

MENSURAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA: UMA BREVE REVISÃO*

Lilian Varanda Pereira**

Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa***

PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, julho 1998.

Mensurar a dor tem sido grande desafio para aqueles que almejam controlar adequadamente tão complexa experiência. Instrumentos padronizados, que consideram o relato subjetivo do próprio paciente, têm sido elaborados, buscando facilitar tal tarefa. Nesse artigo revisamos os instrumentos mais utilizados para a mensuração da dor pós-operatória, apontando para algumas de suas vantagens e desvantagens. Enfatizamos a necessidade de pesquisas específicas que enfoquem a mensuração da dor no meio cirúrgico, considerando a multidimensionalidade da experiência dolorosa.

UNITERMOS: estimação em categorias, escalas unidimensionais, escalas multidimensionais, dor pós-operatória

A mensuração da dor clínica constitui-se em desafio aos pesquisadores da área considerando-se a subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa. Nas duas últimas décadas houve avanços referentes à elaboração de instrumentos, os quais facilitam a comunicação entre os pacientes e os profissionais da área, possibilitando conhecer tanto a incidência, a duração e a intensidade da dor sentida, quanto o alívio obtido mediante aplicação de diferentes técnicas analgésicas. Dentre os mais utilizados no meio clínico sobressaem aqueles que consideram o relato subjetivo do paciente como principal indicativo de sua dor o que, certamente, deve-se à subjetividade dessa experiência que só pode ser avaliada com maior precisão mediante o relato de quem a sente. Em sua maioria esses instrumentos são a nível de mensuração ordinal; trabalhos que utilizam outros instrumentos em níveis mais precisos de mensuração, tal como o de razão, ainda são pouco utilizados no meio clínico, especialmente na mensuração da dor aguda. Nosso objetivo foi revisar, de forma breve, os estudos nos quais são utilizados instrumentos de mensuração a nível ordinal, principalmente na última década. Tais instrumentos podem ser de dois tipos: (a) unidimensionais, os quais permitem a mensuração da dor considerando apenas uma dimensão e (b) multidimensionais, os quais permitem a mensuração da dor considerando duas ou mais dimensões.

(A) INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONAIS

Os instrumentos unidimensionais, utilizados na

maioria das vezes, para mensurar a intensidade da dor e conseqüente alívio obtido pelo emprego de diferentes analgésicos, prevaleceram até a década de 60 uma vez que a experiência dolorosa era considerada apenas como resultado da ativação direta de um sistema de projeção que ia da periferia até o córtex, dependente somente da extensão da área lesada.

Dentre eles destacam-se as escalas numéricas, nas quais utilizam-se categorias numéricas; as escalas verbais, nas quais utilizam-se categorias adjetivais e as escalas analógicas-visuais, nas quais há possibilidade de julgamentos visuais numa dimensão tomada como padrão.

Nessas escalas ordinais o número de categorias utilizadas varia de acordo com o problema a ser investigado. Nas numéricas, esse número pode variar de 0 a 100 (até 101 pontos), sendo aquelas de 0 a 5 (6 pontos), 0 a 10 (11 pontos) e 0 a 20 (21 pontos) as mais utilizadas, tendo essas a vantagem de serem familiares aos participantes, uma vez que o ser humano utiliza números desde sua infância. As escalas verbais, nas quais são utilizados adjetivos do tipo leve, moderada, forte, severa ou variantes desses, contém geralmente 5 ou 6 pontos, tendo essas também a vantagem de serem familiares aos participantes uma vez que são utilizadas palavras comuns do vocabulário, as quais expressam a dor qualitativamente (KREMER et al., 1981; LINTÖN & GOTESTAM, 1983; CHAPMAN et al., 1985; FALEIROS SOUSA, 1993; JENSEN et al., 1994; PIMENTA, 1994; PIMENTA, 1996).

* Este trabalho constitui parte da Dissertação de Mestrado defendida em 1996 pela primeira autora, sendo a mesma Docente do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar do Centro de Graduação em Enfermagem da FMTM

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar do Centro de Graduação em Enfermagem da FMTM

*** Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP- USP, orientador da dissertação

Nas escalas de categorias é possível saber apenas se há diferenças entre uma categoria e a outra, porém, não se estabelece a razão entre elas. A faixa de alternativas de respostas é limitada e os participantes, instruídos a escolher dentre elas aquela que melhor represente a intensidade de sua dor, tendem a optar pelos extremos quando fazem os julgamentos. Também não é possível afirmar que as distâncias entre as várias categorias sejam iguais, conforme é mostrado pela escala métrica (HUSKISSON, 1974; CHAPMAN et al., 1985; FALEIROS SOUSA, 1993; PIMENTA, 1996).

As escalas analógicas visuais, mais freqüentemente utilizadas na mensuração da dor pós-operatória, consistem de uma faixa limitada de 10 cm de comprimento, a qual representa o contínuo da experiência dolorosa e tem em suas extremidades palavras-âncora como: *sem dor e pior dor possível*. Os participantes são instruídos a assinalar a intensidade da sensação dolorosa em um ponto dessa reta, sendo que os escores podem variar de 0 (zero) a 10 (dez) e são obtidos medindo-se, em milímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras *sem dor* e o ponto assinalado pelo participante. Tais escalas têm a vantagem de serem de fácil aplicação, porém, alguns participantes, especialmente crianças e idosos, referem dificuldades em utilizá-las, o que, possivelmente, é decorrente da necessidade de certa abstração para compreendê-la (SCOTT et al., 1977; KREMER et al., 1981; HUSKISSON, 1983; JENSEN et al., 1986; GIFT, 1989; PIMENTA, 1994; PIMENTA 1996).

Em relação à mensuração da dor aguda, mais especificamente da dor pós-operatória, estudos têm sido realizados e o uso dessas escalas vem possibilitando conhecer sua intensidade e conseqüente alívio obtido pela utilização de técnicas analgésicas.

KERRICK et al. (1993), por exemplo, avaliaram o alívio da dor sentida por 28 pacientes submetidos a diversas cirurgias ortopédicas, com idades variando entre 18 e 79 anos, utilizando diferentes fármacos, por meio de uma escala VAS, de 10 cm de comprimento e uma escala de categorias numéricas, de 11 pontos. Não houve dados suficientes para suportar a hipótese de que o co-analgésico potencializaria o efeito do analgésico principal. As correlações entre os escores obtidos através das duas escalas foram significativas em todas as aplicações, sendo que o coeficiente de correlação de Spearman (ρ) variou de 0,78 a 0,92 ($p < 0,001$).

LANGMAYR et al. (1995) em estudo duplo cego, placebo controlado, utilizando uma escala VAS de 10 cm concluíram que, decorrente da ação de corticosteróides aplicados por via intratecal, reduziu-se a dor sentida por 26 pacientes com idades variando entre 40 e 44 anos, submetidos à cirurgias ortopédicas (para mais detalhes sobre o uso da VAS em trabalhos nos quais foi avaliado a

analgésia obtida após utilização de diferentes fármacos, (Ver McQUAY et al., 1988; RICHMOND et al., 1993; STEVENS et al., 1993; TAURÀ et al., 1994; FRANÇOIS et al., 1995; JOSHI et al., 1995).

ZALON (1993) comparou a intensidade da dor pós-operatória de pacientes com idades variando entre 19 e 83 anos, julgada pelos próprios pacientes e também por enfermeiros, utilizando escala VAS de 10 cm. Concluiu que os profissionais de enfermagem superestimaram as dores leves em 20% dos casos e subestimaram dores severas em 45,4% dos casos. O coeficiente de correlação de Spearman (ρ) calculado entre os escores obtidos por meio dos julgamentos dos participantes foi 0,31 ($p < 0,01$). (Ver também CALVILLO & FLASKERUD, 1993).

Uma VAS modificada devido a inclusão de 3 faces desenhadas com diferentes expressões, foi utilizada por BROADMAN et al. (1988) em estudo realizado com 34 pacientes pós-operados, cujas idades variaram entre 13 e 18 anos, com o propósito de validar uma escala de dor, utilizando correlatos fisiológicos e indicadores comportamentais como parâmetros para mensurar a dor sentida. As correlações observadas entre as duas escalas foram significativas, especialmente quando a dor recebeu escores maiores que 6, correspondentes à dor severa. Em ambas houve declínio dos escores quando os pacientes receberam drogas analgésicas.

EKBLON & HANSSON (1988) estudaram o alívio proporcionado pela aplicação de vários tipos de estimulação aferente (elétrica transcutânea e vibração) em 80 pacientes com dor aguda e compararam o resultado obtido por meio de uma escala VAS e outros cinco tipos de escalas unidimensionais, incluindo as de categorias verbais, numéricas e gráficas. O coeficiente de correlação produto-momento de Pearson (r), foi significativo entre todas as estimativas resultantes das escalas utilizadas, variando de 0,89 - 0,98 ($p < 0,001$), exceto nas comparações com a escala de categorias verbais. Tal fato pode ter ocorrido devido ao desconhecimento dos valores verdadeiros dos intervalos entre as alternativas de respostas.

PRIMAVESI (1986) estudou o alívio proporcionado pela morfina peridural aplicada em 30 pacientes, com idades variando entre 18 e 66 anos, submetidos à cirurgias proctológicas, ginecológicas e abdominais, utilizando uma escala verbal de 4 pontos e observou analgesia considerada excelente, durando em média 35,5 horas (Ver também NOCITE et al., 1983).

JACOB et al. (1986) utilizaram uma escala verbal de 5 pontos e uma VAS de 10 cm para julgar a intensidade da dor de 33 pacientes, com idades variando entre 18 e 65 anos, visando identificar a ação de antálgicos injetáveis em estudo duplo-cego e multicêntrico. Encontrou nítida diminuição da intensidade da dor, após o uso dos

antálgicos, o que não ocorreu com o uso do placebo.

PIMENTA et al. (1992), por sua vez, utilizaram uma escala numérica de 11 pontos na qual os participantes, 10 pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e 10 submetidos à cirurgias abdominais, julgaram a intensidade de sua dor. Os dados mostraram que 47,8% e 68,2% dos pacientes submetidos ao primeiro e segundo tipo de cirurgia, respectivamente, estavam com dor no momento da entrevista e não haviam recebido qualquer analgésico para seu alívio, nas últimas quatro horas que antecederam a avaliação. Daqueles que haviam recebido analgésicos nesse período, 52,2% dos pacientes submetidos à cirurgias cardíacas e 31,8% dos pacientes submetidos à cirurgias abdominais ainda referiram estar sentindo dor. As autoras ressaltaram o fato de que o alívio inadequado da dor pós-operatória, decorrente de subprescrições e subadministrações de drogas analgésicas, leva ao sofrimento desnecessário.

Embora os instrumentos unidimensionais ainda sejam os mais freqüentemente utilizados para mensuração da dor pós-operatória, é importante lembrarmos que os mesmos têm o grande inconveniente de simplificarem demasiadamente a experiência dolorosa. Apesar de serem pouco utilizados na avaliação da dor pós-operatória, estudos nos quais instrumentos multidimensionais são empregados vem sendo realizados, possibilitando assim, a obtenção de dados tanto quantitativos como qualitativos sobre tal experiência, essenciais para uma avaliação cada vez mais precisa. A seguir discutiremos esses instrumentos com mais detalhes.

(B) INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS

Mediante a nova concepção sobre os mecanismos envolvidos na interpretação e resposta da dor, defendida por MELZACK & WALL (1965) ao apresentarem a Teoria da Comporta, a qual defende que os estímulos nociceptivos são modulados a nível da medula espinhal antes que alcancem as estruturas supra segmentares, a experiência dolorosa deixou de ser vista como uma resposta direta e exclusivamente relacionada à extensão da área de lesão tecidual.

Na década de 70, MELZACK & TORGERSON (1971) apontaram as diferentes dimensões da dor: *sensitivo-discriminativa*, referente às características espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vivacidade da dor; *afetivo-motivacional*, que se traduz por sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas e *avaliativa*, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo; esses autores alertaram para a influência de fatores sensoriais, emocionais e culturais na sua interpretação e resposta.

Considerando-a como um fenômeno

multidimensional, investigaram sua descrição através de palavras denominadas *descritores de dor*. Nesta concepção, uma vez categorizados, tais descritores poderiam representar as diferentes dimensões da experiência dolorosa, tornando-se fundamentais na elaboração de instrumentos que possibilitassem mensurá-la.

Em 1975, Melzack publicou um trabalho no qual foi elaborado um instrumento a nível de mensuração ordinal, enfocando as multidimensões da dor, então denominado Questionário para dor McGill (MPQ). Embora outros instrumentos mereçam ser mencionados, tais como o Wisconsin Brief Pain Questionnaire (DAUT et al., 1983) e o Memorial Pain Assesment Card (FISHMAN et al., 1987) o MPQ tem sido o mais utilizado no meio clínico, para avaliação da dor aguda.

Este instrumento, elaborado a partir da abordagem de MELZACK & TORGERSON (1971), contém 78 descritores, distribuídos em 4 grandes grupos e 20 subgrupos, quais sejam, o **grupo sensorial**, composto de 10 subgrupos e 42 palavras; o **grupo afetivo**, de 5 subgrupos e 14 palavras; o **grupo avaliativo**, de 1 subgrupo e 5 palavras e finalmente, o **grupo misto**, de 4 subgrupos e 17 palavras; Cumpre mencionar que cada subgrupo é composto por 2 a 6 palavras. Três índices emergem do MPQ: o Índice Quantitativo da Dor (PRI), obtido por meio da soma dos valores atribuídos aos descritores escolhidos; o Índice do Número de Palavras Escolhidas (NWC) obtido por meio da soma do número de palavras escolhidas para qualificar a dor e o Índice da Intensidade de Dor Atual (PPI), obtido por meio de uma escala verbal de 5 pontos, na qual 1 = dor leve; 2 = dor desconfortável; 3 = dor perturbadora; 4 = dor horrível e 5 = dor excruciante. Desde sua publicação, podemos observar sua significativa utilidade no meio científico, dada ao fato de inúmeras citações e adaptações feitas para diversas línguas, incluindo o italiano (MAIANI & SANAVIO, 1985; De BENEDITTIS et al., 1988), o finlandês (PÖNTINEN & KETOVIORI, 1983), o espanhol (LÓPES et al., 1990), o norueguês (STRAND & WISNES, 1991), o alemão (RADVILA et al., 1987; STEIN & MENDEL, 1988), o holandês (VANDERIJET et al., 1987), o árabe (HARRISON, 1988), o francês (BOUREAU et al., 1992). Esse fato tem facilitado a padronização de uma linguagem da dor entre pesquisadores e profissionais de diferentes países e afiliações. No Brasil, apontamos para o estudo de PIMENTA & TEIXEIRA (1996) no qual os autores propõem uma adaptação do MPQ para a língua portuguesa. O MPQ tem sido utilizado em diversos estudos clínicos e experimentais, visando a caracterização das dores crônicas e agudas, a eficácia das técnicas analgésicas empregadas para o alívio da dor e a discriminação da dor decorrente de diversas síndromes

dolorosas. A validade, a fidedignidade e a aplicabilidade desse instrumento têm sido exploradas e reforçadas por muitos estudiosos como observamos em revisões realizadas por McGUIRRE (1984); CHAPMAN et al.(1985); WILKIE et al. (1990); MELZACK & KATZ (1994).

Em relação à aplicação desse instrumento na caracterização da dor aguda, especificamente no pós-operatório, citamos READING (1982), o qual investigou a dor de 95 mulheres primíparas, submetidas à episiotomia médio-lateral durante o período expulsivo do parto. O autor verificou que os descritores mais freqüentemente utilizados em sua caracterização pertenciam ao grupo sensorial. Decorrente da análise fatorial dos dados emergiram 6 fatores refletindo tanto qualidades sensoriais específicas, como combinações entre as dimensões sensorial e afetiva. LOWE et al. (1991) estudaram duas amostras de pacientes, sendo uma composta por 192 mulheres com dor pós-operatória, com idades variando entre 18 e 65 anos, submetidas à diferentes intervenções cirúrgicas ginecológicas e outra, composta por 185 pacientes, com idades variando entre 18 e 42 anos, as quais vivenciaram dor de parto. O MPQ foi aplicado às pacientes e, posteriormente, foi feito análise fatorial confirmatória dos dados obtidos. Três fatores emergiram, reforçando a discriminação da dor aguda nas três dimensões do modelo original de MELZACK (1975).

BÉLANGER et al. (1989), utilizando o MPQ, avaliaram a qualidade e a intensidade da dor sentida por 109 pacientes, com idades variando entre 13 e 34 anos, durante aborto por aspiração, no primeiro trimestre de gestação. Os descritores mais utilizados para descrevê-la foram: latejante, como cólica, em estiramento, distendida, cansativa, maçante, aborrecida, em pontada e rítmica-intermitente, evidenciando mais uma vez maior freqüência na escolha de palavras que descrevem as qualidades sensoriais da dor, categorizadas nos subgrupos que representam variações temporais, espaciais e de pressão (tração e constritiva). Adicionado a isso, poucos descritores do grupo afetivo foram escolhidos.

MELZACK (1987) publicou uma forma reduzida do MPQ com o propósito de fornecer alternativa para facilitar a mensuração da dor em algumas situações, nas quais se faz necessário curto espaço de tempo para a realização da mesma. Denominado Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF - MPQ), o instrumento constou de 15 descritores de dor (PRI), sendo 11 do grupo sensorial e 4 do grupo afetivo e de 2 escalas de intensidade, a saber: uma analógica visual de 10 cm e uma de categorias verbais com 6 pontos, as quais forneceriam o PPI, índice referido anteriormente. O SF-MPQ, juntamente com o MPQ (MELZACK, 1975) foram aplicados a 40 pacientes, submetidos a diversas intervenções cirúrgicas. Observou-se correlação de

Spearman significativa entre os escores totais obtidos através do MPQ-SF e do MPQ, sendo que os valores de (r) variaram de 0,77 a 0,91 ($p = 0,001$), quando aplicado antes da medicação e de 0,80 a 0,88; ($p=0,001$), após a medicação. Dentre os descritores mais utilizados destacaram-se: aguda, em cólica, como mordida, dolorida, sensível, exaustiva, como punhalada, como queimor, pesada, que rompe, enjoada, amedrontadora, castigadora e cruel. A maioria dos descritores pertencia ao grupo que descreve as qualidades sensoriais da experiência dolorosa.

MELZACK et al. (1982) investigaram a qualidade da dor sentida por 82 pacientes, portadores de diversos tipos de lesão (fraturas, escoriações, cortes dentre outros), com idades variando entre 16 e 85 anos, atendidos numa unidade de emergência clínica. Os resultados mostraram que os descritores pertencentes à dimensão sensorial foram os mais freqüentemente utilizados pelos pacientes para descrever a dor sentida. Dentre eles, latejante, aguda, dolorida, palpitante, em pancada, como dolorimento, sensível, como queimor, calor, como punhalada, como esmagamento e como ferroadada foram utilizados por, no mínimo, 33% dos pacientes. Adicionado a isso, foi evidente a semelhança com que determinados descritores foram escolhidos pelos pacientes que possuíam o mesmo tipo de lesão, como no caso de *calor/queimor* para fraturas, cortes e escoriações; *palpitante/latejante* para cortes e lacerações; como *dolorimento* para fraturas e torções; *aguda* para fraturas e escoriações.

MELZACK et al. (1987) também utilizaram o MPQ em estudo realizado com 88 pacientes submetidos a diferentes intervenções cirúrgicas com o propósito de conhecer a duração, a intensidade e a qualidade da dor referida no pós-operatório. Os resultados possibilitaram a identificação de dois grupos de pacientes na amostra, ou seja, aqueles que solicitaram analgésicos por um período de até 3 ou 4 dias após o término da cirurgia e aqueles que solicitaram analgésicos por um período superior a 4 dias. No segundo grupo, os pacientes atribuíram escores mais elevados a sua dor e escolheram maior número de palavras para descrevê-las. Dentre os descritores utilizados com maior freqüência pelos pacientes predominaram aqueles pertencentes ao grupo sensorial, tais como: em pontada, como agulhada, em aperto, como estiramento, em peso e sensível, seguidos pelos descritores do grupo afetivo: cansativa e exaustiva e do grupo avaliativo: maçante. Os escores obtidos através do PPI e do PRI mantiveram-se elevados nos dois grupos de pacientes, mesmo após a utilização dos analgésicos prescritos, levando os autores a classificarem o alívio obtido como insatisfatório.

KIM et al. (1995) aplicaram uma versão norueguesa do MPQ (STRAND & WISNES, 1991) a

uma amostra de 52 pacientes adultos, submetidos a procedimentos cirúrgicos diversificados, no segundo, quarto ou quinto dias pós-operatórios. Os resultados mostraram que 84% dos pacientes escolheram, no máximo 10 descritores dos 20 subgrupos existentes, sendo os dos subgrupos os sensoriais escolhidos com maior frequência e no máximo um descritor, dentre os 5 subgrupos afetivos, foi escolhido por 75% da amostra. Os escores obtidos no segundo dia pós-operatório através do PRI ($M=14,8 \pm 11,18$) e do N.W.C. ($M=6,27 \pm 4,57$) foram relacionados com dor moderada. No quarto ou quinto dias observou-se redução nos escores de dor, utilizando-se esses mesmos índices. O instrumento foi considerado útil para estudos transculturais sobre a dor.

KATZ et al. (1994) em estudo duplo cego, placebo controlado, buscaram conhecer a interferência da aplicação de bupivacaina, por via epidural, antes e após a incisão cirúrgica, na quantidade de morfina requerida para o alívio da dor pós-operatória sentida por 42 pacientes submetidos a cirurgias abdominais, sob anestesia geral. Observaram que os escores atribuídos pelos pacientes que pertenciam ao grupo 2 (que recebeu bupivacaina pós-incisional) eram mais altos do que os escores atribuídos pelos pacientes pertencentes ao grupo 1 (que recebeu bupivacaina pré-incisional). A quantidade de morfina utilizada no pós-operatório também foi maior para o grupo 2. Adiciona-se a isso o fato de que os pacientes do grupo 2 tenderam a escolher maior número de descritores para avaliar sua dor em relação ao grupo 1, sendo que, os mais frequentemente utilizados foram: vaga, como dolorimento, sensível, maçante e cansativa.

STEIN et al. (1991) investigaram a ação analgésica da morfina, aplicada pelas vias intra-articular e endovenosa, em diferentes doses ou associada a um antagonista no alívio da dor relatada por 52 pacientes, com idades variando entre 17 e 68 anos, submetidos à cirurgias ortopédicas. Utilizou-se a versão alemã do MPQ (RADVILA et al., 1987). Quanto à caracterização da dor pós-operatória, os autores comentaram que a maioria dos descritores escolhidos era do grupo sensorial. Os resultados mostraram que a analgesia proporcionada pela aplicação de morfina intra-articular foi superior àquela obtida pelo uso da morfina endovenosa. (Ver também WELTE et al., 1992).

SCHULTE-STEINBERG et al. (1995) por sua vez, em estudo duplo-cego, placebo controlado, utilizaram o MPQ para mensuração da dor sentida por 110 pacientes, com idades médias variando entre 44,9 e 54,0 anos, submetidos à colecistectomias eletivas, com o propósito de comparar a analgesia proporcionada pela aplicação de morfina ou bupivacaina pelas vias intra-peritoneal e interpleural. Utilizou-se a versão alemã do MPQ (STEIN & MENDL, 1988). Os dados obtidos através dessa mensuração mostraram que as doses de morfina utilizadas por via intrapleural e intraperitoneal não proporcionaram

analgesia significativa para a dor pós colecistectomias e, no caso da bupivacaina, somente a aplicação por via interpleural foi eficaz.

THOMAS et al. (1995) utilizaram o SF-MPQ (MELZACK, 1987) em estudo realizado com 110 pacientes, com idades variando entre 31 e 74 anos, submetidas à histerectomia total para investigar a influência de variáveis psicológicas tais como: ansiedade, depressão, extroversão e estilo de "coping" no sucesso da analgesia pós-operatória controlada pelo paciente (PCA - patient controlled analgesia). Os resultados mostraram que os escores de dor foram, em média, maiores para o grupo que recebeu medicação por via intramuscular ($M=40,7 \pm 13,0$) do que para aquele que recebeu a medicação pelo PCA ($M=21,6 \pm 9,8$). Observou-se correlação produto-momento de Pearson, significativa entre as medidas de dor realizadas pelos pacientes e o seu nível de ansiedade devido às circunstâncias, personalidade ansiosa, neuroticismo e estilo de "coping", sendo os valores de (r) iguais a: 0,385 ($p=0,000$); 0,252 ($p=0,008$); 0,278 ($p=0,003$) e 0,226 ($p=0,017$), respectivamente. Ansiedade no período pré-operatório mostrou ser uma variável de grande influência na intensidade da dor pós-operatória e o PCA pareceu beneficiar muito mais esses pacientes do que as aplicações intramusculares. Adiciona-se a isso o fato daqueles que receberam analgésicos pelo PCA terem requerido menor quantidade de analgésicos no pós-operatório com estadia reduzida no âmbito hospitalar em relação aos demais pacientes. Para outras informações sobre o uso do MPQ para mensurar a dor no pós-operatório, com o propósito de comparar a analgesia obtida pelo PCA e pelas aplicações intramusculares ver também BOULANGER et al. (1993) e para informações adicionais a respeito da influência de variáveis psicológicas na dor pós-operatória ver TAENZER et al. (1986).

Embora o MPQ possa fornecer dados quantitativos e qualitativos sobre a dor sentida e ter a vantagem de mensurá-la multidimensionalmente, apresenta limitações: (1) em relação à sua aplicação em diferentes grupos culturais ou subculturais, uma vez que as diferenças de linguagem podem ser confundidas com diferenças na expressão da dor; (2) possui maior número de descritores sensoriais do que afetivos e avaliativos, podendo levar os pacientes a valorizarem mais o aspecto sensorial da dor; (3) dada sua extensão, requer tempo para ser aplicado tornando-se impraticável para pacientes em estado grave; (4) os escalonamentos resultantes geram dados apenas a nível de mensuração ordinal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mensuração da dor no meio clínico ganhou maior atenção nas últimas décadas. Estudos nacionais e

internacionais evidenciam que os instrumentos unidimensionais ainda prevalecem na mensuração da experiência dolorosa, especialmente no meio cirúrgico; porém, o desafio de se considerar a multidimensionalidade dessa experiência tem levado muitos pesquisadores a elaborar e utilizar instrumentos mais precisos e abrangentes em suas pesquisas.

Considerando a Teoria da Medida (STEVENS, 1975), todas essas escalas tanto as unidimensionais quanto as multidimensionais possuem algumas limitações. Por exemplo, nas escalas analógicas-visuais, nas de categorias com adjetivos ou numéricas, o número de categorias ou escalões é usualmente limitado. As unidimensionais possuem ainda a desvantagem de simplificarem demasiadamente o complexo fenômeno doloroso, possibilitando-nos mensurá-lo apenas em uma de suas dimensões. Tal fato seria comparável a considerarmos a experiência visual, contendo apenas a dimensão intensidade de luz e não levarmos em conta as outras dimensões dessa experiência tais como: cor, textura, forma, dentre outras (MELZACK, 1983).

Do ponto de vista estatístico nenhuma delas permite operações de nível mais elevado como por exemplo, análise de variância e análise correlacional, dentre outras, porque geram dados apenas a nível ordinal e, quando muito, intervalar. São sensíveis a efeitos de

âncora (valores tomados como padrão - valor máximo ou valor mínimo), de espaçamento entre as intensidades de dor e finalmente de frequência e número das categorias.

Embora permitam avaliar as gradações da intensidade de dor sentida, ou seja, diferenças entre essas intensidades, tais escalas não permitem mensurar a razão entre diferentes intensidades de dor percebida. Torna-se impossível com essas escalas, avaliar o quanto, quantitativamente, uma intensidade de dor é maior ou menor do que a outra.

Ainda sob o ponto de vista da Teoria da Medida, há métodos mais modernos e precisos que geram escalonamento de razão como por exemplo, o método de estimação de magnitudes e de emparelhamento intermodal, os quais nos possibilitariam conhecer o quanto uma intensidade de dor é maior ou menor que outra. Estudos enfocando a elaboração e validação de instrumentos a nível de mensuração de razão, tornam-se relevantes para o progresso científico, uma vez que a mensuração precisa da dor clínica é de fundamental importância para a avaliação da mesma, evitando-se assim subprescrição e subadministração de drogas, decorrentes da subestimação da dor sentida pelo paciente (Para detalhes sobre os níveis de mensuração ver FALEIROS SOUSA & da SILVA, 1996).

POSTOPERATIVE PAIN MEASUREMENT AND ASSESSMENT: A BRIEF REVIEW

How to measure pain is a great challenge to those who desire to control adequately such a complex experience. Standardized instruments that take into consideration the patient's own account, have been developed in order to make such a task easier. In this article we carry out a revision of the instruments used mostly for measuring postoperative pain, and we point out some of the advantages and disadvantages. We emphasize the need for specific research focusing on the measurement of surgical pain, taking into consideration the multiple dimensions of a painful experience.

KEY WORDS: category estimation, multidimensional scaling, unidimensional scaling, postoperative pain

MEDICIÓN Y EVALIACIÓN DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO: UNA BREVE REVISIÓN

Mensurar el dolor ha sido gran desafío para aquellos que desean controlar adecuadamente tan compleja experiencia. Instrumentos estandarizados, que consideran el relato subjetivo del propio paciente han sido elaborados buscando facilitar tal tarea. En ese artículo revisamos los instrumentos más utilizados para la mensuración del dolor postquirúrgico, apuntando hacia algunas de sus ventajas y desventajas. Enfatizamos la necesidad de investigaciones específicas que focalicen la mensuración del dolor en el medio quirúrgico, considerando la multidimensionalidad de la experiencia dolorosa.

TÉRMINOS CLAVES: estimación en categorías, escalas multidimensionales, escalas unidimensionales, dolor postquirúrgico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BÉLANGER, E.; MELZACK, R.; LAUZON, P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. **Pain**, v.36, p.339-350, 1989.
02. BOULANGER, A. et al. Comparison between patient-controlled analgesia and intra-muscular meperidine after thoracotomy. **Canadian Journal Anaesthesia**, v.40, n.5, p. 409 - 415, 1993.
03. BOUREAU, F.; LUU, M.; DOUBRÈRE, J. F. Comparative study of the validity of four french McGill pain questionnaire (M.P.Q.) versions. **Pain**, n.50, p.59-65, 1992.

04. BROADMAN, L.M.; RICE, L.J.; HANNALLAH, R.S. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. **Anesthesiology**, v.69, p.770, 1988. Suppl.3.
05. CALVILLO, E. R.; FLASKERUD, J. H. Evaluation of the pain response by mexican american and anglo american women and their nurses. **Journal Advanced Nursing**, n.18, p. 451 - 459, 1993.
06. CHAPMAN, C.R. et al. Pain measurement: an overview. **Pain**, v.22, p.1-31, 1985.
07. DAUT, T. L.; CLEELAND, C. S.; FLANERY, R. C. Development of the wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. **Pain**, v.17, p.197 - 210, 1983.
08. De BENEDITTIS, G. et al. The italian pain questionnaire. **Pain**, v.33, p.53-62, 1988.
09. EKBLON, A.; HANSSON, P. Pain intensity measurements in patients with acute pain receiving afferent stimulation. **Journal Neurology, Neurosurgery, Psychiatry**, v.51, p.481-486, 1988.
10. FALEIROS SOUSA, F.A.E. **Prestígio profissional do enfermeiro: um enfoque da psicofísica social**. Ribeirão Preto, 1993. 175p. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
11. FALEIROS SOUSA, F.A.E.; da SILVA, J.A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.4, n.2, p.147-178, 1996.
12. FISHMAN, B. et al. The memorial pain assesment card. **Cancer**, v.60, p.1151-1158, 1987.
13. FRANÇOIS, T. et al. Effect of interpleural administration of bupivacaine or lidocaine on pain and morphine requeriment after esofagectomy wth thoracotomy: a randomized, double-blind and controlled study. **Anesthesia Analgesia**, v.80, p.718-723, 1995.
14. GIFT, A.G. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. **Nursing Research**, v.38, n.5, p.286-288, 1989.
15. HARRISON, A. Arabic pain words. **Pain**, v.32, p.239-250, 1988.
16. HUSKISSON, E.C. Measurement of pain. **Lancet**, v.2, n.7889, p.1127-1131, 1974.
17. _____. Visual analogue scales. In: MELZACK, R. (ed.). **Pain measurement and assessment**. New York: Raven Press, 1983. p.33-37.
18. JACOB, B.T. et al. Ação do diclofenaco potássico injetável versus dipirona sódica injetável em condições pós-traumáticas dolorosas. **Arquivo Brasileiro Medicina**, v.60, n.4, p.337-341, 1986.
19. JENSEN, M.P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. **Pain**, v.27, p.117-126, 1986.
20. JENSEN, M.P.; TURNER, J.A.; ROMANO, J.M. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? **Pain**, v.58, p.387-392, 1994.
21. JOSHI, G.P.; McCARROLL, S.M.; O'ROURKE, K. Postoperative analgesia after lumbar laminectomy: epidural fentanyl infusion versus patient-controlled intravenous morphine. **Anesthesia Analgesia**, v.80, p.511-514, 1995.
22. KATZ, J. et al. Pre-emptive lumbrar epidural anaesthesia reduces postoperative pain and patient-controlled morphine consumption after lower abdominal surgery. **Pain**, v.59, p.395-403, 1994.
23. KERRICK, J.M. et al. Low-dose amitriptyline as an adjunct to opioids for postoperative orthopedic pain: a placebo-controlled trial. **Pain**, v.52, p.325-330, 1993.
24. KIM, H. E. et al. Developing a translation of the McGill pain questionnaire for cross-cultural comparison: an example from norway . **Journal Advanced Nursing**, v.21, p. 421 - 426, 1995.
25. KREMER, E.; ATKISON, J.H.; IGNELZI, R.J. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. **Pain**, v.10, p.241-248, 1981.
26. LANGMAYR, J.J. et al. Intrathecal steroids to reduce pain after lumbar disc surgery: a double-blind, placebo-controlled prospective study. **Pain**, v.62, p.357-361, 1995.
27. LINTON, S.J.; GÖTESTAM, K.G. A clinical comparison of two pain scales: correlation, remembering chronic pain, and a mensure of compliance. **Pain**, v.17, p. 57-65, 1983.
28. LÓPES, R.R.; FERRER, I.; PAGEROLS, M. The spanish pain questionnaire. **Pain**, p. 304, 1990. Suppl.5.
29. LOWE, N.K.; WALKER, S.N.; MCCALLUM, R.C. Confirming the theoretical structure of the McGill pain questionnaire in acute clinical pain. **Pain**, v.46, p.53-60, 1991.
30. MAIANI, G.; SANAVIO, E. Semantics of pain in italy: the italian version of the MCGILL pain questionnaire. **Pain**, v.22, p.399-405, 1985.
31. MCGUIRRE, D.B. The measurement of clinical pain. **Nursing Research**, v.33, n.3, p.152-156, 1984.
32. MCQUAY, H.J.; CARROLL, D.; MOORE, R.A. Postoperative orthopaedic pain - the effect of opiate premedication and local anaesthetic blocks. **Pain**, v.33, p.291-295, 1988.
33. MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v.1, p.277-299, 1975.

34. _____. Concepts of pain measurement. In: MELZACK, R. **Pain measurement and assessment**. New York: Raven Press, 1983. p.1-5.
35. _____. The short-form McGill pain questionnaire. **Pain**, v. 30, p. 191-197, 1987.
36. MELZACK, R.; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v.150, n.3699, p.971-979, 1965.
37. MELZACK, R.; TORGERSON, W.S. On the language of pain. **Anesthesiology**, v.34, n.1, p.50-59, 1971.
38. MELZACK, R. ; KATZ, J. Pain measurement in persons. In: WALL P. D.; MELZACK, R. (eds.). **Textbook of pain**. 3. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994. p. 337-356.
39. MELZACK, R.; WALL, P.D.; TY, T. C. Acute pain in an emergency clinic: latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. **Pain**, v.14, p.33-43, 1982.
40. MELZACK, R. et al. Pain on a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. **Pain**, v.29, p.67-72, 1987.
41. NOCITE, J.R. et al. Morfina intratecal no alívio da dor pós-operatória. **Revista Brasileira Anestesia**, v.33, n.4, p.261-264, 1983.
42. PIMENTA, C. A. de M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M.D. (ed.). **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994. p. 46-56.
43. _____. Avaliação da dor. **Medicina**, v. 74, n. 2, p. 69-75, 1996.
44. PIMENTA, C. A. de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.30, n.3, p.473-483, 1996.
45. PIMENTA, C. A de M. et al. Dor: Ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Revista Paulista Enfermagem**, v.11, n.1, p. 3-10, 1992.
46. PÖNTINEN, P.J.;KETOVIORI, H. Verbal measurement in non-english language: The finnish pain questionnaire. In: MELZACK, R. (ed.). **Pain measurement and assessment**. New York: Raven Press, 1983. p. 85-93.
47. PRIMAVESI, A.B. Morfina peridural: analgésico pós-operatório. **Revista Brasileira Anestesia**, v.36, n.4, p.299-302, 1986.
48. RADVILA, A. et al. The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. **Pain**, v.28, p.185-195, 1987.
49. READING, A.E. A comparison of the McGill pain questionnaire in chronic and acute pain. **Pain**, v.13, p.185-192, 1982.
50. RICHMOND, C.E.; BROMLEY, L.M. ; WOOLF, C.J. Preoperative morphine pre-empts postoperative pain. **Lancet**, v.342, n.8863, p.73-75, 1993.
51. SCHULTE-STEINBERG, H. et al. Intraperitoneal versus interpleural morphine or bupivacaine for pain after laparoscopic cholecystectomy. **Anesthesiology**, v.82, p.634-640, 1995.
52. SCOTT, P.J.; ANSELL, B.M.; HUSKISSON, E.C. Measurement of pain in juvenile chronic polyarthritis. **Annals Rheumatic Diseases**, v.36, p.186-187, 1977.
53. STEIN, C. ; MENDL, G. The german counterpart to McGill pain questionnaire. **Pain**, v.32, p. 251-255, 1988.
54. STEIN, C. et al. Analgesic effect of intraarticular morphine after arthroscopic knee surgery. **New England Journal Medicine**, v.325, n.16, p.1123 - 1126, 1991.
55. STEVENS, R.A. et al. Back pain after epidural anesthesia with chlorprocaine. **Anesthesiology**, v.78, n.3, p.492-497, 1993.
56. STRAND,L.I.; WISNES, A. R. The development of a norwegian pain questionnaire. **Pain**, v.16, p.61-66, 1991.
57. TAENZER, P.; MELZACK, R.; JEANS, M.E. Influence of psychological factors on postoperative pain,mood and analgesic requirements. **Pain**, v.24, p.331- 342, 1986.
58. TAURÀ, P. et al. Epidural somatostatin as an analgesic in upper abdominal surgery: a double-blind study. **Pain**, v.59, p.135-140, 1994.
59. THOMAS, V. et al. Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. **British Journal Anaesthesia**, v.74, p.271 - 276, 1995.
60. VANDERIET, K. et al. The McGill pain questionnaire constructed for the dutch language (MPQ-DV): preliminary data concerning reliability and validity. **Pain**, v.30, p.395-408, 1987.
61. WELTE, M. et al. Effect of interpleural morphine on postoperative pain and pulmonary function after thoracotomy. **British Journal Anaesthesia**, v.69, p.637-639, 1992.
63. WILKIE, D.J. et al. Use of the McGill pain questionnaire to measure pain: a meta-analysis. **Nursing Research**, v.39, n.1, p. 36-41, 1990.
64. ZALON, M.L. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. **Pain**, v.54, p.329-334, 1993.