

Validade e Fidedignidade Preliminares da EVA Modificada para a População Idosa

Olga Galvão* e Madalena Gomes da Silva **

* olgagalvao@iol.pt; ** msilva@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

A proporção da população mundial com mais de 65 anos tem aumentado gradualmente. Em Portugal no ano 2001, 16,4% do total da população pertencia a esta faixa etária (Censos 2001, <http://www.ine.pt>). Sabemos igualmente que, as pessoas idosas constituem uma população de risco para o declínio funcional, e particularmente para o declínio funcional associado à dor (FERREL, 1996, citado por TAIT, 1999). Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2001), o controle inadequado da dor interfere com a capacidade de realizar actividades da vida diária e portanto na independência das pessoas.

A American Geriatrics Society (1998) sugere mesmo que 25% a 50% da população idosa na comunidade, assim como 45% a 80% desta população em cuidados continuados, apresenta problemas de dor crónica.

Torna-se pois necessário avaliar a dor das pessoas idosas o mais objectivamente possível, facilitando uma intervenção mais eficaz, fundamental à sua qualidade de vida.

A dor definida como *"Uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a real ou possível lesão de tecido ou que é descrita como tal"*, pela International Association for Study of Pain (IASP) (1986, pg. 217, citado por SIM & WATERFIELD 1997), assume ainda uma importância maior quando, em 1996, a American Pain Society (APS) a introduz como "o 5º sinal vital".

Também em Portugal, a Direcção Geral de Saúde emitiu uma norma com esta referência, apontando a necessidade do registo sistemático da dor. Esta iniciativa veio enfatizar a importância da avaliação padronizada da dor, para todos os extractos da população. (Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003 <http://www.dgsaude.pt>)

Relativamente á avaliação da dor, alguns autores mencionam que a Escala Visual Análoga (EVA), e as modificações já existentes, não se têm mostrado adequadas à população idosa, verificando-se uma

* Fisioterapeuta
Hospital de São
Francisco Xavier

** Professora
Coordenadora da Escola
Superior de Saúde do
Instituto Politécnico
de Setúbal

correlação entre a idade e a percentagem de respostas incorrectas na EVA. Os défices cognitivos e alterações visuais próprios do processo de envelhecimento (BRAVER, JENSEN E KAROLY 1986, citado por SIM & WATERFIELD 1997), e o baixo nível de escolaridade (KANE 1989, CITADO POR GOTH *et al.* 2002) particularmente incidente na população idosa portuguesa, são apontadas como possíveis causas.

Neste sentido, a EVA tem sido indicada como conceptualmente desafiadora para algumas pessoas, devido à dificuldade em transferir uma experiência sensorial ou emocional abstracta para uma linha recta (MCCORMACK *et al* 1988, BRAILLIE 1993, citados por SIM & WATERFIELD 1997). Outras pessoas sentem-se confusas perante a liberdade de escolha oferecida pela EVA (DOWNIE *et al* 1978, citado por SIM & WATERFIELD 1997).

O presente estudo pretende levar a cabo estudos preliminares sobre a validade e fidedignidade de uma modificação da EVA que se crê ser facilitadora para a população idosa.

Segundo Domholdt (2000), a validade de um instrumento requer uma criteriosa consideração da população a quem os resultados do estudo podem ser aplicados futuramente.

Metodologia

Trata-se de um estudo metodológico que pretende verificar e documentar, numa fase preliminar, a validade e fidedignidade de uma versão modificada da EVA.

O estudo divide-se em duas fases; na primeira fase pretende-se verificar a validade de conteúdo e validade aparente do instrumento em estudo; na segunda fase pretende-se verificar a fidedignidade intra-observador através do teste-reteste.

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento em estudo é uma versão da EVA modificada para a população idosa. Esta versão pretende facilitar ao idoso a compreensão do que é pedido, bem como obter uma melhor visualização, comparativamente à escala original.

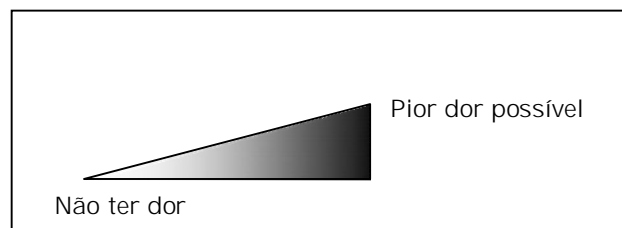
A modificação consiste num aumento gradual ao longo da linha, quer em função da sua espessura, quer da intensidade da cor entre o branco e o preto. O aspecto gráfico é o de um triângulo rectângulo com 10cm de base, 4cm de altura, com o ângulo recto à direita. Como na EVA original, o limite da esquerda corresponde a "não ter dor", e o limite da direita à "pior dor possível". Estas frases encontram-se escritas respectivamente à esquerda (ângulo inferior esquerdo) e à direita no (ângulo superior direito) do triângulo (Figura 1).

É pedido ao idoso para fazer um risco vertical a interceptar o triângulo no ponto que corresponde

à intensidade da dor sentida no momento.

A medição é feita na linha horizontal, desde o início dessa linha ao ponto marcado pelo idoso, sendo esse valor usado como índice numérico da intensidade da dor.

Figura 1: Representação gráfica da EVA Modificada para a População Idosa



1ª Fase

Amostra – nesta primeira fase foram utilizadas duas amostras; uma amostra de julgamento, constituída por nove Fisioterapeutas a trabalhar com idosos há mais de 3 anos, com funções de educador clínico; outra de conveniência, constituída por cinco participantes de ambos os sexos, com 65 ou mais anos, que referiam dor, seleccionada durante esta fase do estudo no Serviço de Internamento de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier.

Procedimentos – os Fisioterapeutas que constituíram a amostra foram identificados através de Fisioterapeutas que frequentavam o 2º Ciclo da Licenciatura Bi-Etápica à época da recolha dos dados. Os Fisioterapeutas foram convidados a participar no estudo, sendo-lhes explicado o objectivo do mesmo. Foram realizadas entrevistas escritas constituídas por três perguntas abertas, que depois de analisadas conduziram à construção de seis propostas diferentes de modificação da escala. Os seis instrumentos diferentes foram construídos e posteriormente apresentados aos mesmos Fisioterapeutas para que estes escolhessem o mais adequado. Os instrumentos foram também mostrados e aplicados a cinco idosos, que deram a sua opinião e o utilizaram para classificar a intensidade da sua dor.

A proposta inicial de modificação da EVA foi então alterada de acordo com a informação recolhida nesta fase (passando a constituir o instrumento EVA Modificada).

2ª Fase

Amostra – na 2ª fase, foi seleccionada uma amostra de conveniência, constituída por 104 participantes de ambos os sexos, com 65 ou mais anos, que referiram dor aguda ou crónica. Os participantes foram seleccionados nos serviços de internamento de Cirurgia e Medicina do Hospital S. Francisco Xavier e na Clínica de Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Setúbal.

A média etária destes participantes é 75,7, compreendida entre 65 e 92 anos, sendo 61% do sexo feminino e 39% do sexo masculino. Apresentam vários graus de escolaridade – analfabetismo 17%; frequência ao equivalente ao 1º ciclo 61%; equivalente aos 2º e 3º ciclos 11%; equivalente ao secundário 4%; curso superior 7%. Em relação ao tipo de dor, 62% apresentava dor crónica e 38% dor aguda. A localização da dor apresenta-se com distribuição variada; no entanto, regista-se uma grande proporção de participantes a referir dor na coluna, sendo a região lombar a zona mais referida.

Procedimentos – os participantes foram convidados a colaborar no estudo, sendo-lhes dado a ler, ou lido, uma folha com informação do estudo e objectivo, e pedido para assinarem o consentimento informado em como concordavam em participar. Foram recolhidos dados demográficos sobre os participantes, assim como, se a dor era aguda ou crónica, fraca ou muito forte e respectiva localização. A EVA e a EVA Modificada foram aplicadas aos participantes (n=104). A cada participante foi medida a intensidade da dor, pelo mesmo Fisioterapeuta, em dois momentos diferentes e com um intervalo de 4 horas. Nos casos em que os participantes não foram capazes de registar a intensidade da dor, foram anotadas as respectivas causas.

Resultados

Validade:

Os dados recolhidos das entrevistas aos Fisioterapeutas permitiram analisar as suas opiniões sobre as validades de conteúdo e aparente. Foi possível constatar que estes consideraram a EVA Modificada mais precisa para medir a intensidade da dor no idoso. Referiram também que poderá facilitar a compreensão (n=5) e proporcionar uma melhor visualização aos próprios idosos (n=3). Admitiram ainda que poderá tornar-se mais fácil aos idosos fazerem a apreciação da dor (n=3), beneficiando assim, a interpretação e a caracterização da mesma. Consideraram que se poderá obter uma resposta mais fiável, uma vez que, com a modificação efectuada, se torna mais sugestivo para o idoso a colocação da marca face à intensidade da dor sentida. Apenas um Fisioterapeuta apontou a possibilidade desta modificação poder confundir os idosos, conduzindo-os não à avaliação da intensidade da dor, mas sim à profundidade da mesma. Foram focadas como vantagens desta versão da EVA, o poder facilitar a medição da dor na população idosa; o poder ser útil em presença de possíveis défices cognitivos, visuais e perceptuais, de linguagem, ou também na presença de analfabetismo ou baixo nível de escolaridade. Como desvantagem, foi mencionada a possibilidade da dor poder ser avaliada em termos da qualidade e não da quantidade.

Quando questionados sobre se introduziriam alguma alteração na modificação, de modo a facilitar a medição da intensidade da dor nesta população, os Fisioterapeutas sugeriram seis propostas diferentes.

Depois de analisadas e quando apresentadas aos mesmos Fisioterapeutas para a selecção da proposta que consideravam a mais adequada, verificou-se falta de unanimidade, pelo que se optou por recolher também a opinião de potenciais utilizadores, isto é pessoas idosas.

Analisadas as respostas das pessoas idosas, concluiu-se que o "degradé" teve grande influência na melhoria da compreensão e na orientação da identificação do ponto onde colocavam a marca correspondente à intensidade da dor sentida no momento.

As propostas de escalas descontínuas foram excluídas por se considerar que essas escalas se tornam menos sensíveis a pequenas mudanças, como referido por Sim e Waterfield (1997). A mudança da cor foi excluída pela análise das opiniões dos idosos sobre aquelas cores; à mesma cor, uns associavam coisas "agradáveis" e outros, coisas "desagradáveis", o que levou a considerar a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre a influência da cor associada à dor, aspecto já fora do âmbito deste estudo.

Foram então feitas as modificações sugeridas, considerando assim que se aumentava a adequação da escala.

Quando da aplicação do instrumento, foi verificado que um maior número de participantes conseguiu utilizar este instrumento (n=98) comparativamente à EVA tradicional (n=64).

Dos participantes que não conseguiram utilizar a EVA Modificada, constatou-se ser a falta de compreensão a causa apontada por todos eles. Neste subgrupo, a amplitude da idade distribuiu-se pelos 67 e 82 anos, todos do sexo feminino e com baixo grau de escolaridade. Indicia a situação que o factor mais influente foi o baixo nível de escolaridade, e a circunstância destes participantes serem todos do sexo feminino pode estar associado ao facto referido nos Censos 2001, ou seja, detectar-se uma percentagem mais elevada de analfabetismo na mulher do que no homem idosos.

Consequentemente, pode pensar-se que a diminuição da capacidade de raciocínio abstracto possa constituir uma barreira à identificação da intensidade da dor, também nesta escala.

Foram também encontrados participantes (n=25) que atribuíram valores muito altos na dor fraca (acima de 5 cm) e outros valores muito baixos na dor muito forte (abaixo de 5 cm). Nestes casos, foram mais as medições com valores altos atribuídos à dor fraca (n=23) do que aquelas com valores baixos atribuídos à dor muito forte (n=2).

Também se verificou que foram mais homens a atribuir valores altos na dor fraca, contrariamente aos valores baixos para a dor muito forte, em que foram mais as mulheres. Esta situação levou-nos a considerar as hipóteses destes registos não se encontrarem errados, de não haver falta de compreensão do que era pedido, nem dificuldade de identificação da dor na escala, mas sim na possibilidade de envolvimento de outros factores, como os referidos em outros estudos, onde se argumenta que os idosos menosprezam a dor (FERREL 1998, HERR *et al* 1996, YATES *et al* 1995, citados por HERR 2002), sentem relutância em demonstrar queixa, associam a dor à idade e à doença (FERREL 1993, 1996 citados por STRONG *et al* 2002), ou

que o estoicismo inerente, os impede de comunicar a dor (MOBILY *et al* 1996 citados por HERR 2002). Por outro lado, a dor nos idosos poderá estar sujeita a várias influências, incluindo a valorização ou desvalorização da dor sentida (Furnham 1986, citado por Tait 1999). O estudo de Bartterg *et al* (1997) sugere que a mulher refere mais severidade da dor que o homem.

Apesar de não ser objectivo deste estudo avaliar a validade de critério, verificou-se a existência de um significativo coeficiente de correlação entre a EVA e a EVA Modificada (0,91 para um $p=0,000$), o que demonstra correspondência entre estes dois instrumentos.

Fidedignidade

Foi testada a fidedignidade intra-observador na forma de teste-reteste, a partir de duas medições obtidas com a EVA Modificada com um intervalo de 4 horas entre si. Foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman em 83% da amostra ($n=87$) uma vez que 6% da amostra não conseguiu registar a intensidade da dor neste instrumento e em 11% a dor tinha alterado do 1^o para o 2^o momento. Foi obtida uma correlação estatisticamente significativa (0,94; $p=0,000$), verificando-se uma forte reprodutibilidade desta medida de dor (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados da correlação (coeficiente de correlação de Spearman) entre as duas avaliações da intensidade da dor com a EVA modificada

		EVA Modificada 1 (*)			
		Coef. de correlação (coeficiente de correlação de Spearman)	Significância	N	
EVA 1 (*)		,913(**)	,000	54	
EVA Modificada 2 (*)		,948(**)	,000	87	
EVA Modificada 2 (*)	IDADE	65 – 74 anos	,925(**)	,000	35
		75 – 84 anos	,951(**)	,000	44
		85 ou mais	,988(**)	,000	8
	ESCOLARIDADE	Analfabetismo	,949(**)	,000	15
		1 ^o Ciclo	,942(**)	,000	53
		2 ^o Ciclo, 3 ^o Ciclo e Secundário	,974(**)	,000	14
		Ensino Superior	1,000(**)		5
	SEXO	Feminino	,947(**)	,000	56
		Masculino	,908(**)	,000	31
	Participantes que só conseguiram utilizar a EVA Modificada		,924(**)	,000	33

(*) 1- Primeira medição; 2- Segunda medição

(**) Correlação é significativa a um nível de significância de 0,01 (bilateral)

Pela observação do gráfico de dispersão (Gráfico 1) é possível perceber uma mancha positiva, próxima da forma linear, com alguns valores a fugirem desta proximidade, correspondentes a coeficientes de correlação menos significativos, que poderão estar associados a pequenas modificações da intensidade da dor, uma vez que escalas contínuas proporcionam um ilimitado número de possibilidades de respostas (SCOTT & HUSKISSON 1976, citado por AKHATAR-DANESH, 2001). Domholdt (2000) referiu que algumas medições podem parecer não ter fidedignidade somente porque o fenómeno a ser medido é variável.

Foram também efectuados valores de correlação para subgrupos na tentativa de observar possíveis diferenças. Formaram-se agrupamentos segundo os diferentes níveis de escolaridade, idade, sexo, e participantes que não conseguiram registar a dor na EVA. Como se pode observar na Tabela 1, em todos estes subgrupos também foram obtidas correlações significativas para um grau de significância de 0,000.

Por conseguinte, constata-se a estabilidade nas duas medições, separadas no tempo, assim sendo, demonstrando a elevada fidedignidade intra-observador.

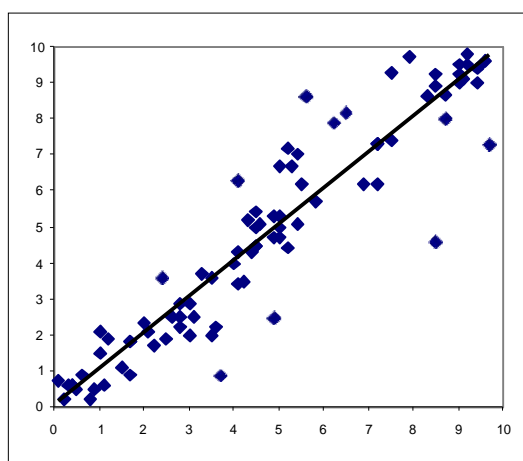


Gráfico 1. Diagrama de dispersão representando a correlação entre as duas medidas obtidas com a utilização da EVA Modificada

Conclusão

Quando trabalhamos com pessoas idosas, confrontamo-nos muitas vezes, com uma diversidade de factores que potencialmente podem dificultar a utilização de instrumentos de medida nesta população.

Podemos concluir pelo presente trabalho que esta modificação na EVA possui validade de conteúdo e validade aparente, bem como fidedignidade intra-observador para a amostra em estudo.

Apresentou forte reprodutibilidade das medidas e aparenta ser sensível às mudanças de intensidade da dor. Demonstrou possibilitar a resposta de mais pessoas que a EVA tradicional, mostrando melhorar a compreensão e escolha do ponto onde assinalar a intensidade da dor, permitindo também uma melhor visualização daqueles que não viam a linha da EVA.

Assim, consideramos que esta escala poderá ser um método alternativo de avaliação da intensidade da dor, que se pretende que seja especialmente mais eficaz na população idosa, uma vez que não requer capacidades de leitura e escrita, ao mesmo tempo que são minimizadas as dificuldades de linguagem e verbalização, factores que potencialmente diminuem a capacidade para comunicar a dor através de outros instrumentos.

A principal limitação detectada neste estudo foi a ser constituída por uma baixa percentagem de participantes com 85 ou mais anos e a percentagem de analfabetismo e escolaridade baixa ser inferior ao que foi encontrado pelos Censos 2001 para a população portuguesa.

As mais valias desta versão prendem-se com a mais fácil compreensão, por parte das pessoas idosas, do que é pedido e portanto uma resposta mais facilitada e com maior correspondência com a dor sentida. Por outro lado, também a rápida aplicação proporciona um instrumento útil e de fácil aplicação na prática clínica dos fisioterapeutas.

Este estudo não pode no entanto ser entendido como um ponto final, nem esta como uma última versão da EVA Modificada. Como foi observado na apresentação dos resultados, existe ainda um número de utentes idosos significativo (n=25) que, nominalmente identificam a dor como fraca, mas utilizando a EVA modificada, colocam a intensidade como alta. Poderemos sugerir que esta versão é talvez mais adequada a pessoas idosas com alterações da acuidade visual ou de expressão verbal, do que talvez aquelas que têm alterações cognitivas.

Estes resultados e também as respostas dos seis "experts" envolvidos sugerem que este trabalho deverá ser continuado por outros que permitam identificar uma versão simples de avaliar a dor a qualquer pessoa idosa, independentemente das suas limitações próprias

Referências Bibliográficas

- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS), Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. Journal of the American Geriatrics Society Vol. 46, n.º5, (1998), pp 651 – 651
- AKHTAR-DANESH N. - A Review of Statistical Methods for Analysing Pain Measurements. European Journal of Pain n.º 5, (2001), pp 457-463
- BRATTBERG G. *et al.* - A Longitudinal Study of Pain: Reported Pain from Middle Age to Old Age. Clinical Journal of Pain n.º 13, (1997), pp 144 -149
- DOMHOLDT E. - Physical Therapy Research: Principles and Application (second edition) Philadelphia: W.B. Saunders Company. (2000)
- GLOTH *et al.* - The Functional Pain Scale: Reliability, Validity and Responsiveness in an Elderly Population. Journal American Directors Association n.º3: (2002), S71-S75
- HERR K. - Chronic Pain: Challenges and Assessment Strategies. Journal of Gerontological Nursing Vol. 28, n.º1, (2002), pp 20-27
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS [JCAHO] Section I: Background and Significance; and Section II: Assessment of Pain. In: Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments (2001), pp. 1 – 29
- SIM J. & WATERFIELD J. - Validity, Reliability and Responsiveness in the Assessment of Pain. Physiotherapy Theory and Practice n.º 13, (1997), pp 23-27
- STRONG J. *et al.* - Pain: A Textbook for Therapist (first published). New York: Churchill Livingstone, (2002)
- TAIT R. - Assessment of Pain and Response to Treatment in Older Adults. In: Lichtenberg P, Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. New York: John Wiley & Sons, Inc, (1999), pp. 555-573
- <http://www.ine.pt> (Instituto Nacional de Estatística)
- <http://www.dgsaude.pt> (Direcção Geral de Saúde)