

ARTIGO
ORIGINAL

Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica

Applicability of the Brazilian version of the McGill pain questionnaire in elderly patients with chronic pain

Clarissa Cardoso dos Santos¹, Leani Souza Máximo Pereira¹, Marcos Antônio de Resende¹, Frederico Magno², Vanessa Aguiar².

RESUMO

A dor crônica é uma experiência multidimensional que envolve aspectos sensorio-perceptual, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo que se interagem e contribuem para a resposta dolorosa final. As alterações características do processo do envelhecimento em cada um desses aspectos podem interferir na experiência da dor, dificultando a sua avaliação adequada. O uso de uma escala multidimensional como o Questionário de dor McGill (MPQ) possibilita uma avaliação mais adequada desse sintoma. Os objetivos desse estudo foram verificar a confiabilidade intra e inter examinadores da aplicação do Br-MPQ em idosos com dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e neurológicas. Participaram desse estudo 19 idosos com doenças ortopédicas (71,21 ± 7,51 anos) e 19 idosos com doenças neurológicas (69,79 ± 5,30 anos) apresentando o diagnóstico de dor crônica, encaminhados pelo serviço médico, sem alterações cognitivas. A confiabilidade geral intra e interexaminadores nos idosos com doenças ortopédicas foram 0,86 e 0,89, respectivamente, e para idosos com doenças neurológicas de 0,71 e 0,68, respectivamente (Spearman, $p < 0,05$). Os resultados mostraram que o Br-MPQ foi de fácil aplicação (8,54 ± 2,35 minutos) nessa amostra. O presente estudo demonstrou que o Br-MPQ pode ser mais adequado para avaliar a dor crônica em idosos, uma vez que a percepção desse sintoma está mais relacionada aos aspectos sensoriais, afetivos e cognitivo-avaliativos e não somente à intensidade.

PALAVRAS-CHAVE

Dor crônica, idoso, questionário de dor McGill

ABSTRACT

Chronic pain is a multidimensional experience that involves sensory-perceptual affective-motivational and cognitive-evaluation aspects, which interact and contribute to the ultimate painful response. The characteristic changes of the aging process on each of these aspects can interfere with the experience of pain, thus making appropriate assessment more difficult. The use of multidimensional scales, such as the McGill Pain Questionnaire (MPQ) makes more appropriate evaluations possible. The aims of this study were to assess the intra- and inter-examiner reliability of the Brazilian Version of the MPQ (Br-MPQ) and characterize the perceptions of chronic pain in elderly individuals with orthopedic and neurological diseases. The sample consisted of 19 elderly individuals (71.21 ± 7.51 yrs) with orthopedic (G1) and 19 (69.79 ± 5.30 yrs) with neurological diseases (G2), all with a clinical diagnosis of chronic pain but no cognitive alterations. The general intra- and inter-examiner reliability was 0.86 and 0.89 for G1, and 0.71 and 0.68 for G2, respectively ($p < 0.05$). The results showed that the Br-MPQ was easily applied to a group of elderly individuals with chronic pain (8.54 ± 2.35 minutes). The present study demonstrated that the Br-MPQ can be more effective to assess pain in the elderly, as the perception of this symptom is more associated to sensorial, affective, and subjective aspects than to pain intensity.

KEY-WORDS

chronic pain, McGill Pain Questionnaire, elderly

Recebido em 21 de fevereiro de 2006, aceito em 14 de junho de 2006

¹Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais

²Fisioterapeutas

Endereço para correspondência:

Dra. Leani Souza Máximo Pereira, Dep. de Fisioterapia da Escola de Ed. Física, Fisioterapia e Ter. Ocupacional da Univ. Federal de MG
Av. Antonio Carlos, 6627, Campus da Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

CEP: 31270-901, phone/fax n.: 55-31-3499-4783

e-mail: leanismp.bh@zaz.com.br

Introdução

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual atual ou potencial¹. Atualmente, pode ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo, representando uma eficiente via de informação dos diversos segmentos corporais com a consciência². Sintoma particularmente importante em qualquer faixa etária, freqüentemente associada ao sofrimento ou ao desconforto, a dor deixou de ser entendida como uma simples sensação para ser hoje, reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um².

Com o avançar da idade a dor assume maior importância devido à sua expressiva prevalência aliada à freqüente limitação funcional global dela resultante^{2,3}.

O processo do envelhecimento vem acompanhado de aumento na prevalência da dor crônica⁴, dor articular⁵ e fibromialgia⁶. No entanto, parece que, com o avançar da idade ocorre uma redução da dor em todos os locais do organismo, com exceção das articulações^{7,8}.

A dor no idoso é, na maioria das vezes, difícil de ser reconhecida e conseqüentemente não é tratada⁹⁻².

A doença por si só não afeta a funcionalidade do indivíduo^{13,14}. Há uma fraca correlação entre condição de saúde e função (coeficiente < 0.10)¹⁴. A dor e a fadiga, resultantes de uma condição de saúde, estão fortemente associados com baixo desempenho nos níveis de função física e social. Esses sintomas são modificáveis por várias intervenções, portanto, independente da condição de saúde do indivíduo podem ser indicativos de seus déficits funcionais¹⁴. Daí, a necessidade de incluir a dor, um sintoma raramente abordado adequadamente, como parte de uma avaliação funcional.

Entre os idosos, a dor crônica representa a principal queixa ambulatorial e o sintoma mais freqüente nas anamneses, ocorrendo em 25% - 50% dos indivíduos^{2,15}. Cerca de 45% - 80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor, sendo que em 34% desses os sintomas são referidos como contínuos^{2,15,16}. Dentre as doenças que podem estar associadas com a dor crônica destacam-se a osteoartrite, as neuropatias periféricas, a osteoporose e o câncer¹¹. Frente a um processo algico as estruturas morfológicas e funcionais do Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP) devem estar intactas para que a discriminação têmporo-espacial sensitiva, as reações neurovegetativas, neuroendócrinas, psíquicas, motoras e adaptativas manifestem-se apropriadamente¹⁷.

Indivíduos com dor crônica podem apresentar importantes complicações tais como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, agitação, agressividade, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, levando a dependência em atividades de vida diária e a um maior gasto com serviços de saúde^{12,18,19}. Além disso, o descondição físico, alterações da marcha, quedas, o processo de reabilitação lento, polifarmácia, disfunção cognitiva e desnutrição

estão entre as muitas condições geriátricas comuns que podem ser pioradas pela presença da dor e/ou pelos efeitos adversos desencadeados pelo tratamento medicamentoso da dor¹⁸.

A existência de poucos estudos sobre dor crônica em idosos pode ser devido à crença de que idosos são menos sensíveis a dor e que, erroneamente, a dor é considerada uma conseqüência normal e esperada do processo de envelhecimento e, portanto, não é capaz de ser tratável.

Dor crônica é uma experiência multidimensional com componentes sensoriais, afetivos e cognitivo-avaliativos, que se interagem e contribuem para a resposta dolorosa final^{20,21}. As alterações características do processo de envelhecimento sobre cada um desses componentes podem interferir na experiência da dor, dificultando a realização de uma avaliação adequada¹². A dor é uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado^{11,22}. A maioria dos instrumentos que avaliam a dor, tais como a Escala Analógica Visual (VAS), Escala de Descritor Verbal (EDV), a Escala de Quantificação Numérica e a Escala Analógica de Cores são medidas unidimensionais de intensidade¹². Dentre esses, a EVA tem sido a mais utilizada em trabalhos científicos²³. Para indivíduos jovens, esta escala apresenta alto índice de validade e confiabilidade, no entanto, o aumento da idade está relacionado ao aumento de respostas incorretas²⁴.

O uso de uma escala multidimensional em idosos pode ser mais efetivo para avaliar a dor uma vez que a percepção da dor está mais relacionada às qualidades sensoriais, afetivas, temporais e não somente ao seu grau de intensidade²⁵.

O questionário de dor McGill (MPQ) foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, com o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente. Esse é um dos questionários mais referenciados mundialmente e usados na prática clínica²⁶⁻³⁰. O MPQ avalia as qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor. Além disso, apresenta em seu escopo uma avaliação da distribuição espacial e da intensidade da dor ("sem dor" a "cruciante"). Há grande evidência da validade, confiabilidade e habilidade discriminativa do MPQ quando usado com adultos jovens^{27,28}. Apesar de ser um instrumento que apresenta validade é necessário avaliar a sua aplicabilidade na população idosa, uma vez que a dor é uma experiência multidimensional e pode ser influenciada pelo processo de envelhecimento.

Em 1996, alguns autores²⁹ publicaram uma proposta de adaptação para língua portuguesa do MPQ e realizaram a aplicação clínica do mesmo em uma amostra de 57 indivíduos com dor crônica oncológica (média de idade de 50,1 anos) e 81 indivíduos com dor crônica de etiologia variada com uma média de idade de 49,1 anos, com bons resultados.

Posteriormente, em uma dissertação de mestrado em neurolingüística da Universidade Federal de São Carlos³¹, foi elaborada uma proposta de adaptação do MPQ para a língua portuguesa, a versão brasileira do MPQ (Br-MPQ), realizando a tradução e adaptação transcultural do instrumento. Essa versão do questionário pareceu-nos mais fácil de ser aplicada em idosos, entretanto, nenhuma das versões foi aplicada na população idosa.

A primeira parte do questionário contém um esboço do corpo humano usado para fazer a localização espacial e em profundidade da dor referida pelo paciente.

A segunda parte busca coletar informações sobre as propriedades temporais da dor (contínuas, ritmadas, momentâneas), as circunstâncias em que os sintomas dolorosos começaram a ser percebidos e as intervenções analgésicas que estão sendo ou que já foram usadas para minimizá-la.

A terceira parte, que é a mais original, procura ajudar o paciente a relatar as qualidades específicas de suas dores. Ela prevê um espaço para a queixa espontânea da dor, mas é formada, principalmente, por um conjunto de 68 palavras que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosas em geral e que são escolhidas pelos pacientes para caracterizar as suas dores em particular.

A quarta parte busca avaliar a Intensidade da Dor Presente. Trata-se de uma escala âncora alfa – numérica que varia de 1 a 5, associada com as seguintes palavras: (1) fraca; (2) moderada; (3) forte; (4) violenta e (5) insuportável.

A escolha dos descritores para nomear a dor vai depender da experiência prévia do indivíduo, do estresse emocional gerado pela condição de saúde, pelas peculiaridades e especificidade do indivíduo, gerando assim a qualidade de sua dor.

Essas observações são importantes tendo em vista que uma abordagem inadequada desse problema pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos levando à depressão, agressividade, isolamento social e comprometimento funcional^{9,11,12}.

Objetivos

Os objetivos desse estudo foram verificar a confiabilidade intra e inter examinadores da aplicação do Br-MPQ em idosos com dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e neurológicas.

Casuística e Métodos

Delineamento do Estudo

Para avaliar a confiabilidade do Br-MPQ na população idosa, foi realizada uma pesquisa metodológica observacional transversal. O Br-MPQ foi aplicado em idosos residentes na comunidade com queixas de dores crônicas ocasionadas por doenças de origem ortopédicas e neurológicas encaminhados por profissionais médicos. A confiabilidade do instrumento foi avaliada nessa população. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, número ETIC 550/04.

Amostra

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2004 a julho de 2005. Foram avaliados 58 idosos com diagnóstico de dor crônica que estavam em tratamento fisioterápico, 20 idosos foram excluídos do estudo, sendo que 5 idosos apresentaram agudização dos sintomas durante o período da coleta dos dados, 7 não compareceram ao local para reavaliações, 3 iniciaram um programa multiprofissional para tratamento da dor crônica e 5 recusaram-se a responder novamente o questionário.

Após a realização do cálculo amostral, foram avaliados 38

idosos com diagnóstico clínico de dor crônica encaminhados pelo serviço médico. Os voluntários foram alocados em dois grupos com 19 idosos com dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e 19 idosos com dor por doenças neurológicas. Os grupos foram pareados quanto ao sexo e a idade.

Foram incluídos no estudo, voluntários com idade maior ou igual a 60 anos; que não apresentaram alterações cognitivas que interferissem sobre a compreensão do questionário, identificadas pelo uso da versão brasileira do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com ponto de corte de 13 para analfabetos, 18 para baixa (0 a 4 anos) e média (5 a 8 anos) e 26 para alta escolaridade (pelo menos 9 anos) 32; que apresentassem dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas e neurológicas e que assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos do estudo, idosos que apresentassem dores agudas, alterações auditivas graves e que estivessem frequentando serviços multiprofissionais para abordagem da dor crônica.

Instrumento

Foi aplicado o Br-MPQ, traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira³¹.

Procedimento

O questionário foi aplicado individualmente por dois examinadores previamente treinados que seguiram instruções padronizadas.

Fase 1: Análise da dificuldade dos idosos com os descritores

Essa fase foi realizada em 20 idosos residentes na comunidade de Belo Horizonte (MG). Inicialmente, foi aplicado um questionário clínico demográfico para o delineamento da amostra, o qual é parte integrante do Br-MPQ. Após esse procedimento, foram selecionados aqueles idosos que preencheram os critérios de inclusão, sendo encaminhados para um consultório de avaliação da Clínica Escola de Fisioterapia do Unicentro Newton Paiva. Cada idoso foi orientado sobre o estudo e o termo de consentimento foi lido e explicado ao voluntário, que deveria assiná-lo caso decidisse participar do estudo de livre e espontânea vontade. Na seqüência o pesquisador aplicou o Br-MPQ³¹ nesses indivíduos. Após essa etapa, os idosos foram orientados a relatar se os descritores do Br-MPQ eram claros para expressar a sua dor.

Os idosos avaliados no estudo não apresentaram dificuldades em relação à maioria dos descritores do questionário. Em relação ao item “localização e profundidade da dor”, cerca de 5% (N = 1) necessitaram de auxílio para distinguir os descritores “dor profunda” e “dor superficial”. Cerca da 10% (N = 2) dos indivíduos tiveram dificuldade em relação ao descritor “intermitente”, o qual qualifica o “Padrão Temporal da dor”. Em relação ao item “Descrição da dor”, 15% (N = 3) dos idosos tiveram dificuldade em diferenciar os descritores da subclasse 09, que se refere à característica sensorial surdez, que é composto pelos descritores amortecida e adormecida. No entanto, caso o paciente não entendesse o significado do descritor, eles poderiam e deveriam ser definidos pelo examinador, o que foi realizado durante a coleta de dados³¹. Assim, a maioria dos idosos não apresentou dificuldades em relação aos descritores uti-

lizados no Br-MPQ, verificando-se a aplicabilidade do instrumento na população selecionada.

Fase 2: Confiabilidade do Br-MPQ para população idosa com dor crônica:

Após a realização da fase 1, foi iniciada a coleta de dados para o estudo.

Os idosos que não apresentaram alterações cognitivas de acordo com o ponto de corte proposto³² foram convidados a participar do estudo, sendo lido e explicado o termo de consentimento pela pesquisadora responsável. Após a assinatura deste termo os idosos foram orientados a responder o questionário sobre a dor.

O Br-MPQ apresenta em sua parte inicial uma avaliação onde são coletados dados clínicos e demográficos do indivíduo avaliado. Esses dados foram utilizados no presente estudo para a caracterização da amostra estudada.

O Br-MPQ foi aplicado pela pesquisadora e os idosos foram orientados a escolher qual descritor melhor representaria as características da dor.

A confiabilidade intra-examinador foi feita pela pesquisadora responsável pelo estudo com intervalo de uma semana entre uma aplicação e outra.

Para a análise da confiabilidade interexaminadores, o pesquisador assistente foi responsável por aplicar o questionário novamente, respeitando as mesmas características das outras duas aplicações.

O tempo gasto pelos idosos para responder o questionário durante as três coletas foi cronometrado e utilizado para a apresentação dos resultados (média e desvio padrão da média).

Análise Estatística

A análise descritiva foi realizada para a caracterização da amostra, com cálculo de média, desvio padrão da média e percentagens para as variáveis estudadas.

As variáveis avaliadas com Br-MPQ foram as seguintes: Localização e Profundidade da Dor, Circunstâncias de Início da Dor, Padrão Temporal da Dor, Número Total de Descritores da Dor, Índice de Classificação Sensorial, Afetiva, Subjetiva, Mista e Total da dor e Intensidade da dor. Para investigar o índice de confiabilidade intra e interexaminadores, foram utilizados o Coeficiente de Spearman para as variáveis contínuas e o Kappa para as variáveis ordinais.

Resultados

Análise descritiva da amostra

Fizeram parte deste estudo, 38 idosos da comunidade, sem alterações cognitivas, com dores devido a doenças ortopédicas (n=19) e neurológicas (n=19). O diagnóstico médico de osteoartrose foi dado a 78,95% (n=16) da população com doenças ortopédicas pesquisada sendo que, 57,89% (n=11) acometia os membros inferiores e 26,32% (n=5) a coluna vertebral e 15,79% (n=3) apresentava diagnóstico de tendinite em membros superiores. Dentre os idosos com dor decorrente de doenças neurológicas, 63,21% (n=10) eram portadores de lesões nervosas centrais, tais como a doença de Parkinson 26,32% (n=5), acidente vascular encefálico Sensório-motor 21,05% (n=4) e Lesão Medular 5,23% (n=1). Participaram do estudo

7 homens (18,42%) e 31 mulheres (81,58%) com uma média de idade para a população total de $70,50 \pm 6,45$ anos. A escolaridade média foi de $6,76 \pm 4,92$ anos e esses idosos relataram apresentar dor crônica há $63,20 \pm 88,90$ meses.

Em geral, os idosos avaliados faziam uso de uma média de $3,16 \pm 2,80$ medicamentos, já haviam realizado outra abordagem além da medicamentosa ($1,40 \pm 1,00$) para os sintomas dolorosos e apresentavam $7,00 \pm 1,91$ horas de sono por noite. Esses dados estão apresentados na Tabela 1. A Tabela 1 apresenta a análise

Tabela 1
Análise descritiva comparativa dos aspectos sócio-demográficos e clínicos apresentados pelos idosos com dor crônica de origem ortopédica e neurológica.

	Ortopédico	Neurológico	Geral	P
Idade	71,21 ± 7,51	69,79 ± 5,30	70,50 ± 6,45	0,549
Escolaridade	6,53 ± 4,8	7,00 ± 5,15	6,76 ± 4,92	0,768
Medicamentos em uso (quantidade)	2,79 ± 2,86	3,53 ± 2,76	3,16 ± 2,8	0,359
Local da dor (Quantidade)	2,79 ± 4,58	9,32 ± 6,62	6,05 ± 6,56	0,001
Tempo de aplicação do Br-MPQ (minutos)	8,57 ± 2,22	8,51 ± 2,48	8,54 ± 2,32	0,651
Horas de sono	7,29 ± 2,28	6,71 ± 1,45	7,00 ± 1,91	0,098
MEEM	26,50 ± 2,46	26,50 ± 2,46	26,50 ± 2,49	> 0,05
Escolaridade	6,53 ± 4,8	7,00 ± 5,15	6,76 ± 4,92	0,768
Tempo de dor (meses)	74,50 ± 114,60	51,60 ± 53,20	63,20 ± 88,90	0,218
Tratamentos não medicamentosos já realizados	1,62 ± 1,33	1,18 ± 0,32	1,40 ± 1,00	>0,05

Br-MPQ – versão brasileira do questionário de McGill, MEEM – miniexame do estado mental

comparativa das variáveis descritivas apresentadas na população de idosos com dor crônica de origem ortopédica e neurológica.

De acordo com os resultados encontrados nessa Tabela, os idosos com doenças neurológicas relataram $9,32 \pm 6,62$ locais de dor, o que diferiu significativamente ($p=0,001$) do número de locais daqueles com doenças ortopédicas, com $2,79 \pm 4,58$ locais. O tempo médio gasto pelos idosos para a responder o Br-MPQ, foi $8,54 \pm 2,32$ minutos.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à intensidade da dor presente dos idosos durante a coleta dos dados. De acordo com esses dados, a maioria dos idosos classifica a dor entre ausente (26,32%, N=10) e fraca (47,37%, N= 18).

Tabela 2
Análise comparativa da intensidade da dor presente apresentada pelos idosos com dor crônica de origem ortopédica e neurológica.

Intensidade da dor presente	Ortopédico		Neurológico	
	N	%	N	%
Sem dor	8	42,11	2	10,53
Fraca	7	36,84	11	57,89
Moderada	3	15,79	4	21,05
Forte	0	0	2	10,53
Violenta	0	0	0	0
Insuportável	1	5,26	0	0

Confiabilidades intra e interexaminadores do Br-MPQ

De acordo com a Tabela 3, pode-se observar que, ao aplicarmos o Br-MPQ na população de idosos com dor de origem neurológica as confiabilidades intra e interexaminadores gerais foram de 0,71 e 0,68, respectivamente, sendo considerada como “boa”³³.

O constructo do Br-MPQ apresenta alguns itens onde o coeficiente não paramétrico de Spearman não seria a melhor alternativa para estudar essa correlação. A variável “Padrão Temporal de Dor” é uma variável categórica nominal, onde não existe uma escala de medida (níveis entre as respostas). Os valores 1, 2 e 3 para essa variável são apenas simbólicos, não tendo sentido de ordenação ou seja, o número 1 não representa uma resposta melhor ou pior que a resposta 2 ou a 3. Dessa forma, a utilização de uma análise estatística de confiabilidade para variável categórica seria o mais adequado. Diante dessas ponderações, foi utilizada a análise estatística de Kappa para a variável “Padrão Temporal de dor”. Ao realizarmos esse procedimento estatístico, a confiabilidade intra-examinador foi igual a 0,90, indicando que por esse teste estatístico essa variável teria também, a classificação “quase perfeita”. Ao analisarmos a confiabilidade interexaminadores pela análise estatística Kappa essa foi de 0,82, indicando uma classificação “quase perfeita”³³.

Portanto, no contexto geral, as confiabilidades intra e interexaminadores na avaliação da dor crônica de idosos com doenças neurológicas pelo Br-MPQ pode ser considerada como boa, segundo os critérios descritos.

A Tabela 4 demonstra que, ao aplicarmos o Br-MPQ em idosos com dor crônica em decorrência de doenças ortopédicas a confiabilidade intra-examinador geral foi de 0,86, sendo considerada como “quase perfeita”³³. O Índice de classificação de dor sensorial, isoladamente, apresentou uma confiabilidade pequena em comparação com os outros itens. A Tabela 4 mostra que a confiabilidade interexaminadores geral foi de 0,89, sendo considerada também como “quase perfeita” (Spearman, $p < 0,05$).

Tabela 3

Confiabilidade intra e inter examinador para os itens do Br-MPQ para indivíduos com doenças neurológicas pelo o Coeficiente de Spearman.

Ítems	Coeficiente de Spearman	
	Intra	Inter
Número de palavras escolhidas	0,91*	0,71**
Índice de classificação sensorial da dor	0,89*	0,76**
Índice de classificação afetivo da dor	0,76**	0,90*
Índice de classificação subjetivo da dor	0,25***	0,60**
Índice de classificação misto da dor	0,61**	0,49***
Índice de classificação total da dor	0,93*	0,83*
Intensidade da dor presente	0,41***	0,44***
Intensidade máxima de dor	0,42***	0,46***
Intensidade mínima de dor	0,86*	0,60**
Intensidade da dor de dente	0,94*	0,91*
Intensidade da dor de estômago	0,65**	0,64**
Geral	0,71**	0,68**

Tabela 4

Confiabilidade intra e inter examinador do Br-MPQ para indivíduos com doenças ortopédicas pelo o Coeficiente de Spearman.

Ítems	Coeficiente de Spearman	
	Intra	Inter
Número de palavras escolhidas	0,82*	0,96*
Índice de classificação sensorial da dor	0,65**	0,77**
Índice de classificação afetivo da dor	0,97*	0,92*
Índice de classificação subjetivo da dor	0,96*	0,95*
Índice de classificação misto da dor	0,68**	0,69**
Índice de classificação total da dor	0,82*	0,97*
Intensidade da dor presente	0,84*	0,88*
Intensidade máxima de dor	0,92*	0,97*
Intensidade mínima de dor	0,88*	0,79**
Intensidade da dor de dente	0,90*	0,81*
Intensidade da dor de estômago	0,98*	0,99*
Geral	0,86*	0,89*

O “Padrão temporal de dor” novamente foi avaliado pelo índice Kappa. Ao realizarmos essa análise estatística verificou-se que a confiabilidade intra-examinador foi de 0,83 e para interexaminador de 0,92, indicando uma confiabilidade classificada como “quase-perfeita”³³.

A confiabilidade geral intra e interexaminador do Br-MPQ na avaliação da dor crônica de idosos com doenças ortopédicas pelo Br-MPQ pode ser considerada como “quase perfeita” numa avaliação geral, segundo os critérios acima descritos.

Esses resultados sugerem que o Br-MPQ apresenta uma confiabilidade maior ao ser aplicado em idosos com dores crônicas em decorrência de doenças ortopédicas do que quando aplicado naqueles com doenças neurológicas.

Discussão

A dor crônica é um sintoma difícil de ser avaliado por ser uma experiência subjetiva e por sofrer a influência de diversos fatores, incluindo ambientais, emocionais, comportamentais e sociais³⁴.

Apesar dos idosos do estudo apresentarem comprometimento de estruturas diferentes (ortopédicas e neurológicas), pode-se observar pela análise dos dados descritivos comparativos que os grupos estudados foram homogêneos, não apresentando diferenças significativas em relação à idade, escolaridade, estado cognitivo, quantidade de medicamentos em uso, horas de sono e estado marital, variáveis essas, que poderiam interferir sobre os resultados do Br-MPQ.

A dificuldade para entender os descritores do MPQ está mais relacionada ao nível de escolaridade e ao comprometimento cognitivo do que com a idade da população estudada^{25,35}.

Em relação ao tempo de aplicação do Br-MPQ, o tempo necessário para a sua aplicação em jovens por examinadores experientes varia de 5 a 10 minutos³¹. Tendo em vista que o tempo médio gasto

pelos idosos para responder o questionário foi de $8,57 \pm 2,32$, pode-se sugerir que esse perfil clínico demográfico da amostra parece ter contribuído para um desempenho adequado dos idosos no Br-MPQ.

A média geral de horas de sono apresentadas pela população idosa total desse estudo foi considerada normal ($7,00 \pm 1,91$), demonstrando que, nessa população, os sintomas dolorosos crônicos não influenciaram as horas de sono. Possivelmente, o uso de medicamentos para a dor, de antidepressivos e outras abordagens podem ter contribuído para a indução do sono desses indivíduos^{36,37}.

Para que se possa realizar um tratamento adequado da dor, fazem-se necessários métodos de avaliação apropriados. A maioria dos instrumentos que avaliam a dor são medidas unidimensionais de intensidade. O instrumento mais comumente usado é a Escala Analógica Visual (EVA), uma linha de 10 cm com descritores de intensidade em seus extremos, tais como “sem dor” e “pior dor possível”²³. Para indivíduos jovens, esta escala apresenta alto índice de validade e confiabilidade²⁴, no entanto, o aumento da idade está relacionado ao aumento de respostas incorretas a VAS²⁴. Um outro instrumento usado na prática clínica é a Escala com Descritor Verbal (EDV). Esse instrumento apresenta descritores verbais dispostos em uma linha. Em um estudo com idosos, cerca de 40% desses indivíduos relataram que a VDS é mais fácil e descreve melhor a sua dor, uma vez que esta população prefere denominar a sua dor que identificá-la por números²⁴. O uso de uma escala vertical poderia ser mais apropriado para idosos devido à melhor percepção dos descritores dispostos desta maneira, demonstrando a característica crescente da escala²⁵. Os resultados encontrados no presente estudo em relação à escala da intensidade de dor, que é um dos itens que compõem o Br-MPQ, demonstram que essa escala apresenta boa confiabilidade intra e inter examinadores para idosos, sem alterações cognitivas, com dores crônicas de origem ortopédica e neurológica podendo ser usada para avaliação da intensidade da dor nessa população.

De acordo com a análise dos dados pode-se observar que, quando o item do questionário que se refere à Intensidade da dor é analisado separadamente, esse não apresenta diferenças significativas entre os dois grupos de idosos pesquisados. A maioria dos idosos da amostra pesquisada, nesse item, relatou que a intensidade da dor presente era fraca (47,36%, N=18). Esses dados, quando analisados isoladamente podem sugerir de acordo com a literatura pesquisada³⁷ um alto controle dos sintomas dolorosos pelos idosos indicando uma boa adaptação com a dor crônica. Entretanto, o nosso trabalho não apresentou um grupo controle com indivíduos jovens para que justificasse adequadamente esses achados. No entanto, ao analisar o Índice de Classificação da dor (total) do Br-MPQ, observa-se que a média é alta, podendo sugerir que os idosos são mais relutantes para relatar a intensidade da dor, considerando erroneamente, esse sintoma como parte integrante do processo do envelhecimento²⁵. Esses achados fazem-nos inferir que a população de idosos pesquisada pode subestimar a dor quando é utilizada somente uma escala de intensidade. Relatos inadequados podem gerar problemas de saúde devido à dificuldade na identificação dos sintomas e conseqüentemente a abordagem terapêutica^{38,39}. Uma

escala unidimensional avalia somente um elemento da experiência da dor, a intensidade. Medidas multidimensionais, tais como o Br-MPQ, provêm uma melhor compreensão da dor do indivíduo, uma vez que idosos apresentam dificuldade em assumir a sua dor como sendo mais intensa, levando esses indivíduos a escolherem níveis menores de dor em medidas de intensidade, subestimando este sintoma. O uso de uma escala multidimensional em idosos possibilita uma avaliação mais adequada da dor uma vez que existem outras alterações de ordem qualitativa no que se refere à dor e à idade e não somente à intensidade por si só²⁵.

Os dados do Br-MPQ sugerem que idosos com doenças neurológicas apresentam uma maior dificuldade na definição da sua dor. Fatores sensoriais e afetivos apresentaram uma maior influência na percepção da dor desses indivíduos. Ao avaliarmos a confiabilidade do Índice de Classificação Sensorial da dor do questionário ele apresentou-se quase perfeito, demonstrando a importância dessa categoria para qualificar a dor nesse grupo específico de idosos. É importante ressaltar que as características sensoriais da dor são os principais critérios para definir a presença de dor neuropática^{40,41}. Há diversos mecanismos para o desenvolvimento da dor neuropática, tais como estimulação direta dos neurônios sensitivos por compressão ou irritação química, por lesão nervosa ou desaferentação e manutenção da dor por estimulação simpática constante⁴²⁻⁴⁴. Além disso, o Índice da Classificação Afetivo da Dor também demonstrou uma confiabilidade boa. Essa categoria é composta por palavras relacionadas ao estado emocional do indivíduo, podendo traduzir percepção de cansaço, sentimento de medo e punição e reações autonômicas. Esses dados confirmam a idéia de que indivíduos com dor neuropática apresentam fatores emocionais relacionados à percepção desse sintoma⁴¹.

Em relação ao Índice de Classificação Subjetivo da Dor, que integra o Br-MPQ, os idosos com doenças neurológicas apresentaram confiabilidade interexaminador moderada e intra-examinador regular. Esse índice analisa a importância do desconforto subjetivo global gerado pela presença de dor, tanto em termos perceptuais quanto reativos, referindo-se à auto-avaliação da dor pelo indivíduo. Além disso, esses indivíduos apresentaram a confiabilidade intra e interexaminador regular para os escores Intensidade Máxima e Presente da dor. Esses achados sugerem que os idosos com doenças neurológicas têm dificuldade para descrever a sua dor quando utilizada uma escala quantitativa de intensidade.

No presente estudo, indivíduos com doenças neurológicas apresentaram mais dificuldade para quantificar a percepção geral da dor. Isso pode ser devido ao fato de que idosos com doenças neurológicas queixam, como demonstrado pela análise dos dados desse estudo, mais locais de dor do que aqueles com doenças ortopédicas, dificultando a caracterização da dor de modo global⁴⁵.

O Índice de Classificação Misto da Dor é composto por quatro subclasses, incluindo a relação entre movimento e presença de dor, componentes sensoriais, emocionais e de temperatura³¹. Para essa classificação, os idosos com doenças neurológicas apresentaram uma confiabilidade boa. Um dos motivos que justifica esse fato é que esse índice, por ser composto de uma associação entre outras subclasses sofreu interferência de componentes sensoriais

e afetivos. Além disso, a primeira subclasse corresponde à relação entre dor e movimento. Idosos com doenças neurológicas não relataram somente a dor como provável causadora nas restrições dos movimentos, outros fatores como parestesia e paresia podem limitar a sua execução e podem ter influenciado sobre a resposta ao questionário.

O MPQ é um instrumento internacionalmente usado na prática clínica²⁵⁻³⁰. Há grandes evidências da validade, confiabilidade e habilidade discriminativa do MPQ quando usado em adultos jovens^{27,28}. A literatura pesquisada relata que o MPQ pode ser um instrumento complexo e consumir muito tempo para ser aplicado na população idosa⁴⁶. Esses autores argumentaram que mesmo sem alterações cognitivas quanto maior a faixa etária, maior as dificuldades para entender alguns dos descritores podendo os idosos, se confundir pelo grande número de escolhas. Além disso, essa população específica pode ter outras palavras que descrevem melhor a sua dor que não estão incluídas no MPQ, tendo em vista a sua experiência de vida em termos culturais e sociais ao longo das décadas.

O processo do envelhecimento fisiológico, a senescência, exerce também uma influência sobre o locus de controle da dor e consequentemente na expressão da sua manifestação⁴⁷. A percepção do local de controle da dor baseia-se em um constructo criado para explicar a percepção das pessoas sobre quem ou o que detém o controle sobre sua vida⁴⁷. O constructo define basicamente 2 locais nos quais o indivíduo pode perceber preferencialmente o controle de sua dor: eventos internos do próprio organismo, que podem ser alterados com o passar dos anos, pelas experiências vividas e pelas alterações emocionais da senescência e os externos que podem ser ao acaso (azar, sorte, destino) ou por pessoas poderosas (profissionais da saúde, familiares)⁴⁷. A nossa amostra foi constituída de idosos com diagnóstico de doenças crônicas ortopédicas e neurológicas, portanto, é de se esperar que essas disfunções apresentassem influências no controle da expressão da dor. O Br-MPQ, bem como as orientações da forma de aplicação, foi o tema de uma dissertação de mestrado em neurolinguística³¹, área de saber que aborda especificamente as adequações lingüística e os componentes envolvidos em todos os contextos expostos. Portanto, a versão do questionário proposto por esse autor pareceu-nos contemplar mais adequadamente a população alvo avaliada.

De acordo com o presente estudo, idosos, vivendo em comunidade, sem alterações cognitivas não apresentaram dificuldade em responder ao Br-MPQ e não demonstraram dúvidas em relação aos seus descritores. Além disso, a sua aplicação não consumiu muito tempo, confirmando a facilidade e adequação do mesmo para a população estudada. As possíveis dificuldades apresentadas durante a aplicação do MPQ⁴⁶ estão mais diretamente relacionadas ao nível educacional, comprometimento cognitivo ou verbal e não devido à idade²⁵, uma vez que o MPQ apresenta confiabilidade quando aplicado em crianças com 12 anos²⁵ e, como sugerido pelo presente estudo, quando aplicada em idosos sem alterações cognitivas.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que o Br-MPQ é um instrumento

que apresenta aplicabilidade para a amostra pesquisada. Além disso, o instrumento apresentou uma confiabilidade intra e interexaminadores “quase perfeita” para idosos com doenças ortopédicas e “boa” para aqueles com doenças neurológicas.

O Br-MPQ foi capaz de fornecer informações sobre as diferentes percepções dos vários domínios que integram o sintoma dor em indivíduos com diferentes doenças, uma vez que a percepção desse sintoma está relacionada aos aspectos sensoriais, afetivos, motivacionais e não somente à intensidade. Assim, esse instrumento permite avaliar adequadamente as diferentes qualidades da dor, facilitando a compreensão desse sintoma pelo profissional de saúde, o que pode permitir a elaboração de um programa de tratamento específico.

O estudo sugere que o Br-MPQ pode ser utilizado na prática clínica favorecendo a avaliação da percepção da dor em indivíduos idosos com dor crônica de origem ortopédica e neurológica, sem alterações cognitivas, vivendo na comunidade.

Referência bibliográfica

- Merskey H. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986;Suppl 3:S215-17.
- Barr JO. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: Guccione AA. *Fisioterapia Geriátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 333-56.
- Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999;80(1-2):377-82.
- Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*. 1984;18(3):299-314.
- Badley EM, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum Dis*. 1992;51(3):366-71.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19-28.
- Cook AK, Niven CA, Downs MG. Assessing the pain of people with cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(6):421-5.
- Chiba T. Dor e tratamento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.718-31.
- Farrell MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain*. 1996;67(1):7-15.
- Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10(8):591-8.
- Fisher SE, Burgio LD, Thorn BE, Allen-Burge R, Gerstle J, Roth DL, et al. Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: association of certified nursing assistant pain report, Minimum Data Set pain report, and analgesic medication use. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):152-6.
- Augusto ACC, Soares CPS, Resende MA. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Textos Envelhecimento*. 2004;7(1):89-104.
- Stewart AL, Mills KM, King AC, Haskell WL, Gillis D, Ritter PL. CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(7):1126-41.
- Bennett JA, Stewart AL, Kayser-Jones J, Glaser D. The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adults. *Nurs Res*. 2002;51(4):254-65.
- Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulewitch H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(11):1847-51.
- Lipton RB, Pfeffer D, Newman LC, Solomon S. Headaches in the elderly. *J Pain Symptom Manage*. 1993;8(2):87-97.
- Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, Andrade DCA, Bezerra SL, Figueiró JB, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. *Rev. Med. (São Paulo)*. 2001;80(Pt 1):1-21.
- Kovach CR, Noonan PE, Griffie J, Muchka S, Weissman DE. Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Appl Nurs Res*. 2001;14(4):193-200.

19. Lane P, Kuntupis M, MacDonald S, McCarthy P, Panke JA, Warden V, et al. A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthc Nurse*. 2003;21(1):32-7.
20. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet*. 1999;353(9164):1607-9.
21. Melzack R. Pain—an overview. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999;43(9):880-4.
22. Gloth FM 3rd. Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics*. 2000;55(10):46-8, 51-4.
23. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;2(7889):1127-31.
24. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986;27(1):117-26.
25. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain*. 1997;70(1):3-14.
26. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7.
27. Stein C, Mendl G. The German counterpart to McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1988;32(2):251-5.
28. De Benedittis G, Massei R, Nobili R, Pieri A. The Italian Pain Questionnaire. *Pain*. 1988;33(1):53-62.
29. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):473-83.
30. Bruce J, Poobalan AS, Smith WC, Chambers WA. Quantitative assessment of chronic postsurgical pain using the McGill Pain Questionnaire. *Clin J Pain*. 2004;20(2):70-5.
31. Castro CES. A formação lingüística da dor – versão brasileira do questionário McGill de dor [tese]. São Carlos:Universidade Federal de São Carlos; 1999.
32. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
33. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
34. Gallagher RM. Treatment planning in pain medicine. Integrating medical, physical, and behavioral therapies. *Med Clin North Am*. 1999;83(3):823-49, viii.
35. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan VW. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*. 2005;117(3):412-20.
36. Novy CM, Jagmin MG. Pain management in the elderly orthopaedic patient. *Orthop Nurs*. 1997;16(1):51-7.
37. Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain*. 2004;8(4):335-44.
38. Gallagher RM, Verma S. Managing pain and comorbid depression: a public health challenge. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1999;4(3):203-20.
39. Mossey JM, Gallagher RM, Tirumalasetti F. The effects of pain and depression on physical functioning in elderly residents of a continuing care retirement community. *Pain Med*. 2000;1(4):340-50.
40. Martinez-Lavin M, Lopez S, Medina M, Nava A. Use of the leeds assessment of neuropathic symptoms and signs questionnaire in patients with fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*. 2003;32(6):407-11.
41. Nicholson B, Verma S. Comorbidities in chronic neuropathic pain. *Pain Med*. 2004;5(Suppl 1):S9-S27.
42. Martinez-Lavin M, Hermsillo AG, Rosas M, Soto ME. Circadian studies of autonomic nervous balance in patients with fibromyalgia: a heart rate variability analysis. *Arthritis Rheum*. 1998;41(11):1966-71.
43. Woolf CJ, Decosterd I. Implications of recent advances in the understanding of pain pathophysiology for the assessment of pain in patients. *Pain*. 1999;Suppl 6:S141-7.
44. Martinez-Lavin M. Is fibromyalgia a generalized reflex sympathetic dystrophy? *Clin Exp Rheumatol*. 2001;19(1):1-3.
45. De Souza LH, Frank AO. Subjective pain experience of people with chronic back pain. *Physiother Res Int*. 2000;5(4):207-19.
46. Herr KA, Mobily PR. Complexities of pain assessment in the elderly. *Clinical considerations*. *J Gerontol Nurs*. 1991;17(4):12-9.
47. Gibson SJ, Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain*. 2000;85(3):375-83.