento, os autores nomeiam o domínio 3 como *Fluctuation-related Pain*. Após a avaliação do Comitê de Especialista, esse domínio foi nomeado como: “Dor intermitente”. No domínio dor noturna sugeriam trocar “de” por “em se”, no item 8 desse domínio. A frase desse item passou a ser “O paciente sente dor relacionada à dificuldade em se virar na cama durante a noite?”. No item 5 do domínio orofacial, a sugestão foi substituir “Síndrome da Boca Ardente” por “Síndrome da Ardência Bucal”. A pergunta nesse item passou a ser “O paciente sofre de Síndrome da Ardência Bucal?”. Essas mudanças foram sugeridas para aumentar a objetividade do instrumento.

Na escala original, os autores utilizaram a palavra “severity” que está relacionada com a pontuação da escala, os tradutores traduziram como intensidade ou gravidade, o Comitê de Especialistas recomendou utilizar “gravidade”, pois julgou ser uma melhor tradução do termo, ou seja, mais fidedigno. Outra recomendação em relação à palavra *distress* que foi traduzida como “dor” pelos tradutores, gerou, porém, discussões na banca de especialista, uma vez que não significa especificamente dor, segundo o dicionário Cambridge. O significado pelo dicionário é “perigo, sofrimento, aflição, afligir e angustiar”.

O Comitê de Especialistas sugeriu traduzir a palavra *distress* por “dificuldade”, visto que este termo é mais utilizado na área da saúde para especificar a gravidade. Ocorreram alterações quanto ao campo e à frequência do Instrumento. Os tradutores classificaram a pontuação 4 da frequência - *very frequent (daily or all the time)* – “como sempre” (diariamente ou o tempo todo como). Contudo, o Comitê solicitou substituir “sempre” por “muito frequentemente”. Assim, na frequência, a pontuação 4 ficou “muito frequentemente (diariamente ou o tempo todo)”.

O Quadro 1 mostra a versão original e a traduzida para o Português brasileiro do King’s Pain Disease Pain Questionnaire, KPPQ. O título adotado para a versão brasileira do King’s Pain Disease Pain Questionnaire, KPPQ. foi “Escala de dor para doença de Parkinson do King’s College”.

Quadro 1 – Versão Original x Versão Brasileira

King’s Pain DP Questionnaire – KPPQ - Versão Original		King’s Pain DP Questionnaire – KPPQ - Versão traduzida e adaptada para o Português brasileiro	
This scale is designed to define and accurately describe the different types and the pattern of pain that your patient may have experienced during the last month due to his\her Parkinson’s disease or related medication.		Esta escala foi planejada para definir e descrever de forma precisa os diferentes tipos e padrões de dor de que seu paciente possa ter sentido durante o último mês devido à Doença de Parkinson ou medicação relacionada.	
Each symptom should be scored with respect to:		Cada sintoma deve ser pontuado de acordo com:	
Severity:		Gravidade:	
0	None	0	Nenhum
1	Mild (symptoms present but causes little distress or disturbance to patient)	1	Leve (sintomas existentes, mas que causam pouca dificuldade ou incômodo ao paciente)
2	Moderate (some distress or disturbance to patient)	2	Moderada (sintomas que causam dificuldade ou incômodo ao paciente)
3	Severe (major source of distress or disturbance to patient)	3	Intensa (principal fonte de dificuldade ou incômodo ao paciente)
Frequency:		Frequência:	
0	Never	0	Nunca
1	Rarely (<1/wk)	1	Raramente (menos de uma vez por semana)
2	Often (1/wk)	2	Às vezes (uma vez por semana)
3	Frequent (several times per week),	3	Frequentemente (várias vezes por semana)
4	Very Frequent (daily or all the time).	4	Muito frequentemente (diariamente ou o tempo todo)

SEVERITY FREQUENCY SEVERITY X FREQUENCY	GRAVIDADE FREQUÊNCIA GRAVIDADE X FREQUÊNCIA
Domain 1: Musculoskeletal Pain	Domínio 1: Dor Musculoesquelética
1. Does the patient experience pain around his/her joints? (including arthritic pain)	1. O paciente sente dor nas articulações? (incluindo dor artrítica)
Domain 2: Chronic Pain	Domínio 2: Dor Crônica
2. Does the patient experience pain deep within the body? (A generalised constant, dull, aching pain — <i>central pain</i>)	2. O paciente sente dores no corpo? (um dolorido difuso, que incomoda e dor constante generalizada - dor central)
3. Does the patient experience pain related to an internal organ? (For example, pain around the liver, stomach or bowels — visceral pain)	3. O paciente sente dor relacionada a algum órgão interno? (Por exemplo, dor na região do fígado, estômago ou intestino - dor visceral)
Domain 3: Fluctuation-related Pain	Domínio 3: Dor Intermitente
4. Does the patient experience dyskinetic pain? (pain related to abnormal involuntary movements)	4. O paciente sente dor discinética? (dor relacionada a movimentos involuntários anormais)
5. Does the patient experience "off" period dystonia in a specific region? (in the area of dystonia)	5. O paciente sente distonia de período "off" em uma região específica? (no local da distonia)
6. Does the patient experience generalised "off" period pain? (pain in whole body or areas distant to dystonia)	6. O paciente sente dor generalizada do período "off"? (dor no corpo inteiro ou áreas afastadas da distonia)
Domain 4: Nocturnal Pain	Domínio 4: Dor Noturna
7. Does the patient experience pain related to jerking leg movements during the night (PLM) or an unpleasant burning sensation in the legs which improves with movement (RLS)?	7. O paciente sente dor relacionada a movimentos involuntários das pernas durante a noite (DMP) - (Distúrbio dos movimentos periódicos dos membros) ou uma sensação de queimação desagradável nas pernas que melhoram com movimentos (SPI)
8. Does the patient experience pain related to difficulty turning in bed at night?	8. O paciente sente dor relacionada à dificuldade em se virar na cama durante a noite?
Domain 5: Oro-facial Pain	Domínio 5: Dor Orofacial
9. Does the patient experience pain when chewing?	9. O paciente sente dor ao mastigar?
10. Does the patient have pain due to grinding his/her teeth during the night?	10. O paciente tem dor devido a ranger os dentes durante a noite?
11. Does the patient have burning mouth syndrome?	11. O paciente sofre de Síndrome da Ardência Bucal?
Domain 6: Discolouration; Oedema/ swelling	Domínio 6: Descoloração; Edema/ inchaço
12. Does the patient experience a burning pain in his/her limbs? (often associated with swelling or dopaminergic treatment)	12. O paciente sente uma queimação nos membros? (geralmente associada ao inchaço ou tratamento dopaminérgico)
13. Does the patient experience generalised lower abdominal pain?	13. O paciente sente dor abdominal inferior generalizada?

Domain 7: Radicular Pain	Domínio 7: Dor Radicular
14. Does the patient experience a shooting pain/ pins and needles down the limbs?	14. O paciente sente dor que irradia/ picadas e agulhadas nos membros?

Tabela 1- Mostra o Alfa de Cronbach para o Instrumento King's Pain Disease Pain Questionnaire – KPPQ

	Alfa de Cronbach
Geral	0,599
P1	0,592
P2	0,587
P3	0,625
P4	0,534
P5	0,528
P6	0,566
P7	0,564
P8	0,523
P9	0,584
P10	0,665
P11	0,598
P12	0,570
P13	0,588
P14	0,569

Considerando-se o protocolo completo, o Alfa ficou em 0,599, um valor que é visto, neste estudo, como bom. Ao se retirar, questão por questão, tem-se que a situação com melhor Alfa ocorreu ao se retirar a P10, pois se ficou com um Alfa de 0,655. Já a pior situação ocorreu ao se retirar a P8, pois o Alfa caiu para 0,523. (Matthiensen, 2011).

Discussão

O processo de tradução e adaptação cultural do “King's Pain Disease Pain Questionnaire”, KPPQ, foi realizado de forma sistematizada e considerado satisfatório em todas as etapas. A reunião do Comitê de Especialistas possibilitou intensa discussão sobre o Instrumento, incluindo seus objetivos, formas de preenchimento e obtenção de uma linguagem clara e acessível.

O Comitê identificou a necessidade de modificação nos domínios dor intermitente, noturna e orofacial. As alterações solicitadas pelo Comitê foram em relação à equivalência semântica e cultural. Esses domínios foram adaptados quanto à equivalência semântica, cultural e conceitual, possibilitando um Instrumento mais claro e adequado para ser utilizado no pré-teste. A troca de informações com o autor do Instrumento original permitiu que modificações fossem realizadas sem perder o sentido original do mesmo.

A dor na doença de Parkinson (DP) é um sintoma debilitante, com prevalência de 68%, mas não tratada 50% das vezes (Qureshi, *et al.*, 2018).

O alívio da dor é um direito do paciente (Ucuzal, & Dogan, 2015). A avaliação da dor em pacientes com DP, por meio da utilização de escalas e indicadores de monitoração apropriados, possibilita mensurar a intensidade, e verificar a eficácia das intervenções. Sendo assim, faz-se necessário ter uma escala traduzida, e adaptada transculturalmente para o Brasil, que avalie a dor em pacientes com DP.

O Instrumento permite caracterizar a dor, o grau e a localização, sendo possível identificar demandas para a assistência de enfermagem e da equipe multidisciplinar que, uma vez trabalhadas, podem trazer alívio da dor e conforto aos pacientes com DP.

O processo de tradução e adaptação cultural do King's Pain Disease Pain Questionnaire”, KPPQ, foi alcançada de forma sistematizada e considerada aceitável em todas as fases. A reunião do Comitê de Especialistas permitiu debate sobre esse Instrumento. O Comitê percebeu a necessidade de alteração nas equivalências semânticas e culturais. Os domínios foram adaptados quanto às equivalências, liberando um Instrumento mais claro e adequado para ser utilizado no pré-teste.

Conclusão

O processo de tradução e adaptação cultural do King's Pain Disease Pain Questionnaire", KPPQ, para a língua Portuguesa brasileira seguiu as etapas recomendadas internacionalmente e foi realizado com sucesso.

O Comitê de Especialistas recomendou a alteração nos Domínios de dor intermitente, noturna e orofacial. O termo intensidade foi substituído por "severidade" e, na classificação da frequência da dor, a palavra *distress* foi retirada na versão em português. As alterações solicitadas foram em relação à equivalência semântica e cultural. O título adotado para a versão brasileira do "King's Pain Disease Pain Questionnaire" – KPPQ foi "Escala de dor para doença de Parkinson do King's College".

Torna-se essencial a aplicação do Instrumento para testar a validade do "King's Pain Disease Pain Questionnaire" – KPPQ na identificação e graduação da dor em pacientes com DP.

Recomenda-se futuramente a validação do Instrumento em outros segmentos populacionais.

Referências

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. *Institute for Work & Health*. Recuperado de: <http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>.
- Chaudhuri, K. R., Rascol, O., Pal, S., Martino, D., Carrol, C., Paviour, D., . . . Rizos, A. (2015). King's Parkinson's disease pain scale, the first scale for pain in PD: An international validation. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 30(12), 1623-1631. Recuperado de: DOI: 10.1002/mds.26270.
- da Fonseca, J. S., & Martins, G. d. (1996). *Curso de Estatística*. (6ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- de Araujo, L. C., & Romero, B. (2015). Pain: Evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Rev Dor São Paulo*, 16(4), 291-264. Recuperado de: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>.
- Dorsey, E. R., Sherer, T., Okun, M. S., & Bloen, B. R. (2018). The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *J. Parkinsons Dis.*, 8(s1), S3-S8. Recuperado de: DOI: 10.3233/JPD-181474.

- Engels, G., McCoy, B., Vlaar, A., Theeuwes, J., Weinstein, H., Scherder, E., & Douw, L. (2018). Clinical pain and functional network topology in Parkinson's disease: a resting-state fMRI study. *J Neural Transm*, 125(10), 1449-1459. Recuperado de: DOI: <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1916-y>.
- Kutlutürkan, S., & Urvaylıoğlu, A. E. (2019). Evaluation of Pain as A Fifth Vital Sign: Nurses' Opinions and Beliefs. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 7(1), 88-94. Recuperado de: DOI: 10.4103/apjon.apjon_39_19.
- Levy, N., Sturgess, J., & Mills, P. (2018). "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: Why? *Br J Anaesth*, 120(3), 435-438. Recuperado de: DOI: 10.1016/j.bja.2017.11.098.
- Lin, C. H., Chaudhuri, K. R., Fan, J. Y., Ko, C. I., Rizo, A., & Chang, C. W. (2017). Depression and Catechol-O-methyltransferase (COMT) genetic variants are associated with pain in Parkinson's disease. *Sci Rep*, 7(1), 6306. Recuperado de: DOI: 10.1038/s41598-017-06782-z.
- Matthiensen, A. (2011). *Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários*. Infoteca-e - Repositório de Informação Tecnológica da Embrapa. Recuperado de: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/936813/1/DOC482011ID112.pdf>.
- Mor, D. E., & Ischiropoulos, H. (2018). The Convergence of Dopamine and alpha-Synuclein: Implications for Parkinson's Disease. *J Exp Neurosci*, 12. Recuperado de: DOI: 10.1177 / 1179069518761360.
- Postuma, R. B., Berg, D., & Stern, M. (2015). MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*, 30 (12), 1591-1601. Recuperado de: DOI: 10.1002/mds.26424.
- Qureshi, A. R., Rana, A. Q., Malik, S. H., Rizvi, S. H., Akhter, S., Vannabouathong, C., . . . Rana, R. (2018). Comprehensive Examination of Therapies for Pain in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, 51(3-4), 190-206. Recuperado de: DOI: 10.1159 / 000492221.
- Teixeira, P. C., Hearst, N., Matsudo, S. M., Cordás, T. A., & Conti, M. (2011). Adaptação Transcultural: Tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do Commitment Exercise Scale. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 38(1), 24-28. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100006>.
- Tysnes, O. B., & Storstein, A. (2017). *Epidemiology of Parkinson's disease*. Viena: J. Neural Transm.
- Uczal, M., & Dogan, R. (2015). Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision-making skills about pain. *Int Emerg Nurs*, 23(2), 75-80. Recuperado de: DOI: 10.1016 / j.ienj.2014.11.006.
- Yu, S. W., Lin, S. H., Tsai, C. C., Chaudhuri, K. R., Huang, Y. C., Che, Y. S., . . . Wang, J. J. (2019). Acupuncture Effect and Mechanism for Treating Pain in Patients With Parkinson's Disease. *Front Neurol*, 10, 1114. Recuperado de: DOI: 10.3389 / fneur.2019.01114.

Recebido em 10/12/2020

Aceito em 30/03/2021

Ana Carolina Sartori – Enfermeira. Graduada, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeira Especialista em Envelhecimento, Universidade Federal de São Paulo; e Mestranda em Ciências, UNIFESP.

E-mail: anac_sartori@hotmail.com

Fânia Cristina dos Santos – Médica. Professora Doutora da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo. Chefe do Serviço de Dor e Doenças Osteoarticulares.

E-mail: faniacs@uol.com.br

Juliana de Lima Lopes - Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: juliana.lima@unifesp.br

Carolina Candeias da Silva - Médica, Mestre em Neurologia e Neurociência, Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: ccsilva@huhsp.org.br

Ana Lucia de Moraes Horta – Enfermeira. Doutora, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Associada da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: analuciahorta18@gmail.com

Meiry Fernanda Pinto Okuno – Enfermeira. Pós-Doutora, Escola Paulista de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: mf.pinto@unifesp.br