

ANÁLISE DAS ESCALAS DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA

ANALYSIS OF THE PAIN SCALES: LITERATURE REVIEW

Fabiana Coêlho da Silva¹ e Paulo César Porto Deliberato²

¹ Fisioterapeuta formada pela Universidade de Cuiabá – UNIC.

² Professor mestre das disciplinas de Ciências do Movimento e Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS.

RESUMO

A dor é uma sensação perceptiva e subjetiva, que cria impotência, medo e diminuição da qualidade de vida do ser humano. O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão das publicações referentes às escalas de dor, analisando-as. A pesquisa da literatura foi realizada por meio das bases eletrônicas de dados Scielo e Lilacs. Apesar de existirem poucos estudos demonstrando a eficácia e a precisão das escalas de dor, o seu uso parece ser a forma mais adequada e confiável de avaliar a dor.

Palavras-chave: dor, escalas de dor, eficácia.

ABSTRACT

Pain is a perceptual and subjective feeling, that creates impotence, fear, and decreased quality of life of human beings. The objective of this study was to present a review of publications regarding the pain scales, analyzing them. The literature research was carried out through by means of the electronic databases Scielo and Lilacs. Although there are few studies demonstrating the effectiveness and the precision of the pain scales, its use seems to be the best and most reliable way to evaluate pain.

Keywords: pain, pain scales, effectiveness.

I. INTRODUÇÃO

A dor só foi definida quando a *International Association for the Study of Pain* forneceu, oficialmente, sua classificação e descrição. O precursor da abordagem da dor foi John Bonica, com seu texto clássico de 1953, atualizado em 1990. Bonica introduziu o conceito de que a dor é uma entidade patológica específica, e não apenas um sintoma (CAILLIET, 1999).

Dor, do latim *dolere*, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Trata-se de uma impressão penosa, provocada por lesão ou por estados anormais do organismo (TORRES, 2006).

É considerada uma sensação perceptiva e subjetiva, de etiologia variada, que cria impotência funcional, medo, comprometimento psicológico, e se traduz na diminuição da qualidade de vida do ser humano, sensibilizando e afetando também seus familiares (GABRIEL, PETIT & CARRIL, 2001). A qualidade de vida é uma das maiores preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que pode ser relacionada à saúde e entendida como a determinação do impacto pessoal, social, físico e psicológico imposto pela doença. Dessa forma, muitos profissionais da saúde

passaram a se preocupar com as repercussões das doenças na vida dos indivíduos (GASHU *et al.*, 2001).

A intensidade da dor é percebida de forma distinta por cada sujeito, sendo modificada pela personalidade do indivíduo. Os estados de ansiedade potencializam a dor, aumentam sua percepção e diminuem sua tolerância, gerando tensão muscular, o que produz o círculo “dor-tensão-dor”; isso conduz ao pensamento de que, de forma alheia a uma causa orgânica, é certo que vários elementos incidem sobre a dor (GABRIEL, PETIT & CARRIL, 2001).

Neste aspecto, a dor é dividida em quatro tipos: **dor somática superficial**, que decorre da estimulação de nociceptores do tegumento, apresentando-se como sensação localizada de picada, pontada, laceração, queimação, é decorrente de trauma, queimadura e processo inflamatório; **dor somática profunda**, que resulta da ativação nociceptiva dos músculos, fâscias, tendões, ligamentos e articulações, apresentando localização imprecisa, é descrita como dolorimento, dor surda, dor profunda, câibra, e pode manifestar-se como dor irradiada; **dor visceral**, que decorre de nociceptores viscerais, tem as características da dor somática profunda, tendendo a acentuar-se com a solicitação do órgão acometido; **dor irradiada**, também

chamada de referida, é sentida à distância de sua origem (local da lesão), em estruturas inervadas pela mesma raiz nervosa (TORRES, 2006).

As abordagens ao fenômeno doloroso que consideram a descrição verbal que o paciente faz permitem investigar uma variedade maior de aspectos da dor. Além de sua intensidade, as dores clínicas precisam ser avaliadas pelo menos em três outros aspectos: **suas qualidades sensoriais e discriminativas**: são as que abordam os aspectos qualitativos espaciais, temporais, de calor e pressão da dor; **sua resposta afetiva e motivacional**: é representada pelas reações emocionais e autonômicas que a dor pode provocar; e **seus aspectos de avaliação cognitiva**: é aquela que traz a capacidade do indivíduo em perceber e avaliar a importância subjetiva da vivência de um quadro doloroso, comparando-o com suas experiências anteriores. São essas três grandes dimensões que parecem recobrir a experiência dolorosa (AGNE, 2004).

A dor é um conceito muito antigo, porém somente no final dos anos 1950 do século XX alguns instrumentos foram desenvolvidos a fim de quantificar os sintomas somáticos, atribuindo valores através da percepção subjetiva do ser humano (CASTINHEIRAS NETO, 2009).

Dentre os instrumentos para quantificar a dor, utilizam-se os seguintes: escala analógica visual (EVA): escala numérica, variando de 0 a 10 (sendo 0 sem dor; 5, dor moderada; e 10, pior dor) para identificar a intensidade da dor; escala descritiva (variando de “sem dor” até “dor insuportável”), descrevendo o estresse causado pela dor (TORRES, 2006).

Por ser uma sensação desagradável, a dor representa uma experiência emocional, que leva à diminuição da qualidade de vida, sendo necessário que os instrumentos de medida da dor apresentem resultados confiáveis e seguros. Por esse motivo, foi abordado esse tema.

O objetivo deste estudo, portanto, foi apresentar uma revisão das publicações referentes às escalas de dor, analisando-as.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo por meio de revisão de artigos científicos, de 1996 a 2009, com bases de dados (SciELO¹ e Lilacs²), no período de fevereiro a junho de 2009. A pesquisa foi realizada a partir de levantamento bibliográfico, partindo de casos específicos inerentes à realidade cotidiana.

¹ Scientific Electronic Library On-Line.

² Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

As atividades que foram realizadas no decorrer do trabalho de pesquisa são as seguintes:

1. seleção de livros, artigos científicos e textos;
2. leitura e interpretação das obras selecionadas;
3. confronto obtido nas obras anteriormente lidas.

Ao final da pesquisa, analisados os textos e artigos e formuladas as conclusões, foi redigido o texto definitivo, correspondente à exigência da Pós-Graduação *Lato Sensu* em Ergonomia, Saúde e Trabalho.

3. RESULTADOS

No estudo realizado por Gashu *et al.* (2001), na sala de Fisioterapia do Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 20 indivíduos, todos do sexo feminino (média de idade de $52,3 \pm 11,3$ anos), somente 15 concluíram o protocolo de intervenção, com diagnóstico de fibromialgia, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia; na primeira e última sessão, foi realizada a avaliação fisioterapêutica, que constou de anamnese completa sobre a dor da paciente e avaliação da intensidade da dor por intermédio da escala analógica visual da dor. As pacientes obtiveram melhora significativa no alívio da dor difusa, medida pela escala analógica visual, quando comparadas as situações antes e após o tratamento fisioterapêutico.

De acordo com a pesquisa de Avante (2007), realizada na piscina localizada na Apae – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais da cidade de São Manuel, no Estado de São Paulo, onde foi selecionado um paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, com diagnóstico de espondilite anquilosante e submetido a uma avaliação fisioterapêutica para participar do estudo, utilizou-se a EVA para analisar-se a intensidade da dor. Concluiu-se que houve uma diminuição de 09 para 03, ou seja, na avaliação inicial, quando se questionou a paciente sobre a intensidade de sua dor, a resposta foi 09 e, após a aplicação de 20 sessões da técnica de Water Pilates, sua resposta sobre a intensidade da dor foi 03.

No artigo de Araújo *et al.* (2007), foram selecionados 49 pacientes do sexo feminino, com média de idade de 49,5 (23-84) anos, sendo que 27 (55%) estavam no menacme e 22 (45%), na pós-menopausa, e com paridade média de 3,5 (três a dez) filhos, todas atendidas no setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Unifesp/EPM³, durante o período de julho a dezembro de 2003. As

³ Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

referidas pacientes apresentavam sintomas do trato urinário inferior e necessitavam de avaliação urodinâmica. Na sala de espera do ambulatório, solicitou-se, individualmente, que as voluntárias respondessem a um questionário sobre suas expectativas em relação ao exame urodinâmico e dor, de acordo com uma escala visual analógica. O questionário era autoadministrável, e as pacientes não recebiam qualquer auxílio. Terminado o exame, elas completaram o segundo questionário, que incluiu perguntas sobre as sensações vivenciadas enquanto se submetiam à realização do urodinâmico. Utilizada a escala, quantificou-se a expectativa e a ocorrência de dor no exame urodinâmico. A expectativa foi de $4,29 \pm 3$, previamente ao exame, e $2,7 \pm 2,9$, após sua realização.

Peón & Diccini (2005) realizaram um estudo na unidade de neurocirurgia do Hospital São Paulo, durante o período de agosto a novembro de 2001, com 40 pacientes, sendo 21 (53%) do sexo feminino e 19 (47%), do sexo masculino. Em relação ao diagnóstico médico, 22 (55%) pacientes foram diagnosticados com tumor na região supratentorial; três (7,5%), com tumor na região infratentorial; 14 (35%), com aneurisma cerebral; e um (2,5%) paciente com malformação arteriovenosa. Os pacientes selecionavam palavras que definiam sua dor. A partir disso, definiu-se um índice quantitativo de dor pelo somatório dos valores de intensidade para cada dimensão. O questionário de dor de McGill foi aplicado toda vez que o paciente referiu dor pela escala numérica verbal, após a alta da UTI. De acordo com o diagnóstico clínico, a dor pós-operatória esteve presente em 20 (95%) dos 22 pacientes com tumor supratentorial, em todos os três pacientes com tumor infratentorial, em 86% dos 14 pacientes com aneurisma cerebral e no único paciente com malformação arteriovenosa.

No estudo de Rodrigues-Bigaton *et al.* (2007), foram avaliadas 38 pacientes, sendo 29 desse total selecionados inicialmente. Três mulheres foram excluídas, devido ao uso de medicamentos para dor, e duas abandonaram o tratamento, participando 24 voluntárias, que foram divididas em dois grupos, sendo um denominado grupo Tens (GT) e o outro grupo, alta voltagem (GAV). Em ambos os grupos, as voluntárias receberam dez aplicações do Tens ou da Estimulação elétrica de alta voltagem (EEAV) por 30 minutos, duas vezes por semana, dependendo do grupo ao qual elas pertenciam. Para a mensuração da intensidade da dor, foi utilizada a escala visual analógica, constituída por uma linha horizontal de 10cm; em sua extremidade esquerda, consta a informação “sem dor” e na extremidade direita, “a pior dor”. As voluntárias foram orientadas a fazer um traço vertical na linha horizontal,

indicando em que ponto da reta estava sua dor. Essa etapa foi realizada antes e imediatamente após cada uma das dez aplicações da Tens e da EEAV. A intensidade da dor foi medida da extremidade esquerda, que coincidia com o valor “0” da régua, até o traço realizado pela paciente. O Tens promoveu uma redução estatisticamente significativa na intensidade da dor na maioria das sessões, com exceção da sexta, da sétima e da oitava sessões. A EEAV promoveu redução estatisticamente significativa na intensidade da dor em todas as sessões. Os valores médios de intensidade de dor presente, registrados na EVA antes da aplicação da Tens e da EEAV, diminuíram de forma uniforme no decorrer das dez sessões, realizadas duas vezes por semana.

Foram incluídas no estudo de Freitas Júnior *et al.* (2006) 2.164 mulheres, sendo 996 previdenciárias, tendo realizado a mamografia no Hospital Araújo Jorge, e 1.168 que realizaram o mesmo exame na rede privada. Todas as participantes tinham solicitação de mamografia, decorrente de rastreamento ou de investigação de alterações mamárias. A mulher recebia dois formulários. O primeiro abordava questões relacionadas à própria paciente e era preenchido antes do exame. O segundo incluía a escala analógica visual de dor e abordava o desconforto ocasionado pelo exame, sendo preenchido após a mamografia. A análise da média de dor referida pela paciente, usando-se a escala analógica visual para cada um dos possíveis fatores associados ao desconforto durante a realização do exame, constatou que um deles foi o local de realização, no qual o desconforto intenso ou intolerável foi referido duas vezes mais pelas pacientes do setor privado do que pelas que fizeram a mamografia no Hospital Araújo Jorge. Já as pacientes que apresentavam história de mastalgia prévia referiram desconforto intenso ou intolerável três vezes mais que as que não apresentavam esse sintoma previamente.

Pimenta & Teixeira (1996) realizaram uma proposta de adaptação para língua portuguesa do questionário de dor McGill, que se baseou em três etapas. Primeira etapa: tradução do original por profissionais envolvidos no estudo da língua inglesa e portuguesa; segunda etapa: apresentação desta proposta a um comitê composto por cinco especialistas. O comitê era integrado por dois neurocirurgiões, um fisiatra, um reumatologista e um psicoterapeuta. Foram considerados como tendo tradução adequada os descritores aceitos por, pelo menos, 80% dos especialistas; terceira etapa: aplicação clínica. Foi aplicado o questionário em doentes com dor crônica para identificar os descritores por eles desconhecidos. O questionário de McGill inicialmente proposto foi utilizado em 57 doentes com dor crônica. Os descritores desconhecidos por, no mínimo, 15% dos doentes retornaram ao comitê de especialistas

para nova adaptação. Após isto, a nova versão do questionário foi aplicada em 81 doentes com dor crônica e foram identificados os termos desconhecidos por, no mínimo, 15% dos indivíduos, que foram encaminhados ao comitê de especialistas para modificação. Uma avaliação quanto ao valor e à dificuldade para seu uso foi realizada por meio de entrevista com os doentes. O questionário de McGill emergiu como um instrumento clínico e de pesquisa largamente utilizado, por tratar-se de uma escala com índices de validade e confiabilidade já reconhecidos.

4. DISCUSSÃO

A avaliação da dor, para fins clínicos e de pesquisa, depende da descrição verbal, da experiência pessoal, não somente da intensidade, mas também das qualidades da dor (PIMENTA & TEIXEIRA, 1996). Sua frequência está correlacionada à sua intensidade, pois pessoas com dores diárias apresentam maiores probabilidades de exacerbação do sintoma.

Por mais confiável que seja a mensuração da dor por meio de escalas, ela apresenta limitações, pois esse sintoma consiste numa manifestação subjetiva multifatorial, influenciada pelo estado emocional da pessoa (LORENÇATTO *et al.*, 2007).

Há diversos instrumentos para a mensuração das diferentes qualidades da dor, alguns muito bem estabelecidos e outros que precisam ainda ser testados e aperfeiçoados, sendo necessário implementar o que já existe na atividade clínica e de pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente estudo, conclui-se que, apesar de as escalas de dor não conseguirem mensurar com total precisão esse sintoma, devido à sua subjetividade e aos fatores que o influenciam, é a alternativa mais segura para analisá-lo, uma vez que essas escalas estão validadas e demonstram ser confiáveis.

REFERÊNCIAS

AGNE, Jones E. *Eletrotermoterapia: teoria e prática*. Santa Maria, RS: Orium, 2004.

ARAUJO, Maíta P. de *et al.* Impacto do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 2, São Paulo, março/abril, 2007.

AVANTE, Adriana. *Aplicação de Water Pilates no tratamento da espondilite anquilosante*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Fisioterapia da Faculdade Marechal Rondon. São Manuel, SP: 2007. *FisioWeb*, 2008. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/fisioweb/>>.

CAILLIET, Rene. *Dor: mecanismos e tratamento*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1999.

CASTINHEIRAS NETO, Antonio G. Avaliação da dor e do esforço percebido. *Artigonal*, 21 de abril de 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-e-beleza-artigos/877944>>.

FREITAS JÚNIOR, Ruffo F. *et al.* Desconforto e dor durante a realização da mamografia. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(5): 333-336, 2006.

GABRIEL, Maria R. S.; PETIT, J. Díaz & CARRIL, Maria L. de S. *Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2001.

GASHU, Beatriz M. *et al.* Eficácia da estimulação elétrica nervosa transcutânea (Tens) e dos exercícios de alongamento no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo*, v. S, n. 2, p. 57-64, agosto/dezembro, 2001.

LORENÇATTO, Carolina. *et al.* Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(5): 433-438, 2007.

PEÓN, Andréa U. & DICCINI, Solange. Dor pós-operatória em craniotomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4): 489-495, julho/agosto, 2005.

PIMENTA, Cibele A. de M. & TEIXEIRA, Manoel J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 3, p. 473-483, dezembro, 1996.

RODRIGUES-BIGATON, Delaine. *et al.* Utilização de diferentes estimulações elétricas para o tratamento da dor em mulheres com disfunção temporomandibular. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, 12(6), novembro/dezembro, 2008.

TORRES, Diego de F. M. *Fisioterapia: guia prático para a clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

Endereço para correspondência:

Paulo César Porto Deliberato. Rua Santo Antônio, 50 - Centro - CEP 09521-160 - São Caetano do Sul - SP.