

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE RAZÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE DOR

Priscilla Hortense¹

Érika Zambrano²

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa³

O objetivo geral foi validar a escala de razão derivada para o contínuo não métrico de intensidade dos diferentes tipos de dor, por meio do método de emparelhamento intermodal. Foram utilizados os métodos de estimação de magnitude e de emparelhamento intermodal com a modalidade de resposta em comprimento de linhas. Participaram 30 pacientes ambulatoriais de diferentes clínicas, 30 médicos e 30 enfermeiros. Os resultados mostraram dor no câncer, dor por infarto do miocárdio, dor por cólica renal, dor por queimadura e dor no parto, considerados os tipos de dor de maior intensidade; as ordenações de posições da intensidade dos diferentes tipos de dor, comparando os diferentes métodos psicofísicos utilizados, resultaram em níveis de concordância significativos. Conclui-se que a relação entre as estimativas de magnitudes e as estimativas de comprimento de linhas é uma função de potência e a escala dos diferentes tipos de dor é válida, estável e consistente.

DESCRITORES: *medição da dor; psicofísica; dor*

VALIDATION OF THE RATIO SCALE OF THE DIFFERENTS TYPES OF PAIN

The main aim was to validate the ratio scale derived from the non-metric continuum of the intensity of the different types of pain using cross-modality matching. Magnitude estimation method and cross-modality matching were used with perceived line lengths. The study was formed by 30 outpatients from various specialty clinics, 30 physicians and 90 nurses. The results were: Cancer Pain, Myocardium Infarct Pain, Renal Colic, Burn Injury Pain, and Childbirth Labor Pain were regarded as the pains of greater intensity; the rank order of pain intensity for the different types of pain, comparing the different psychophysical methods used resulted in levels of significant agreement. The conclusion was that the relation between the magnitude estimates and cross modality matching estimates of the line-lengths is a power function, and the scale for the different types of pain is valid, stable and consistent.

DESCRIPTORS: *pain measurement; psychophysics; pain*

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RAZÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DOLOR

El objetivo general fue validar la escala de razón derivada para el continuo no métrico de intensidad de los diferentes tipos de dolor por medio del método de emparejamiento intermodal. Fueron utilizados los métodos de estimación de magnitud y de emparejamiento intermodal con la modalidad de respuesta en largo de líneas. Participaron 30 pacientes de ambulatorio de diferentes clínicas, 30 médicos y 30 enfermeros. Los resultados mostraron: Dolor en el Cáncer, Dolor por Infarto del Miocardio, Dolor por Cólico Renal, Dolor por Quemadura y Dolor en el Parto; que fueron considerados los tipos de dolor de mayor intensidad; el orden de las posiciones de la intensidad de los diferentes tipos de dolor, cuando se compara los diferentes métodos psicofísicos utilizados, resultó en niveles de concordancia significativa. Concluimos que la relación entre las estimativas de magnitudes y las estimativas de largo de líneas es una función exponencial y la escala de los diferentes tipos de dolor es válida, estable y consistente.

DESCRIPTORES: *medición del dolor; psicofísica; dolor*

¹ Doutor em Enfermagem, Professor, e-mail: prihrt@yahoo.com.br; ² Mestre em Enfermagem, Professor, e-mail: ez5871@yahoo.com.br. Centro Universitário de Araraquara, UNIARA, Brasil; ³ Professor Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: faleiros@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A dor constitui-se em problema a ser encarado pela equipe de saúde. Trata-se de sintoma que pode ter características agudas ou crônicas, propiciando o agravamento do estado de saúde se não aliviada adequadamente. No entanto, por ser fenômeno complexo e subjetivo, pode-se dizer que o indivíduo com dor é que deve ser tratado, respeitando sua totalidade e sua individualidade.

Ao reconhecer a importância da avaliação da dor, de seu manejo e controle, a Sociedade Americana de Dor estabeleceu esse sintoma como "o quinto sinal vital" e enfatiza que a avaliação da dor é tão importante quanto a avaliação dos outros quatro sinais vitais e que os profissionais da saúde necessitam registrar esse fenômeno. Sendo assim, faz-se necessário a utilização de escalas para produzir parâmetros de medida e, conseqüentemente, adequado controle da dor.

Os estudos sobre o fenômeno doloroso estão cada vez mais focados na complexidade de suas dimensões. A abordagem de outros aspectos, que não somente os sensitivos, facilita a compreensão desse fenômeno. A compreensão ampla e abrangente da percepção dolorosa se torna importante, na medida em que se volta para outros aspectos que não só a intensidade da dor, mas também para aspectos afetivos, motivacionais e avaliativos desse fenômeno.

O propósito da mensuração é assinalar valor a uma característica, traço ou estado. No caso da mensuração da dor, o propósito é assinalar um valor à dor vivenciada, e/ou percebida. A psicofísica é um ramo experimental da psicologia que lida com a mensuração e análise dos mecanismos e processos subjacentes às diferentes modalidades sensitivas e/ou perceptivas⁽¹⁾.

O valor do expoente fornece informações sobre as propriedades básicas da "entrada-saída" da dimensão sensorial e perceptual em questão; isso caracteriza a taxa pela qual um sistema de "saída", indexado pela sensação, cresce em função da "entrada" do estímulo. A função potência reza que o princípio de invariância entre as razões do estímulo e da sensação, que parece se aplicar a todos os sistemas sensoriais, é de fundamental importância para a sobrevivência do organismo, ou seja, o transdutor sensorial funciona como expensor da energia estimuladora quando necessário⁽²⁾.

O método de estimação de magnitude é baseado no julgamento de um indivíduo para uma série de estímulos, sendo um dos métodos mais utilizados para produzir escalas de razão. A idéia é emparelhar a intensidade percebida de um estímulo físico a outra modalidade perceptiva. É definido como sendo o processo de designar números proporcionais a estímulos sociais ou clínicos que reflitam a intensidade da resposta subjetiva. Esse método tem características importantes como estratégia de mensuração para conceitos subjetivos como a dor⁽³⁾.

Ao elaborar escalas de magnitudes, deve-se submetê-las a processos de validação psicofísica com o uso do método de emparelhamento intermodal, sendo esse desenvolvido especificamente para verificar os expoentes obtidos pelos métodos de estimação de razão ou de magnitude, segundo modalidades de resposta utilizadas.

O paradigma do emparelhamento intermodal fornece um método para confirmar a lei de potência, que verifica o expoente característico e que relaciona a magnitude do estímulo com a magnitude da resposta subjetiva. Dessa forma, em vez de os sujeitos combinarem números a intensidades de estímulos, os sujeitos utilizam o comprimento de linhas (trena) como modalidades de resposta. Assim, para escalonar a intensidade da dor, cada sujeito poderá ser orientado a apontar um tamanho na trema que corresponderia à sua intensidade de dor; quanto mais intensa a dor, maior o comprimento de linha⁽⁴⁾.

A psicofísica analisa os componentes sensoriais, hedônicos e cognitivos da dor e, desse modo, tem sido muito importante para aprimorar sua avaliação, principalmente porque fornece meios para a mensuração da percepção da dor nas suas diversas dimensões⁽⁵⁾.

O problema da avaliação e da mensuração da dor torna-se problema psicofísico que envolve a detecção, a discriminação e magnitude da resposta ao estímulo doloroso e, sendo assim, a psicofísica tem como suposição central que o sistema perceptual é instrumento de mensuração⁽⁶⁾.

A mensuração da dor tem sido considerada um grande desafio para aqueles que desejam controlá-la adequadamente, pois a dor é entendida como experiência perceptual complexa, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente. Desde que a dor tem sido operacionalizada em modos diferentes nos domínios de investigação com animais, com humanos, no

laboratório ou em situações clínicas, a integração do conhecimento originado desses domínios tem aumentado.

A busca pelo entendimento de como se dá o fenômeno doloroso, como ele é percebido por quem o sente e por quem o trata é resultante do objetivo principal que os profissionais da área possuem para procurar adequar o tratamento de acordo com a origem da dor, livre de interferências pessoais nesse processo.

OBJETIVOS

Objetivos gerais

- escalonar os diferentes tipos de dor existentes, comparativamente entre si, sendo que esses foram investigados por meio de diferentes métodos psicofísicos;
- validar a escala de razão derivada para o contínuo não métrico de intensidade dos diferentes tipos de dor por meio do método de emparelhamento intermodal.

Objetivos específicos

- verificar se as ordenações dos diferentes tipos de dor, derivadas dos dois métodos psicofísicos, são similares entre si;
- verificar a estabilidade e/ou equivalência da escala de razão, por meio de duas modalidades de respostas diferentes: numérica (estimativas de magnitude) e visual (comprimento de linhas).

MENSURAÇÃO DA DOR

Experimento – validação da escala de razão dos diferentes tipos de dor por meio do método de estimação de magnitude e de emparelhamento intermodal com a modalidade de resposta comprimento de linhas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado por esse comitê, após terem sido orientados de forma verbal sobre a pesquisa e seus objetivos e aceitarem participar da pesquisa.

Este estudo é de natureza quantitativa e tem caráter experimental, tendo como paradigma e referencial teórico a psicofísica⁽²⁻⁴⁾.

MÉTODO

Participantes: Participaram deste estudo 30 pacientes ambulatoriais de diferentes especialidades clínicas, acima de 18 anos, escolhidos como amostra de conveniência, que apresentavam ou não qualquer um dos diferentes tipos de dor estudados. E 60 profissionais da área da saúde, sendo 30 médicos e 30 enfermeiros, também escolhidos como amostra de conveniência, com especialidade em diferentes áreas. O local de estudo foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Material: caneta e blocos de papel contendo, na primeira página, instruções específicas para cada tipo de método psicofísico e, nas páginas seguintes, uma lista de 20 diferentes tipos de dor e suas respectivas definições. Além disso, foi utilizada uma trena profissional com 5 metros de comprimento.

Procedimento: os métodos psicofísicos utilizados foram o método de estimação de magnitudes numéricas e o método de emparelhamento intermodal, envolvendo o contínuo de resposta de comprimento de linhas.

O instrumento de coleta de dados foi construído utilizando-se os diferentes tipos de dor: lombalgia, cefaléia, dores articulares, dor por queimadura, dor por neuropatia periférica, dor relacionada a movimentos repetitivos, dor na AIDS, dor pós-operatória, dor no câncer, dor no parto, dor por desordem na articulação temporomandibular (ATM), dor por herpes-zoster, neuralgia do trigêmio, fibromialgia, dor por infarto do miocárdio, dor por cólica renal, dor por úlcera gástrica, dor por cólica biliar, dor por cólica menstrual e dor de dente. Para cada método utilizado foram feitas diferentes instruções.

As instruções dadas aos sujeitos, independente do contínuo de resposta empregado, requeriam que os julgamentos fossem realizados em termos de intensidade atribuída a um tipo de dor.

No método de estimação de magnitudes, a tarefa dos participantes consistiu em atribuir um número para cada tipo de dor que fosse proporcional à intensidade de dor que esse tipo possui, comparando-o com o estímulo padrão que foi lombalgia, com o valor numérico de 100. Por exemplo,

se o participante considerasse que um dado tipo de dor possuísse duas vezes mais intensidade que a lombalgia, deveria atribuir a ele um número duas vezes maior, ou seja, 200. Se o participante considerasse que um tipo de dor possuísse metade da intensidade da lombalgia, deveria atribuir para esse tipo de dor um número que fosse a metade, ou seja, 50.

No método de emparelhamento intermodal, envolvendo o contínuo de resposta de comprimento de linhas, a tarefa dos participantes consistiu em emparelhar um comprimento de linhas a cada tipo de dor que fosse proporcional à intensidade de dor que esse tipo possui, comparando-o ao estímulo padrão que foi lombalgia. Esse estímulo padrão tinha o comprimento de linha igual a 50cm. Por exemplo, se o participante considerasse que um tipo de dor possuísse duas vezes mais intensidade que a lombalgia, deveria emparelhar um comprimento de linha que fosse duas vezes maior que o estímulo padrão, ou seja, aproximadamente 100cm. Se o participante considerasse que um tipo de dor possuísse metade da intensidade da lombalgia, deveria emparelhar um comprimento que fosse a metade, ou seja, aproximadamente 25cm.

Cada sujeito estabeleceu duas estimativas para cada tipo de dor, uma para estimativa de magnitude e outra para comprimento de linhas. Os mesmos 90 sujeitos participaram das duas tarefas, sendo que essas foram apresentadas numa ordem

aleatória para cada um. Os participantes fizeram os julgamentos individualmente.

Para análise dos dados, foram calculados as médias geométricas e os desvios padrão das médias geométricas das estimativas de magnitudes e das estimativas dos emparelhamentos de comprimento de linhas. Foram estabelecidas as ordenações de posições de cada um dos diferentes tipos de dor para cada grupo de participantes, ou seja, pacientes ambulatoriais, médicos e enfermeiros. Adicionado a isso, foi calculado o expoente da função e o coeficiente de Kendall (W).

RESULTADOS

No grupo de pacientes ambulatoriais, os tipos de dor de maior intensidade, tanto no método de estimativa de magnitudes como no método de emparelhamento intermodal (comprimento de linhas), foram: dor no câncer, dor por infarto do miocárdio, dor na AIDS, dor por cólica renal, dor no parto e fibromialgia. No grupo de médicos, foram: dor no câncer, dor por cólica renal, dor no parto, dor por infarto do miocárdio e dor no nervo trigêmio. No grupo de enfermeiros, foram: dor no câncer, dor por cólica renal, dor por infarto do miocárdio, dor no parto e dor por queimadura (Tabela 1).

Tabela 1 - Média geométrica das estimativas de

magnitudes (EM) e estimativas de comprimento de linhas (CL) para os diferentes tipos de dor em ordem de posicionamento (OP), segundo pacientes ambulatoriais (PA), médicos (Méd.) e enfermeiros (Enf.)

Tipos de dor	PAEM	OP	PA CL	OP	Méd EM	OP	Méd CL	OP	Enf. EM	OP	Enf. CL	OP
Dor no câncer	277,80	1	98,50	1	345,72	2	135,45	1	335,81	1	125,13	1
Dor por infarto do miocárdio	225,20	2	84,60	2	265,57	5	110,33	4	279,69	3	115,92	3
Dor na AIDS	204,70	3	77,50	4	100,03	16	61,79	14	134,56	13	75,91	9
Dor por cólica renal	177,70	4	93,30	3	383,47	1	130,19	2	294,75	2	118,86	2
Dor no parto	152,60	5	64,50	6	330,39	3	116,48	3	275,53	4	104,47	4
Fibromialgia	135,00	6	70,20	5	74,70	20	42,00	19	136,98	11	79,06	8
Dor por cólica biliar	127,30	7	63,40	7	194,08	8	85,32	9	175,29	6	83,04	7
Dor por úlcera gástrica	110,80	8	61,20	8	156,53	11	76,70	10	146,68	8	74,41	10
Dor por queimadura	104,70	9	61,10	9	211,04	7	99,08	7	239,13	5	96,94	5
Neuralgia do trigêmio	104,50	10	47,80	14	268,74	4	105,92	5	115,66	17	68,02	14
Dor de dente	102,20	11	60,10	10	158,83	10	72,58	11	139,77	9	72,98	12
Lombalgia	100,00	12	50,00	13	100,00	17	50,00	17	100,00	19	50,00	20
Cefaléia	93,40	13	44,90	17	143,32	12	58,99	15	120,17	16	59,93	17
dor por desordem na ATM	92,60	14	46,20	15	123,21	14	62,86	13	123,39	14	66,45	16
Dor pós-operatória	87,00	15	53,70	11	177,17	9	87,87	8	173,70	7	89,28	6
Dor por neuropatia periférica	85,10	16	51,30	12	101,40	15	64,87	12	138,76	10	73,75	11
Dor por cólica menstrual	70,70	17	45,00	16	126,35	13	56,78	16	108,78	18	67,47	15
Dor por movimentos repetitivos	96,90	18	35,60	19	76,42	19	41,00	20	92,37	20	52,93	19
Dores articulares	58,00	19	36,20	18	82,66	18	47,55	18	122,67	15	58,80	18
Dor por herpes-zoster	42,60	20	27,80	20	222,12	6	101,14	6	136,80	12	72,44	13

A Tabela 1 também aponta os diferentes tipos de dor classificados como os tipos de menor intensidade. No grupo de pacientes ambulatoriais, os tipos de dor avaliados como de menor intensidade, tanto na estimação de magnitudes como no comprimento de linhas, foram dor por herpes-zoster, dores articulares, dor por movimentos repetitivos e dor por cólica menstrual; no grupo de médicos, foram: dor por movimentos repetitivos, fibromialgia, dores articulares e lombalgia; já no grupo de enfermeiros foram: lombalgia, dor por movimentos repetitivos, dores articulares e dor por cólica menstrual. Os resultados mostraram maiores divergências entre os grupos no que se refere às dores de menor intensidade.

O coeficiente de concordância de Kendall (W) foi aplicado às estimativas dos dois métodos utilizados, comparando a ordenação para os diferentes tipos de dor: para o grupo de pacientes ambulatoriais $W=0,87$, para o grupo de enfermeiros $W=0,81$ e para o grupo de médicos $W=0,86$. Isso indica que as ordenações de postos derivadas das duas estimativas são altamente concordantes, com $p<0,001$ estatisticamente significante.

Na Figura 1, as médias geométricas das estimativas dos comprimentos de linhas do grupo de pacientes ambulatoriais são projetadas em coordenadas logarítmicas, em função das correspondentes médias geométricas das estimativas numéricas para cada tipo de dor. Uma linha reta com uma inclinação (expoente da função de potência) de 1,40 foi constituída. Todavia, como o observador tende a restringir a amplitude de seus ajustamentos em função da variável que ele controla, foram projetadas, na Figura 2, essas médias em coordenadas invertidas, isto é, as estimativas de magnitudes em função das correspondentes estimativas de comprimentos de linhas para cada tipo de dor, tendo uma inclinação da reta de 0,66.

A escala psicofísica dos diferentes tipos de dor no grupo de pacientes ambulatoriais foi validada, sendo uma média geométrica dos expoentes igual a 0,96.

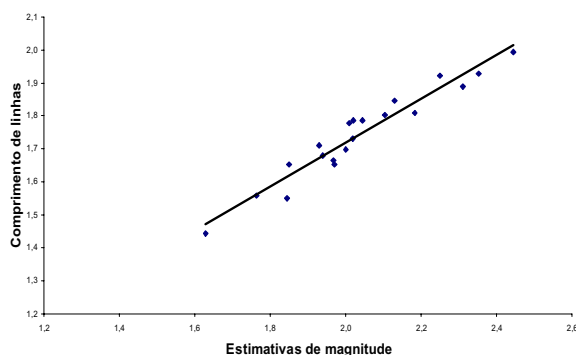


Figura 1 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas das estimativas de comprimento de linhas e os logaritmos das médias geométricas das estimativas de magnitudes, atribuídas aos diferentes tipos de dor, pacientes ambulatoriais, $r^2=0,94$

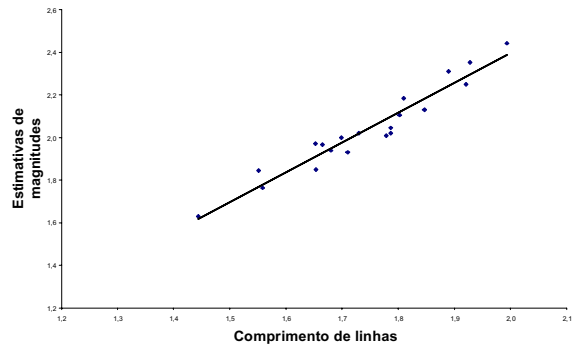


Figura 2 - Relação entre os logaritmos das médias geométricas das estimativas de magnitudes e os logaritmos das médias geométricas dos comprimentos de linhas, atribuídas aos diferentes tipos de dor, pacientes ambulatoriais, $r^2=0,94$

As médias geométricas das estimativas de comprimento de linhas do grupo de médicos foram projetadas em coordenadas logarítmicas em função das correspondentes médias geométricas das estimativas numéricas para cada tipo de dor. Uma linha reta com inclinação (expoente da função de potência) de 1,34 foi constituída. Da mesma forma, essas médias foram apresentadas em coordenadas invertidas, isto é, as estimativas de magnitudes em função dos correspondentes comprimentos de linhas para cada tipo de dor, tendo inclinação da reta de 0,70. As respectivas figuras não foram apresentadas neste texto, no entanto, apresentam as mesmas características das figuras anteriores.

A escala psicofísica dos diferentes tipos de dor no grupo de médicos foi validada, sendo a média geométrica dos expoentes igual a 0,96.

No grupo de enfermeiros, as médias geométricas das estimativas de comprimento de linhas foram projetadas em coordenadas logarítmicas, em função das correspondentes médias geométricas das estimativas numéricas para cada tipo de dor. Uma linha reta com inclinação (expoente da função de potência) de 1,42 foi constituída. Essas médias estão em coordenadas invertidas, isto é, as estimativas de magnitudes em função dos comprimentos de linhas para cada tipo de dor, tendo inclinação da reta de 0,65. As respectivas figuras não foram apresentadas neste texto, no entanto, apresentam as mesmas características das figuras anteriores.

A escala psicofísica dos diferentes tipos de dor no grupo de enfermeiros foi validada, sendo a média geométrica dos expoentes igual a 0,96.

O valor do expoente, para os três grupos estudados, foi de 0,96. Tais valores foram próximos daquele predito, ou seja, 1,00, quando eram envolvidos, diretamente, emparelhamento de comprimento de linhas e estimação de magnitudes. A comprovação da equivalência entre o expoente empírico e o predito numa tarefa de calibração, envolvendo diretamente sensações entre duas modalidades, constitui-se em forte evidência da validade do método de estimação de magnitudes e, por consequência, da lei de potência ou lei de Stevens⁽⁴⁾.

A relação entre as estimativas de magnitudes e as estimativas do emparelhamento de comprimento de linhas é uma função de potência com um expoente não significativamente diferente de 1,00. A concordância entre esses valores escalares é elevada, indicando que as escalas são homogêneas e consistentes.

DISCUSSÕES

Um instrumento ideal para avaliação e mensuração da dor deve atingir os seguintes critérios: ter propriedades de uma escala de razão, fornecer informação imediata sobre a acurácia e a fidedignidade do desempenho dos sujeitos sobre as respostas escalares geradas, ser simples de usar em pacientes com dor, em contextos clínicos e de pesquisa, ser sensível às mudanças na intensidade da dor, ser capaz de avaliar as dimensões sensitivas e afetivas da dor, ser útil tanto para a dor experimental quanto para a dor clínica e permitir comparações confiáveis entre ambos os tipos de dor⁽⁷⁾.

A ação do sufentanil intradérmico, utilizado com e sem lidocaína para tratamento de dor induzida por estímulo térmico, foi estudada por meio do método de estimação de magnitudes. Participaram nove voluntários saudáveis. Os participantes receberam cinco estímulos térmicos no antebraço em diferentes temperaturas, que variaram de 44 a 52°C, para os quais estimavam a intensidade de dor. Após os estímulos recebiam solução salina, ou lidocaína, ou sufentanil e/ou sufentanil + lidocaína; então, avaliava-se novamente a dor nos tempos: 6, 30, 60, 90, 120 e 150 min após a injeção do medicamento. Os resultados mostraram que, aos 6 min após a administração dos medicamentos, os locais onde

foram administrados a lidocaína e a lidocaína + sufentanil, obtiveram média de 83% menos dor do que nos outros locais. Entretanto, não houve diferença na sensação dolorosa nos locais onde foram aplicados a lidocaína e lidocaína + sufentanil, ou entre os locais onde foram aplicados o sufentanil e a solução salina. Aos 30 e 60 min esses escores de dor foram menores, 38 e 20%, respectivamente, na utilização da lidocaína em comparação com a solução salina e o sufentanil. Aos 90min e nos subseqüentes, os escores de dor voltaram aos anteriores à administração dos medicamentos. Esses resultados sugerem que o sufentanil intradérmico não tem efeito analgésico. E que, em combinação com a lidocaína, o sufentanil nem potencializa nem prolonga o efeito analgésico desse medicamento⁽⁸⁾.

Pode-se ressaltar, nesse estudo, a utilização do método psicofísico estimação de magnitudes, o qual gera uma escala de razão, possibilitando conhecer quanto uma dor é maior ou menor do que outra.

A percepção de dor térmica e do desconforto foi estudada comparando dois grupos, os sul-asiáticos (Índia, Paquistão e Bangladesh) e ingleses brancos. Participaram 40 homens, sendo 20 de cada etnia. Para isso, utilizaram o teste sensorial quantitativo que define não somente o estímulo, mas também a resposta. O estímulo térmico foi aplicado no antebraço e foi solicitado aos participantes que analisassem por meio de estimação de magnitude o limiar de detecção do frio, do calor e o limiar de dor pelo frio e pelo calor. Além desse método, foi utilizado o limiar de detecção sensorial por meio do método dos limites ascendentes, à medida que se detectasse mudança na temperatura, era solicitado ao participante dar um sinal (a temperatura variou de 8 a 50°C). Utilizou-se também a medida da intensidade e do desconforto de dor com escala numérica de 0-100 para estímulos térmicos de 46, 47, 48 e 49°C. Os resultados mostraram que não houve diferenças na percepção do frio e do calor entre os dois grupos. Entretanto, houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos para o limiar e a intensidade de dor pelo calor, os sul-asiáticos demonstraram menor limiar de dor pelo calor e maior sensibilidade à dor. A percepção da intensidade, a expressão e o relato da dor são influenciados pelo ambiente social e cultural⁽⁹⁾.

Desse mesmo modo, o presente estudo valida a escala para a percepção dos diferentes tipos de dor para o nosso país e mais precisamente para a

nossa região, apontando as dores consideradas de maior intensidade e as dores consideradas de menor intensidade.

Um outro estudo⁽¹⁰⁾ investigou os descritores de maior e de menor atribuição à dor crônica por meio dos métodos psicofísicos de estimação de magnitude e emparelhamento intermodal, na modalidade de resposta em comprimento de linhas. Em um primeiro experimento, foi utilizado o método de estimação de magnitudes em que 30 profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) avaliaram 100 descritores de dor. Desse experimento, foram selecionados 15 descritores dentre várias posições. Esses foram apresentados em um segundo experimento a outros 30 profissionais da área que avaliaram por meio dos dois métodos psicofísicos. Os resultados mostraram que os descritores que mais descrevem a dor crônica na nossa cultura são depressiva, persistente e angustiante e aqueles que menos representam a dor crônica são agressiva, intensa e compressiva, tanto no método de estimação de magnitude quanto no emparelhamento intermodal. O coeficiente de Kendall foi calculado, sendo $W=0,99$, mostrando que as ordenações derivadas dos dois métodos são altamente concordantes.

CONCLUSÕES

- A dor no câncer, a dor por infarto do miocárdio, a dor por cólica renal, a dor por queimadura e a dor no parto foram considerados os tipos de dor de maior intensidade, independente do método psicofísico utilizado ou da amostra estudada;
- A dor por movimentos repetitivos, dores articulares, dor por cólica menstrual e a lombalgia foram considerados os tipos de dor de menor intensidade;
- Os valores de Kendall (W) para os três grupos indicaram que as ordenações de postos derivadas das duas estimativas foram altamente concordantes, com $p<0,001$, estatisticamente significativa;
- A relação entre as estimativas de magnitudes e as estimativas de emparelhamento de comprimento de linhas é uma função de potência e a escala dos diferentes tipos de dor é válida, estável e consistente, pois o expoente obtido nas diferentes amostras estudadas foi igual a 0,96 para todas elas; tal expoente não foi significativamente diferente do expoente predito (1,00).

REFERÊNCIAS

1. Faleiros Sousa FAE, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Rev Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica 2005 janeiro/fevereiro/março; 6(1):469-513.
2. Stevens SS. Psychophysics: introduction to its perceptual, neural and social prospects. New York: Wiley; 1975.
3. Sennott-Miller L, Murdaugh C, Hinshaw AS. Magnitude estimation: issues and practical application. West. J Nurs Res 1988; 10(4): 414-24.
4. Stevens JC, Mack JD, Stevens SS. Growth of sensation on seven continua as measured by force of handgrip. J Exp Psychol 1960; 59:60-7.
5. Faleiros Sousa FAE, Silva JA. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. Rev Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica 2004 outubro/novembro/dezembro;

- 5:408-29.
6. Da Silva JA, Ribeiro-Filho NP. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora; 2006.
7. Gracely RH, Dubner R. Pain assessment in humans: a reply to Hall. Pain 1981;11:109-20.
8. Hartmannsgruber MWB, Atanassof PG, Budde A, Brull SJ, Kain ZN, Silverman DG. Intradermal sufentanil does not improve lidocaine-induced local anesthesia. Can J Anesth 2003 February; 50(2):153-8.
9. Watson PJ, Latif RK, Rowbotham DJ. Ethnic differences in thermal pain responses: a comparison of South Asian and White British healthy males. Pain 2005 November; 118(1-2):194-200.
10. Sant'Ana RPM, Pereira LV, Saltarelli S, Faleiros Sousa FAE. Chronic pain descriptors: a psychophysical study. Fechner Day 2004; 20:512-7.