

Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência

José Eduardo Martinez¹, Daphine Centola Grassi², Laura Gasbarro Marques²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação de dor em três ambientes hospitalares. **Metodologia:** Foram estudados 60 pacientes com dor musculoesquelética atendidos no Conjunto Hospitalar de Sorocaba: enfermaria da Ortopedia, ambulatório de Reumatologia e Unidade Regional de Emergência (Pronto-socorro). **Questionários:** Inventário breve de dor (BPI); questionário McGill de Dor (MPQ); escala visual analógica para dor (EVA). **Resultados:** Na urgência, houve um predomínio do gênero masculino com média de idade de 35 anos. No ambulatório, foram entrevistados 18 homens com idade média de 42 anos e duas mulheres com idade média de 55 anos. Na enfermaria, predominavam os homens com idade média de 30,7 anos. No pronto-socorro e na enfermaria, a duração foi menor para a EVA e maior para o MPQ. A duração para a EVA foi menor e não diferiu com relação aos locais. Na enfermaria e no pronto-socorro, a preferência dos pacientes recaiu pelo BPI sendo que, na enfermaria, a EVA foi segunda opção. No ambulatório, a preferência dos pacientes recaiu sobre o BPI (80%) seguido do MPQ e os entrevistadores se dividiram igualmente entre esses mesmos questionários. No pronto-socorro, a preferência dos entrevistadores foi pelo BPI (40%), os restantes foram divididos igualmente. Houve uma prevalência maior de concordância do que de discordância das preferências entre pacientes e entrevistadores. **Conclusão:** Os instrumentos multidimensionais para avaliação da dor têm limitações em sua aplicabilidade no cotidiano da assistência hospitalar à saúde.

Palavras-chave: medição da dor; assistência à saúde; questionário de avaliação de dor.

[Rev Bras Reumatol 2011;51(4):299-308] ©Elsevier Editora Ltda

INTRODUÇÃO

Dor é conceituada pela Associação Internacional de Estudos da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”.¹

Embora a avaliação da dor tenha um componente subjetivo, tem-se procurado criar instrumentos para uniformizar o acompanhamento dos pacientes portadores de doenças ou lesões com características álgicas.

Os instrumentos utilizados são constituídos por questionários e índices para quantificar a intensidade da dor, seu impacto nas atividades do dia a dia e na qualidade de vida, além de descrever suas demais características clínicas. Eles podem ser classificados em: unidimensionais ou multidimensionais. Os chamados unidimensionais analisam apenas uma característica, em geral a intensidade. Os multidimensionais avaliam a dor em mais de uma das dimensões citadas anteriormente.^{2,3}

Os instrumentos unidimensionais são vantajosos por sua aplicação fácil e rápida e ainda de baixo custo. Enquanto que os instrumentos multidimensionais possuem a vantagem de

Recebido em 15/09/2010. Aprovado, após revisão, em 30/04/2011. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse. Comitê de Ética: 0009.0.154.000-08. Suporte Financeiro: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Brasil.

1. Doutor em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; Professor Titular do Departamento de Medicina da PUC-SP

2. Acadêmica de Medicina da PUC-SP

Correspondência para: José Eduardo Martinez. Rua Portugal, 63 Sorocaba, SP, Brasil. CEP: 18045-280. E-mail: jemartinez@terra.com.br

conseguir avaliar a dor em toda a sua complexidade como, por exemplo, intensidade, localização e qualidades afetivas e sensoriais da dor.⁴

Os instrumentos unidimensionais são utilizados frequentemente na mensuração da intensidade da dor. Dentre eles podemos citar as escalas numéricas, nominais e analógico-visuais. As escalas ordinais numéricas são de fácil aplicação, já que o ser humano está em contato com números desde a sua infância.⁴

Da mesma forma, as escalas nominais são muito úteis, já que os adjetivos utilizados são de fácil entendimento pelas pessoas e que podem expressar a dor de forma qualitativa com precisão. Elas utilizam categorias do tipo leve, moderada e severa. O limite entre cada categoria é deixado a critério do paciente avaliado. Isso se mostra uma fragilidade nessa metodologia, já que as pessoas avaliadas tendem a optar pelos extremos da escalas, prejudicando seu resultado.⁵⁻⁷

A escala visual analógica (EVA) é constituída por uma linha de 10 cm que tem, em geral, como extremos as frases “ausência de dor e dor insuportável”. Apesar das vantagens já apontadas, idosos e crianças, às vezes, sentem dificuldades em utilizá-la devido à abstração necessária para sua compreensão. Nessa população específica, existem instrumentos propostos que usam outros recursos visuais como desenhos representando expressões faciais.⁶

Os instrumentos multidimensionais avaliam várias dimensões da dor, como as seguintes: sensitivo-discriminativa que diz respeito a características espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vivacidade da dor; afetivo-motivacional, que trata de sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas e, finalmente, avaliativas, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo. No entanto, é importante considerar que fatores sensoriais, emocionais e culturais podem influenciar na sua interpretação e resposta.^{3,4,8}

A utilização desses questionários tem se incorporado nas rotinas de atendimento. A variedade desses instrumentos faz que com que haja a necessidade de uma análise de sua aplicabilidade nos vários cenários de clínicas. A condição clínica e a natureza do atendimento poderiam implicar diferença de aplicabilidade dos vários instrumentos e, portanto influenciar na escolha de qual usar de acordo com a situação.

O objetivo desse estudo é avaliar a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação de dor em cada um dos seguintes ambientes hospitalares: Pronto Socorro da Ortopedia, Ambulatório de Reumatologia e Enfermaria de Ortopedia. Serão avaliados os aspectos: duração de aplicação e preferência de pacientes e entrevistadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Casuística

Foram estudados 60 pacientes com queixa de dor musculoesquelética (aguda ou crônica) atendidos nas seguintes unidades do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS): enfermaria da ortopedia (20 pacientes), ambulatório de reumatologia (20 pacientes) e Unidade Regional de Emergência (URE) (20 pacientes).

Crítérios de exclusão

Incapacidade física e intelectual para responder os questionários aplicados; manifestação voluntária do desejo de não participar no estudo.

Instrumentos aplicados³

- 1 - Inventário Breve de Dor - forma reduzida (*Brief Pain Inventory* - BPI): Instrumento multidimensional, que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas.
- 2 - Questionário McGill de Dor (*McGill Pain Questionnaire* - MPQ): Instrumento multidimensional que avalia vários aspectos da dor por meio de palavras (descritores) que o paciente escolhe para expressar a sua dor. Os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea. O índice numérico de descritores é o número de palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar a sua dor, sendo, no máximo, uma palavra de cada subgrupo com o valor máximo de 20. Já o índice de dor é calculado pela somatória dos valores de intensidade de cada descritor (0-5), tendo este o máximo de 78. MPQ conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto a sua periodicidade e duração.
- 3 - Escala visual analógica (EVA) para dor (*Visual Analogue Scale* - VAS): Instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade da linha é marcada “nenhuma dor” e na outra “pior dor imaginável”. Pede-se, então, para que o paciente avalie e marque na linha a dor presente naquele momento.

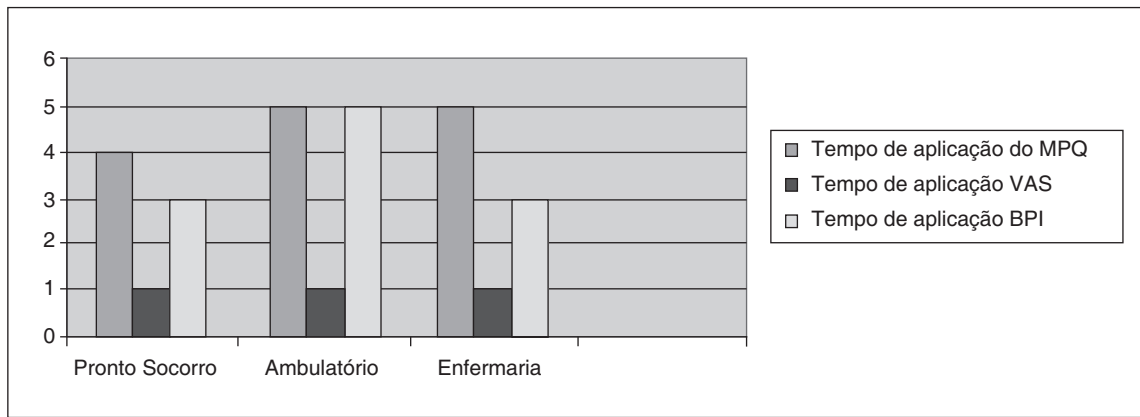


Figura 1

Duração de aplicação de cada um dos questionários nos três locais de aplicação.

MPQ: Questionário McGill de Dor; EVA: Escala Visual Analógica de dor; BPI: Inventário Breve de Dor.

Métodos de aplicação

Os questionários foram aplicados na sala de espera do Ambulatório e URE, e na Enfermaria no leito do paciente. A ordem utilizada foi: EVA, BPI e MPQ.

Variáveis

Tempo de aplicação, preferência de pacientes e entrevistadores com relação a qual instrumento deveria ser aplicado com base no entendimento das questões pelos entrevistados.

Métodos estatísticos utilizados

Utilizou-se a análise de variância de Friedman (Siegel, 2006)¹⁹ com o objetivo de comparar os valores dos MPQ, EVA e BPI com relação ao tempo de aplicação. Essa análise foi feita, em separado, para pronto-socorro, enfermaria e ambulatório. A análise de variância de Kruskal-Wallis (Siegel, 2006)¹⁹ foi utilizada para comparar o resultado das variáveis estudadas em cada um dos setores avaliados: pronto-socorro, enfermaria e ambulatório. Essa análise foi realizada, em separado, para as escalas MPQ, EVA e BPI. O teste do Qui-quadrado foi aplicado com a finalidade de comparar as preferências dos pesquisadores e respectivos pacientes quanto a qual escala é a ideal.

Em todos os testes fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de significância.

Ética

Este projeto e o termo de consentimento livre e esclarecido foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUCSP.

RESULTADOS

O grupo do pronto-socorro foi composto por 20 pacientes, com predomínio de homens (15), com média de idade de 35 anos para os homens (mediana: 28; valor mínimo 19 - valor máximo 64) e 47 para as mulheres (mediana: 38; valor mínimo 27 - valor máximo 80). No ambulatório, foram entrevistados 18 homens e 2 mulheres. Os homens apresentam média de idade de 42 anos (mediana: 37,5; valor mínimo 20 - valor máximo 69). As mulheres apresentam 69 e 52 anos. Na enfermaria, predominaram também os homens (16) com média de idade de 30,5 anos (mediana: 32,5; valor mínimo 18 - valor máximo 61), sendo quatro mulheres com média de idade de 55,2 anos (mediana: 45; valor mínimo 40 - valor máximo 80). Assim, a média de idade dos 60 pacientes estudados foi de 35,6 anos, sendo a maioria do sexo masculino (49 pacientes - 81,6%).

Com relação ao tempo de aplicação dos questionários no pronto-socorro, a média de duração para os três instrumentos foi de 4 minutos para o MPQ, 1 minuto para a EVA e 3 minutos para o BPI. No ambulatório, os resultados dessa variável mostraram 5 minutos para MPQ, 1 minuto para EVA e 5 minutos para o BPI. Na enfermaria, a duração de aplicação foi de 5 minutos para o MPQ, 1 minuto para a EVA e 3 minutos para o BPI. Observa-se que no pronto-socorro e na enfermaria a duração de aplicação foi menor para a EVA, intermediário para o BPI e maior para o MPQ, sendo que apenas no ambulatório o MPQ e BPI se igualaram. A duração da aplicação da EVA foi menor que dos outros questionários e essa duração não diferiu com relação aos locais de entrevista (Figura 1).

Tabela 1

Distribuição dos questionários segundo a preferência de pacientes e médicos nos três locais de aplicação

Questionário/Local		Pronto-socorro	Ambulatório	Enfermaria
MPQ	Pacientes	10%	20%	17%
	Entrevistadores	30%	50%	0%
EVA	Pacientes	40%	0%	28%
	Entrevistadores	30%	0%	0%
BPI	Pacientes	50%	80%	55%
	Entrevistadores	40%	50%	100%

MPQ: Questionário McGill de Dor; EVA: Escala Visual Analógica de dor; BPI: Inventário Breve de Dor.

Pacientes e entrevistadores foram perguntados sobre qual questionário preferiam, levando-se em conta o grau de compreensão e facilidade para responder. O BPI foi escolhido por 55%, 50% e 80% dos pacientes, respectivamente na enfermaria, no pronto-socorro e no ambulatório. A EVA teve a preferência de 28% e 40%, respectivamente na enfermaria e no pronto-socorro. Nenhum paciente preferiu a EVA no ambulatório. Já o MPQ foi preferido por 17%, 10% e 20% dos pacientes, respectivamente no ambulatório. Tanto pacientes como entrevistadores não mostraram opção pela EVA no ambulatório. No pronto socorro, a preferência dos entrevistadores foi pelo BPI (40%); os 60% restantes foram divididos igualmente entre os outros dois questionários (30% em cada). No ambulatório, BPI e MPQ dividiram igualmente a preferência dos entrevistadores. Já na enfermaria todos os entrevistadores preferiram o BPI. A análise estatística mostrou que, em todos os ambientes, houve maior concordância do que discordância das preferências entre pacientes e entrevistadores (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A dor é considerada uma experiência pessoal e subjetiva, e sua percepção é de caráter multidimensional; diversa tanto na qualidade quanto na intensidade sensorial, sendo ainda influenciada por variáveis afetivo-emocionais.²

O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde. Existe ainda o reconhecimento de que a dor não tratada pode afetar adversamente o bem-estar do paciente, pode evoluir para um estado de dor persistente (crônica), de longo prazo e, obviamente, com custos financeiros e sociais.^{3,4}

A dor afeta milhões de pessoas em todo o mundo e se mostra como o principal motivo de consultas médicas. Vários

estudos demonstram que, apesar do desenvolvimento de numerosos medicamentos analgésicos, muitos pacientes ainda vivenciam dores intensas.^{5,6} A maioria dos profissionais de saúde desconhece o impacto da dor sobre o paciente. De fato, a subestimação da dor do indivíduo, bem como a subprescrição e a não administração de medicamentos têm-se mostrado como fatores contribuintes para esse atual problema médico.

A falta de conhecimento é apontada como um fator-chave no controle ineficaz da dor. Médicos e enfermeiros frequentemente demonstram concepções inadequadas com relação aos opioides no que diz respeito ao risco de vício, dependência física, tolerância e efeitos colaterais.⁷

As escalas unidimensionais ainda se mostram insatisfatórias, uma vez que se limitam a um único aspecto de dimensão da dor. No caso do nosso trabalho, a escala unidimensional utilizada foi a EVA, a qual se limita em avaliar apenas a intensidade da dor no presente momento. As análises que utilizam apenas escalas unidimensionais são simples e limitadas; já que desconsideram outros aspectos tão importantes quanto a intensidade. Aspectos como a localização da dor; características sensoriais, afetivas, impacto da dor no bem-estar do paciente; uso de medicamentos e alívio da dor com o uso dos mesmos, e muitas outras características que são possíveis serem analisadas em escalas multidimensionais merecem ser avaliadas.⁵⁻⁹

O BPI, em sua forma reduzida, por ser um instrumento multidimensional, permite a avaliação da dor em diversos aspectos como: localização, intensidade da dor, comparação entre os extremos de intensidade de dor, avalia tratamento e o alívio trazido pelo tratamento e impacto no cotidiano do paciente. Além de conter itens de importante avaliação como idade e sexo.

O MPQ permite uma análise bastante ampla da dor do paciente por avaliar diversos aspectos da dor. Avalia descritores verbais individualmente e em sua totalidade. Possui propriedades temporais da dor. Avalia também a sua localização no diagrama

corporal. E analisa de forma simples e objetiva a intensidade de dor presente. Os seus pontos fracos são: o tempo de aplicação, que é muito longo, e os descritores verbais de difícil compreensão pelos pacientes dos setores pesquisados.¹⁰⁻¹²

A EVA é de fácil e rápida aplicação. Tem fácil entendimento pelo paciente, sendo uma forma adequada para estimar a intensidade da dor presente. Sendo, porém, um instrumento unidimensional, analisa apenas a intensidade da dor, desconsiderando quaisquer outros aspectos dessa dor.⁵⁻⁷

A discrepância com relação aos resultados decorre do fato de que apesar dos três questionários serem usados para avaliar clinicamente a dor, eles medem aspectos diferentes desse sintoma.

A intensidade é a característica mais importante em termos de seguimento e se torna o parâmetro de melhora ou piora procurado por médicos e pacientes. Seu uso se tornou disseminado.^{5,6,13,14} Acredita-se, porém, que, em muitos casos, as demais características da dor devem ser levadas em conta. Sua facilidade e rapidez de aplicação sugerem uma indicação em serviços de emergência.

Já o MPQ se concentra em uma lista de descritores que são classificados em sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea. Sua principal característica é ser de natureza qualitativa, embora os índices gerados recebam um tratamento quantitativo.^{10,12} Transformar variáveis qualitativas (descritores) em quantitativas (índices) pode ser motivo de críticas e nem sempre refletir o que se espera em uma avaliação clínica. A natureza qualitativa predominante favorece estudos científicos e dificulta seu uso na clínica diária.¹⁴⁻¹⁸

O BPI analisa as principais características clínico-prope-dêuticas e o impacto pessoal da dor. Seus elementos envolvem os itens que geralmente são usados em consultas médicas para o diagnóstico e acompanhamento e por isso, talvez, tenha sido preferido por médicos e pacientes. Sua utilização pode ser particularmente útil no setor primário e secundário de assistência à saúde, principalmente no acompanhamento de doenças crônicas.¹⁷

Nos vários cenários de atendimento, o BPI teve a preferência de médicos e pacientes levando-se em conta que é multidimensional, portanto, mais completo, de fácil compreensão e aplicabilidade. Por outro lado, quando só a intensidade é suficiente para uma avaliação médica deve-se usar a EVA. Farrar *et al.*,¹⁸ em artigo recente, concluem que é a intensidade da dor que melhor determina a variação de piora e melhora no tratamento de síndromes dolorosas.

Conclui-se que, apesar dos instrumentos multidimensionais fornecerem dados mais amplos sobre a dor, apresentam também algumas limitações: quanto à sua aplicação e, às vezes,

tais instrumentos consistem em questionários muito longos, tornando-os de difícil aplicação em pacientes em estado grave. Nesse sentido, nos ambientes de atendimento de dor aguda, deve-se priorizar apenas a avaliação da intensidade da dor.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Chapman CR. Pain measurement: an overview. *Pain* 1985; 22:1-31.
2. Scott PJ, Ansell BM, Huskisson EC. Measurement of pain in juvenile chronic polyarthritis. *Ann Rheum Dis* 1977; 36:186-7.
3. Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.) *Dor conceitos gerais*. São Paulo: Limay 1994; 46-56.
4. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2:1127-31.
5. Gift AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. *Nurs Res* 1989; 38:286-8.
6. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986; 27:117-26.
7. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement. *Pain* 1994; 58:387-92.
8. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971; 34:50-9.
9. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain* 1989; 36:339-50.
10. Boreau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill pain questionnaire (M.P.Q.) versions. *Pain* 1992; 50:59-65.
11. Kremer E, Atikson JH, Ignelzi RJ. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain* 1981; 10:241-8.
12. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 1996; 30:473-83.
13. American Chronic Pain Association. Available at: <http://theacpa.org>. Accessed Aug 6, 2001.
14. The American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Anesthesiology* 1997; 84(4):995-2004.
15. Cline DM. Management of patients with chronic pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency medicine, a comprehensive study guide*. 5th edition. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 274-80.
16. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002; 20(3):165-9.
17. Rogers C, Thompson TL. Pain problems in primary care medical practice. In: Tollison CD, Satterthwaite JR, Tollison JW, editors. *Handbook of pain management*. 2nd edition. Baltimore (MD): Williams and Wilkins; 1994.
18. Farrar JT, Pritchett YI, Prakash A, Chappell A. The clinical importance of changes in the 0 to 10 Numeric Rating Scale for worst, least and average pain intensity: analyses of data from clinical trials of duloxetine in pain disorders. *J Pain* 2010; 11:109-18.
19. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p 448.