

## A dor desde a perspectiva do ciclo de vida: avaliação e medição através de métodos psicofísicos de estimação de categoria e magnitude<sup>1</sup>

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa<sup>2</sup>  
Talita de Cássia Raminelli da Silva<sup>3</sup>  
Hilze Benigno de Oliveira Moura Siqueira<sup>4</sup>  
Simone Saltareli<sup>5</sup>  
Rodrigo Ramon Falconi Gomez<sup>6</sup>  
Priscilla Hortense<sup>7</sup>

Objetivo: descrever a dor aguda e a crônica na perspectiva do ciclo vital. Métodos: participaram 861 pessoas com dor. Foi utilizada a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR). Resultados: no método da estimação de categoria o descritor da dor crônica de maior atribuição para crianças e adolescentes foi "Chata" e para adultos foi "Desconfortável". Os descritores de maior atribuição para dor aguda em crianças e adolescentes foram "Complicada" e em adultos "Insuportável". No método de estimação de magnitude, o descritor de maior atribuição na dor crônica foi "Atormentadora" e na dor aguda foi "Terrível". Conclusões: a EMADOR é uma escala confiável e pode ser utilizada nas diferentes etapas do desenvolvimento humano.

Descritores: Dor; Medição da Dor; Estágios do Ciclo de Vida.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Fapesp, São Paulo, SP, Brasil, processo nº 2010/52584-8 e 2011/51378-8.

<sup>2</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Substituto, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano, Campus Petrolina, Petrolina, PE, Brasil.

<sup>5</sup> Psicóloga, PhD.

<sup>6</sup> Mestrando, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Faleiros Sousa FAE, Raminelli da Silva TC, Moura Siqueira HBO, Saltareli S, Falconi Gomez RR, Hortense P. Pain from the life cycle perspective: Evaluation and Measurement through psychophysical methods of category estimation and magnitude estimation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2769. [Access 

↑	↑	↑
mês	dia	ano

]; Available in: 

_____
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345t.0714.2769>.

## Introdução

A dor é considerada multidimensional<sup>(1)</sup> e inerente a existência humana, faz parte do processo do ciclo vital. Para melhor compreensão do processo da dor por meio do desenvolvimento humano, a teoria de Piaget torna-se recurso possível, por conceber o ciclo vital como uma construção contínua de um estado de menor equilíbrio para um de maior, impossibilitando a existência de um novo conhecimento sem qualquer saber prévio para assimilá-lo e transformá-lo, o que implica atividade inteligente como assimilação, acomodação e adaptação<sup>(2)</sup>.

A teoria clássica de Piaget pode subsidiar estudos sobre a dor humana<sup>(3-4)</sup>, já que este autor estuda o ser humano desde o nascimento até a fase adulta, dividindo o desenvolvimento cognitivo em sensório-motor, pré-operacional, operações concretas e operações formais, e também relaciona cognição e afetividade<sup>(5)</sup>.

É importante mencionar que uma das críticas contra o trabalho desenvolvido por Piaget, relaciona-se com o fato dele considerar os adolescentes (12 a 18 anos de idade) iguais aos adultos, ou seja considera que todos os maiores de 12 anos possuem pensamento lógico-formal. Alguns autores<sup>(6)</sup> discutem uma etapa relacionada à de adultos chamada de Pensamento Pós-formal.

Eles descrevem a flexibilidade, adaptabilidade, abertura e individualismo como as características deste pensamento. Estas características permitem aos adultos lidar com situações ambíguas tais como a contradição, baseados no princípio que as situações complexas requerem soluções complexas, o que implica um pensamento muito mais complexo que aquele da etapa operacional formal que é característico da adolescência.

Num movimento progressivo há funções constantes e estruturas variáveis em seis níveis ou etapas sucessivas que implicam mecanismos reflexivos, ação, linguagem e pensamento.

Compreender a linguagem/expressão da dor nas várias situações do processo saúde/doença transforma-se num desafio que precisa ser superado e que se refere à forma na qual as pessoas pensam, veem e expressam a dor que é causada pelo evento vivido, especialmente quando estão em diferentes etapas do desenvolvimento humano. A proposta de desenvolvimento do Piaget considera a função intelectual como parte da integralidade fisiológica do ser humano. Nesta perspectiva teórica do ciclo vital, os conceitos de maturação e de experiência interagem entre si, uma vez que a presença de algumas estruturas psicológicas, dão

sentido às informações capturadas pelo indivíduo em cada aquisição de experiência<sup>(7)</sup>.

Como a dor está influenciada por fatores culturais e situacionais, e também pelo cuidado, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além das variáveis externas, muito das informações requeridas para que um procedimento de avaliação da dor seja apropriada, partem do que as pessoas pensam e relatam, complementada pela avaliação física<sup>(8)</sup>.

Com a avaliação adequada, é possível examinar a natureza, origem e correlatos clínicos da dor, dependendo das características emocionais, motivacionais e cognitivas, assim como os traços de personalidade dos pacientes<sup>(8)</sup>.

Baseada nesses conceitos foi desenvolvida e validada a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR), que contém 119 descritores de dor crônica e de aguda nas dimensões: afetiva/sensitiva e afetiva/cognitiva. Esta escala preenche os critérios psicométricos de fidedignidade, objetividade e consistência<sup>(8)</sup>.

O objetivo deste estudo foi descrever a dor aguda e a crônica na perspectiva do ciclo vital, por meio dos descritores da EMADOR.

## Métodos

Este é um estudo transversal com enfoque quantitativo abrangendo 861 pessoas com dor, entre 5 e 93 anos de idade, sendo 100 crianças/adolescentes e 761 adultos/idosos. Entre as 861 pessoas com dor, 688 apresentavam dor crônica, 647 foram avaliadas por meio do método de estimação de categorias e 41 pelo método de estimação de magnitude. Outros 173 pessoas apresentavam dor aguda, dos quais 125 foram avaliados pelo método de estimação de categoria e 48 pelo método de estimação de magnitude.

O estudo foi realizado em ambulatórios e enfermarias em hospitais e universidades de municípios de São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

Recebeu a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa de um Hospital Público do Estado de São Paulo, número 1358/2011, por resolução 196/96, relacionada com a pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi utilizada a EMADOR, contendo 119 descritores de dor aguda e 119 descritores de dor crônica, desenvolvida por Faleiros Sousa e colaboradores<sup>(8)</sup>.

Prévio à aplicação do instrumento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue, lido e assinado pelos participantes. Depois deste procedimento o instrumento foi aplicado. A tarefa a ser realizada pelos participantes encontrava-se descrita

no início do instrumento para ser lida antes de sua execução.

Foram utilizados os métodos de estimação de categoria e de magnitude. No método de estimação de categoria, a tarefa de cada participante foi julgar numa escala com pontuação de 0 a 10, sendo 0 nenhuma atribuição na caracterização da dor e 10 maior atribuição na caracterização da dor, sendo 1 a 9 níveis intermediários de atribuição. No método de estimação de magnitude, a tarefa de cada participante foi julgar o quanto quantitativamente um atributo tem maior ou menor atribuição em relação a outro atributo e assim, as razões entre eles foram estabelecidas.

Os métodos de estimação de magnitude e emparelhamento intermodal tem seu modo de respostas baseados no comprimento de linha. Estímulos padrão foram definidos previamente. A tarefa dos participantes foi assinalar um número que fosse proporcional a intensidade da dor sentida em relação ao estímulo padrão do método utilizado. Desse modo, se os participantes julgavam que uma determinada dor tinha duas vezes a intensidade da dor induzida, eles indicavam um número duas vezes maior que o estímulo padrão. Se

eles julgavam que uma dor específica tinha a metade da intensidade da dor induzida, eles assinalavam a essa dor um número que era a metade da dor induzida de acordo com o estímulo padrão.

Os dados foram analisados descritivamente e quantitativamente e apresentados em tabelas. As médias aritméticas e geométricas e os desvios padrão foram calculadas.

## Resultados

De acordo com vários pesquisadores<sup>(6)</sup> e o Estatuto Brasileiro da Criança (ECA)<sup>(9)</sup> que define a adolescência como a fase entre doze e dezoito anos de idade, as categorias de análise deste estudo foram divididas em crianças de 5 a 7, de 8 a 11 e adolescentes de 12 a 18 anos de idade, enquanto que os adultos, considerados como possuidores de pensamento pós-formal, foram agrupados entre 19 e 93 anos de idade.

Os resultados relacionados com o uso do método de estimação por categoria estão descritos na Tabela 1 que apresenta também os descritores dos participantes (idades 5-18) com dor, utilizados com maior e menor atribuição na caracterização da dor crônica.

Tabela 1 - Médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão de caracterização da dor crônica em relação à faixa etária entre 5 e 18, de acordo com a EMADOR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Faixa Etária	Descritores (dor crônica)		Média*	DP†	Descritores (dor crônica)		Média*	DP†
	Menor atribuição	Maior atribuição			Menor atribuição	Maior atribuição		
05-07 anos	Dolorosa		7.54	2.47	Desastrosa		3.31	3.61
	Apavorante		7.08	3.06	Devastadora		3.92	3.49
	Forte		6.92	3.94	Que espalha		4.69	3.79
	Excessiva		6.85	3.82	Danosa		4.85	3.26
	Chata		6.77	2.42	Amedrontadora		5.00	3.95
08-11 anos	Maldita		7.40	3.58	Esmagadora		3.06	3.45
	Desagradável		7.33	2.79	Persistente		3.60	2.77
	Chata		7.20	3.18	Sufocante		3.80	3.93
	Forte		7.13	3.96	Deprimente		4.20	2.80
	Insuportável		6.93	3.51	Angustiante		4.53	2.85
12-18 anos	Chata		8.48	2.46	Continua		4.87	2.75
	Desagradável		8.22	2.17	Devastadora		4.91	3.65
	Desconfortável		8.17	1.77	Que queima		4.96	3.66
	Inconveniente		8.13	2.30	Que espalha		5.04	3.84
	Enjoada		7.96	4.42	Esmagadora		5.13	2.68

\*Média = Média aritmética, †DP= Desvio Padrão

Os resultados relacionados com o uso do método de estimação por categoria estão descritos na Tabela 2 que também apresenta os descritores dos participantes

(idades 19-93) com dor, utilizados com maior e menor atribuição na caracterização da dor crônica.

Tabela 2 - Médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão de caracterização da dor crônica em relação à faixa etária entre 19 e 93, de acordo com a EMADOR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Faixa Etária	Descritores (dor crônica)		DP <sup>†</sup>	Descritores (dor crônica)		
	Maior atribuição	Média <sup>*</sup>		Menor atribuição	Média <sup>*</sup>	DP <sup>†</sup>
19-93 anos	Desconfortável	7.74	2.20	Desgraçada	3.47	3.09
	Desagradável	7.59	2.24	Demoníaca	4.69	2.92
	Inconveniente	7.57	2.17	Brutal	3.87	2.52
	Dolorosa	7.49	2.35	Assustadora	4.07	2.96
	Forte	7.28	2.15	Monstruosa	5.12	2.93

\*Média = Média aritmética, †DP= Desvio Padrão

Os resultados relacionados ao uso do método de estimação de categorias estão descritos na Tabela 3, que apresenta também os descritores dos participantes

(idades 5-18) com dor, utilizados com maior e menor atribuição na caracterização da dor aguda.

Tabela 3 - Médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão de caracterização da dor aguda em relação à faixa etária entre 5 e 18, de acordo com a EMADOR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Faixa Etária	Descritores (dor aguda)		DP <sup>†</sup>	Descritores (dor aguda)		
	Maior atribuição	Média <sup>*</sup>		Menor atribuição	Média <sup>*</sup>	DP <sup>†</sup>
05-07 anos	Complicada	8.20	2.34	Amedrontadora	2.80	2.04
	Molesta	8.00	2.86	Circular	2.90	3.24
	Desagradável	7.80	2.39	Cortante	3.10	3.84
	Arrasadora	7.70	3.33	Alucinante	3.80	3.79
	Desenfreada	7.30	3.12	Debilitante	3.90	2.80
08-11 anos	Desagradável	6.94	3.47	Esmagadora	1.38	2.65
	Dolorosa	6.81	2.92	Fria	1.69	2.21
	Chata	6.63	3.09	Desesperadora	2.13	2.44
	Considerável	6.00	3.55	Como choque	2.25	3.04
	Desconfortável	5.81	2.88	Alucinante	2.38	3.09
12-18 anos	Chata	7.57	2.88	Cortante	2.57	3.40
	Desagradável	7.13	2.45	Fria	2.70	3.41
	Desconfortável	5.96	3.25	Desesperadora	2.74	3.07
	Clara	5.91	3.89	Doida	3.13	4.05
	Assaltante	5.98	3.25	Destruidora	3.17	3.40

\*Média = Média aritmética, †DP= Desvio Padrão

Os resultados relacionados com o uso do método de estimação de categorias estão descritos na Tabela 4, que apresenta também os descritores dos participantes

(idades 22-69) com dor, utilizados com maior e menor atribuição na caracterização da dor aguda.

Tabela 4 - Médias aritméticas e seus respectivos desvios-padrão de caracterização da dor aguda em relação à faixa etária entre 22 e 69, de acordo com a EMADOR. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Faixa Etária	Descritores (dor aguda)	Média <sup>†</sup>	DP <sup>†</sup>	Descritores (dor aguda)	Média <sup>†</sup>	DP <sup>†</sup>
	Maior atribuição			Menor atribuição		
22 – 69 anos	Insuportável	6.73	2.60	Enlouquecedora	2.03	1.07
	Intensa	6.32	2.71	Que cega	2.94	1.29
	Desesperadora	5.87	2.37	Alucinante	3.09	1.91
	Terrível	5.64	2.81	Aniquiladora	3.58	2.10
	Tremenda	5.23	2.50	Desumana	3.9	2.07

\*Média = Média aritmética, †DP= Desvio Padrão

Na análise das 100 crianças/adolescentes que participaram no estudo, 51% registraram dor crônica e 49% dor aguda. Os dados da Tabela 1 mostram a caracterização da dor crônica e na Tabela 3 a da dor aguda, de acordo com a EMADOR para as faixas etárias relacionados com a infância e adolescência que estão subdivididos em três etapas de desenvolvimento.

Ema relação à população adulta na Tabela 2, os dados mostram os descritores com maior e menor

atribuição de acordo com a EMADOR para a caracterização da dor crônica e na Tabela 4 para a caracterização da dor aguda. São detalhadas as médias aritméticas (Média) e os Desvios Padrão (DP)

A Tabela 5 apresenta vinte descritores da dor aguda e vinte da dor crônica na sua ordem de posição, com as respectivas médias geométricas (MG) que foram obtidas pelo método de estimação de magnitude.

Tabela 5 - Média geométrica de caracterização da dor crônica e aguda através do Método Psicofísico de Estimação de Magnitude. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012

Ordem de Posição	Faixa Etária	Descritores da dor crônica (n=41)	MG <sup>†</sup>	Grupo Etário	Descritores de dor aguda (n=48)	MG <sup>†</sup>
1	21 a 92 anos	Atormentadora	446.31	14 a 70 anos	Terrível	115.56
2		Cruel	389.89		Forte	113.78
3		Prejudicial	352.27		Insuportável	111.92
4		Terrível	330.04		Intensa	110.35
5		Incômoda	279.11		Violenta	104.22
6		Desastrosa	276.17		Profunda	103.70
7		Intensa	262.29		Monstruosa	100
8		Insuportável	254.93		Pavorosa	98.17
9		Deprimente	254.93		Desesperadora	88.66
10		Preocupante	254.08		Enlouquecedora	77.71
11		Doloroso	249.61		Tremenda	75.90
12		Agressiva	237.91		Brutal	75.61
13		Cansativa	228.95		Desumana	71.72
14		Angustiante	208.96		Aniquiladora	70.72
15		Sufocante	208.13		Dilacerante	68.36
16		Desconfortável	204.33		Que cega	68.22
17		Enjoada	201.04		Alucinante	67.30
18		Forte	198.80		Fulminante	64.60
19		Perturbadora	192.86		Esmagadora	62.46
20		Chata	188.22		Colossal	59.32

Fonte: Preparado pelos autores \*MG Média Geométrica

## Discussão

Considerando o caráter multidimensional da dor expresso nos descritores da EMADOR predominantemente em conjunção com os componente afetivo, e sensitivo enquanto outros compreendem o componente cognitivo, são estas díades afetivo/sensitiva e afetivo/cognitiva que acontecem já que a dor é considerada do ponto de vista das emoções<sup>(1-8)</sup>.

O fenômeno da existência está imerso em emoções e afetos que são vivenciados pelas pessoas, portanto a expressão da dor está permeada pela dimensão emocional, concebida e vivenciada através desta perspectiva<sup>(10)</sup>.

Quando o sujeito refere um descritor de dor, não está referindo somente o conteúdo da dor, mas também todo o conteúdo emocional presente na sua relação com a dor e com toda a dor contida nas relações entre as pessoas que estão envolvidas na doença. Em outras palavras, na comunicação humana, todo conteúdo transmitido vincula-se à relações entre indivíduos<sup>(11)</sup>.

Os resultados relacionados à contingência das respostas das crianças mostram que em diferentes faixas etárias, os detalhes e elementos lógicos expressos nos descritores da dor aguda e crônica, revelam que a partir dos cinco anos de idade as crianças podem dar significado ao evento doloroso em forma categórica.

No estudo, por exemplo, as crianças menores de 7 anos mostraram evidências de significados precisos em verbalizações da dor, sugestivos de amadurecimento cognitivo, demonstrando a possibilidade de desenvolvimento de pensamento sobre a dor como resultado de suas experiências, na perspectiva do desenvolvimento do ciclo vital.

As crianças com idades entre 5 e 7 anos caracterizaram as dimensões de dor crônica principalmente relacionadas com a dimensão afetivo/sensitiva, mais que na afetivo/cognitiva. Entende-se que este tipo de resposta à dor possa estar relacionada ao fato das crianças possuírem pensamento concreto<sup>(12)</sup>.

Pode ser considerado que para reconhecer sua dor, as crianças tendam a desenvolver um pensamento focado em sentimentos de seu próprio corpo, consistente com os achados da literatura que afirmam que os pensamentos das crianças são absolutos e que é difícil mudar a crença sobre a dor como uma dimensão física<sup>(13)</sup>.

Um estudo qualitativo sinaliza que as crianças na etapa pré-operacional de desenvolvimento, descrevem a dor enfatizando os aspectos sensitivo e avaliativo, o que pode indicar a característica dessa fase, na qual as crianças tem representações simbólicas prematuras<sup>(3)</sup>.

Na faixa etária entre 8 e 11 anos predominou a dimensão afetivo/cognitiva da dor. Nesta etapa, o pensamento egocêntrico das crianças desenvolve-se na direção do pensamento lógico e da reversibilidade. As entidades linguísticas estão mais expandidas e operando<sup>(12)</sup>.

Verificou-se uma transição em termos do desenvolvimento das crianças na distinção do interno em relação ao externo, extrapolando da percepção de uma dor mais sensorial, para outra na qual são capazes de utilizar termos qualitativos, tais como as dimensões afetiva e cognitiva. Nesta situação, relações dinâmicas da família são fundamentais para o desenvolvimento das crianças e suas respostas frente à dor.

A percepção da dor pelos adolescentes de idades entre 12 e 18 apresentara escores altos na dimensão afetivo/cognitiva e escores menores para os descritores afetivo/sensitivos. A capacidade de introspecção e a compreensão da dor demonstrada pelos adolescentes merece ser sublinhada, na medida em que são capazes de desconsiderar a dor afetivo/cognitiva associada ao sofrimento psicológico<sup>(12-13)</sup>.

Na análise por faixas etárias, os resultados relacionados com as características crônicas mostraram heterogeneidade nas respostas atribuídas à dor. Desta forma, as crianças entre 5 e 7 anos referiram a dimensão afetiva/sensitiva, representando significativamente o pensamento concreto, enquanto as crianças entre 8 e 11 anos falaram sobre a qualidade da dor na dimensão afetivo/cognitiva, o que representa a transição do pensamento concreto para o abstrato; e os adolescentes observaram a dor mediada pela sua natureza afetivo/cognitiva, representando a complementariedade da abstração lógico-formal descrita por Piaget<sup>(4,12)</sup>.

As pesquisas que estudam a dor das crianças/adolescentes mostram que desde os 4 anos de idade as crianças são capazes de descrever sua dor através de descritores sensitivos, da mesma forma que a dor é descrita pelas crianças maiores ou em adultos<sup>(3,15)</sup>.

Na faixa etária entre 19 e 93 anos, os descritores que melhor caracterizaram a dor crônica foram os da

dimensão afetivo/sensitiva, cuja expressão refere à sensação física do evento doloroso, diferentemente da caracterização afetivo/cognitiva da dor na qual há, além da natureza emocional, explicações, racionalização e intelectualização do mencionado evento.

Um estudo que procurava avaliar as qualidades sensitivas, afetivas, temporais e miscelâneas da dor nos idosos com dor crônica, traz informação sobre as diferentes percepções de fatores variados que fazem parte da dor enquanto sintoma, em relação com pessoas com diferentes doenças, já que a percepção deste sintoma relaciona-se com os aspectos sensitivos, afetivos e emocionais, e não apenas a sua intensidade<sup>(16)</sup>. Um outro estudo mostra a predominância da dor crônica nos idosos, destacando o prejuízo causado na qualidade de vida pelas dimensões afetiva e física da dor, tais como inatividade e isolamento social<sup>(17)</sup>.

Quando comparadas as características da dor aguda e crônica nas diferentes faixas etárias de crianças/adolescentes, os descritores utilizados para caracterizar a dor aguda foram principalmente relacionados à dimensão afetiva/cognitiva com poucas mudanças entre os diferentes grupos de idade; em contraste, os descritores utilizados para caracterizar dor crônica demonstraram pensamento operacional, ou seja, com mudanças ao longo do desenvolvimento.

Estes resultados não só demonstram diferenças, mas também revelam uma semelhança relativa aos descritores "chata" e "desagradável", consistentes nas atribuições tanto para a dor aguda como crônica. Esta informação pode reforçar a presença de componentes afetivos e cognitivos na resposta à dor das crianças e adolescentes desse estudo, representando o contínuo e complexo desenvolvimento do pensamento abstrato.

Este estudo traz a discussão sobre a afetividade na organização do pensamento humano e leva a entender a interconexão entre as dimensões cognitiva e afetiva, mostrando que os seres humanos não constroem relações exclusivamente lógicas e racionais entre as realidades externas e internas, e que também não são somente emocionais em relação a sentimentos e estados da mente, mas que são uma soma destas duas dimensões como seres cognitivo-afetivos, que ao mesmo tempo pensam, sentem e tem afetos<sup>(18)</sup>.

Pesquisa com crianças e adolescentes mostrou estar interconectada com a aplicação da EMADOR no presente

estudo, pois demonstra que o uso de instrumentos de avaliação da dor possibilita o entendimento do que as crianças realmente experimentam, e não aquilo que os profissionais pensam que eles estão sentindo. Baseados nisso é preciso considerar os processos relacionados com a experiência das crianças, assim como suas etapas de desenvolvimento físico e mental<sup>(19)</sup>.

Para a faixa etária entre 19 e 93 anos, os descritores que melhor caracterizavam a dor aguda foram afetivo/cognitivo, sendo semelhantes aos de estudo desenvolvido para avaliar dor em pacientes com câncer, pois mostraram que os descritores mais frequentemente mencionados foram aqueles com o componente sensitivo, embora os que tinham os escores mais altos foram aqueles com o componente afetivo<sup>(20)</sup>. Portanto a faixa etária entre 19 e 93 destaca as dimensões afetivas e cognitivas, mesmo quando a dimensão sensitiva foi apresentada, demonstrando um pensamento mais complexo que vai além dos aspectos físicos, levando em consideração outros aspectos presentes na compreensão do evento doloroso.

Em relação à estimativa de magnitude para dor crônica e aguda, os cinco descritores com escores mais altos e baixos na sua caracterização estavam principalmente na dimensão afetivo/cognitiva.

Os estudos que avaliaram tanto a dor crônica como a aguda utilizando o método psicofísico de estimativa de magnitude, tiveram resultados que indicam que a dimensão afetivo/cognitiva é a mais usada na caracterização da dor<sup>(21-22)</sup>.

Quando comparados os dados mencionados com os deste estudo, a importância das dimensões afetiva e cognitiva podem ser percebidas nas pessoas que experimentam dor. Portanto os profissionais de saúde que avaliam e tratam estes pacientes no curso da experiência dolorosa não podem esquecer estas dimensões. Por meio destes dados pode ser identificado o fato que a percepção das pessoas adultas considera um conjunto de elementos que constituem sua dor. Além do aspecto físico, esta experiência está carregada de afetos e, tanto em dores crônicas como agudas, os pensamentos estão focados na compreensão da dor, portanto isso ocupa a mente do paciente e precisa de desenvolvimento no nível de ideias e afetos.

Os participantes que tiveram os scores mais altos na dimensão afetiva da dor, concordam com as

expectativas de lidar com sua própria dor imersos no universo de significados simbólicos e atribuição de qualidades subjetivas. Estas qualidades subjetivas estão entrelaçadas com pessoas, objetos e lugares de experiências. Portanto o sujeito psicológico "direciona" o resultado de sua ação mental para a qualidade avaliativa<sup>(23)</sup>.

Isto mostra que não é possível entender a experiência dolorosa, somente na perspectiva da objetividade ou percebe-la como uma entidade conceitual universal, uma vez que a dor é uma experiência pessoal e, é por meio da linguagem que as características expressivas de cada sensação dolorosa podem ser expressas, diferenciando-se, significativamente, uma da outra.

Seja nas caracterizações agudas ou crônicas, a dor é percebida como "dor total" pois além da nocicepção, fatores físicos, emocionais, sociais espirituais, entre outros, afetam a gênese e a expressão dolorosa. A avaliação da dor é complexa, devido à variedade de aspectos que compõem o evento doloroso e é a base para o diagnóstico, a proposta de tratamento e a avaliação dos resultados obtidos<sup>(25)</sup>.

## Conclusão

Como resumo, quando são analisados os resultados deste estudo, identifica-se que as pessoas precisam ser olhadas de forma integrativa, como pessoas em desenvolvimento cuja história, cognição, desejos e afetos não podem ser ignorados. Todos os atributos são recursos que precisam ser considerados para uma avaliação mais completa que vai além da intensidade da dor, ou seja uma avaliação multidimensional da experiência total da dor, e deve ser observado que a EMADOR está validada e é um instrumento de fácil aplicação nas diferentes etapas do desenvolvimento

Este estudo pode contribuir ao mostrar uma realidade emergente da avaliação do quinto signo vital que não deve ser subestimada, visto que há necessidade de a equipe de saúde em geral ter consciência da complexidade e da multidimensionalidade existente na dor do existir no mundo em diferentes situações e perspectivas subjetivas, realidade que deve ser reconsiderada para possíveis melhorias no ensino, na pesquisa e na prática clínica.

## Referências

1. Marquez JO. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciênc Cult*. 2011;63(2):28-32.
2. Piaget J. *Six studies of Piaget*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
3. Borghi CA, Rossato LM, Damião EBC, Guedes DMB, Silva EMR, Barbosa SMM. Vivenciando a dor: a experiência de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):67-73.
4. Esteve R, Marquina-Aponte V. Children's pain perspectives. *Child Care Health Dev*. 2012;38(3):441-52.
5. Souza MTCC. As relações entre afetividade e inteligência no desenvolvimento psicológico. *Psicologia: Teoria Pesqui*. 2011;27(2):249-54.
6. Papalia DE, Feldman RD. *Human Development*. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
7. Dessen MA, Costa Junior AL. *The science of human development: current trends and future prospects*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
8. Faleiros Sousa FAE, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional Pain Avaliation Scale, *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):3-10.
9. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Treats of the Statute of the Child and Adolescent (ECA) and other measures*. Brasília, DF, 1990. [Access Oct 15 2013]. Available from: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>
10. Barreo CLBT, Morato, HTP, Caldas MT. *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*, Curitiba: Juruá Editora; 2013.
11. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix; 1967.
12. Piaget G, Inhelder B. *A psicologia da criança*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
13. Okada M, Teixeira MJ, Myagi KT. Treatment of pain in pediatric. *Rev Med*. 2001;80(1):157-69.
14. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *Am Psychol*. 2014;69(2):142-52.
15. Bienvenu M, Jacquet D, Michelutti M, Wood C. L'expression verbale de la douleur chez l'enfant: comparaison intermodale entre sensation de douleur et manipulation tactile. *Pain Res Manag*. 2011;16(3):187-91.
16. Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Applicability of the Brazilian version of the



- McGill Pain Questionnaire in elderly patients with chronic pain. *Acta Fisiatr.* 2006;13(2):75-82.
17. Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL, et al. Evaluation of chronic pain in the institutionalized elderly. *Reme - Rev Min Enferm.* 2012;16(1):63-8.
18. Pinto FEM. The psychological subject and interfaces with the psychic dimensions: a brief dialogue on affectivity. *Portal of Psychologists.* Porto, Portugal, 2011. [Access June 12 2012]. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0538.pdf>.
19. Rossato LM, Magaldi FM. Multidimensional tools: application of quality cards pain in children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(5):77-84.
20. Costa AIS, Chaves MD. Pain in cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Dor, Pesqui Clín Terapêutica.* 2012;13(1):45-9.
21. Sant'ana RPM, Pereira LV, Saltareli S, Faleiros Sousa, FAE. Chronic Pain Descriptors: A Phychoophysical Study. *Fechner Day.* 2004;21:512-7.
22. Sant'ana RPM, Pereira LV, Giuntini PB, Marquez JO, Faleiros Sousa FAE. *Rev Dor, Pesqui Clín Terapêutica.* 2003;4(1):42-51.
23. Pinto FEM. The (dis) affection of intelligence: the possible dialogue between cognitive and affective. *Publicatio.* 2005;13:7-12.
24. Pereira LV, Faleiros Sousa FAE. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(3):474-479.
25. Saunders C. Care of the dying – 4: Control of pain in terminal cancer. *Nurs Times.* 1976; 72(29):1133-1135.

Recebido: 19.3.2015

Aceito: 15.3.2016

---

Correspondência:

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Av. Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: ffaleiros@usp.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.