

Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa

Pain assessment and measurement in clinical and research settings

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa¹, José Aparecido da Silva²

RESUMO

Os principais problemas referentes à avaliação e mensuração da dor, tanto no contexto clínico quanto no de pesquisa, são criados devido a: (1) sua natureza subjetiva, (2) um número limitado de instrumentos fidedignos e válidos para mensurar a experiência e a percepção de dor, e (3) uma variedade de problemas clínicos, tais como o tipo de dor, suas causas e as características dos pacientes. Há atualmente um conjunto de instrumentos que são usados em ambientes clínicos e de pesquisa, que medem intensidade, correlatos comportamentais e fisiológicos associados com a dor e, também, múltiplas dimensões da experiência da dor clínica. Uma análise da literatura publicada na última década sugere que muitos desses instrumentos têm fidedignidade e validade limitada e, portanto, uso limitado em certas populações de pacientes. Ao escolher um instrumento, suas limitações devem ser consideradas, bem como a variedade de instrumentos disponíveis, particularmente em populações de pacientes especiais, como pessoas idosas e com dificuldades cognitivas. Vários instrumentos têm sido traduzidos e adaptados para outras línguas, permitindo a avaliação da dor daqueles cuja primeira língua não é o Inglês, e estes aspectos devem ser considerados. Assim, os fatores mais importantes que os diferentes profissionais da saúde devem considerar ao selecionar instrumentos de mensuração da dor são as várias definições da dor, os objetivos do problema da mensuração, e o tipo de dor sendo mensurada.

ABSTRACT

The major problems concerning the pain measurement and assessment in both research and clinical settings are created because of (1) its subjective nature, (2) a limited number of reliable and valid instruments that measure the experience and perception of pain, and (3) a multitude of clinical issues such as type of pain, cause, and patient sample characteristics. There are a number of tools currently used in research and clinical settings and they measure intensity, behavioral and/or physiological correlates associated with pain, and also multiple dimensions of the experience of clinical pain. An analysis of the available literature published in the last decade suggested that many of these tools have limited reliability and validity and therefore limited use within certain patient populations. When choosing a tool its limitations should be considered as well as the variety of tools available, particularly as considering special patient populations such as elderly and cognitively impaired peoples. Several tools have also been translated and standardized into other languages enabling assessment of those with a first language other than English and issues surrounding this must be considered. Then, the most important factors that the health workers (physicians, nurses, psychologists, etc...) must consider when selecting a measuring pain tools are the various definitions of pain, the goals of the measurement problem, and

1 - Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo - Campus da USP - Ribeirão Preto.

2 - Professor Titular do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da Universidade de São Paulo - Campus de Ribeirão Preto.

Endereço para correspondência:

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa - Av. Bandeirantes, 3.900 - Campus Universitário Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Tel.: (16) 602-3460 - e-mail: faleiros@eerp.usp.br

Fatores adicionais são as características específicas da amostra, a facilidade de aplicação e de computação dos escores, e a fidedignidade e a validade dos dados obtidos. Um processo seletivo cuidadoso certamente fornece informação relevante e útil, porque cada instrumento possui seu valor com uma população específica.

Unitermos: avaliação da dor, mensuração da dor, psicofísica da dor, descritores da dor, Questionário McGill de Dor, Escala Analógica Visual, Inventário Breve de Dor, idosos, dificuldades cognitivas.

the type of pain being measured. Additional factors are specific sample characteristics, ease of administration and scoring, and reliability and validity data. A careful and deliberative selection process should help provide useful and relevant information, because each tool holds value with a specific population.

Keywords: pain assessment, pain measurement, pain psychophysics, pain descriptors, McGill Pain Questionnaire, Visual Analogue Scale, Brief Pain Inventory, elderly, cognitively impaired.

O PROBLEMA

Dor é um importante domínio da experiência humana e, talvez, aquela que tenha continuamente e com mais sucesso iludido inúmeras tentativas de conceituação consistente, de quantificação ou mesmo de documentação sistemática por gerações de especialistas de diferentes áreas do conhecimento. Infelizmente, ela ainda possui o mesmo status apesar do renovado interesse no entendimento de sua natureza, agora agregada com a aplicação de uma quantidade enorme de diferentes métodos de experimentação e análises. Sua complexidade e natureza multidimensional, que se são evidentes mesmo nas análises mais elementares de vários fenômenos da dor, têm, contudo, virtualmente obstruído o desenvolvimento de uma definição adequada de dor, ou, o que é mais importante, dificultado a construção de uma teoria geral da dor, bem como a derivação de técnicas de tratamento demonstrativamente eficazes¹. Todavia, a despeito de toda essa complexidade e dificuldades para entender a natureza do fenômeno da dor, a análise da dor deve necessariamente ser concebida dentro do contexto fundamental de uma relação, ainda que incompleta, entre estímulo e sensação. O problema pode ser colocado de maneira mais simples se nos concentramos em apenas duas alternativas para o aparecimento do estímulo adequado (presente ou ausente) e também em duas alternativas para o registro da experiência da dor (presente ou ausente). Portanto, o problema da avaliação e da mensuração da dor é genui-

namente psicofísico, envolvendo a detecção, a discriminação e a magnitude dos estímulos dolorosos.

Assim, a mensuração da dor é provavelmente uma das áreas mais importantes em pesquisas e medicina da dor. Os pioneiros na pesquisa da dor interessados em sua mensuração adaptaram a metodologia psicofísica com o propósito de avaliar e mensurar a dor clínica e experimental. De fato, os métodos atuais utilizados para a mensuração e avaliação da dor têm raízes históricas na psicofísica, um campo da psicologia experimental que se preocupa com as relações entre as propriedades dos estímulos e as respostas comportamentais ou percepções sensoriais. A psicofísica tem como suposição central que o sistema perceptual é um instrumento de mensuração que gera resultados (experiências, julgamentos, respostas) que podem ser sistematicamente mensurados e analisados. Os estímulos podem ser métricos (têm unidades físicas definidas) e não-métricos (sem unidades físicas). Por isso a psicofísica, analisando os componentes sensoriais, hedônicos e cognitivos da dor, tem sido muito importante para o melhoramento da avaliação da dor, principalmente no sentido de fornecer métodos para a mensuração diferencial dessas variadas dimensões psicológicas da experiência e percepção da dor.

As aplicações da psicofísica têm sido relevantes tanto para o tratamento quanto para a manipulação da dor aguda e da dor crônica. A psicofísica da dor tem tido um papel destacado em clarificar os mecanismos da dor e também em fornecer uma base científica para os mo-

dernos métodos de avaliação e mensuração da dor. De fato, a mensuração da dor é essencial para avaliação e tratamento dos efeitos da dor. Os métodos psicofísicos podem ser adequadamente empregados para a mensuração tanto da dor clínica quanto da dor experimental. Eles também podem ser úteis para analisar os mecanismos da dor, a analgesia, bem como para investigar os vieses metodológicos inerentes aos registros verbais da dor. Há, todavia, inúmeros problemas metodológicos referentes aos diferentes métodos ou procedimentos utilizados para a avaliação adequada da dor. Apesar disso, a metodologia psicofísica pode gerar uma medida fidedigna e válida do quinto sinal vital - a dor - em suas dimensões: sensorial, avaliativa e afetiva^{2,3}.

A DEFINIÇÃO DA DOR

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos destes danos quanto por ambas as características. Independente da aceitação e da amplitude dessa definição, a dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal⁴. A percepção de dor é caracterizada como uma rica experiência multidimensional, variando na qualidade sensorial, na intensidade sensorial e em suas características afetivas e emocionais. Apesar disso, muitos teóricos tratam a dor como uma simples dimensão, variando apenas na magnitude sensorial^{5,6}.

DOR CLÍNICA VERSUS DOR EXPERIMENTAL

Comparação sistemática entre a dor produzida no laboratório (dor experimental) e a dor clínica tem atraído pesquisadores da área de dor, tanto por razões teóricas quanto práticas. A dor experimental e a dor clínica diferem pelo menos na fonte do desconforto e pelas reações afetivas e cognitivas do indivíduo. Todavia, embora essas observações sejam extremamente valiosas, elas fracassam, em nossa opinião, por não destacarem a mais importante diferença. Do ponto de vista psicofísico, isto se refere à natureza dos julgamentos que tipica-

mente aparecem nos dois contextos ou ambientes. No clínico, além do questionamento necessário para a documentação médica (lidando especificamente com os aspectos qualitativos da experiência da dor), o paciente típico raramente, se em algum momento isso ocorre, faz um julgamento explícito sobre a intensidade de sua sensação dolorosa. Em contraste, os estudos de laboratório da dor, quase que por definição, requerem que o sujeito concentre-se sobre seus sentimentos de dor e que julguem a intensidade. Explícitamente, e em alguma extensão exclusivo, o julgamento dos aspectos intensivos de uma dada experiência da dor unicamente distingue a dor clínica da dor induzida em laboratório. Em adição, no contexto de laboratório é possível requerer do sujeito que faça julgamentos de várias intensidades de dor apresentadas aleatoriamente em situações controladas de estimulação, enquanto no ambiente clínico o sujeito julga, se isso eventualmente ocorrer, uma dada dor que naquele momento está vivenciando. Mesmo naquelas observações clínicas em que aspectos intensivos da dor são de interesse, em muitos casos medidas são obtidas indiretamente (isto é, número de pacientes que solicitam medicação, quantidade de narcóticos ou outros analgésicos requeridos, número de queixas, de remoções, etc.), mais do que por meio de avaliações explícitas. Esta diferença, que pode ser óbvia e fácil de ser negligenciada (e de fato é) do ponto de vista tradicional, é substancial do ponto de vista de uma abordagem psicofísica da dor que considera tanto a avaliação (aspectos qualitativos variados) quanto a mensuração (aspectos quantitativos) da dor, tanto em ambientes clínicos como em ambientes de pesquisa. Talvez, atualmente, por causa disso, em alguns países a dor tenha sido determinada como o quinto sinal vital, a qual deve sempre ser mensurada.

O QUINTO SINAL VITAL

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor⁷ descrevem a dor como o quinto sinal vital, que deve sempre ser

registrado, ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. Também a Sociedade Americana para a Medicina de Emergência^{8,9}, em sua reunião anual realizada em 2001, reconheceu a importância de registrar e mensurar a percepção de dor, tanto aguda quanto crônica. Recentemente, a Sociedade Médica Portuguesa, em 1993, também reconheceu a dor como o quinto sinal vital, a qual deve ser invariavelmente mensurada no contexto clínico-hospitalar. Nenhum outro sintoma físico é mais penetrante do que a dor, que é caracteristicamente acompanhada por experiências psicológicas de intenso sofrimento humano e agudo estresse. A experiência da dor é crítica para a sobrevivência, sendo uma experiência única, que serve como um mecanismo protetor para a autopreservação.

Levantamento obtido nos Estados Unidos destaca que a dor explica mais de 80% de todas as visitas aos médicos, afetando 50 milhões de americanos e envolvendo aproximadamente U\$ 70 milhões de dólares anuais em custos com cuidados de saúde e em perda de produtividade. Em decorrência desta ênfase na mensuração da dor, as diferentes instituições de saúde têm atualmente recomendado que os clientes/pacientes sejam questionados se estão sentindo dor no momento da admissão para tratamento e, também, durante a evolução clínica.

POR QUE MENSURAR A DOR?

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que usualmente mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sangüínea e o pulso. Em outras palavras, não existe um instrumento padrão (único e invariável) que permita a um observador externo de forma objetiva mensurar essa experiência interna, complexa e genuinamente pessoal¹⁰. A despeito destas dificuldades intrínsecas, por que é importante mensurar a dor? A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem ter uma medida so-

bre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o tratamento prescrito é eficaz ou mesmo quando deve ser interrompido um dado tratamento¹¹. Com uma mensuração da dor apropriada torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos de conduta terapêutica. Ao lado disso, pode-se fazer um melhor acompanhamento e análise dos mecanismos de ação de diferentes drogas farmacológicas. Como destacaram Melzack e Casey¹², considerar apenas as características sensoriais da dor, e ignorar suas propriedades, afetiva e motivacional, é olhar apenas parte do problema, e, talvez, nem mesmo a parte mais importante dele.

Uma medida eficaz da dor possibilita examinar sua natureza, suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente/paciente¹³. Algumas vezes, apenas medidas grosseiras, tais como "dor presente" ou "dor ausente", são necessárias para as intervenções clínicas; mas para completamente entender o fenômeno e para avaliar a eficácia destas intervenções, necessitamos de medidas mais sofisticadas, tanto da intensidade quanto das respostas afetivas associadas à dor^{14,15}.

A LINGUAGEM DA DOR

Como mencionamos, a dor é uma experiência descrita em termos de características sensoriais, motivacionais e cognitivas e muitas vezes com seqüelas emocionais. Por isso, a utilidade de muitas medidas da dor, por exemplo, as escalas psicofísicas e os questionários multidimensionais, resultam parcialmente do reconhecimento e da avaliação independente desses diferentes componentes ou dimensões da dor. Todavia, um grande número de estudos acerca da dor e da analgesia, no passado e também atualmente, considera a dor como uma dimensão unitária, variando apenas em magnitude. Mas, como os resultados de um experimento sobre a dor podem depen-

der da dimensão da dor que está sendo avaliada, o uso de uma simples medida da sensação dolorosa pode introduzir significativa variabilidade nos estudos sobre os mecanismos e sobre o tratamento eficiente da dor.

O que os pacientes entendem quando eles descrevem a magnitude de dor que estão sentindo? Eles referem-se à intensidade sensorial, à presença de qualidades sensoriais específicas, ou ao seu sofrimento, ansiedade, angústia? São os registros de dor usualmente associados com uma dessas dimensões, ou os seus significados variam entre indivíduos?

A avaliação da dor clínica é usualmente baseada nos registros verbais ou nos descritores comumente usados pelos pacientes para descrever a dor que estão naquele momento vivenciando. Um problema relaciona-se à extensão em que esses descritores verbais comumente utilizados compartilham os mesmos significados entre as principais dimensões da dor. Isto porque um dado descritor de dor pode ter mais do que um significado atrelado a ele. Isto levou, por exemplo, Melzack e Torgerson¹⁶ a desenvolverem o Questionário de Avaliação de Dor McGill (ver adiante uma descrição mais detalhada) como um instrumento para avaliar as qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, juntamente com um número de outros aspectos, tais como intensidade, padrão e localização. Este instrumento tem sido traduzido e padronizado para diferentes culturas, raças e sexos, haja vista a grande variabilidade no significado dos diferentes descritores de dor usados pelos pacientes para descrever tanto a dor clínica aguda quanto a crônica^{17,18}.

De fato, todos concordam que dor constitui-se numa experiência subjetiva, pessoal e multidimensional que envolve dimensões psicológicas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sensoriais. Por ser um fenômeno multifacetado, a dor é também afetada pela experiência passada e pela cultura. Assim, medir a intensidade da dor é de suma importância para os pesquisadores e para os clínicos, pois a sua mensuração é essencial para a avaliação dos métodos que a controlam. De fato, a avaliação/mensuração da dor é um pré-

requisito fundamental para o seu tratamento e manipulação eficazes¹⁹⁻²¹. Visto que a dor é uma experiência genuinamente subjetiva, apenas aqueles que a sentem podem determinar sua severidade e também a adequação de seu alívio. Em outras palavras, apenas a perspectiva do paciente é a correta e, portanto, suas auto-avaliações são as mais acuradas e confiáveis^{22,23}. Por conseqüência, é razoável questionar como tal fenômeno pode ser avaliado ou mensurado. Pelo fato de a dor ser uma experiência subjetiva é necessário avaliá-la ou mensurá-la somente? Para isso torna-se essencial definir ou esclarecer o que significam os termos avaliação e mensuração da dor. Então vejamos.

AVALIAÇÃO VERSUS MENSURAÇÃO

Os termos avaliação e mensuração da dor são frequentemente usados como sinônimos, mas muitos autores entendem que é importante distingui-los. Por exemplo, Jorgensen-Dick²⁴ enfatiza que mensuração é uma tentativa de quantificar a experiência individual em comparação com outros, enquanto avaliação é parte de um processo global e é muito mais amplo que uma simples mensuração. Certamente os mesmos instrumentos podem ser utilizados tanto para a avaliação quanto para a mensuração, mas os usos da informação resultante diferem. Twycross²² coloca que enquanto os instrumentos de mensuração são essenciais na pesquisa, eles são também úteis na prática clínica onde esteja envolvida uma grande equipe. Turk e Melzack²⁵ categoricamente afirmam que apenas uma simples medida da dor não é suficiente quando considera-se as múltiplas facetas da experiência da dor. Do mesmo modo, McGuire¹⁹ sugere que a mensuração envolve quantificar a dor, enquanto avaliação envolve uma compreensão global da experiência dor.

Nesse trabalho, o termo mensuração será utilizado para se referir à quantificação da intensidade da dor, e o termo avaliação será utilizado para considerar a dor como uma experiência global, incluindo sua intensidade. Portanto, neste trabalho pretendemos discutir os instru-

mentos unidimensionais freqüentemente utilizados para mensurar a intensidade da dor, bem como os instrumentos multidimensionais usados para descrever a experiência global da dor, incluindo a intensidade. A premissa central é que a mensuração da dor é imprescindível para a manipulação da dor e os registros do paciente constituem a única medida verdadeira, devido à subjetividade da dor. Nesse trabalho, a mensuração da dor constitui uma abordagem positivista para quantificar tal fenômeno multifacetado, e ao lado de uma descrição das pesquisas qualitativas da experiência da dor, o trabalho faz uma revisão da literatura geral acerca dos instrumentos mais comumente usados para avaliar e mensurar a dor em contextos clínicos e de pesquisa. A necessidade para a mensuração da dor é demonstrada por Kamel et al.²⁵, que encontraram que apenas perguntando se um paciente tem dor não é suficiente.

AS MEDIDAS DA DOR

Vários instrumentos (escalas, questionários, inventários, etc.) têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns instrumentos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade, mas outros consideram-na como uma experiência multidimensional, composta também por fatores afetivo-emocionais. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais e/ou clínicas para obter informações rápidas, não-evasivas e válidas sobre a dor e a analgesia²⁷. Enquadra-se nessa categoria a grande maioria dos instrumentos escalares psicofísicos utilizados para avaliar a magnitude sensorial ou mesmo a quantidade de dor refletida nos diferentes descritores de dor empregados pelos pacientes para descreverem a dor que eles estão sentido naquele momento. Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As principais dimen-

sões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa. Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e também os auto-registros por parte do paciente^{5,13,14,28,29}. Dentre as medidas fisiológicas, ditas objetivas, podemos registrar, entre outras, a resposta galvânica da pele, os batimentos cardíacos, os potenciais evocados, a dilatação da pupila, a pressão sangüínea, o suor palmar, a saturação de oxigênio, a pressão intracranial, o fluxo sangüíneo na pele, e imagens das diferentes áreas do cérebro a partir da técnica de ressonância magnética funcional (fMRI) ou pela técnica de emissão de pósitrons (PET). Estes indicadores de dor não serão considerados nesse trabalho, mas aqueles interessados poderão encontrá-los em detalhes em Gracely^{3,14}. Dentre as medidas psicofísicas, ditas subjetivas, há as escalas unidimensionais e as escalas multidimensionais que consideram o atributo sensorial, o hedônico e o avaliativo da dor. Os instrumentos, uni- e multidimensionais, mais freqüentemente utilizados na prática clínica e em pesquisa, serão apresentados e discutidos nas seções seguintes.

Importante considerar também no processo de mensuração e avaliação da dor as variáveis que modulam a percepção, a sensação, a intensidade e a qualidade da dor. Variáveis ativas, mnemônicas, cognitivas e motivacionais podem diretamente afetar a dimensão sensorial, bem como o caráter hedônico da dor clínica percebida. De fato, provavelmente a variável psicológica mais estudada que modifica a experiência da dor é o estado atento. Um grande número de estudos registra que a dor é percebida de forma menos intensa quando os indivíduos são distraídos da dor. Em muitos estudos, a distração é manipulada fazendo-se com que o paciente atenda a uma outra modalidade sensorial, como a visual, a auditiva ou a um estímulo tátil, conduzindo a uma modulação sensorial intermodal similar àquela observada em outras modalidades^{30,31}. Interessante observar também que alguns autores têm usado técnicas hipnóticas³² e a técnica de realidade virtual imersiva para controlar e/ou modular a dor³³. Além dis-

so, variáveis culturais, raciais e de sexo também podem afetar a percepção e a experiência da dor e, por consequência, a mensuração e a avaliação da dor^{34,35}.

INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS

Os instrumentos multidimensionais medem não apenas a intensidade da dor, mas também outros aspectos da experiência da dor. Os instrumentos multidimensionais constituem uma parte necessária da avaliação da dor quando instrumentos unidimensionais não podem adequadamente afetar a complexidade da experiência da dor e quando fracassam em capturar as muitas qualidades da dor e da experiência da dor²⁵. Vamos apresentar e discutir a seguir dois instrumentos multidimensionais que têm sido freqüentemente empregados tanto na prática clínica quanto em pesquisas, e os quais tiveram suas características metrológicas, como fidedignidade, validade e estrutura fatorial, determinadas. Estes instrumentos são o Questionário McGill de Dor (MPQ) e o Inventário Breve de Dor (BPI).

QUESTIONÁRIO MCGILL DE DOR (MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE - MPQ)

O Questionário McGill de Dor foi primeiramente publicado por Melzack em 1983 com o propósito de fornecer uma avaliação global da dor. Subseqüentemente, tem sido adaptado e partes selecionadas usadas pelos pesquisadores³⁶. Ele se constitui num instrumento amplamente aceito como fidedigno, válido, sensível e preciso^{21,37}. Em contraste, todavia, Twycross²² crítica extensivamente o MPQ, afirmando que este deveria ser usado apenas como um instrumento de pesquisa com um claro entendimento de suas limitações. O MPQ tem sido usado em estudos com o objetivo de fornecer validade convergente para outros instrumentos multidimensionais que têm sido construídos para ser usados na prática clínica³⁸. Infelizmente, o MPQ tem também sido comparado aos instrumentos unidimensionais^{39,40} fato que, pelas características dos itens do MPQ, é inadequado.

Apenas o índice do MPQ denominado de Intensidade da Dor Presente (IDP) pode ser adequadamente comparado com um instrumento unidimensional⁴¹.

O MPQ tem sido criticado por ser muito longo e isto tem se constituído numa possível razão para sua ausência na prática clínica²¹. A forma reduzida do MPQ (Short Form, SF-MPQ) foi, portanto, desenvolvida e encontrada ser fidedigna e válida³⁷. Dudgeon⁴² observou que ambas as formas do MPQ correlacionam-se altamente – a forma reduzida sendo mais válida e apropriada numa amostra de pacientes com câncer quando eles têm dificuldade em se concentrar por longos períodos ou por acharem o período de avaliação extenuante. De fato, Shannon et al.⁴³ mostraram que alguns pacientes com câncer não podem completar o MPQ apresentado em sua forma mais longa. Ainda que vários instrumentos freqüentemente utilizados não possam ser completados no todo, talvez essa incapacidade para preencher a forma completa do MPQ esteja relacionada ao seu comprimento. Isto sugere dificuldades por parte dos pacientes com câncer para usarem instrumentos multidimensionais por causa de seu comprimento, uma situação difícil num grupo onde uma avaliação global é necessária para terapeuticamente endereçar o controle da dor. O não-preenchimento foi, todavia, encontrado ser associado com dificuldades cognitivas e comunicação limitada⁴⁴. A forma reduzida do MPQ é provavelmente a mais apropriada das duas para uso na prática clínica para reduzir a aflição do paciente. Isto é suportado pelos achados de Baillie²¹, que encontrou que enquanto o MPQ foi amplamente usado em estudos, ele raramente é usado na prática clínica. Rutledge e Donalson⁴⁵, considerando apenas a forma reduzida do MPQ, encontraram que ela tem sido usada somente em populações de pacientes apresentando certas limitações.

Em adição, vários outros autores têm sugerido que os descritores (os adjetivos usados para descrever ou caracterizar a dor) do PPQ não são classificáveis em nenhuma de suas subcategorias⁴⁶. Towery e Fernandez, portanto, tentaram testar isso, mas eles usaram uma amostra de

conveniência de estudantes de psicologia que não representou a população total. Esta amostra é muito similar àquela original usada por Melzack³⁶ para desenvolver o MPQ e, por conseqüência, repetem as mesmas críticas feitas por Twycross²² acerca do uso do MPQ. Ao lado disso, os resultados da pesquisa não representam aqueles de qualquer grupo de pacientes e carecem, portanto, de validade ou fidedignidade ecológicas ou úteis. Também, a dificuldade de entender os descritores do MPQ foi analisada por Swanston et al.⁴⁷ quando uma animação computacional foi desenvolvida para complementar os descritores. Embora este procedimento possa não ser prático em todos os contextos clínicos, ele pode ser útil no contexto em que vivem os pacientes para ajudar aqueles com vocabulário limitado. Rutledge e Donaldson⁴⁵, numa revisão acerca da avaliação da dor, encontraram que um MPQ adaptado com um conjunto de descritores reduzido foi um instrumento mais clinicamente útil, mas as limitações de seu estudo não são discutidas.

Em resumo, os estudos brevemente revisados demonstram a dificuldade de usar o MPQ para mensurar dor e suportam as recomendações de Twycross (1994) de que ele não pode ser usado exclusivamente em contextos clínicos. O MPQ tem também sido traduzido e adaptado para outras línguas com o propósito de ampliar o seu uso. Por exemplo, versões norueguesa e Italiana têm sido desenvolvidas^{41,48,49} e serão posteriormente discutidas.

INVENTÁRIO BREVE DE DOR (BRIEF PAIN INVENTORY – BPI)

O Inventário Breve de Dor foi desenvolvido em 1983 na Universidade de Wisconsin, EUA, com o propósito fundamental de pesquisa⁵⁰ e contendo uma Escala de Categorias Numéricas (NRS) que tem sido freqüentemente usada como uma simples medida da intensidade da dor. Este inventário não tem sido mencionado em quaisquer das revisões atuais da literatura e apenas um estudo faz referência às suas características psicométricas. De fato, Zalon⁴⁰ encontrou que a forma resumida do BPI é fidedigna e possui validade de construto, mas tem uma

fraca validade concorrente com a forma resumida do MPQ e com a Escala Analógica Visual (Visual Analogue Scale – VAS) quando usada numa amostra de pacientes cirúrgicos. Radbruch et al.⁵¹ usaram o BPI como uma avaliação inicial antes de comparar instrumentos unidimensionais em pacientes com dificuldades cognitivas. Esta estratégia de aplicação pode se constituir num uso mais apropriado para o BPI em sua forma longa quando o seu uso repetido poderia gerar um grande número de dados²²; embora Rutledge e Donaldson⁴⁵ tenham sugerido que a forma reduzida do BPI possa ser mais reduzida. Radbruch et al.⁵¹ encontraram que pacientes com dificuldades cognitivas têm alguma dificuldade em completar o BPI; especificamente o não-preenchimento do BPI foi encontrado estar relacionado com um baixo escore no Mini-Exame do Estado Mental. Investigações posteriores podem ser necessárias para confirmar este padrão de resultados de forma mais rigorosa e padronizada.

Ainda que tenha sido um instrumento recentemente desenvolvido, o BPI já tem sido traduzido para várias línguas, como francês, inglês, chinês, japonês, holandês, finlandês, filipino, vietnamês, italiano, alemão, tailandês, grego, norueguês e espanhol. Os problemas referentes à tradução e adaptação serão discutidos posteriormente, mas neste momento é importante notar estes aspectos. Além disso, o BPI não é tão amplamente usado em pesquisa como outros instrumentos, fato que certamente pode ser atribuído ao seu desenvolvimento recente. Mas o seu uso tem se tornado mais freqüente na última metade dessa década. Twycross²² recomenda o uso da forma reduzida do BPI na prática, especialmente em ambiente hospitalar. É possível que esse instrumento se torne mais progressivamente popular. Se ele se tornar mais popular e mais amplamente utilizado na prática, então isto será demonstrado nas pesquisas suportando a fidedignidade e a validade considerando grupos de pacientes que estiverem fazendo uso dele. Numa revisão acerca da avaliação da dor, Rutledge e Donaldson⁴⁵ recomendaram o uso do BPI com grupos adultos, mas nenhuma razão foi dada para tal recomendação.

CONCLUSÕES

Em resumo, os instrumentos multidimensionais fornecem informações considerando a experiência da dor como um todo e são importantes na avaliação inicial e no acompanhamento avaliativo durante o tratamento. Eles não são práticos; todavia, para empreender uma avaliação completa em cada momento em que a analgesia é requerida e nesse caso o uso de um instrumento unidimensional é mais apropriado. O MPQ é o mais bem estabelecido instrumento multidimensional e tem sido usado na prática baseado exclusivamente em sua reputação. Todavia, uma análise da literatura tem sugerido que na prática o MPQ não é o melhor instrumento multidimensional. De outro lado, o BPI é um instrumento multidimensional relativamente novo, e a literatura sugere que ele será mais adequado na prática quando tiver sido usado com uma população mais ampla e submetido a uma análise psicométrica mais crítica. Talvez isso ocorra porque ele tem sido recentemente desenvolvido e designado considerando os padrões esperados da pesquisa moderna. O MPQ poderia, portanto, ser usado com cautela e o BPI poderia ser o instrumento a ser escolhido no momento.

INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONAIS

Os instrumentos unidimensionais medem apenas a intensidade da dor. Por não considerarem outros aspectos da dor, podem ser rapidamente administrados e isto os torna vantajosos onde uma medida freqüente da dor é necessária (por exemplo, avaliar o efeito analgésico ou onde a intensidade da dor está se alterando) ou onde o paciente não pode tolerar avaliações muito longas. As escalas unidimensionais mais freqüentemente usadas na literatura serão apresentadas a seguir.

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (VISUAL ANALOGUE SCALE – VAS)

A Escala Analógica Visual (VAS) é freqüentemente considerada como um instrumento padrão para mensurar a intensidade da dor^{3,4}. Parte dessa popularidade e

aceitação é certamente devida ao fato de que a VAS tem tido um grande uso como instrumento de pesquisa^{52,53}. Ela é amplamente aceita como um instrumento válido para mensurar a intensidade da dor⁵⁴. Entretanto, apenas dois trabalhos analisaram a VAS exclusivamente para provar a validade concorrente^{39,55}, embora outros instrumentos tenham sido focalizados nesses artigos. A maioria usa a VAS juntamente com outras escalas para provar a validade concorrente^{54,56,57}. Isto, certamente, demonstra que a VAS possui validade concorrente.

A fidedignidade entre avaliadores (intraclasse) da VAS raramente é estimada. Se a percepção de dor de um paciente no momento de sua mensuração estiver correta, então para cada paciente o resultado é válido para aquela dor naquele dado momento. Isto, todavia, não é útil quando comparando sujeitos e a VAS não pode ser inteiramente apropriada para isso.

Collins, Moore e McQuay⁶² encontraram que uma amostra de pacientes estimou dor moderada situada num valor entre 10 e 100 mm numa escala numérica de 100 mm, com 85% estimando dor moderada em algum lugar acima de 30 mm. Isto sugere que comparações diretas dos resultados de diferentes pacientes não são possíveis. Contrastando, Briggs e Closs⁵⁸ encontraram alta correlação entre a VAS e a Escala de Categoria Verbal (VRS) quando coeficientes de correlação foram calculados. Ferrell, Ferrell e Rivera⁴⁴ obtiveram a correlação moderada entre a VAS e VRS. Berthier⁵⁹ obteve diferenças significativas nas médias de VAS e nos escores da NRS para cada categoria verbal da VRS. Grossman et al. também acharam uma alta correlação entre a VAS e a VRS. Stuppy⁶⁷, além de verificar uma alta correlação entre a VAS e as escalas VRS e NRS, também obteve uma alta correlação entre a VAS e a Escala Facial de Dor (FPS).

Estes resultados sugerem que usando um coeficiente de correlação, ou Spearman ou Pearson, pode não ser apropriado. Ambas as fórmulas usam no mesmo ponto a soma dos escores ou suas diferenças e, portanto, não necessariamente demonstram adequadamente qualquer variância entre os escores dos sujeitos

individuais. Como os dados brutos raramente são publicados torna-se difícil corroborar ou rejeitar esta possibilidade. Se for verdade que aquele coeficiente de correlação é inapropriado nessa situação, então é verdade que qualquer instrumento de mensuração substanciada na validade concorrente não é tão psicometricamente estável como tem sido assumido.

O trabalho de Collins et al.⁵² usa metanálise que depende da qualidade dos estudos originalmente publicados⁶¹, e embora tenham usado tentativas aleatórias num procedimento duplo-cego, é improvável que todos os delineamentos, métodos de coleta de dados e objetivos tenham sido idênticos. O período de tempo sobre o qual as tentativas se distribuíram deveria também ser levado em consideração quando os padrões podem mudar.

Summers³⁷, a partir de uma revisão da literatura, afirmou que a VAS possui fidedignidade, validade entre-observadores (intraclasse), validade de conteúdo e validade concorrente. Zalon⁴⁰ encontrou que a VAS mostra apenas uma fraca validade concorrente com o MPQ. Isto possivelmente seja devido a uma comparação inapropriada entre um instrumento unidimensional e um multidimensional. Usar um coeficiente de correlação com o objetivo de provar a validade concorrente nem sempre é apropriado e, a menos que os dois instrumentos sejam idênticos, ela pode ser usada apenas como um guia mais do que de forma conclusiva.

A VAS é também um instrumento popular usado para mensurar a intensidade da dor em diferentes e variados ambientes clínicos⁶² nos quais as experiências de dor dos pacientes não podem ser comparadas²⁴. Entretanto, uma medida mais importante seria a diferença entre uma estimativa e a seguinte para um dado paciente onde a intensidade da dor, intervenção e seu efeito podem ser avaliados. Isto seria uma extensão dos trabalhos realizados por Gallagher et al.⁶³, Bird e Dickson⁶⁴ e Todd et al.⁵³ Comparações dessas medidas podem ser mais válidas para análises devido à subjetividade de uma estimativa individual.

A fidedignidade teste-reteste é difícil de provar com qualquer instrumento de medida da dor quando a experiência da dor muda, porém se o reteste é realizado logo após o teste original, então o sujeito é mais provável lembrar seu primeiro escore e repeti-lo – portanto, a fidedignidade teste-reteste nunca é completamente provada. A fidedignidade é provada apenas na medida em que os pacientes escoram sua dor, mas não registram qualquer mudança desde a sua última avaliação. Isto ocorreu com o trabalho de Gallagher, Liebman e Bijur⁶³, que encontraram um valor de 2 mm como a maior diferença, embora eles não tenham registrado na amostra total de 96 pacientes quantos dos escores pareados representaram nenhuma mudança. O estudo é limitado pela amostra.

Dos estudos envolvendo a VAS, a maioria foi muito seletiva na composição da amostra por usar sujeitos que: (1) podiam claramente se comunicar⁶², (2) não tinham qualquer alteração em seu estado mental ou na sua capacidade visual⁶³ e (3) eram hábeis em ler e entender em inglês⁶⁵, mesmo em estudos envolvendo idosos. Pacientes com problemas mentais e incapacidade física são freqüentemente excluídos, mas isso certamente limita o uso do instrumento para excluir este grupo. Poucos estudos que revisamos incluíram a mensuração de dor em pacientes idosos com incapacidades cognitivas. Estes estudos serão revisados posteriormente.

Dificuldades no uso da VAS têm sido relatadas por vários pesquisadores de forma direta ou indireta. Por exemplo, Standing⁶⁶, numa revisão da literatura acerca da avaliação da dor torácica, descreve que num dos estudos foram eliminados resultados coletados devido as dificuldades no uso da escala. Outros estudos têm encontrado que a VAS é difícil de ser usada em pacientes física ou cognitivamente incapacitados⁶⁷. Também outros estudos têm revelado que alguns pacientes não puderam completar a VAS devido à sua incapacidade cognitiva ou física (incluindo a dificuldade visual)^{44,59,62,68}. Se indivíduos com incapacidade cognitiva são eliminados, logo a dificuldade de completar a escala pode ser causa-

da pela falta de entendimento⁵⁸, porque alguns pacientes não conseguem emparelhar a sua dor deste modo⁶⁹.

Baillie²¹ sugere que a dificuldade visual é a causa mais significativa de não se completar a VAS. Isto é suportado por Krulewitsch et al.⁶⁸, que obtiveram que as escalas verbalmente administradas têm uma maior taxa de serem completadas por sujeitos tendo deficiências visuais. Baillier²¹ também sugere que esta deficiência visual foi causada pelo uso da morfina como analgésico. Este dado é suportado por Paice e Cohen⁵⁴, que relatam que o não entendimento de alguns instrumentos de mensurar a dor foi devido ao consumo de morfina e por DeLoach et al.⁷⁰, que encontraram um erro marginal de ± 20 mm na escala VAS quando usada por pacientes recuperando-se da anestesia. Os autores sugerem que isto foi causado pela deficiência visual provocada pela anestesia.

Finalmente, é importante mencionar que variações da VAS têm sido criadas. O Termômetro Analógico Visual (VAT) e a escala vertical como oposta à escala horizontal foram testados por Choiniere, Auger e Latarjet⁷¹, os quais encontraram que ambas correlacionam-se altamente com as Escalas VRS e NRS. O estudo foi limitado, todavia, pelo uso de amostras de conveniência envolvendo pacientes queimados oriundos de três hospitais de fala francesa do Canadá e França e pelos pacientes não parecerem demonstrar qualquer preferência particular entre as três escalas. O mesmo Termômetro Analógico Visual foi usado por Choiniere e Amsel⁵⁶ numa comparação com uma VAS horizontal tradicional e com uma NRS. Novamente, correlações significativas foram encontradas e diferenças entre a VAS e a VAT não excederam 1 cm. A fidedignidade teste-reteste, contudo, não foi estimada. Os pacientes não expressaram qualquer preferência particular para um dentre os instrumentos utilizados. Pacientes saudáveis expressaram preferência em direção ao VAT, fato devido provavelmente a um viés. Herr e Mobily⁶⁵ também encontraram que uma VAS vertical correlacionou-se altamente com uma VAS horizontal, com

a VRS (horizontal e vertical) e com a NRS, sendo a VRS o instrumento mais preferido.

Gaston-Johansson³⁸ usou uma VAS mecânica como parte de uma Métrica da Dor (Pain-O-Meter) e achou-a fidedigna e válida através da testagem psicométrica com um delineamento envolvendo correlações. Haggino⁷² encontrou que uma VAS similar a uma régua móvel mecânica correlacionou-se com a VAS tradicional de lápis e papel, embora uma pequena amostra de conveniência tenha sido usada. Amostras de conveniência envolvem um certo grau de subjetividade e um viés devido à auto-seleção dos sujeitos. Grossman et al.⁶⁰ testaram o uso de uma VAS numericamente rotulada criando uma escala numérica contínua. Ela correlacionou-se bem com a VAS e com a VRS, mas seria interessante testar uma amostra maior para confirmar estes resultados.

Com respeito ao uso clínico, a VAS possui o mérito de uma escala unidimensional, tal como mencionamos alhures. Ela também tem o benefício de ser contínua como oposta a escalas discretas e, portanto, dando ao paciente uma maior escolha, mas como Waterfield e Sim⁶² afirmaram, os pacientes provavelmente percebem muito menores gradações de dor do que a VAS pode eventualmente registrar.

ESCALA DE CATEGORIA NUMÉRICA (NUMERIC RATING SCALE – NRS)

A Escala de Categoria Numérica usualmente compreende 11 categorias ou pontos (0-10). Jensen, Turner e Romano⁷³ encontraram que as escalas envolvendo 11 ou mais categorias fornecem informação similar, mas se poucas categorias forem usadas (seis ou menos) então alguma informação pode ser perdida. Estes achados podem ser devidos às escalas de 101 categorias (pontos) originalmente administradas e aos dados subsequentemente manipulados. Se várias escalas são separadamente administradas, diferentes conclusões podem ser alcançadas. A NRS produz informação limitada⁶⁶ e sua natureza discreta pode causar dificuldade para alguns pacientes. Carpenter e Brockopp⁶⁹ acharam

que a NRS correlaciona-se altamente com a VAS, mas os resultados demonstraram que os pacientes não necessariamente dão uma estimativa matematicamente equivalente quando usando a VAS. Isto suporta os resultados de Baillie²¹, que encontrou que alguns pacientes têm dificuldade de expressar sua dor numericamente.

Dificuldades em usar a NRS devido à deficiência física, tais como dificuldades visuais, podem ser sanadas com a administração verbal da escala. Paice e Cohen⁵⁴ encontraram que uma NRS verbalmente administrada pode ser válida por meio da correlação com uma VAS numa amostra de 50 pacientes com câncer. O tamanho e o método utilizado para obter a amostra restringem a aplicação dos resultados e investigações adicionais sobre estes aspectos podem ser benéficas, especialmente quando considerando grupos que têm dificuldades em usar uma escala escrita. A fidedignidade desse instrumento não foi estabelecida nessa pesquisa.

A NRS tem sido usada em estudos correlacionais com outros instrumentos. Por exemplo, outros estudos usaram a NRS para fornecer validade convergente para outros instrumentos^{70,71}. Summers³⁷ encontrou que a NRS possui fidedignidade teste-reteste e validade de construto. A validade concorrente da NRS tem sido demonstrada através da correlação com outros instrumentos, mas Choiniere et al.⁷¹ acharam que pacientes estimam dor de forma mais alta na NRS quando comparada com o Termômetro Analógico Visual (VAT). Isto pode ter ocorrido pelo fato dela ser discreta, enquanto a VAT por natureza é contínua. De outro lado, DeConno et al.⁴¹ encontraram apenas uma correlação moderada entre a subescala Intensidade da Dor Presente (PPI) do MPQ e a NRS. Isto pode ter ocorrido pelo fato de a PPI ser considerada uma escala categórica. A comparação entre estes dois instrumentos será discutida na seção seguinte.

A NRS é o instrumento preferido da amostra selecionada por Choiniere e Amsel⁵⁶, mas a amostra excluiu aqueles incapazes de se comunicar devido a alguma deficiência ou compreensão insuficiente da linguagem. Ela tem sido usada em grupos idosos⁶⁵, mas outros ins-

trumentos têm sido preferidos. Algum grau de fracasso foi obtido nos estudos com pacientes idosos e com frequência nos estudos com pacientes com dificuldades cognitivas^{44,59,74}. Estes estudos encontraram que é possível usar a NRS nesse grupo, mas nem todos os pacientes entendem que ela seja apropriada. A NRS é, todavia, útil com pacientes analfabetos ou menos educados^{45,67}.

ESCALA DE CATEGORIA VERBAL (VERBAL RATING SCALE – VRS)

A Escala de Categoria Verbal geralmente engloba de quatro a seis descritores ou adjetivos. Ela tem sido criticada por não ser sensível a pequenas mudanças na intensidade da dor e pelas categorias serem restritivas²¹. Doctor, Slater e Atkinson⁷⁵ desenvolveram uma escala de 12 categorias para sanar este problema. O estudo sugeriu que uma escala de 12 pontos era sensível a pequenas mudanças e posteriormente foi suportada pelo trabalho de Jensen et al.⁷³, que demonstraram que no mínimo 11 pontos são necessários na NRS para impedir a perda de informação. O estudo conduzido por Doctor et al.⁷⁵ tem algumas limitações que valem a pena ser mencionadas: a) foi realizado com uma amostra de dez sujeitos voluntários saudáveis, os quais estimaram a dor percebida quando expostos a pequenos impulsos elétricos e foi comparado com o MPQ num grupo de 65 mulheres com dor lombar; b) embora os sujeitos tenham dado consentimento informado e tenham sido pagos por sua participação, o estudo não considerou a não-malevolência; c) não há menção de aprovação ética, o que não significa que ela não tenha sido obtida, mas induzindo dor em pacientes saudáveis; sujeitos livres de dor não eram necessários quando uma segunda amostra de pacientes vivenciando dor foi requerida posteriormente; d) o delineamento do estudo não é ético e não houve documentação sobre os direitos dos sujeitos. Comparações com o MPQ não foram apropriadas porque, como mencionamos, relações entre instrumentos unidimensionais e multidimensionais não são pertinentes, haja vista que os dois mensu-

ravam diferentes aspectos da dor vivenciada e com essencialmente diferentes efeitos.

Berthier⁶⁹ também encontrou que a VRS não é sensível numa amostra de pacientes numa unidade de emergência. Aqueles com trauma severo encontraram dificuldades em diferenciar entre dor severa e intolerável. Apesar dessas desvantagens, a VRS apresenta estabilidade, consistência interna e validade de construto³⁷. Em vários outros estudos, a VRS tem sido usada, juntamente com outros instrumentos, para confirmar a validade convergente de novos e de instrumentos modificados^{54,70,71,76}. Os achados de Collins et al.⁵², todavia, sugerem que a VRS pode não ser o melhor instrumento quando comparada com VAS ou NRS. A metanálise efetuada por Serlin et al.⁷⁷ mostrou que os descritores podem ser aproximados a agrupamentos numéricos, mas quando apenas três descritores são usados, os resultados têm as mesmas limitações que aquelas dos estudos originais, e estas limitações não foram discutidas. O fato de que os pacientes interpretam as categorias diferentemente numa escala numérica ou analógica sugere que essas escalas devem ser comparadas entre si para se estabelecer a validade concorrente. Isto pode ocorrer devido ao número limitado de descritores (adjetivos), e a escala de 12 categorias (pontos) sugerida por Doctor et al.⁷⁵ pode ser mais útil em situações de pesquisa. A escala de 12 categorias deve ser validada através de pesquisas adicionais.

De outro lado, para propósitos clínicos a escala de 12 categorias tem sido considerada complexa. Baillie²¹ encontrou que os pacientes preferem a VRS quando comparada com outras escalas. Este dado foi corroborado por Benesh et al.⁷⁸ que obtiveram, com uma amostra de mulheres idosas do meio rural, a preferência pela VRS em relação a VAS e NRS. Porém, Stuppy⁵⁷ registrou que a VRS não foi o primeiro instrumento escolhido para uma amostra de pessoas idosas. Importante mencionar que, talvez, a preferência pela VRS pode ser devida à sua facilidade de aplicação. Ainda que muitos autores não tenham discutido isso com profundidade em suas

instruções ou recomendações de aplicação, a VRS pode ser verbalmente aplicada. As propriedades psicométricas da escala VRS verbalmente administrada não têm sido discutidas na maioria dos trabalhos que revisamos, mas um estudo sistemático sobre essa questão poderia ser benéfico para o conjunto de pesquisas acerca da mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. Em adição, a VRS apresenta grande facilidade de aplicação, indicada através de uma alta taxa de preenchimento quando usada com pessoas com dificuldades cognitivas. E, quando um preenchimento total não é obtido, vários estudos indicaram que ela ainda tem uma taxa maior do que quaisquer outros instrumentos aplicados a esse grupo^{58,59,65,68,78,79}.

Benesh et al.⁷⁸ propuseram uma VRS com categorias rotuladas moldada num termômetro vertical. Esta foi preferida em relação à VRS comum por um grupo de sujeitos, embora isto tenha ocorrido devido a algum viés de aplicação. O uso da VRS modificada é limitado a um grupo de mulheres da zona rural sem testagem adicional, mas ela (a escala modificada) pode se constituir num instrumento útil na prática clínica. Ferrell et al.⁴⁴ usaram a subescala de Dor Mnemônica em Cartões com uma amostra de pessoas com dificuldades cognitivas residindo em enfermarias especiais. Os descritores foram apresentados aleatoriamente nos cartões mais do que na forma de uma escala. Isto conduziu a uma menor taxa de não preenchimento que na subescala de Índice de Dor Presente (VRS) do MPQ também usada nesse estudo.

Em resumo, usar a VRS juntamente com uma outra escala pode gerar mais informação sobre a intensidade da dor²¹; contudo, se informação adicional for necessária, então um instrumento multidimensional pode se tornar mais apropriado.

ESCALA FACIAL DE DOR (FACES PAIN SCALE - FPS)

Embora a Escala Facial de Dor de Wong e Baker⁸⁰ tenha sido originalmente desenvolvida para avaliar a intensidade da dor em crianças, ela é também usada em cri-

anças jovens desde três anos de idade até idosos frágeis⁸¹. Com adultos e idosos, todavia, sua fidedignidade e validade não são inteiramente claras. A revisão da literatura efetuada por Baillie²¹ não a menciona e Summers³⁷ não encontrou evidência de sua fidedignidade ou validade na literatura, embora isso possa ser devido ao curto período transcorrido entre a pesquisa e a publicação.

Stuppy⁵⁷ avaliou o uso da Escala Facial de Dor com sujeitos idosos e determinou que ela era fidedigna através da estimativa relembrada da experiência da dor quando tendo uma injeção de inoculação. Embora vieses não possam ser totalmente eliminados, a tarefa de lembrar desempenhada três a quatro dias depois constitui uma tentativa para minimizá-los. A validade convergente foi estabelecida através da correlação com a NRS, VAS e VRS. Todos os instrumentos correlacionaram-se altamente e testes *t* pareados (com amostras dependentes ou repetidas) demonstraram que os pacientes associam diferentes faces com diferentes níveis de dor (análises apropriadas de acordo com as suposições do teste *t* conjecturadas por Burns & Grove⁶¹).

O escopo da utilidade clínica da FPS com adultos e idosos também não está claro. Carey et al.⁸² encontraram que a FPS é o instrumento mais fácil de usar comparada com a VAS e a NRS quando testadas com uma amostra de pacientes ortopédicos. Contrastando, Shannon et al.⁴³ encontraram que 19% de uma amostra de pacientes com câncer avançado não puderam completar a escala, onde aqueles com dificuldades cognitivas foram excluídos do estudo. Também, ela teve uma menor taxa de preenchimento do que a VAS e o MPQ. Krulewitch et al.⁶⁸ encontraram que apenas metade de uma amostra de adultos idosos com dificuldades cognitivas pôde completar a escala; a taxa de preenchimento foi menor do que aquela da VAS e da VRS. Krulewitch e cols. também encontraram que o não preenchimento dos instrumentos foi significativamente relacionado à dificuldade visual. Isto sugere que a FPS, enquanto apropriada para crianças, po-

de não ser, todavia, adequada para uso com adultos, particularmente em idosos.

Ferrell et al.⁴⁴ usaram o Diagrama Rand Coop com uma amostra de pacientes com dificuldades cognitivas residindo em enfermarias especiais. Esta escala é uma variação da escala de faces na qual figuras completas com descritores (adjetivos) são usadas em lugar de simples faces representando dor. Esta variante da escala demonstrou uma taxa de preenchimento moderada comparada com os outros instrumentos usados, mas teve as mesmas limitações que as escalas com faces considerando a visão.

CONCLUSÕES

As escalas acima discutidas constituem os principais instrumentos unidimensionais freqüentemente utilizados na prática clínica e de pesquisa. Outros existentes são apenas pequenas variações destes e não apresentam quaisquer propriedades metrológicas, como a fidedignidade e a validade, determinadas. Dentre estes instrumentos, nenhum pode ser considerado categoricamente como o ideal para uma grande variedade de pacientes. Devido às limitações que cada um apresenta, é ideal que um conjunto de instrumentos esteja disponível para uso tanto no contexto clínico quanto em pesquisa. Quando uma dificuldade é encontrada com o uso de um dado instrumento, um outro pode ser apropriado, e as limitações dos instrumentos devem ser sempre consideradas antes de usá-los.

Os instrumentos unidimensionais têm sido usados para medir dor por muitos anos e muito de seu uso pode ter sido inapropriado. Os instrumentos possuem fidedignidade e validade dentro de uma população muito específica e se eles são usados fora dessas populações, qualquer informação produzida é de pouca utilidade. Se um dado clínico ou pesquisador não está seguro da fidedignidade e da validade dos instrumentos com sua população de pacientes, então a literatura deve ser criticamente revisada e se dúvidas persistem, um estudo em pequena escala com aquela população deve ser realizado.

A MENSURAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ESPECIAIS

A avaliação e mensuração da dor em populações especiais estão recebendo uma crescente atenção especial por parte tanto de clínicos quanto de pesquisadores interessados em estudar a natureza e a quantificação da dor. Os estudos estão centrados em populações idosas e em pacientes com dificuldades cognitivas. Vejamos alguns destes estudos.

O USO COM PESSOAS IDOSAS

Certamente a preocupação com a avaliação e a mensuração da dor em pacientes idosos tem aumentado porque aproximadamente um terço dos pacientes hospitalizados tem mais de 65 anos de idade. O estudo de Shannon et al.⁴³, embora não tenha focalizado propriamente o envelhecimento, fez uso de uma amostra onde a maioria dos sujeitos tinha 75 anos ou mais. Uma grande parcela dessa amostra era de idosos com dificuldades cognitivas que constituíram uma proporção significativa, mas não a amostra total. As dificuldades cognitivas afetam não apenas os idosos, mas provavelmente afetam mais diretamente este grupo etário. Todavia, deve ser notado que diferenças culturais existem entre grupos etários e essas diferenças podem ter um efeito na percepção, na intensidade e nas intervenções⁸³.

Muitas pessoas idosas atribuem queixas e dores à sua idade, mas é um mito comum que dor seja parte do processo de envelhecimento^{45,84}. Há evidência mostrando a necessidade de maior pesquisa na mensuração de dor com idosos. Kamel et al.²⁶ demonstraram que, perguntando “Você sente dor?”, não é suficiente, mas Rutledge et al.⁴⁵ sugerem que confirmar a presença de dor é útil em determinar a compreensão do paciente. O uso de instrumentos aumentou a frequência de diagnoses na amostra de pessoas idosas²⁶.

Foi também obtido que aquelas pessoas com mais de 85 anos de idade, em particular, mostraram-se menos prováveis de registrar dor. No trabalho de Stuppy⁵⁷, os pacientes mais jovens da amostra ti-

nham 55 anos de idade, enquanto na maioria dos artigos publicados sobre esta temática, as pessoas com 65 anos ou mais foram consideradas idosas.

Os métodos de amostragem usados nesses estudos foram variados. A maioria usou amostras de conveniência, limitando a aplicabilidade dos resultados, ainda que eles representassem diversos grupos de idosos. Residentes de enfermaria foram usados nos estudos conduzidos por Kamel et al.²⁶ e Ferrell et al.⁴⁴ e internos de hospitais foram usados por Stuppy⁵⁷ e também por Simons e Malabar⁸⁵. Essas instituições são aquelas nas quais os instrumentos para mensuração da dor são mais prováveis de serem usados, mas pacientes sendo tratados em casa podem também ser beneficiados com tais instrumentos. Ambientes não institucionais, todavia, não são representados, exceto nos estudos de Herr e Mobily⁶⁵ e Benesh et al.⁷⁸ Numa revisão da literatura acerca dos instrumentos usados na mensuração da dor com idosos, Rodriguez⁸³ também encontrou esta lacuna nos artigos analisados. Herr e Mobily usaram uma amostra recrutada num jornal local e Benesh e cols. obtiveram a amostra através de grupos religiosos, centros comunitários e complexos residenciais. Estas amostras podem ser enviesadas em direção às pessoas idosas com poucas dificuldades físicas e as quais não são necessariamente examinadas por pessoal médico ou de enfermagem. Porém, representam uma população muito ampla e fornecem insight ao fenômeno da dor não diagnosticada na velhice.

Os instrumentos usados com amostras de idosos, nessa revisão, incluem a VAS, VRS, NRS, Escala Facial de Dor e o MPQ. A escala perfeita para uso com os idosos ainda está para ser encontrada, mas muitas das escalas disponíveis têm algum grau de utilidade com os idosos. Quando usando instrumentos de mensuração da dor com idosos, Rutledge e Donaldson⁴⁵ sugerem que instruções cuidadosas são necessárias para ser sensível às necessidades dos pacientes. Como mencionamos alhures, o MPQ tem uso limitado devido à sua validade questionável. Ferrell et al.⁴⁴ encontraram que

pacientes com maiores problemas de comunicação têm crescente dificuldade em completar o MPQ. Entretanto, o MPQ não poderia ser adequado para pessoas idosas com dificuldades visuais ou auditivas, conduzindo a instabilidade nos resultados para esta população.

A VAS e a Escala Facial também apresentam dificuldades para aqueles com visão limitada^{21,68}. Apresentando os instrumentos de maneira que eles sejam sensíveis a estas limitações poderia auxiliar o paciente a completá-las, mas a acurácia dos escores resultantes seria questionável. DeLoach et al.⁷⁰ encontraram que quando a VAS foi usada no período pós-operativo imediato, os escores foram acurados em ± 20 mm. Se isto se estende para deficiência visual é questionável e trabalhos adicionais seriam necessários para confirmar esta hipótese. Rodriguez⁸³ também identificou a necessidade de pesquisas adicionais nessa área.

A VRS e a NRS têm a vantagem de serem verbalmente administradas. A NRS tem sido validada para aplicação verbal⁵⁴, ainda que o número de idosos representados na amostra não tenha sido registrado. Tanto a VRS quanto a NRS possuem fidedignidade e validade dentro de uma população de idosos^{78,83}. Todavia, a informação que elas produzem é limitada e isto ocorre mesmo quando usando uma ou outra das escalas. A NRS é mais sensível do que a VRS, mas alguns pacientes podem ter dificuldades em perceber sua dor numericamente⁶⁹. A VRS poderia, portanto, ser usada com esses pacientes, mas poderia ser suplementada solicitando ao paciente como a sua dor tem mudado desde sua última avaliação quando administrando analgesia. Perguntar aos pacientes se têm sentido pouca, muita dor, ou menos dor poderia ser útil quando utilizando a VAS^{63,64}.

O uso do BPI com pacientes idosos é limitado. Sua validade e fidedignidade com uma população especificamente idosa não estão definidas, mas uma metanálise desempenhada por Serlin et al.⁷⁷, usando dados obtidos do BPI com amostras cujas idades médias variaram entre 48 a 60 anos, sugeriu uma representação significativa de pessoas idosas dentro delas. Se estudos

adicionais forem conduzidos com o BPI com uma amostra de idosos, então se poderia adicioná-lo ao número de instrumentos disponíveis para uso com esse grupo. Entretanto, pacientes idosos incapazes de responder verbalmente têm dificuldades de usar alguns dos instrumentos que mencionamos. Para minimizar esse problema, variantes dessas escalas têm sido construídas baseadas em indicadores não-verbais, mas suas propriedades metrológicas, como fidedignidade e validade, não têm sido ainda determinadas^{85,86}. Algumas vezes os pacientes podem estar confusos ou inconscientes e esses grupos podem dar diferentes indícios a respeito da dor. Considerando este aspecto, Feldt⁷⁹ usou duas amostras para testar uma escala de indicadores não-verbais de dor, uma composta por pessoas cognitivamente intactas e uma outra com pessoas com dificuldades cognitivas. Quando usada com o grupo de pessoas saudáveis foi obtido que a escala correlaciona-se bem com a VRS quando as pessoas estão em repouso e em movimento. Assim, esta escala não-verbal pode ser empregada em contextos clínicos, especialmente onde outro instrumento é inapropriado. Posteriormente, considerar-se-á a aplicação desta escala em pessoas com dificuldades cognitivas, pois como elas têm diferentes necessidades, seria inadequado combinar considerações para pessoas com essas dificuldades com aquelas para pessoas idosas. Embora os dois grupos apresentem grandes similaridades, eles não são mutuamente exclusivos.

O USO COM PESSOAS COM DIFICULDADES COGNITIVAS

Alguns dos artigos revisados se referem ao uso dos instrumentos de mensuração da dor com pessoas com dificuldades cognitivas. Um grande número desses estudos relaciona envelhecimento com pessoas com dificuldades cognitivas. Ainda que haja fatores causando dificuldades cognitivas que são relacionadas à idade, muitos não são, e é necessário estender esta pesquisa para todas as pessoas com dificulda-

des cognitivas independente da idade. Pacientes com percepção alterada devido às condições médicas, analgesia, anestesia, bem como com problemas cerebrais e psiquiátricos devem ser considerados. O único autor que parece ter incluído todos os adultos com dificuldades cognitivas em seu estudo foi Feldt⁷⁹.

Considerando os instrumentos usados com pessoas com dificuldades cognitivas, todo o conjunto de instrumentos previamente discutido tem sido usado, exceto o BPI o qual tem tido um uso limitado, possivelmente devido ao seu desenvolvimento recente. As propriedades psicométricas destes instrumentos com este grupo particular necessitam ser estabelecidas, mas em primeiro lugar a habilidade para completar os instrumentos deve ser considerada. Um instrumento pode ser fidedigno e válido para uso com esta população, porém se apenas a minoria da população pode usá-lo, então o seu valor é limitado.

O uso de VAS com grupos com dificuldades cognitivas foi analisado por Ferrell et al.⁴⁴, que encontraram correlações moderadas a altas entre VAS, NRS, MPQ e variantes da Escala Facial de Dor. Entre todos estes instrumentos, a VAS teve a menor taxa de preenchimento, 44%. Este dado vai de encontro com aquele de Krulewitch et al.⁶⁸, que também obtiveram com VAS a menor taxa de preenchimento com pessoas com dificuldades cognitivas, seguida da escala de faces quando comparada com a VRS. A VAS é difícil de ser usada com pacientes com dificuldades cognitivas^{62,67}. Isto pode ser devido à incapacidade de entender a escala ou por deficiência visual. Contudo, numa amostra de pacientes idosos enviesados em direção àqueles sem dificuldades cognitivas, Herr e Mobily⁶⁵ encontraram um alto grau de não preenchimento. Deficiência visual poderia explicar a quase idêntica baixa taxa de respostas na escala de faces no estudo realizado por Krulewitch et al.⁶⁸

A NRS é também difícil de usar com pacientes com dificuldades cognitivas⁵¹ e raramente é usada com esses grupos portadores dessas características. Aqueles que a usaram registraram alguma difi-

culdade em usá-la completamente. Ferrell e cols., por exemplo, encontraram uma taxa de resposta baixa usando uma NRS verbalmente administrada em comparação com outros instrumentos aplicados em pacientes com dificuldades cognitivas.

A VRS possui a mais alta taxa de preenchimento dentro deste grupo. Ferrell e cols. demonstraram isto usando a subescala Intensidade de Dor Presente (PPI) do questionário MPQ em comparação com outros instrumentos, e Krulewitch et al.⁶⁸ obtiveram que ela teve a maior taxa de preenchimento quando usada por pacientes com dificuldades cognitivas. Certamente a aplicação verbal, juntamente com a simplicidade da escala, pode ter contribuído para isso. Esta simplicidade, todavia, indica que apenas resultados limitados são produzidos, os quais devem ser considerados quando os interpretando. Gloth et al.⁸⁷ desenvolveram uma variação da VRS onde um paciente classificava a dor como nenhuma, tolerável ou intolerável – a qual foi então estendida para uma escala de cinco níveis usando interferência com função como uma medida adicional. A escala se revelou fidedigna e válida numa população de adultos idosos, incluindo aqueles com dificuldades cognitivas aferidas através da correlação entre-estimativas (intraclasse) com a VAS, VRS e MPQ. Este instrumento poderia ser útil num ambiente clínico, mas estabelecer seu status com uma amostra cognitivamente deficiente seria requerido.

O MPQ tem sido usado com este grupo de pacientes⁶⁸, mas suas propriedades psicométricas ainda permanecem questionáveis. As animações desenvolvidas por Swanston et al.⁴⁷ podem assistir o uso do MPQ com este grupo, mas novamente sua validade necessitaria ser substancialmente assegurada.

Dificuldades cognitivas constituem uma grande barreira para a mensuração da dor⁴⁴. A incapacidade para completar instrumentos de avaliação de dor pode estar associada com a dificuldade cognitiva^{59,68}. Enquanto de um lado Ferrell et al.⁴⁴ relatam que há usualmente um instrumento adequado para uso com

pacientes com dificuldades cognitivas, de outro Kamel e cols.²⁶ apontaram que, mesmo com o uso de instrumentos de avaliação da dor, os pacientes com progressiva dificuldade cognitiva são menos prováveis de serem diagnosticados com dor. Para remediar essa dificuldade operacional, alguns autores entendem que instrumentos não-verbais, especialmente os indicadores comportamentais, deveriam ser empregados quando outros instrumentos são inapropriados^{45,86}. Por exemplo, Feldt⁷⁹ desenvolveu uma Escala de Indicadores Não-Verbais de Dor para tentar diferenciar entre variados níveis de dor em adultos idosos com dificuldades cognitivas. O estudo piloto examinou uma amostra de conveniência de pacientes idosos com fraturas no quadril e comparou esta escala com a VRS. Esta escala demonstrou correlações moderadas com pacientes cognitivamente intactos, tanto em repouso quanto em movimento; mas naqueles com dificuldades cognitivas, a correlação foi moderada somente quando estes foram avaliados em movimento. Baixa fidedignidade e validade são usualmente encontradas nos estudos que empregaram essa escala, mas a maioria das escalas de dor não-verbais considerou comportamentos que poderiam ser devidos à condição médica ou às diferenças culturais, mais do que indicadores de dor. Feldt concluiu que as medidas de dor através de escalas não-verbais possuem baixa fidedignidade e validade e, além disso, a fidedignidade intraclasse (coeficiente de concordância entre avaliadores) é difícil de ser aferida, porque aqueles que usam o instrumento dão a sua própria interpretação do comportamento a ser avaliado. Sinais comportamentais podem dar indícios do local da dor, mas podem ser indicadores não confiáveis da severidade⁸⁸. Isto certamente se deve ao uso de diferentes mecanismos usados pelos pacientes para lidar com a dor⁸⁵, mas eles devem ser considerados no processo de avaliação da dor⁸⁸. Em resumo, a avaliação da dor em pessoas que têm dificuldades cognitivas pode ser mais

complexa, mas devemos continuar a avaliar e a manipular sua dor por razões humanitárias.

DIFERENÇAS INTERCULTURAIS NO USO DOS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR

No processo de mensuração da dor deve ser considerado que a dor é entendida diferentemente por diferentes culturas. A pesquisa de dor está começando a considerar as diferenças culturais e deve ser entendido que isto não se limita às variáveis raciais e étnicas^{88,89}. Numa sociedade multicultural é essencial que isto seja levado em consideração ao mensurar a dor. Isto é facilmente demonstrado quando se considera a controvérsia circulando o MPQ – os descritores obtidos de uma amostra de estudantes de psicologia quando o instrumento foi desenvolvido pode possuir pouco significado para grupos na sociedade atual. A língua é parte da expressão cultural⁹¹ e dentro de uma língua uma pessoa idosa pode expressar sua dor diferentemente de uma pessoa jovem. Isto então se torna mais complexo quando estendido a outras línguas.

A NRS por natureza é facilmente traduzida porque os números não são sujeitos à interpretação da mesma maneira que as palavras. Similarmente, a VAS é fácil de traduzir porque as únicas palavras são as âncoras nas extremidades, as quais não são rígidas e podem variar⁶². Versões em italiano e em francês da VAS têm também sido usadas com sucesso^{41,56}. Similarmente, a Escala Facial de Dor poderia ser traduzida, mas não há no momento evidência dessa tentativa descrita na literatura.

A VRS pode ser traduzida e uma versão em italiano foi usada por DeConno et al.⁴¹ O método de tradução, todavia, não foi registrado, e a versão usada pode ser apenas válida na população italiana e não é comparável com a versão inglesa. Instrumentos unidimensionais são relativamente fáceis de serem traduzidos devido à sua simplicidade, mas exames adicionais a respeito disto requerem análise da pesquisa em mensuração da dor em

outras línguas e, usualmente, as revisões efetuadas são restritas aos estudos publicados em periódicos indexados tradicionalmente escritos em língua inglesa.

Os instrumentos multidimensionais são mais difíceis de traduzir devido ao seu comprimento. O BPI, embora apenas recentemente desenvolvido, já tem sido traduzido para o francês, alemão, chinês, japonês, filipino, etc.^{51,77,92}. Para cada língua o BPI foi traduzido para a língua-alvo por um tradutor e em seguida retraduzida por um outro e repetidamente até que fosse alcançada uma concordância; com um estudo de validação realizado em seguida. Isto tem possibilitado um estudo intercultural da dor. O MPQ tem também sido traduzido para o francês e italiano^{41,56}, mas quando o significado dos descritores é ambíguo na língua original, a validade de conteúdo de qualquer tradução é questionável.

Dentro de uma sociedade multicultural, especialmente nos Estados Unidos, é importante entender que muitas pessoas atendidas em hospitais podem não falar a língua nativa como primeira língua. Quando essas pessoas sentem dor, pode ser muito difícil para elas expressarem sua dor em qualquer outra língua que não seja a sua própria. Portanto, torna-se necessário que traduções de instrumentos para avaliação e mensuração da dor estejam facilmente disponíveis para uso em pacientes oriundos de outras culturas.

DISCUSSÃO GERAL

Há atualmente uma imensa literatura acerca da avaliação e mensuração da dor, mas a maioria dos artigos publicados é constrangida pelos métodos de amostragem. Quase todos os autores usaram amostras de conveniência (por variadas razões), as quais conseqüentemente limitam a generalidade de quaisquer resultados. As amostras de conveniência aumentam o risco de vieses, de obtenção de resultados equivocados e inibem a possibilidade de generalização para uma população mais ampla⁹³⁻⁹⁵.

A maioria dos artigos foi realizada nos Estados Unidos e publicada por pesquisadores norte-americanos.

Certamente isto se deve ao fato de que atualmente a maior parte de pesquisas sobre dor tem sido realizada nesse país. Por exemplo, o BPI foi recentemente desenvolvido nos Estados Unidos e, portanto, a literatura acerca desse inventário é norte-americana⁹⁶. É importante que a fidedignidade e a validade destes instrumentos sejam continuamente aferidas, a despeito dos estudos originais terem mostrado que eles são confiáveis e válidos. Quando os instrumentos são usados ao longo de décadas, como tem ocorrido com alguns deles, então a validade e a fidedignidade devem ser novamente atualizadas devido às influências das diferenças culturais, das novas e diferentes intervenções e das mudanças dos novos padrões de pesquisa; particularmente, porque a pesquisa sobre a dor tem progressivamente se expandido nas três últimas décadas. Ademais, parece que a pesquisa sobre a mensuração da dor está se expandido para considerar pessoas com dificuldades cognitivas, idosas e aqueles que falam outras línguas que o inglês. Todavia, os instrumentos que analisamos mostraram certas limitações dentro destas populações, excluindo esses grupos e, conseqüentemente, dentro destes grupos o seu uso será também limitado.

A quantidade de pesquisa considerando a mensuração da dor é imensa, mas não há um instrumento ideal. Idealmente um instrumento multidimensional tal como o BPI deveria ser usado numa avaliação inicial e em seguida aplicar um instrumento unidimensional para avaliar o efeito de qualquer intervenção. A avaliação multidimensional em momentos estratégicos poderia também ser usada para avaliar a intervenção como um todo. Rutledge e Donaldson⁴⁵ sugerem que usar mais que um instrumento causa confusão e inconsistência entre os examinadores (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.), embora isto possa ser minimizado pelo treinamento e avaliação documentada com aquele instrumento que é apropriado para uso com pacientes individuais.

Os instrumentos devem ser apresentados de modo que sejam sensíveis às necessidades daqueles

com deficiências físicas, tais como deficiências auditivas e visuais ou com incapacidade para indicar ou marcar a dor numa representação pictórica qualquer, como numa escala de faces ou de esquema corporal. Por isso, instrumentos administrados verbalmente sempre levarão vantagens. Os instrumentos nunca poderão ser usados no contexto clínico sem que o aplicador esteja completamente confiante de que eles são fidedignos e válidos para a população de pacientes em questão. Conseqüentemente, há a necessidade de contínua pesquisa considerando os instrumentos de mensuração da dor correntemente em uso, confirmando sua fidedignidade e validade atuais com amostras de pacientes. Isto pode ser expandido para incluir a maior população que for possível.

Para assegurar a fidedignidade entre aplicadores (médicos, enfermeiros, etc.) (intraclasse) de qualquer instrumento utilizado na prática clínica, todos os profissionais que tenham interesse na mensuração da dor devem ser treinados em como adequadamente usá-lo e conhecer limitações de cada instrumento. Tem sido documentado que os profissionais da saúde não podem estimar a intensidade da dor tão acuradamente quanto os próprios pacientes⁹⁷, e a perspectiva do paciente é que deve ser registrada. De fato, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde (NIH), dos Estados Unidos, a auto-avaliação é o “indicador mais confiável da existência e presença de dor”⁹⁸.

Quando orientando um paciente a usar um instrumento de mensuração da dor, o profissional da saúde pode inadvertidamente introduzir vieses. Por isso, as habilidades de comunicação desses profissionais são imprescindíveis, haja vista que é muito fácil alguém usar a sua própria interpretação de dor opondo-a àquela do paciente. Este viés talvez seja o mais facilmente introduzido quando um instrumento é aplicado verbalmente; assim, sem um treinamento para o uso correto de um instrumento, informações imprecisas podem ser documentadas. Isto vai de encontro às colocações de Rutledge e Donaldson⁴⁵, que sugerem a necessidade de educar os

diferentes profissionais no uso dos instrumentos, incluindo também como educar o paciente a usá-los.

Os instrumentos de mensuração da dor podem aparentemente parecer fáceis de serem usados e embora haja boa intenção de implementá-los na prática, há, entretanto, pouca consideração dos conceitos subjacentes. A menos que o paciente entenda completamente como um instrumento pode ser usado e completá-lo sem assistência, falsa informação poderá ser obtida, tornando o exercício inválido.

CONCLUSÕES

Os instrumentos de mensuração da dor têm sido amplamente utilizados ao longo dos anos e por isso os clínicos assumem que eles são plenamente fidedignos e válidos para serem adequadamente usados com a população de pacientes em geral. Todavia, uma análise cuidadosa da literatura revela que não há um único instrumento que atualmente possui tal nível de estabilidade psicométrica. Os instrumentos de mensuração da dor devem, portanto, ser selecionados baseando-se em sua adequação de uso com uma dada população de pacientes. Ao examinar os dados obtidos, as limitações do instrumento devem ser necessariamente consideradas, bem como a variedade dos instrumentos disponíveis, particularmente nas diversas populações de pacientes.

Os profissionais da saúde, quaisquer que sejam os seus domínios de especialização, devem ser treinados para o uso dos instrumentos de mensuração da dor. Eles, sem exceção, devem estar conscientes dos instrumentos disponíveis e ser treinados no seu uso com o propósito de prontamente selecionar aquele mais apropriado e instruir o paciente sobre como usá-lo. Do mesmo modo que para os profissionais da saúde, os pacientes necessitam de treinamento adequado no uso dos instrumentos de mensuração da dor para facilitar o auto-registro. Todos os profissionais envolvidos nos cuidados com os pacientes precisam entender e interpretar os dados para fazer um uso mais eficaz e efetivo dos instrumentos.

As pesquisas acerca dos instrumentos de mensuração da dor podem prosseguir em muitas direções. Atualmente, há uma vasta quantidade de pesquisas nessa área, muitas delas publicadas na última década, mas ainda há muito a ser feito. O número de instrumentos disponível continua a crescer e cada instrumento possui seu valor em uma população específica. Os instrumentos atualmente em uso estão sendo adaptados para acomodar uma maior varie-

dade de populações de pacientes, do mesmo modo que os clínicos e os pesquisadores continuamente estão tentando identificar e entender os mecanismos e os processos concernentes à dor para melhor manipulá-la. Esperamos que esta revisão da literatura acerca dos principais instrumentos uni- e multidimensionais para mensuração da dor possa se tornar uma linha de base para futuras pesquisas e, também, ser útil para o treinamento e prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Algom D. Psychophysical analysis of pain: A functional perspective. In: Geissler HG, Link SW, Townsend, JT (eds.). *Cognition, Information Processing, and Psychophysics*. Hillsdale, New Jersey, LEA, 1992: 267-291.
2. Faleiros-Sousa F, Da Silva JA. Por que medir a dor? *Psiquiatria Clínica* 2002; 3:79-85.
3. Gracely RH. Pain measurement. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1999; 43: 897-908.
4. Gracely RH, Naliboff BD. Measurement of pain. In: Kruger L(ed.). *Pain and Touch*. San Diego, California: Academic Press, 1996: 243-314.
5. Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America* 1999; 79: 231-252.
6. Nakamura Y, Chapman RC. Measurement of pain: An introspective look at introspection. *Consciousness and Cognition* 2002; 11: 582-592.
7. Rowbotham MC. What is a "clinically meaningful" reduction in pain? *Pain* 2001; 94: 131-132.
8. Ducharme J. Whose pain is it anyway? Managing pain in the emergency department. *Emergency Medicine* 2001; 13: 271-273.
9. Lee JS. Pain measurement: understanding existing tools and their application in the emergency department. *Emergency Medicine* 2001; 13, 279-287.
10. Fields HL. Pain: An unpleasant topic. *Pain (Supplement)* 1999; 6: S61-S69.
11. Finley GA, McGrath PJ. The roles of measurement in pain management and research. In: Finley GA, McGrath PJ (eds.). *Measurement of Pain in Infants and Children*. Seattle: IASP, 1998: 1-4.
12. Melzack R, Casey, KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain. In: Kenshalo D (ed.). *The Skin Senses*. Springfield: Thomas, 1968: 423-439.
13. Rollman GB. Cognitive effects in pain and pain judgments. In: Algom D (ed.). *Psychophysical Approaches to Cognition*. Netherlands: Elsevier Science Publishers 1992: 515-574.
14. Gracely RH. Pain psychophysics. In: Manuk S (ed.). *Advances in Behavioral Medicine*. New York: JAI Press, 1985: 191-231.
15. Stevens B. Composite measures of pain. In: Finley GA, McGrath PJ (eds). *Measurement of Pain in Infants and Children*. Seattle: IASP, 1998: 161-178.
16. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971; 34:50-59.
17. Verker RJ, Van der Kloot WA, Van der Meij J. The perceived structure of 176 pain descriptive words. *Pain* 1989; 38: 219-229.
18. Radvila A, Adler RH, Galeazzi RL, et al. The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. *Pain* 1987; 28: 185-195.
19. McGuire M. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1992; 7: 312-319.
20. Vallerand A. Measurement issues in the comprehensive assessment of cancer pain. *Seminars in Oncology Nursing* 1997; 13, 16-24.
21. Baillie L. A review of pain assessment tools. *Nursing Standard* 1993; 7: 25-29.
22. Twycross R. *Pain Relief in Advanced Cancer*. London: Churchill Livingstone, 1994.
23. McCaffrey M. *Nursing the Patient in Pain*. Philadelphia: JB Lippincott, 1972.
24. Jorgensen-Dick M. Assessment and measurement of acute pain. *JOGNN* 1995; 24:843-848.
25. Turk D, Melzack R (eds.). *Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press, 1992.
26. Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, et al. Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 21: 450-455.
27. Borg G. Psychophysical scaling: An overview. In: Boivie J, Hansson P, Lindblom U (eds.), *Touch, Temperature, and Pain in Health and Disease: Mechanisms and Assessments*. Seattle: IASP Press, 1994: 27-39.
28. Fernandez E, Turk DC. Sensory and affective components of pain: Separation and Synthesis. *Psychological Bulletin* 1992; 112: 205-217.
29. Fordyce WE, Lansky D, Calsyn DA, et al. Pain measurement and pain behavior. *Pain* 1984; 18: 53-69.
30. Villemure C, Bushnell MC. Cognitive modulation of pain: How do attention and emotion influence pain processing? *Pain* 2002; 95: 195-199.
31. Petrovic P, Ingvar M. Imaging cognitive modulation of pain processing. *Pain* 2002;95: 1-5.
32. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, et al. Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 1999; 82: 159-171.
33. Hoffman HG, Sharar SR, Coda BE, et al, Manipulating presence influences the magnitude of virtual reality analgesia. *Pain* 2004 (no prelo).
34. Keogh E, Arendt-Nielsen L. Sex differences in pain . *European Journal of Pain* 2004 (no prelo).
35. Craft RM, Mogil JS, Aloisi AM. Sex differences in pain and analgesia: The role of gonadal hormones. *European Journal of Pain* 2004 (no prelo).
36. Melzack R. *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press; 1983.
37. Summers S. Evidence based Practice (Part 2): Reliability and validity of selected acute pain instruments. *Journal of Perianaesthesia Nursing* 2001; 16: 35-40.
38. Gaston-Johanson F. Measurement of pain: The psychometric properties of the Pain-O-Meter: A simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care Practices. *Journal of Pain and Symptom Management* 1996; 12: 172-181.
39. Scrimshaw S, Maher C. Responsiveness of Visual Analogue and McGill Pain Scale Measures. *Therapeutics* 2001; 24: 501-504.
40. Zalon ML. Comparison of pain measures in surgical patients. *Journal of Nursing Measurement* 1999; 7: 135-152.
41. DeConno F, Caraceni A, Gamba A, et al, Pain measurement in cancer patients: A comparison of six methods. *Pain* 1994; 57: 161-166.
42. Dudgeon D. The Short-form McGill Pain Questionnaire in chronic cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1993; 8: 191-195.
43. Shannon MM, Ryan MA, D'Agostino N, et al. Assessment of pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10: 274-284.
44. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitive impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10: 591-598.
45. Rutledge D, Donaldson N. Pain assessment and documentation: Part 1: overview and application in adults. *The Online Journal of Clinical Innovations* 1998; 1: 1-37.
46. Towery S, Fernandez E. Reclassification and rescaling of McGill Pain Questionnaire Verbal Descriptors of Pain Sensation: A replication. *Clinical Journal of*

- Pain 1996; 12:270-276.
47. Swanston M, Abraham C, Macrae WA, et al. Pain assessment with interactive computer animation. *Pain* 1993; 53: 347-351.
 48. Strand LI, Ljunggren AE. Different approximations of the McGill Pain Questionnaire in the Norwegian language: A discussion of content validity. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26: 772-779.
 49. Kim HS, Schwartz-Barcott D, Holter IM, et al. Developing a translation of the McGill pain questionnaire for cross-cultural comparison: An example from Norway. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 421-426.
 50. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other disease. *Pain* 1983; 17: 197-210.
 51. Radbruch L, Loick G, Kiencke P, et al. Validation of the German Version of the Brief Pain Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18, 180-193.
 52. Collins S, Moore A, McQuay H. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? *Pain* 1997; 72: 95-97.
 53. Todd KH, Funk KG, Funk JP, et al. Clinical significance of reported changes in pain severity. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 27: 485-489.
 54. Paice J, Cohen F. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nursing* 1997; 20: 88-93.
 55. Lundeberg T, Lund I, Dahlin L, et al. Reliability and responsiveness of three different pain assessments. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33: 279-283.
 56. Choiniere M, Amsel R. A Visual Analogue Thermometer for measuring pain intensity. *Journal of Pain and Symptom Management* 1996; 11: 229-235.
 57. Stuppy D. The Faces Pain Scale: Reliability and validity with mature adults. *Applied Nursing Research* 1998; 11: 84-89.
 58. Briggs M, Closs J. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal ratings scales for the assessment of postoperative pain in orthopaedic patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 18: 438-446.
 59. Berthier F. Comparative study of methods of measuring. *American Journal of Emergency Medicine* 1998; 16: 132-136.
 60. Grossman SA, Sheidler VR, McGuire DB, et al. A comparison of the Hopkins Pain Rating Instrument with standard visual analogue and verbal descriptors scales in Patients with cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1992; 7: 196-203.
 61. Burns N, Grove S. *The Practice of Nursing Research* (3rd Edition). London: W.B. Saunders, 1997.
 62. Waterfield J, Sim, J. Clinical assessment of pain by the visual analogue scale. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1996; 3: 94-97.
 63. Gallagher EJ, Liebman M, Bijuer PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Annals of Emergency Medicine* 2001; 38: 633-638.
 64. Bird S, Dickson E. Clinically significant changes in pain along the visual analogue scale. *Annals of Emergency Medicine* 2001; 38: 639-643.
 65. Herr K, Mobily P. Comparison of selected pain tools for use with the elderly. *Applied Nursing Research* 1993; 6: 39-46.
 66. Standing J. Chest Pain Assessment Tools. *Journal of Clinical Nursing* 1997; 6: 85-92.
 67. Ho K, Spence J, Murphy MF. Review of pain-measurement tools. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 27: 427-432.
 68. Krulewicz H, London MR, Skakel VJ, et al. Assessment of pain in cognitively impaired older adults: A comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48: 1607-1611.
 69. Carpenter J, Brockopp D. Comparison of patients' ratings and examination of nurses' responses to pain. *Cancer Nursing* 1995; 18: 292-298.
 70. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, et al. The visual analog scale in the immediate postoperative period: Intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesthesia & Analgesia* 1998; 86: 102-106.
 71. Choiniere M, Auger FA, Latarjet J. Visual analog thermometer – A valid and useful instrument for measuring pain in burned patients. *Burns* 1994; 20: 229-235.
 72. Haggino C. Agreement between two pain visual analogue scales by age and area of complaint in neck and low back pain subjects: The standard pen and paper VAS versus plastic mechanical sliderule VAS. *Journal of the Canadian Chiropractic Society* 1996; 40: 220-231.
 73. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain* 1994; 58: 387-392.
 74. Jensen MP, Engel JM, McKearnan KA, et al. Validity of pain assessment in persons with cerebral palsy: A comparison of six scales. *The Journal of Pain* 2003; 4: 56-63.
 75. Doctor JN, Slater MA, Atkinson JH. The descriptor differential scale of pain intensity: An evaluation of item and scale properties. *Pain* 1995; 61: 251-260.
 76. Bolton J, Wilkinson R. Responsiveness of pain scales: A comparison of three pain intensity measures in chiropractic patients. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 1998; 21, 1-7.
 77. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, et al. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277-284.
 78. Benesh L, Sziget E, Ferraro, FR, et al. Tools for assessing chronic pain in rural women. *Home Healthcare Nurse* 1997; 15: 207-211.
 79. Feldt K. The Checklist of non-verbal pain indicators. *Pain Management Nursing* 2000;1: 13-21.
 80. Wong D, Baker C. Pain in children: Comparison of assessment scales. *Paediatric Nurse* 1988; 14: 9-17.
 81. Pasero CL. Using the Faces scale to assess pain. *American Journal of Nursing* 1997;97: 19-20.
 82. Carey SJ, Turpin C, Smith J, et al. Improving pain management in an acute care setting. The Crawford Long Hospital of Emory University experience. *Orthopaedic Nursing* 1997; 16: 29-36.
 83. Rodriguez C. Pain measurement in the elderly: A review. *Pain Management Nursing* 2001; 2: 38-46.
 84. Macintyre P, Read L. *Acute Pain Management: A Practical Guide* (2nd edition). London: W.B Saunders, 2001.
 85. Simons W, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 663-669.
 86. Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPUS 2 Scale : Evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care* 2001; 8: 191-194.
 87. Gloth FM, Scheve AA, Stober CV, et al. The Functional Pain Scale: reliability, validity, and responsiveness in an elderly population. *Journal of the American Medical Directors* 2001, 2: 110-114.
 88. Briggs M. Principles of acute pain assessment. *Nursing Standard* 1995; 9: 23-27.
 89. Drevdhal D, Taylor JY, Phillips DA. Race and ethnicity as variables in Nursing Research, 1995-2000. *Nursing Research* 2001, 50: 305-313.
 90. Papadopoulos I, Lees S. Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37: 258-264.
 91. Waddie N. Language and pain expression. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23:868-872.
 92. Uki J, Mendoza T, Cleeland CS, et al. A brief cancer pain assessment tool in Japanese: The utility of the Brief Pain Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998; 16: 364-373.
 93. Carr E. Evaluating the use of a pain assessment tool and care plan: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 30: 344-351.
 94. Reid N, Boore J. *Research Methods and Statistics in Health Care*. London: Edward Arnold, 1987.
 95. Kane E. *Doing your own Research: Basic Descriptive Research in the Social Sciences and Humanities*. London: Marion Boyars, 1984.
 96. Crookes P, Davies S. (eds.). *Research into Practice*. London: Bailliere, 1998.
 97. McCaffery M, Ferrell B. Nurses'knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management* 1997;14: 175-188.
 98. Acute Pain Management Guideline Panel: *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma: Clinical Practice Guideline*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 1992.

Recebimento: 08/11/04

Aprovado: 09/12/04