

**INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE  
DE VIDA DE PACIENTES COM DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR**

Camila Porto Pessoa<sup>a</sup>

Morgana Bastos Barreto<sup>a</sup>

Lydia Brito Santos<sup>b</sup>

Tecia Daltro Borges Alves<sup>c</sup>

Márcio Campos Oliveira<sup>c</sup>

Ângela Guimarães Martins<sup>b</sup>

**Resumo**

A dor está intimamente relacionada à qualidade de vida do indivíduo. Por ser a dor orofacial e as disfunções têmporo-mandibulares cada vez mais freqüentes na população mundial, este artigo tem como objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para mensurar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com DTM e demonstrar a importância da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de Saúde no diagnóstico, tratamento e controle dessa patologia, considerando-se o aspecto doloroso como uma experiência multidimensional.

**Palavras-chave:** Dor orofacial. Transtornos da articulação temporomandibular. Qualidade de vida.

**INSTRUMENTS USED TO ESTIMATE THE PAIN IMPACT ON OROFACIAL PAIN PATIENTS'  
QUALITY OF LIFE AND TEMPOROMANDIBULAR DISORDER**

**Abstract**

Pain is intimately related to the individual's quality of life. Orofacial pain and temporomandibular disorders are increasingly more frequent in the worldwide population. The aim of this article is to make a literature review of the instruments used to measure the pain impact on the quality of life of temporomandibular disorder patients and to show how these

---

<sup>a</sup> Alunas especiais do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>b</sup> Professoras adjuntas do Curso de Odontologia e convidadas do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>c</sup> Professores adjuntos do Mestrado em Saúde Coletiva e do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**Endereço para correspondência:** a/c Lydia de Brito Santos: Rua Sabino Silva 322/501, Bairro Kalilândia, Feira de Santana, Bahia/ CEP 44035-120. E-mail: lydiabs@gmail.com.

instruments can be important on diagnostic, treatment and pathology control, regarding the painful aspect as a multidimensional experience.

**Keywords:** Orofacial pain. Temporomandibular joint disorders. Life quality.

## INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência desagradável e que motiva o indivíduo muito mais do que qualquer outra na vida, prejudicando, assim, milhões de pessoas em todo o mundo.<sup>1</sup> O conceito moderno de dor, segundo o subcomitê de taxonomia da Associação Internacional para Estudo da Dor é: “uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos deste dano”.<sup>2</sup> Diante desta definição, entende-se que a dor represente um estado psicológico e subjetivo mais do que uma atividade induzida apenas por um estímulo nocivo, essencial para compreender-se a queixa dolorosa, principalmente, de pacientes com dor crônica.<sup>3,4</sup>

Muitas disfunções temporomandibulares (DTM) crônicas têm a dor como sintoma e queixa principal, e a qualidade de vida dos pacientes com DTM está diretamente relacionada com o controle da dor orofacial.<sup>5</sup> O termo “dor orofacial” abrange as dores que ocorrem nas regiões facial (da linha orbitária até o pescoço e anteriormente às orelhas) e oral (dentro da boca).<sup>6,7</sup>

Mesmo diante de aspectos clínicos estruturais e oclusais muitas vezes evidentes, é importante que o profissional entenda que o comportamento de dor é motivado pela experiência dolorosa.<sup>5</sup> A dor é sempre uma percepção subjetiva que resulta da combinação de diferentes fatores e sua intensidade raramente corresponde apenas à severidade do dano clínico.<sup>8</sup>

Atividades funcionais e qualidade de vida são aspectos utilizados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes, assim como suas relações sociais.<sup>8</sup> As dores crônicas produzem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem atenção na avaliação clínica e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por meio de tratamentos terapêuticos.<sup>5,9</sup>

Existem poucos estudos que utilizam questionários ou outros métodos para avaliar o impacto das condições dolorosas da face na qualidade de vida das pessoas. A ferramenta de avaliação multidimensional mais utilizada é o questionário de dor de McGill (MPQ). Neste, o impacto da dor na vida do paciente é avaliado por questões relacionadas ao prejuízo social, desenvolvimento das atividades da vida diária e percepção do próprio paciente sobre a reação de terceiros à sua condição dolorosa.<sup>8</sup>

Por ser a dor orofacial e as disfunções têmporo-mandibulares cada vez mais freqüentes na população mundial, este artigo tem como objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para mensurar o impacto da dor na qualidade de vida de

pacientes com DTM e demonstrar a importância da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de Saúde no diagnóstico, tratamento e controle dessa patologia, considerando-se o aspecto doloroso como uma experiência multidimensional.

### REVISÃO DE LITERATURA

Em 1989, Reisine et al.<sup>10</sup> estudaram, pela aplicação de indicadores padronizados, incluindo o questionário de McGill (MPQ), o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de 152 pacientes. Entre as condições estudadas, 48 pacientes apresentavam DTM, 33 doenças periodontais, 23 faziam uso de próteses e 48 estavam em situação de retorno clínico por condições diversas. O impacto foi mais severo para os portadores de DTM, o que levou os autores a sugerirem tal questionário como um indicador eficiente para o acompanhamento de qualidade de vida e a coleta de dados epidemiológicos no estudo das DTMs.

Existem muitos protocolos para diagnóstico, classificação e tratamento das DTMs. Entretanto, a maioria dos métodos só considera achados obtidos durante o exame clínico, necessitando, assim, de outros instrumentos que avaliem os aspectos psicológicos. A versão em português do questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) apresenta um aspecto multifatorial, avaliando tanto características clínicas das TMD (AXIS I) como fatores psicológicos e psicossociais (AXIS II) desta disfunção.<sup>11</sup>

Murray et al.<sup>12</sup> também utilizaram uma ferramenta específica para avaliar a qualidade de vida de pacientes com DTM, o *Oral Health Impact Profile*. Neste trabalho, os autores compararam pacientes com DTM e sem esta disfunção, e pôde-se observar um significativo impacto na qualidade de vida dos portadores de DTM, por meio de relatos de problemas funcionais, como dificuldade para mastigar alguns alimentos, que foi quatro vezes maior para os pacientes com DTM, e também de relatos de depressão, nove vezes maior.

Desordens orais têm impacto psicossocial na qualidade de vida e podem ser mensurados com instrumentos como o questionário *Oral Health Impact Profile (OHIP)*. Usando o OHIP, Segu et al.<sup>13</sup> avaliaram se e como a dor orofacial pode afetar a qualidade de vida dos pacientes com DTMs. Eles concluíram que a dor orofacial e seus sintomas afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes com DTMs.

John et al.<sup>14</sup> fizeram um estudo objetivando caracterizar o nível de impacto da saúde oral dos pacientes com DTM na sua qualidade de vida. Para isto, usaram a versão Germânica do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em 416 pacientes em tratamento para DTMs. Os resultados mostraram que, realmente, as DTMs interferem na qualidade de vida dos pacientes, principalmente no seu aspecto psicossocial em casos de dores crônicas.

Sugisaki et al.<sup>15</sup> desenvolveram um novo questionário para mensuração do impacto da dor temporomandibular nas funções diárias dos pacientes japoneses. Eles usaram como base o *TMD questionnaire (LDF-TMDQ)*, reduzindo o seu número de itens de 13 para 10. Vários métodos e escalas têm sido usados para obtenção do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em pacientes com DTMs. Contudo, os autores justificam sua pesquisa afirmando que existem poucos artigos que relatem a validade desses questionários e, até mesmo, que relatem o seu uso em condições socioculturais típicas dos japoneses.

Já Segu et al.<sup>16</sup> desenvolveram e validaram uma versão italiana do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* própria para o uso em pacientes com DTMs.

Brown et al.<sup>17</sup> fizeram um estudo com o objetivo de examinar as relações entre depressão, ansiedade e raiva; severidade da DTM e interferência na vida, usando um modelo de questionário. Os resultados encontrados sugeriram que: (1) a depressão, a ansiedade e a raiva são importantes variáveis na relação entre dor e qualidade de vida; (2) o impacto da dor crônica é influenciado tanto pela dor propriamente dita quanto pela depressão, ansiedade e raiva; (3) o controle e tratamento das DTMs trazem melhores benefícios se realizados num âmbito multidisciplinar.

Com o objetivo de obter-se uma versão brasileira do questionário de McGill (MPQ), que não seria exatamente igual à original, Castro traduziu o MPQ para a língua portuguesa (Br-MPQ), acrescentando algumas questões específicas, como: (1) prejuízo social; (2) atividades da vida diária; (3) percepção do outro; (4) tolerância à dor; (5) sensação de estar doente; (6) sensação de utilidade; (7) satisfação com a vida.<sup>8, 9, 18</sup> Esta versão brasileira adaptada por Castro<sup>18, 19</sup> foi aplicada em estudo retrospectivo que avaliou a intensidade e qualidade de dores do parto, para o que foram entrevistadas 46 mulheres, 13 primíparas e 33 múltiparas, no próprio dia do parto ou no dia seguinte a ele. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre a intensidade média da dor de primíparas e múltiparas em nenhum dos indicadores do Br-MPQ (Teste t não significativo), e a intensidade associada ao Número de Palavras Escolhidas (NWC) e ao Índice de Dor em Escala (PRI) variaram dentro de uma ampla faixa. Castro concluiu que o questionário se mostrou capaz de permitir a cada sujeito a expressão da individualidade de sua queixa e, ao mesmo tempo, discriminar as possíveis especificidades de um determinado tipo de dor.

A versão brasileira do questionário de McGill (Br-MPQ) foi usada para estudar o impacto da dor na qualidade de vida de um grupo de 22 pacientes com DTM. Os autores concluíram que a dor causada pela DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e que o questionário empregado, embora não específico para problemas relacionados à DTM, permitiu avaliá-la adequadamente.<sup>9</sup>

## DISCUSSÃO

Atualmente, já é comprovado, por literatura, que as dores crônicas não estão relacionadas só com aspectos biológicos, mas também com aspectos psicossociais. Além disto, após a instalação do quadro doloroso, verifica-se uma influência direta dessa dor sobre as atividades funcionais e relações sociais na vida desses pacientes. Isto gera um grande impacto na qualidade vida.<sup>3,4,9</sup>

Os autores pesquisados encontraram que portadores de DTM podem sofrer interferência da dor no âmbito do trabalho, das atividades escolares, do lazer, sono, alimentação e do relacionamento interpessoal.<sup>8,9,10,18</sup>

Assim como Sugisaki et al.<sup>15</sup>, sabemos que, apesar de existirem métodos para obtenção do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em pacientes com DTMs, poucos artigos relatam a validade desses questionários. Além disto, um único questionário nem sempre é capaz de representar o impacto das DTMs na qualidade de vida de pessoas que vivem em condições socioculturais completamente ambíguas. Daí a necessidade de diversos autores, como Segu et al.<sup>13</sup>, Sugisaki et al.<sup>15</sup> e Castro<sup>18</sup>, de criarem versões específicas desses questionários para seus países.

A versão em português do Questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RCD/TMD) leva em consideração, ao contrário da maioria dos protocolos para diagnóstico, classificação e tratamento das DTM, não somente achados obtidos durante o exame clínico. Ele leva em conta também fatores psicológicos e psicossociais, sendo considerado uma ferramenta válida de diagnóstico e pesquisa clínica e epidemiológica. Esse questionário foi validado por Lucena et al., em 2006.<sup>11</sup>

Essa é uma grande diferença entre o Questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RCD/TMD) e a versão brasileira do questionário de McGill proposta por Castro, uma vez que esta última não é específica para mensurar a qualidade de vida relacionada a problemas orofaciais.<sup>9</sup>

A versão brasileira proposta por Castro (BR-MPQ)<sup>18</sup> adiciona questões específicas, como: (1) prejuízo social; (2) atividades da vida diária; (3) percepção do outro; (4) tolerância à dor; (5) sensação de estar doente; (6) sensação de utilidade; (7) satisfação com a vida.<sup>8,9</sup>

Nas questões relacionadas com prejuízo social, a versão brasileira de Castro<sup>18</sup> aborda aspectos ligados ao trabalho ou escola, lazer, família, amigos e atividades domiciliares.<sup>8,9</sup> Este item é suficientemente abrangente no que diz respeito ao prejuízo social na vida dos pacientes com DTM.

Em relação às atividades da vida diária, o questionário de Castro<sup>18</sup> aborda questões relacionadas ao sono, higiene pessoal, alimentação, vestimenta e locomoção. Na tentativa de

utilizar um questionário mais específico para as DTMs, poderiam ser removidos os tópicos relacionados à vestimenta e locomoção, e acrescentar outros mais específicos, como os relacionados à higiene bucal, uma vez que pacientes com DTM podem possuir dificuldade na abertura de boca. Poderia também ser utilizado algum questionamento em relação às atividades diárias relacionadas à vida amorosa, como o efeito da DTM no beijo ou no sexo.

Em relação à tolerância à dor, Castro<sup>18</sup> usa tópicos que variam entre: “não é difícil” e “é impossível”. Esta avaliação poderia ser feita por meio de uma escala numérica, que, em nossa opinião, seria de caráter menos subjetivo e, portanto, mais fácil para a mensuração da tolerância à dor pelos pacientes.

No item relacionado à sensação de estar doente, a versão brasileira utiliza os seguintes tópicos: “não”, “um pouco”, “muito” e “totalmente”. Poderiam ser usados apenas os tópicos “não” e “sim”, e, em caso afirmativo, teriam subitens um “pouco”, “muito” e “totalmente”.

Os dois outros itens acrescentados no questionário de Castro<sup>18</sup> (sensação de utilidade; satisfação com a vida) encaixam-se também para os pacientes com DTM, uma vez que abordam questões que podem estar relacionadas a qualquer tipo de dor. No item “sensação de utilidade”, ele utiliza critérios que variam entre “sim” e “totalmente inútil”. Na avaliação da satisfação com a vida, os critérios variam entre “sim” e “completamente insatisfatória”.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar do questionário de Castro<sup>18</sup> não ser específico para DTM, há concordância entre os autores citados de que pode ser utilizado para quantificar e acompanhar a evolução da dor envolvida na DTM e seu impacto na vida do paciente, sendo necessários mais estudos para confirmar estes resultados.<sup>8</sup>

A utilização de questionários mensuradores do impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com DTM deve servir como uma ferramenta no desafio dos profissionais da saúde, numa época em que a qualidade de vida está intimamente relacionada com o controle da dor, geradora, muitas vezes, de alterações significativas na vida dessas pessoas.

### **REFERÊNCIAS**

1. Okeson JP. Dores Bucofaciais de Bell. 5ª. ed. São Paulo: Quintessence; 1998.
2. Pain. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. [S217]. Pain 1986 Supplement 3.
3. Wahlund K, List T, Ohrback R. The relationship between somatic and emotional stimuli: disorders (TMD) and a control group. Eur J Pain 2005;2:19-27.

4. Barros JJ, Rode SM. Tratamento das disfunções craniomandibulares – ATM. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1995.
5. Siqueira TT, Ching LH. DOR – Dor Orofacial/ATM. Bases para o diagnóstico clínico. Curitiba: Editora Maio; 1999.
6. Okeson JP. Dor Orofacial. Guia de avaliação diagnóstica e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998.
7. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kinsey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:52-60.
8. Oliveira AS. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). *Braz J Oral Sci* 2005;4(12):246-50.
9. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(2):138-43.
10. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17(1):7-10.
11. Lucena LBS, Kosminsky M, Costa LJ, Góes PSA. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. *Braz. Oral Res* 2006; 20(4).
12. Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain* 1996;10:316-23.
13. Segu M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol* 2003;52(6):279-87.
14. John MT, Reissman DR, Schierz O, Wassell RW. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2007;21(1)46-54.
15. Sugisaki M, Kino K, Yoshida N, Ishikawa T, Amakasa T, Haketa T. Development of a new questionnaire to assess pain-related limitations of daily functions in Japanese patients with temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(5):384-95.
16. Segu M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(2):125-30.
17. Brown FF, Robinson ME, Rilev JL, Gremillion HA. Pain severity. Negative affect. And microstressors as predictors of life interference in TMD patients. *Cranio* 1996;14(1):63-70.

18. Castro CES. A formulação lingüística da dor – versão brasileira do questionário McGill de dor. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.
19. Campos LMP, Castro CES. Intensidade e qualidades das dores do trabalho de parto: um estudo retrospectivo utilizando a versão brasileira do questionário McGill de dor (BR-MPQ). [Monografia de Conclusão de Curso de Graduação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.

Recebido em 10.07.2007    Aprovado em 31.10.2007



### **INSTRUÇÕES DE USO**

- *Apresentação*
- *Métodos de Aplicação*
- *Análise dos Dados*
- *Comentários*
- *Casos Excepcionais*
- *Bibliografia*

### **APRESENTAÇÃO**

O Questionário McGill de Dor, *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ), em sua versão brasileira, o Br-MPQ, foi construído a partir de originais em língua inglesa desenvolvidos por MELZACK & TORGERSO, 1971, e MELZACK, 1975, para facilitar aos pacientes a comunicação de suas dores a um terapeuta. Além disto, ele fornece medidas quantitativas das dores que podem ser tratadas estatisticamente. Esta apresentação tem por objetivo descrever e comentar os métodos de aplicação do questionário e de análise de seus dados, de tal forma a possibilitar seu uso por qualquer profissional da saúde interessado em avaliar os fenômenos clínicos de dor e analgesia. A maior parte das instruções, recomendações e considerações aqui contidas são baseadas nos escritos de MELZACK (1975).

O Br- MPQ é formado, basicamente, por quatro partes, precedidas por uma folha de rosto para registro dos dados pessoais e clínicos do paciente, tais como, sua queixa principal (QP), seu histórico da moléstia atual (HMA) e sua história pregressa (HP), incluindo ainda informações sobre o indicativo diagnóstico do caso em questão.

A primeira parte do questionário contém esboços do corpo humano, usados para fazer a localização espacial e em profundidade da dor referida pelo paciente.

A segunda parte do Br-MPQ busca coletar informações sobre as propriedades temporais da dor (contínuas, ritmadas, momentâneas), as circunstâncias em que ela começou a ser percebida e o conjunto de 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 sua dor. 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 suas dores em particular.

A quarta parte busca avaliar a Intensidade da Dor Presente (PPI). 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. O paciente escolhe uma delas para indicar a intensidade global de sua dor atual. Questões adicionais relativas ao PPI fornecem informações sobre a tendência pessoal dos pacientes em avaliar suas dores de um modo mais ou menos intenso.

As três principais medidas estatísticas quantitativas que podem ser derivadas do questionário são:

- (1) Índice de Avaliação da Dor (PRI): baseado nos valores numéricos associados com as palavras de descrição dentro de cada subclasse da parte III do Br-MPQ;
- (2) Número de Palavras Escolhidas (NWC) pelos pacientes, na parte III do questionário, para descrever a dor;
- (3) Intensidade da Dor Presente (PPI), da parte IV do questionário.

Estes dados, tomados em seu conjunto, fornecem informações quantitativas que podem ser tratadas estatisticamente para, por exemplo, detectar diferenças entre diversos métodos de alívio da dor. Além dessas medidas quantitativas, o Br-MPQ autoriza uma avaliação qualitativa da dor, por meio da análise das palavras usadas para descrevê-la, permitindo, assim, o estabelecimento de uma tipologia das mais diversas síndromes dolorosas.

## **MÉTODO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

### **PARTE I - Localização da dor**

O primeiro passo do questionário é determinar a área dos sintomas e registrá-los num “mapa do corpo humano”. Um mapeamento da dor é, freqüentemente, capaz de mostrar áreas de envolvimento dos sintomas que podem não ser percebidos facilmente por queixas verbais e vice-versa. Alguns pesquisadores usam um código de cores para sinalizar diversos sintomas, além da dor. Por exemplo: preto = dor; azul = falta de sensação e formigamentos; vermelho = queimação; verde = câibras; amarelo = rigidez e edema, e assim por diante. Na verdade, os códigos usados no mapa podem variar em função dos interesses de pesquisa do terapeuta, que deve desenvolver seu próprio código para designar, por exemplo, áreas de aumento ou diminuição de percepções sensoriais específicas, pontos de sensibilidade e gatilhos de dor, etc. Também podem ser incluídos breves comentários referentes às regiões de maior intensidade e tipos de dor. Deve-se fazer sempre uma tentativa de relacionar as áreas e a profundidade da dor com as projeções dos dermatômos, miótômos e esclerôtômos. As áreas de disestesia ou anestesia podem

indicar o envolvimento de uma determinada raiz nervosa como origem do problema. Alguns pesquisadores preferem que o próprio paciente faça o mapeamento dos sintomas. Preferimos preencher o mapa para ele, em função da possibilidade de uma maior precisão dos dados, principalmente no que diz respeito às projeções dos sintomas aos demátomos, miótomos e esclerótomos. É aconselhável usar um novo mapa do corpo humano a cada nova vez que a localização da dor for investigada.

### **PARTE II- Início, tratamentos realizados e padrão temporal**

Deve-se perguntar como a dor começou. Em seguida, qual é a eventual medicação analgésica usada, principalmente a que está em uso atual. A duração do alívio deve ser registrada em minutos ou horas e sua quantidade nos termos de “nenhum alívio, pouco, médio, muito ou alívio total”. Tem que se registrar todos os tratamentos já realizados, inclusive leigos. Por último, pergunta-se pelo padrão temporal, frequência e duração das crises, principalmente se as dores forem de padrão ritmado ou transitório.

### **PARTE III- Descrição da dor**

Primeiro, deve-se perguntar ao paciente sobre como é sua dor, deixando que ele produza uma queixa espontânea. Todos os adjetivos que ele usar para qualificar sua dor precisam ser transcritos na ficha. Depois, o conjunto de palavras e expressões que compõem cada uma das subclasses do Br-MPQ deve ser lido para o paciente de forma isolada, dando-se o tempo necessário para que ele decida se as qualidades de sua dor são representadas por uma dessas palavras. Só, então, se deve passar a ler as palavras da subclasse seguinte e, assim, sucessivamente.

As definições da quatro categorias principais e das 20 subclasses da parte II do Br-MPQ são as seguintes:

#### **I- CATEGORIA DE PALAVRAS SENSORIAIS - DISCRIMINATIVAS**

Diz respeito à capacidade das pessoas perceberem as qualidades sensoriais temporais, espaciais, de pressão, calor, vivacidade ou surdez de uma estimulação dolorosa. Formada por um conjunto de palavras e expressões que discriminam esses aspectos sensoriais da experiência dolorosa, permitindo que os pacientes sinalizem suas impressões físicas sobre a dor.

1. TEMPORAL [que vai-e-vem - que pulsa - latejante - em pancadas] Indica aquelas dores que sofrem intrinsecamente uma variação temporal, ou seja, entre dois estímulos dolorosos existe um intervalo de tempo

sensorialmente perceptível. O aspecto temporal de uma dor é caracterizado tecnicamente pelo adjetivo latejante.

2. **ESPACIAL** [que salta aqui e ali - que se espalha em círculos - que irradia] As palavras desta subclasse representam a localização de uma dor, isto é, indicam a área corporal mais ou menos delimitada onde o indivíduo percebe que a dor incide.
3. **PRESSÃO NUM PONTO** [pica como uma agulhada - é como uma fígada - como uma pontada de faca - perfura como uma broca] Caracteriza aquelas dores percebidas como uma pressão exercida de fora para dentro no organismo, que incide numa área fixa, pequena e bem-delimitada. São dores classificadas tecnicamente como lancinantes.
4. **INCISÃO** [que corta como uma navalha - que dilacera a carne] Especifica as qualidades sensoriais de dores incisionais, que cortam o corpo e são percebidas como se fossem produzidas por um instrumento afiado que rasga a pele ou dilacera a carne, dividindo-a em partes.
5. **COMPRESSÃO** [como um beliscão - em pressão - como uma mordida - em câibra / cólica - que esmaga] Assinala as qualidades sensoriais de dores sentidas na forma de um aperto, de uma pressão que parece fazer reduzir o diâmetro de uma região ou parte do corpo. São tipos de dores que foram incorporadas ao vocabulário técnico em palavras como 'câibras' e 'cólicas', que tipificam uma compressão dolorosa, um espasmo, sentido nos músculos ou nas vísceras, respectivamente.
6. **TRAÇÃO** [que repuxa - que arranca - que parte ao meio] Refere aquelas dores percebidas como resultantes da ação de uma força exercida em direções opostas, provocando um estiramento, uma torção ou uma separação em alguma estrutura orgânica.
7. **CALOR** [que esquenta - que queima como água quente - que queima como fogo] Tipifica as dores que produzem sensações de aquecimento ou queimor.
8. **VIVACIDADE** [que coça - em formigamento - ardida - como uma ferroadada] Diz respeito àquelas dores freqüentemente intensas e momentâneas. Reflete o brilho subjetivo atribuído à sensação que torna uma determinada parte do corpo extremamente sensível: às vezes, fica ardida, como a dor causada por uma ferroadada; outras, formigando; outras, ainda, percebidas como um prurido intenso e irritante.

9. SURDEZ [amortecida - adormecida] Ao contrário da subclasse anterior, esta parece representar dores mais indefinidas e constantes, que são chamadas de dores surdas por contraste às dores vivas. Representa a “sensação da falta de sensação” que algumas dores podem implicar. São sensações sem brilho, mas persistentes e, por isto, incomodam a quem as sentem.
10. SENSORIAL GERAL [sensível - dolorida - como um machucado - pesada] As palavras desta categoria são um resumo da intensidade da dor em sua dimensão sensorial e funcionam como uma espécie de categoria âncora para ela.

## II- CATEGORIA DE PALAVRAS AFETIVAS - MOTIVACIONAIS

Representam o sofrimento íntimo de um sujeito submetido à dor: um estado emocional de conotação desagradável e penoso, avesso ao prazer. Esta dimensão emocional e reativa, associada à presença de uma dor, pode traduzir-se por percepções de cansaço, sentimentos de medo e punição, e por reações autonômicas.

11. CANSAÇO [que cansa - que enfraquece - fatigante - que consome] Traduz a falta de forças, o desgaste, o esgotamento e a exaustão física e mental que uma dor de grande intensidade ou de longa duração pode induzir ou provocar no indivíduo.
12. AUTONÔMICA [de suar frio - que dá ânsia de vômito] Diz respeito às reações vegetativas desagradáveis que uma dor pode desencadear. A intensidade das reações autonômicas está associada à força do conteúdo emocional da percepção dolorosa (relação hipotálamo - sistema límbico).
13. MEDO [assustadora - horrível - tenebrosa] Uma dor pode produzir grande ansiedade no indivíduo, um sentimento que pode ser traduzido em preocupação, pavor, temor ou pânico ante a noção de um perigo real ou imaginário, ante a ameaça que uma dor representa à integridade física, mental, social e ocupacional do sujeito.
14. PUNIÇÃO [castigante - torturante - de matar] A presença de um quadro doloroso pode sugerir, à alma de um crente, sentimentos de punição e purgação. Para o crente, a dor tem uma natureza divina e é imposta a ele como uma provação, uma pena, um castigo inclemente, cruel, impiedoso e mortal.

15. DESPRAZER [chata - que perturba - que dá nervoso - irritante - de chorar]  
Esta categoria de palavras funciona como uma âncora para a dimensão afetiva. São palavras que sempre ou quase sempre serão mobilizadas pelas pessoas para avaliar a intensidade do sofrimento provocado pela dor. Ela funciona como um resumo da intensidade do desprazer, do desconforto, do “desagradável” associado a um quadro doloroso.

### III- CATEGORIA DE PALAVRAS DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA - COGNITIVAS

A dimensão avaliativa é aquela que analisa, estima e sumaria a força e a importância do desconforto subjetivo global gerado pela presença da dor, tanto em termos perceptuais quanto reativos. É a dor como forma de autoconhecimento e auto-avaliação.

16. AVALIAÇÃO SUBJETIVA [leve - incômoda - miserável - angustiante - inagüentável] Formada por palavras que refletem a importância ou a urgência da situação e que buscam avaliar o espaço que a dor ocupa na autopercepção sensorial e emocional subjetiva de um indivíduo, levando em conta fenômenos cognitivos de antecipação, memória, atenção e experiência anterior.

### IV- SUBCLASSES MISTAS

17. RELAÇÃO DOR - MOVIMENTO [que prende - que imobiliza - que paralisa] Implica a dor como provável causadora de restrições aos movimentos dos pacientes. É uma subclasse não-prevista pelo MPQ original e que, provavelmente, tenha aparecido na versão brasileira em função da consulta a pacientes em tratamento fisioterápico.
18. MISTA SENSORIAL [que cresce e diminui - espeta como uma lança - que rasga a pele] As palavras desta subclasse são originárias das subclasses sensoriais 1, 3 e 4, respectivamente.
19. SENSAÇÕES DE FRIO [fria - gelada - que congela] As palavras desta subclasse foram usadas pelos pacientes do estudo original de Melzack em raras ocasiões, mas parecem essenciais para a descrição de alguns tipos de dores de dente. Mantivemos essa categoria de palavras na versão brasileira, mas acreditamos que seja fundamentalmente cultural: associar a dor ao frio pode não fazer sentido num país tropical como o nosso.

20. MISTA EMOCIONAL [que dá falta de ar - que deixa tenso(a) - cruel] As palavras desta categoria são originárias das subclasses afetivas 12, 15 e 14, respectivamente.

#### **PARTE IV- Intensidade da dor presente**

Deve-se ressaltar ao paciente que ele deve avaliar e sinalizar primeiro a intensidade da dor que ele está sentindo no momento da aplicação do questionário. Depois, pergunta-se sobre eventuais variações de intensidade da dor no tempo. As questões sobre o que faz a dor melhorar ou piorar podem trazer importantes informações sobre o diagnóstico causal e para a instituição da terapêutica analgésica mais apropriada ao caso.

É importante que as instruções para a resposta ao questionário sejam lidas para o paciente por um pesquisador assistente, para assegurar um melhor entendimento do procedimento. É preciso deixar bem claro ao paciente que ele deve selecionar somente aquelas palavras ou expressões que melhor descrevem sua dor no momento em que o questionário está sendo aplicado. Também é importante que os pacientes entendam o significado das palavras. Eventualmente, algumas delas podem estar além do seu vocabulário: elas podem e devem ser definidas pelo terapeuta. Embora isto seja raro, pois buscamos selecionar palavras e expressões as mais idiomáticas possíveis, pode ser que ocorra, no mínimo, em função de fenômenos lingüísticos de polissemia, por exemplo. Algumas vezes, um paciente pode não estar seguro se uma determinada palavra em uma dada subclasse é apropriada e pode pedir para que as palavras sejam relidas. Isto pode ser feito quantas vezes for necessário, até que ele tome uma decisão. É importante que o aplicador tenha paciência e seja compreensivo, para não levar o paciente a tomar decisões apressadas. Entretanto, dois aspectos logo se tornam claros para o terapeuta que aplica o questionário:

- (1) Os pacientes são, em geral, altamente seletivos. Eles rejeitam palavra após palavra, até que apareça uma que é a 'certa': eles até sorriem e dizem 'É isso!', passando uma impressão de muita certeza, para depois continuarem o processo de rejeição e seleção.
- (2) Os pacientes ficam gratos porque fornecemos a eles palavras e expressões para a descrição de suas dores. Esse conjunto de expressões não é usado freqüentemente e, talvez, por isto o paciente tenha dificuldade em encontrar sozinho as palavras certas para dizer ao terapeuta. Uma lista de palavras poupa, de certa forma, o paciente de ter que "cavar" palavras para comunicar-se com o seu terapeuta. Além disto,

os pacientes ficam contentes por ouvir palavras que eles usariam para descrever suas dores aos seus familiares e amigos, mas que eles não diriam a um terapeuta, por medo de que este o considere louco. O aplicador chega a perceber o alívio do paciente ao ver as “suas” palavras na lista, o que significa que elas são aceitáveis e adequadas.

Dados obtidos com o próprio paciente preenchendo o questionário devem ser evitados, pois eles parecem ser menos confiáveis do que quando um aplicador lê em voz alta as palavras. Os pacientes podem não ler as instruções com atenção e acabam por cometer três tipos de erros:

- (1) podem escolher mais de uma palavra em cada subclasse, o que não é permitido;
- (2) podem sentir-se obrigados a escolher palavras em todas as subclasses, o que não é necessário; e
- (3) podem não descrever as qualidades e a intensidade da dor presente, mas, sim, usar palavras que descrevem suas dores de algumas horas ou, mesmo, dias atrás. Lembre-se: o questionário foi desenvolvido para registrar a dor atual.

Nas primeiras vezes que um questionário é aplicado, um terapeuta treinado leva de 15 a 20 minutos para completá-lo; com o aumento da experiência do aplicador, este tempo pode cair para 5 a 10 minutos.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

### ***Tratamento dos Dados dos Descritores de cada uma das 20 Subclasses e do PPI***

Como já vimos, três tipos de dados podem ser obtidos a partir das palavras do questionário. Cada um deles representa um índice quantitativo da intensidade da dor e pode também ser usado para indicar alterações em suas qualidades, como resultado de algum procedimento analgésico terapêutico.

O principal valor do questionário de dor, talvez, seja a sua capacidade de determinar a efetividade terapêutica de vários recursos analgésicos usados no tratamento de diversas síndromes de dores clínicas. O questionário deve ser aplicado antes e depois do procedimento, e a diferença pode ser expressa como uma porcentagem do valor inicial obtido. Segue, abaixo, um resumo das análises quantitativas, que podem ser feitas da própria dor e de sua alteração frente a uma intervenção terapêutica, a partir dos dados do Br-MPQ.

(1) **Índice de Avaliação da Dor** - *Pain rating index* - (**PRI**): é baseado nos valores de classificação escalar das palavras. Grupos de profissionais da área da Saúde, leigos e pacientes



escalonaram previamente a intensidade de dor implicada pelas palavras e expressões dentro de cada subclasse do Br-MPQ. Em cada uma das 20 subclasses, os descritores que qualificam a dor aparecem em uma ordem crescente de intensidade. Neste sistema de pontuação, dentro de cada subclasse, foi atribuído o valor 1 para a palavra que implicava a menor dor, a dor mais fraca; para a próxima, o valor 2, e assim por diante. Os valores numéricos das palavras escolhidas pelo paciente em cada subclasse devem, então, ter seus valores escalares somados, para obter-se uma pontuação para cada categoria maior - sensorial, afetiva, avaliativa e mista - e uma pontuação total para todas as categorias.

*Scores PRI.* São calculados pela soma dos valores de escala das palavras das subclasse que cada paciente deu antes e depois de uma dada intervenção. A alteração líquida, pré e pós-sessão de intervenção, para cada categoria de palavras e para todas as palavras, é calculada como uma porcentagem dos escores pré-sessão (que são tomados como linha de base) e pós-sessão de intervenção.

Num estudo com vários sujeitos, a porcentagem média de alteração deve ser calculada para o grupo como um todo. Assim, as porcentagens indicam a quantidade de alteração que ocorreu em uma das dimensões da dor ou na dor como um todo, como indicado pelos descritores no questionário. Se as alterações líquidas no pós-intervenção forem maiores que as das sessões linha de base ou placebo, a mudança é considerada como [+]; se elas forem menores, ela é [-]; se não houver alteração, ela é [0]. Deste modo, um teste de sinal único (*a simple sign test*) para significância pode ser realizado. Similarmente, o teste t pode ser usado, no qual a média das alterações líquidas é calculada e as diferenças das médias também são calculadas para as sessões linha de base - placebo e de intervenção para determinar se uma diferença estatisticamente significativa ocorreu. As fórmulas usadas para os cálculos dessas diferenças estatísticas podem ser encontradas em qualquer livro texto de estatística.

(2) **Número de Palavras Escolhidas** - *The number of words chosen* - (NWC). O paciente deve ser instruído a escolher somente uma palavra em cada uma das vinte subclasses, não sendo obrigatório que ele escolha palavras em todas elas. Assim, o NWC pode ter um valor máximo de 20.

*Scores NWC.* O NWC dos questionários pré e pós-sessão pode ser calculado e as mudanças (diferença líquida) facilmente determinadas. Essas diferenças são calculadas pelas diferenças líquidas no NWC de cada pessoa ou pela média de todos os sujeitos de um grupo de estudo. Desta forma, também é possível saber se as diferenças nos escores NWC são estatisticamente significativas

(3) **Intensidade de Dor Presente** - *The present pain intensity* - (PPI). É a combinação número - palavra escolhida como indicativa da intensidade global de dor no momento da aplicação do questionário.

*Escores PPI.* As porcentagens de alteração nos valores numéricos do PPI pré e pós sessão podem ser determinadas para cada paciente, e as médias podem ser calculadas para cada grupo. As diferenças entre os sujeitos e grupos (ou entre sessões onde foram usados diferentes procedimentos) podem ser, então, calculadas, e a significância estatística também pode ser computada por uso do *signal test* ou do teste *t*.

## COMENTÁRIOS

### ***Sobre a queixa espontânea e as relações PRI e PPI***

Antes de aplicar o questionário, deve-se colher a queixa espontânea dos pacientes e depois compará-la qualitativamente com as respostas ao Br-MPQ. Também os comentários que os pacientes fazem durante a entrevista, relativos ao nível de dor, consumo de drogas e níveis de atividade, podem ser registrados, antes e depois da intervenção, e depois comparados com o PPI e o PRI. Alguns pacientes podem relatar que suas dores ainda estão num mesmo nível PPI, mas que houve alguma alteração, que é difícil de descrever, em termos de intensidade: elas estão, de algum modo, menos agudas, comprimindo menos, não tão cansativas e miseráveis como antes. Estas são alterações que se refletem diretamente no PRI, o qual pode exibir uma substancial porcentagem de mudança, enquanto que o PPI permanece inalterado.

### ***Sobre o PRI***

É importante determinar se um dado paciente tende a escolher as mesmas subclasses em sucessivas apresentações do questionário. Embora possa existir variações nas qualidades e na intensidade da dor, deve-se esperar que pacientes portadores de uma determinada síndrome de dor em particular apresentem um considerável grau de consistência nas subclasses que eles escolhem para caracterizar a síndrome. A possibilidade de que um alto grau de consistência se deva simplesmente ao fato de que os pacientes recordem quais palavras eles escolheram durante as apresentações anteriores é improvável; os pacientes tendem a ser altamente seletivos em suas escolhas, refletindo cuidadosamente sobre cada lista de subclasses e escolhendo somente aquelas palavras que refletem genuinamente as propriedades de suas dores.

Virtualmente, todos os pacientes irão escolher uma palavra da subclasse de avaliação subjetiva, sem que nenhuma instrução seja dada para isto e também sem nenhuma indicação de que ela represente uma categoria distintiva. Talvez, isto ocorra também nas subclasses 10 e 15.

As palavras mistas, principalmente das subclasses 18 e 20, podem confirmar as escolhas que os pacientes fazem nas subclasses anteriores, uma vez que elas se originaram

delas. Além disto, são descritores adicionais que contribuem para uma maior variação na intensidade global da dor.

### ***Sobre o NWC***

O NWC representa um índice complementar que pode não mostrar uma significância estatística alta. Isto pode ser devido ao fato de que, com um alívio parcial, o NWC não diminui necessariamente. Os pacientes, freqüentemente, escolhem uma palavra de menor intensidade dentro de uma subclasse ou categoria, em vez de deixar de usar toda a subclasse ou categoria. Isto, naturalmente, resulta numa diminuição do PRI, mas não se reflete numa alteração do NWC.

### ***Sobre o PPI***

As avaliações dos pacientes a respeito da intensidade de dor presente sugerem que ela possa ser determinada por fatores outros que não aqueles indicados pelos descritores. O PPI está baseado na escolha de um simples número e cada paciente pode ter uma âncora diferente para determiná-lo. A relação número - palavra pode significar diferentes coisas para pessoas também diferentes. O que é uma dor "(1) fraca" para uma pessoa pode ser "(2) moderada" para outra. Além disto, o PPI parece flutuar muito em função de fatores psicológicos do momento: humor, nível de ansiedade, atenção e assim por diante. Deste modo, o PPI é uma avaliação determinada não só pelas dimensões sensoriais e afetivas da dor, mas também pela experiência pregressa do paciente, seu humor e expectativas; ela pode, inclusive, representar, em parte, uma comunicação implícita de um pedido de ajuda ao terapeuta ou indicar um otimismo quanto ao alívio da dor que possa ocorrer. Em resumo, o PPI parece ser mais lábil do que os outros índices e mais suscetível a influências de outras variáveis. Entretanto, tendo um paciente escolhido a sua âncora PPI, qualquer alteração em sua dor parece ser extraordinariamente consistente com a variação dos dados PRI.

O PPI sozinho pode ser usado para possibilitar ao paciente um registro caseiro dos níveis de dor. O questionário de registro caseiro, impresso em um cartão do tamanho de um envelope, é mostrado abaixo.

O PPI pode ser registrado, por exemplo, quatro vezes por dia, em intervalos especificados, e a duração e a magnitude de quaisquer alterações na dor podem ser determinadas em bases diárias, semanais ou mensais.

<b>Br- MPQ - Cartão de Registro Caseiro dos Níveis de Dor</b>				
Nome: _____		Data de Início: __ / __ / __.		
	Manhã	Tarde	Noite	Madrugada
2ª - feira				
3ª - feira				
4ª - feira				
5ª - feira				
6ª - feira				
Sábado				
Domingo				

Por favor, registre em cada coluna:

1. A Intensidade da Dor:  
(0)- sem dor (1)- fraca (2)- moderada (3)- forte (4)- violenta (5)- insuportável.

2. O número de analgésicos que você tomou.

- Anote quaisquer sintomas, dores ou atividades diferentes na parte de traz do cartão.
- Registre quantas horas você dormiu na coluna da manhã seguinte.

### CASOS EXCEPCIONAIS

Alguns casos excepcionais podem apresentar problemas quando da computação dos dados.

Alguns pacientes referem que o PPI diminuiu em meia unidade, por exemplo, de 2 para 1,5. Nesses casos, o relato deve ser registrado como um valor inteiro, imediatamente acima - no caso, 2 -, de tal forma que nenhuma alteração no PPI será contabilizada.

Um outro problema pode ocorrer quando o paciente não escolhe nenhuma palavra numa dada categoria principal (p. ex., na Afetiva) numa aplicação de linha de base do questionário, mas escolhe uma ou duas palavras após a intervenção, indicando um aumento da dor naquela dimensão. Note que uma mudança de 0 para qualquer número resulta em uma alteração porcentual infinitamente grande, a qual não é, evidentemente, uma descrição numérica acurada da alteração real que ocorreu na dor. Por esta razão, quando acontecer isso, esse escore deve ficar de fora do cômputo da alteração porcentual de uma média de grupo, por exemplo, mas pode ser usado numa análise estatística que empregue o teste de sinal.

A Versão Brasileira do Questionário McGill de Avaliação da Dor e o Cartão de Registro Caseiro são uma possível base para uniformizar, no Brasil, os métodos de aquisição das informações necessárias para o estudo dos fenômenos de dor e analgesia no âmbito clínico. Fica claro que a

investigação desses fenômenos exige uma ampla gama de informações. Entretanto, ainda não se tem claro quais delas são, de fato, relevantes para o conhecimento heurístico da dor. Existe uma grande variedade de informações que pode ser registrada. O principal objetivo de futuros estudos é selecionar as realmente significativas e rejeitar aquelas que tomam o tempo dos pacientes e terapeutas, ocupam espaço no armazenamento de dados e acabam por obscurecer as informações realmente importantes, que podem emergir de um questionário mais parcimonioso e seletivo. Espera-se, nesse sentido, que o questionário apresentado aqui seja refinado num futuro próximo.

Por fim, o Br-MPQ vem somar-se ao MPQ original na tentativa de produzir um instrumento universal de medida e avaliação da dor e da analgesia, que permita uma rápida troca de dados entre todos os pesquisadores dos fenômenos dolorosos.

### BIBLIOGRAFIA

Para uma melhor compreensão dos problemas relacionados com a metodologia de aplicação e, principalmente, com aqueles afetos à análise dos dados gerados pelo *McGill Pain Questionnaire*; aos que buscam um maior aprofundamento de estudos acerca dos problemas envolvidos na avaliação clínica e experimental sistemática da dor em humanos e animais; e, também, aos interessados nos problemas relacionados com a linguagem e o discurso, recomendando fortemente uma consulta à bibliografia referida abaixo:

#### *Metodologia de construção do Br-MPQ:*

MELZACK, R e TORGERSON, S. (1971) On the Language of Pain. **Anesthesiology**, 34(1) 50-9.

MELZACK, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire - major properties and scoring methods. **Pain**, 1 277-99.

PIMENTA, C.A.M. e TEIXEIRA, M.J. (1997) Questionário de Dor McGill - Proposta de Adaptação do Inglês para a Língua Portuguesa. **Rev Bras Anesthesiol**, 47(2) 177-86.

#### *Metodologia, problemas e estratégias gerais de avaliação dos fenômenos de dor e analgesia em humanos e animais em estudos clínicos e experimentais:*

BROMM, B. (1984): **Pain Measurement in Man - Neurophysiological correlates of pain**. Amsterdam, Elsevier, 511 p.

CLARO, MTC. (1993): **Escala de faces para avaliação da dor em crianças** - etapa preliminar. Ribeirão Preto, 60 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MELZACK, R. (1983): **Pain - Measurement and Assessment**. NY, Raven Press, 293 p.

PIMENTA, CAM. (1997): **Instrumentos para Avaliação da Dor - o que há de novo em nosso meio**. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DOR - 3º SIMBIDOR, São Paulo, 19 a 21 de setembro, **Resumos**, 40-6.

TURK, D.C.; MELZACK, R. (1992): **Handbook of Pain Assessment**. NY, The Guilford Press, 491 p.

*Processo de avaliação, entrevista, exame clínico e pesquisa em Fisioterapia:*

BORK, CE. (1993): **Research in Physical Therapy**. Phi, JB Lippincott, 376 p.

EDWARDS, BC; MAILTAND, GD. (1986): *Exame*. In: G. D. MAITLAND: **Manipulação Vertebral**. 5ª ed., SP, Panamericana, Cap. 4, pp. 49-103.

GOODMAN, CC; SNYDER, TEK. (1995): *Differential Diagnosis in Physical Therapy*. 2ª ed., Phi, WB Saunders Co., 650 p.

GRAHAM, J; MAITLAND, GD. (1986): *Comunicação*. In: G. D. MAITLAND: **Manipulação Vertebral**. 5ª ed., SP, Panamericana, Cap. 3, pp. 27-48.

*Palavra, língua, linguagem e discurso:*

- *Do ponto de vista semântico psicofísico:*

ENGELMANN, A. (1978) **Os Estados Subjetivos: uma tentativa de classificação de seus relatos verbais**. SP, Ática, Col. Ensaios, 544 p.

OSGOOD, CE; SUCI, GJ; TRANNENBAUM, PH (1971) **The Measurement of Meaning**. 7ª ed., Urbana, University of Illinois Press, 346 p.

PEREIRA, CAA. (1986) **O Diferencial Semântico** (Uma técnica de medida nas Ciências Humanas e Sociais). SP, Ática, Col. Ensaios (119), 132 p.

- *Do ponto de vista semântico discursivo:*

BENVENISTE, E. (1988) **Problemas de Lingüística Geral I**. 2ª ed., Campinas, SP, Pontes - Unicamp, 387 p.

BENVENISTE, E. (1989) **Problemas de Lingüística Geral II**. Campinas, SP, Pontes - Unicamp, 294 p.

DUCROT, O. (1978) **Princípios de Semântica Lingüística (Dizer e Não Dizer)**. SP, Cultrix, 331 p.

DUCROT, O. (1987) **O Dizer e o Dito**. Campinas, SP, Pontes, 222 p.

LURIA, AR. (1987) **Pensamento e Linguagem**: As últimas conferências de Luria. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 251 p.

LYONS, J. (1982) **Língua(gem) e Lingüística**: Uma introdução. RJ, Zahar, p. 261.

POSSENTI, S. (1993) **Discurso, Estilo e Subjetividade**. 2ª ed., SP, Martins Fontes, 218 p.

**BR - MPQ**  
**VERSÃO BRASILEIRA DO MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE**  
**BY CARLOS CASTRO**

Datas das Entrevistas	1ª	2ª	3ª	4ª
Entrevistadores:				
<b>Dados Pessoais</b>				
Nome:				
Idade:	Sexo:		Estado Civil:	
Escolaridade:			Profissão:	
Nº de filhos :			Horas de Sono :	
Endereço :				
CEP :	Cidade :		Tel.:	
Convênio :	Referido por :		Tel.:	
Indicativo Diagnóstico:				

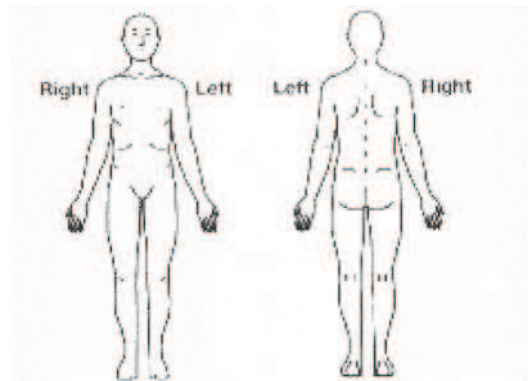
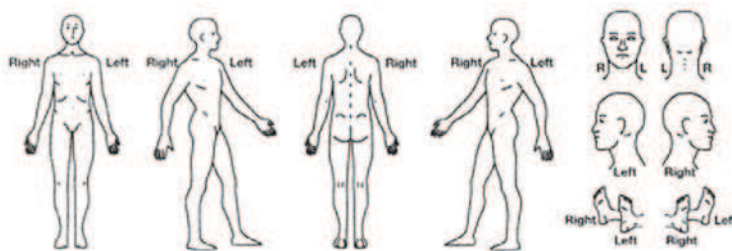
**ANAMNESE**

<b>Queixa Principal (QP)</b>	
<b>História da Moléstia Atual (HMA)</b>	
<b>História Progressiva (HP)</b>	

## **PARTE I . LOCALIZAÇÃO DA DOR**

Usando as figuras do corpo humano abaixo, marque, por favor, onde é sua dor. Indique:

- \* (S) - se a dor for Superficial
- \* (P) - se a dor for Profunda
- \* (SP) - se Superficial e Profunda,
- \* (L) - se a dor for Localizada
- \* (D) - se a dor for Difusa



## **PARTE II . INÍCIO, TRATAMENTOS REALIZADOS E PADRÃO TEMPORAL**

### **a) Circunstâncias de Início**

( ) acidente em casa	( ) após doença
( ) acidente no trabalho	( ) após cirurgia
( ) outros acidentes	( ) dor 'sem causa'

Outros : \_\_\_\_\_



b) **Analgésicos** (Já administrados e em Uso) :

Medicação	Dose	Frequência	Duração do Alívio	Quantidade do Alívio	Tempo de Uso

**Outros Tratamentos Realizados:**

---



---



---

c) **Padrão Temporal da Dor** : ‘ Como a sua dor muda com o tempo ? ‘

1 ( )	2 ( )	3 ( )
contínua	ritmada	breve
estável	periódica	momentânea
constante	intermitente	transitória

Frequência e duração das crises :

---

### **PARTE III . DESCRIÇÃO DA DOR**

Fale um pouco sobre sua dor. Como ela é? Com o que ela se parece?

---



---

Para cada conjunto (subclasse) de palavras abaixo, escolha aquela que melhor descreve a sua dor.

(Não é preciso escolher palavras em todas as categorias):

01- S. Temporal	02- S. Espacial	03- S. Pressão - Ponto	04- S. Incisão
<ul style="list-style-type: none"> <li>- que vai-e-vem</li> <li>- que pulsa</li> <li>- latejante</li> <li>- em pancadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- que salta aqui e ali</li> <li>- que se espalha em círculos</li> <li>- que irradia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pica como uma agulhada</li> <li>- é como uma figada</li> <li>- como uma pontada de faca</li> <li>- perfura como uma broca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- que corta como uma navalha</li> <li>- que dilacera a carne</li> </ul>

Continua...

<b>05- S. Compressão</b>	<b>06- S. Tração</b>	<b>07- S. Calor</b>	<b>08- S. Vivacidade</b>
- como um beliscão - em pressão - como uma mordida - em câibra / cólica - que esmaga	- que repuxa - que arranca - que parte ao meio	- que esquenta - que queima como água quente - que queima como fogo	- que coça - em formigamento - ardida - como uma ferroada
<b>09- S. Surdez</b>	<b>10- S. Geral</b>	<b>11- A. Cansaço</b>	<b>12- A. Autonômica</b>
- amortecida - adormecida	- sensível - dolorida - como um machucado - pesada	- que cansa - que enfraquece - fatigante - que consome	- de suor frio - que dá ânsia de vômito
<b>13- A. Medo</b>	<b>14- A. Punição</b>	<b>15- A. Desprazer</b>	<b>16- Aval. Subj.</b>
- assustadora - horrível - tenebrosa	- castigante - torturante - de matar	- chata - que perturba - que dá nervoso - irritante - de chorar	- leve - incômoda - miserável - angustiante - inaguentável
<b>17- M. Dor/Movimento</b>	<b>18- M. Sensoriais</b>	<b>19- M. de Frio</b>	<b>20- M. Emocionais</b>
- que prende - que imobiliza - que paralisa	- que cresce e diminui - espeta como uma lança - que rasga a pele	- fria - gelada - que congela	- que dá falta de ar - que deixa tenso (a) - cruel

**Legendas:** S - Sensorial      A - Afetiva      Aval. Subj. - Avaliação Subjetiva      M - Mistos.

#### PARTE IV . QUAL É A INTENSIDADE DE SUA DOR PRESENTE?

___	(0)	SEM DOR
___	(1)	FRACA
___	(2)	MODERADA
___	(3)	FORTE
___	(4)	VIOLENTA
___	(5)	INSUPORTÁVEL

- \* Que palavra melhor descreve sua dor agora? \_\_\_\_\_
- \* Que palavra descreve sua dor máxima? \_\_\_\_\_
- \* Que palavra descreve sua dor quando ela é mínima? \_\_\_\_\_
- \* Que palavra descreve sua maior dor de dentes? \_\_\_\_\_
- \* Que palavra descreve sua maior dor de estômago? \_\_\_\_\_

- O que faz sua dor aumentar?

---

- O que faz sua dor diminuir?

---

- Você acha que suporta bem as dores?

---

### QUANTIDADE DE DOR

	Avaliação	1ª	2ª	3ª	4ª
<b>PPI</b>	Intensidade de Dor Presente				
<b>NWC</b>	Número de Palavras Escolhidas				
<b>PRI:</b>	Índice de Classificação da Dor:				
(S)	Sensorial				
(A)	Afetivo				
(AS)	Avaliação Subjetiva				
(M)	Misto				
(T)	Total				