



Interpretando o significado dos escores de gravidade da dor - Parte 1

Medir a dor de um paciente é uma das partes obrigatórias, embora não a mais essencial, na sua avaliação primária. Existem várias diferentes maneiras de se fazer isso e nenhuma é plenamente satisfatória. Este artigo expõe esse problema com muita competência e acuidade. Na sua primeira parte ele trata de: a Natureza da Dor, a Medição e Interpretação da Dor e a Confiabilidade e Validade das Medidas de Dor. A segunda parte examina a Interpretação e Significado dos Pontos de Dor, a Configuração de Objetivos e o Gerenciamento Eficaz da Dor, e as Conclusões.

Marilyn J Hodgins, Enfermeira PhD

“Se não for mensurável, não pode ser melhorado”.

W.E. Deming, estatístico americano considerado o “pai” da Qualidade Total.

RESUMO

Quando a eficácia das técnicas analgésicas é questionada, geralmente se faz referência a problemas inerentes ao paciente, ao médico e/ou à unidade de saúde. Os pontos fracos das ferramentas de medição da dor raramente são mencionados. Este artigo discute três fatores que dificultam a avaliação da intensidade da dor: a natureza da dor, a falta de consenso sobre a interpretação dos resultados obtidos com as escalas de medida, e a imprecisão dos objetivos terapêuticos e sua falta de coesão em relação aos sinais dolorosos. A premissa deste artigo é que as ferramentas de mensuração da dor são de utilidade limitada, pois nem todos os profissionais de saúde interpretam os índices gerados da mesma maneira, principalmente no contexto da assistência aguda. Abordar esse problema requer uma diversidade de abordagens e garantir que a validação do instrumento leve em consideração a interpretação dos resultados e sua importância em um determinado contexto. Parece ilusório querer melhorar substancialmente o alívio da dor até que critérios sejam estabelecidos para corresponder com precisão os índices gerados pelas ferramentas de medição da dor com os objetivos terapêuticos.

O manejo eficaz da dor é cada vez mais reconhecido como uma meta ou resultado desejado das intervenções de saúde. As expectativas da sociedade em relação a práticas eficazes de gerenciamento da dor aumentaram significativamente desde o lançamento de documentos como o Manifesto de Dor do Paciente da *Canadian Pain Society*¹ e a Comissão Conjunta de Acreditação dos Padrões de Dor das Organizações de Saúde para 2012. No entanto, a realização desse objetivo é dificultada pela ausência de diretrizes explícitas para a interpretação do que constitui um gerenciamento “eficaz” da dor. Sem essas informações, é difícil para os médicos tomar decisões sobre o que constitui as “melhores práticas”.

Três fatores complicam a medição e o manejo subsequente da dor. (Neste artigo, os termos “avaliação” e “medição” são usados de forma intercambiável.) O primeiro e talvez mais desafiador desses fatores é a natureza da própria dor. A dor é um fenômeno subjetivo, multidimensional, que varia muito entre indivíduos, situações e tempo. Um segundo fator complicador ocorre devido a deficiências nos instrumentos utilizados rotineiramente para medir a dor, especialmente no ambiente de cuidados agudos. As pontuações geradas por esses instrumentos carecem de significado e oferecem pouca orientação para a tomada de decisão. Finalmente, os objetivos do tratamento para o manejo da dor carecem de especificidade. São necessárias metas que definam claramente o ponto final ou o resultado desejado de uma intervenção ou que forneçam orientações para o estabelecimento de metas em uma situação clínica específica. A importância de cada um desses fatores no tratamento da dor é discutida no presente artigo. Além disso, argumenta-se que melhorias substanciais no tratamento da dor não ocorrerão até que sejam estabelecidos critérios que vinculem explicitamente as pontuações nas ferramentas de medição da dor aos objetivos do tratamento.

A NATUREZA DA DOR

A dor é uma experiência pessoal. A realização desse fato levou ao ditado de que “a dor é o que a pessoa diz que é e existe onde quer que seja que a pessoa diz que está”³. Poucas tentativas foram

feitas, no entanto, para desvendar como os pacientes interpretam a experiência da dor, especialmente a dor aguda. Em 1956, Beecher⁴ escreveu sobre a importância do significado no contexto das experiências de dor dos soldados feridos em batalha. Beecher não encontrou relação confiável entre a extensão das feridas dos soldados e sua dor. Muitos soldados com ferimentos graves expressaram pouca dor até serem removidos com segurança dos perigos do campo de batalha. No entanto, esses soldados pareciam reagir com respostas normais ou mesmo elevadas à dor evocada por procedimentos médicos durante o tratamento em unidades de primeiros socorros. Beecher⁵ concluiu que a intensidade da experiência da dor era em grande parte determinada pelo significado emocional e pelo significado do evento nocivo para a pessoa. Beecher⁶⁷ chamou isso de “reação à dor”. Contudo, a partir de seus escritos, não está claro que Beecher tenha generalizado esses achados no contexto de sua prática cirúrgica com pacientes civis.

A introdução da teoria do Controle do Portão por Melzack e Wall⁸ alterou radicalmente as abordagens para a investigação e o tratamento da dor. Melzack e Wall⁹ reiteraram a crença de Beecher de que a percepção da dor não é simplesmente uma função da quantidade de lesão física. Eles propuseram que a intensidade e a qualidade da dor são influenciadas por fatores como experiência passada, atenção, expectativa e ansiedade, além do significado da situação em que a dor ocorre. Melzack e Casey¹⁰¹¹ posteriormente estenderam a teoria do Controle do Portão para enfatizar a natureza multidimensional da percepção da dor e como ela molda a resposta à dor. Nesse modelo revisado, os processos cerebrais foram categorizados como discriminativos sensoriais, afetivos motivacionais e avaliativos cognitivos. O domínio sensitivo-discriminativo abrange fatores referentes ao padrão temporal, localização e intensidade da dor. A natureza aversiva da experiência da dor e as emoções evocadas pela dor são representadas pelo domínio motivacional-afetivo. Por fim, a dimensão cognitivo-avaliativa reflete como a pessoa interpreta ou avalia a dor usando fatores como experiência passada, resultado provável e o significado atribuído à situação¹²¹³. Embora não esteja claramente descrita na teoria do Controle do Portão, a dor também possui uma dimensão social¹⁴¹⁵¹⁶. A dor “não existe isoladamente do meio social e cultural em que ocorre”¹⁷.

Sem desacreditar o trabalho de Melzack e Wall¹⁸, Cleeland¹⁹ relatou que, em sua pesquisa, duas dimensões foram responsáveis pela maior parte da variação nos escores de dor dos pacientes. Ele rotulou essas dimensões de “sensoriais” (isto é, gravidade) e “reativas” da dor, refletindo o trabalho anterior de Beecher²⁰²¹. Cleeland²² sugeriu que a compreensão do significado dos escores de gravidade da dor poderia ser aprimorada se as informações sobre a dimensão reativa da dor fossem coletadas simultaneamente.

“Os rótulos também podem criar profecias autorrealizáveis. Se lhe dizem que você está doente, você sente e age de maneira doente, e outros o tratam como se estivesse doente.”

Allen Frances

MEDIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA DOR

Um pré-requisito para o gerenciamento eficaz da dor é a medição precisa do fenômeno. Medição é o processo de atribuir números ou etiquetas a um fenômeno para representar o tipo ou a quantidade de um atributo que está presente em um determinado momento²³²⁴²⁵. As ferramentas de medição são criadas para quantificar com rapidez e precisão o tipo ou quantidade de um atributo presente em um determinado momento. (Os termos 'medição', 'ferramenta' e 'escala' são usados de forma intercambiável ao longo do presente artigo.)

As informações obtidas usando uma ferramenta de medição podem ajudar na tomada de decisão clínica se forem confiáveis, precisas e significativas. Por exemplo, o esfigmomanômetro é uma das ferramentas mais usadas na área da saúde. Esta ferramenta mede a pressão arterial ou a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. Uma pressão arterial aceitável para adultos varia de 100/60 a 140/90 mmHg. Valores fora desse intervalo geralmente são considerados inaceitáveis ou indicativos da necessidade de mais investigação e intervenção. As medidas nesta ferramenta têm utilidade clínica, porque os profissionais de saúde têm um entendimento comum de como os escores de pressão arterial são obtidos e interpretados.

A abordagem mais simples e mais frequente para medir a dor é quantificar sua intensidade ou gravidade usando uma escala de dor de um item, como a escala numérica de 11 pontos, a escala categórica de palavras ou a escala visual analógica²⁶. Infelizmente, as pontuações geradas por essas ferramentas de medição da dor não possuem um nível de entendimento comum. Embora essas ferramentas de medição da dor tenham sido amplamente utilizadas em pesquisas e seu uso na prática clínica esteja aumentando, há pouca concordância em termos do significado clínico ou da importância de suas pontuações. Consequentemente, é difícil para clínicos ou pesquisadores interpretar quais escores justificam intervenção e quais remetem apenas para um manejo eficaz da dor. Por exemplo, todos os pacientes que classificam sua dor como 'leve' em uma escala categórica ou menor que 30 em uma escala analógica visual de 100 mm têm controle aceitável da dor? Como alternativa, os escores de dor devem ser interpretados com base nos relatórios de satisfação dos pacientes com o tratamento ou na vontade de aceitar seu *status* atual? Talvez os escores de dor devam ser interpretados de maneira diferente, dependendo da situação clínica ou do tipo de dor. Se sim, como isso deve ser determinado? Existem poucas respostas para essas perguntas importantes. No entanto, até que essas perguntas sejam respondidas, a utilidade clínica e a relevância das ferramentas de medição da dor estarão significativamente reduzidas.

CONFIABILIDADE E VALIDADE DAS MEDIDAS DE DOR

Estabelecer a confiabilidade (consistência) e validade (precisão) das pontuações geradas por uma ferramenta de medição é um componente essencial do desenvolvimento da ferramenta. Devido à natureza dinâmica e subjetiva da dor e à popularidade das escalas de dor de um único item, grande parte dos testes psicométricos nessa área se concentrou na questão da validade e não da confiabilidade²⁷. A validade do instrumento é frequentemente inferida quando as pontuações geradas por uma ferramenta de medição caem dentro de um intervalo esperado ou

razoável²⁸²⁹³⁰³¹. Por exemplo, observou-se que os escores de dor dos pacientes tendem a seguir um padrão previsível de declínio gradual durante o período de recuperação pós-operatória, apesar da significativa variabilidade interindividual. Outros pesquisadores concluíram que as várias ferramentas de medição da dor produzem medidas comparáveis devido às intercorrelações moderadas a fortes entre as pontuações dos sujeitos nessas ferramentas³²³³³⁴³⁵³⁶³⁷³⁸. Finalmente, alguns pesquisadores afirmaram a utilidade dessas ferramentas devido à sua capacidade de discriminar entre dor e conceitos semelhantes, mas distintos, como ansiedade³⁹, medo⁴⁰, enfrentamento⁴¹ e depressão⁴². Embora essa evidência seja uma parte essencial do processo de validação, não é suficiente interpretar o significado das pontuações geradas por essas ferramentas de medição. O significado dessa deficiência foi destacado por Messick⁴³⁴⁴ em seus escritos sobre validade.

Messick⁴⁵⁴⁶ acreditava que o foco do teste de validade deveria ser ampliado para incluir o significado das pontuações dos sujeitos em uma ferramenta de medição. Segundo Messick, uma base de conhecimento deve ser estabelecida que não apenas guie o uso de uma ferramenta de medição, mas também avance na compreensão do significado das pontuações na ferramenta. São necessárias diretrizes que descrevam o significado, a relevância e a utilidade das pontuações dos entrevistados em um instrumento de medição para uma finalidade específica; as implicações dessas pontuações para tomada de decisão e ação; e o valor funcional desses escores, evidenciado pelas consequências de seu uso. Essa conceituação de validade foi representada na forma de uma matriz progressiva (Tabela 1).

Nesta matriz, a validade é conceituada como um conceito unificado e a validação como um processo em constante evolução.

TABELA 1

Matriz progressiva que descreve as facetas da validade

	Interpretação do instrumento	Uso do instrumento
Base evidencial	Validade do construto	Validade de construção mais relevância / utilidade contextual
Base consequencial	Validade de construção mais implicações de valor	Componentes de outras células mais consequências sociais
Dados das referências ⁴⁷⁴⁸		

As evidências referentes ao conteúdo e a validade substantiva e/ou estrutural de uma ferramenta de medição são vistas como parte da validade do construto, apoiando a confiabilidade da interpretação da pontuação. Messick⁴⁹⁵⁰ afirmou que essa evidência não é suficiente, no entanto, porque não fornece informações suficientes sobre como as pontuações dos sujeitos em uma ferramenta devem ser usadas. O uso e a interpretação das pontuações em um instrumento de medição podem ser seriamente confundidos por fatores contextuais. Pontuações idênticas em uma

ferramenta de medição podem ser tratadas de maneira muito diferente, dependendo da situação. Por exemplo, pontuações mais altas em uma ferramenta de medição da dor podem ser interpretadas como aceitáveis imediatamente após uma lesão traumática, mas inaceitáveis se persistirem ao longo do tempo. É importante, portanto, considerar a relevância e a utilidade das pontuações em uma ferramenta de medição em situações específicas com vários grupos populacionais.

A base consequencial do teste de validade aborda as implicações e os resultados de valor que ocorrem como resultado da interpretação e uso das pontuações de medição. Messick⁵¹⁵² acreditava que validade e valores não podiam ser separados. Os sistemas de valores do pesquisador e/ou clínico que utiliza a ferramenta de medição inevitavelmente influenciam as inferências derivadas e as ações tomadas. Por exemplo, um clínico que acredita que a dor cria caráter tem mais probabilidade de interpretar escores mais altos de dor como aceitáveis do que alguém que considera isso um mito. Consequentemente, é importante descobrir o(s) sistema(s) de valores subjacentes que operam em um contexto específico e determinar o seu impacto potencial na interpretação e no uso das pontuações de medição.

A última célula na matriz de validade de Messick aborda as consequências sociais reais e potenciais incorridas pelo uso de um instrumento de medição. Como a medição é realizada para uma finalidade específica, é importante examinar até que ponto essa finalidade é realizada. Deve-se considerar os vários custos, tanto materiais (por exemplo, financeiros, recursos humanos e tempo) quanto os menos tangíveis (por exemplo, estresse e estigmatização), incorridos no processo de medição. Segundo Messick⁵³⁵⁴, a melhor maneira de prevenir ou minimizar as consequências negativas que podem ser atribuídas à invalidez do instrumento é eliminar o conteúdo irrelevante da ferramenta de medição e maximizar a base empírica para a interpretação e o uso da pontuação. Por exemplo, que escores de dor serão interpretados como uma intervenção justificativa em um contexto específico?

Nota do blog: Não perca a publicação da segunda parte desse artigo.

Publicação na *Pain Res Manage* 2002; 7 (4): 192-198.