

Evaluation of pain knowledge of Physiotherapy students from a university center*

Análise do conhecimento sobre dor pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia em centro universitário

Rafaela de Carvalho Alves¹, Joelcy Pereira Tavares¹, Rogério Antunes Castro Funes¹, Guilherme Augusto Rodrigues Gasparetto¹, Karla Camila Correia da Silva¹, Tiago Kijoshi Ueda¹

*Recebido do Centro Universitário de Gurupi, Gurupi, TO, Brasil.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain, for being largely neglected by most university curricula, is requiring new and urgent educational strategies aiming at improving its management in the daily practice. This study aimed at assessing pain and therapeutic knowledge of physiotherapy students of a university center, explaining best known therapeutic approaches to control pain and determining the evolution of knowledge about pain throughout the course.

METHODS: This is a descriptive transversal study with primary database query, carried out in the University Center of Gurupi (UNIRG), in the city of Gurupi/TO. Sample was made up of 85 physiotherapy students from the 1st to the 10th period. For a better analysis, participants were divided in three categories: Group A (students from the 1st to the 4th period), Group B (5th to 8th period) and Group C (9th to 10th period).

RESULTS: Mean right answers when comparing groups was 46.8% for Group A, 47.0% for Group B and 49.7% for Group C, showing deficiency in the approach of the subject as basic requirement for the physiotherapy course curriculum, although the difference among groups was small.

CONCLUSION: Pain is addressed during graduation not as a major subject but rather as a complementary concept for several disciplines. So, it is suggested that physiotherapy courses curricula should specifically address pain, since decreasing pain is a major physiotherapy objective.

Keywords: Knowledge, Pain, Physiotherapy.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O tema dor, por ser bastante negligenciado na maioria dos currículos, faz com que a adoção de novas estratégias educacionais se torne urgente, visando o aprimoramento do seu tratamento na prática diária. O objetivo deste estudo foi mensurar o conhecimento sobre dor e terapêuticas pelos acadêmicos do curso de fisioterapia em centro universitário, elucidando as abordagens terapêuticas de maior conhecimento para o controle da dor, determinando a evolução do conhecimento sobre o tema no decorrer do curso.

MÉTODOS: Estudo do tipo descritivo e delineamento transversal, com pesquisa de dados em banco primário, realizado no Centro Universitário de Gurupi (UNIRG), na cidade de Gurupi/TO. A amostra foi composta por 85 acadêmicos de fisioterapia do 1º ao 10º período. Para melhor análise, os participantes foram divididos em três categorias, sendo grupo A (acadêmicos do 1º ao 4º período), grupo B (5º ao 8º período) e grupo C (9º e 10º período).

RESULTADOS: A média de acertos comparando os grupos foi de 46,8% grupo A, 47,0% grupo B e 49,7% grupo C, evidenciando deficiência na abordagem do tema como quesito básico na grade curricular do curso de fisioterapia, ainda que a diferença entre grupos tenha sido de pequena proporção.

CONCLUSÃO: O tema dor é abordado na graduação não como tema principal, e sim como conceito complementar em diversas disciplinas. Portanto, sugere-se que a grade curricular do curso de fisioterapia tenha uma abordagem específica em relação à dor, visto que a fisioterapia tem como um dos objetivos principais, a redução do quadro algico.

Descritores: Conhecimento, Dor, Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A dor é conceituada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável que está associada a lesões reais ou potenciais¹.

Caracteriza-se a dor como uma percepção complexa influenciada por experiências prévias e pelo contexto no qual o estímulo nocivo ocorre de forma isolada ou combinada, por associação de fatores físicos e estados emocionais negativos².

De acordo com a IASP, a prevalência média de dor crônica na população mundial é de 35,5%¹. No Brasil – país com dimensões conti-

1. Centro Universitário de Gurupi, Faculdade de Fisioterapia. Gurupi, TO, Brasil.

Apresentado em 20 de junho de 2013.

Aceito para publicação em 11 de novembro de 2013.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Guilherme Augusto Rodrigues Gasparetto
Avenida Araguaia nº 205 – Setor Torre
77490-000 Cristalândia, TO, Brasil.
E-mail: garg0001@hotmail.com

mentais, alto índice populacional e poucos estudos epidemiológicos – estima-se percentual semelhante a esse³.

Por se tratar de um problema de saúde pública⁴, estudos relacionados à dor têm sido conduzidos para verificar a sua interferência na vida das pessoas, avaliando o número e as características dos pacientes afetados, as principais dores e quais recursos utilizados em seu tratamento³.

O controle da dor, como atribuição do profissional de saúde, necessita de conceitos fundamentais a respeito dos seus mecanismos e repercussões na área física, emocional e social dos indivíduos para a escolha da terapêutica mais adequada⁵. Havendo necessidade de adoção de modelos de atendimento interdisciplinar e multiprofissional dos pacientes com dor, é necessário maior envolvimento e empenho dos profissionais de diversas áreas da saúde, desde a sua formação, como também dos órgãos e das instituições de prestação de saúde, entidades e associações de assistência e de ensino em dor, enfatizando a necessidade de abordagem biopsicossocial na assistência aos indivíduos com dor⁶.

Kumar e Saha⁷ sugerem que os fisioterapeutas tratem a dor de acordo com os mecanismos clínicos, identificados durante a avaliação. A fisioterapia vem ao longo dos anos mostrando um importante papel no tratamento de pacientes com dor. Os tratamentos utilizam o conhecimento específico sobre os efeitos das técnicas para a aplicabilidade clínica. É importante determinar qual o mecanismo de dor predominante para que a fisioterapia seja mais efetiva^{8,9}.

A fisioterapia envolve várias técnicas de terapias físicas locais ou globais, assim como todas as suas modalidades específicas. A escolha da modalidade a ser utilizada depende basicamente da fase e disfunção apresentadas pelo paciente avaliado. Suas modalidades terapêuticas atingem uma gama acentuada de disfunções musculoesqueléticas frequentemente presentes em pacientes com dor. Cada técnica possui uma explicação neurofisiológica com seus próprios mecanismos de ação¹⁰.

O sucesso no tratamento da dor exige uma evolução cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. A minuciosa avaliação inicial da dor atuará como base para o julgamento de intervenções subsequentes¹¹.

O melhor conhecimento fisiológico, fisiopatológico e anatômico sobre a dor poderá melhorar a avaliação e consequentemente a intervenção. Entretanto, para a escolha do tratamento baseado nos mecanismos clínicos, o fisioterapeuta deve ter conhecimento científico e prático⁹.

A inclusão dos temas dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação da área da saúde são necessários considerando-se a prevalência, o sofrimento e os custos envolvidos. Educar no modelo interdisciplinar envolve compartilhar aspectos comuns de conhecimento e de atuação, podendo representar avanço significativo na formação profissional, proporcionando o atendimento humanizado¹².

Em suma, visto a responsabilidade das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais da saúde capacitados na abordagem de quadros dolorosos, este estudo buscou mensurar o conhecimento sobre dor e terapêuticas dos acadêmicos do curso de fisioterapia, elucidando as abordagens terapêuticas de maior conhecimento para o controle da dor e determinando a evolução do conhecimento sobre o tema no decorrer do curso.

MÉTODOS

Estudo descritivo com delineamento transversal, com pesquisa de dados em banco primário, realizada no Centro Universitário de Gurupi, com acadêmicos do 1º ao 10º período do curso de Fisioterapia, totalizando 85 estudantes entrevistados.

A coleta de dados foi realizada durante a 2ª quinzena de março de 2013, por meio de um questionário com questões objetivas. Foram incluídos na pesquisa os acadêmicos presentes em sala de aula na data da abordagem. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes com idade inferior a 18 anos ou outra formação acadêmica na área da saúde, foram excluídos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário autoaplicável proposto e validado por Sereza e Dellaroza¹³ formado por 27 questões objetivas. Foram 12 quesitos avaliados sobre aspectos gerais da dor e 15 relacionados às terapêuticas para a dor. Posteriormente, foram acrescentadas cinco questões elaboradas pelos pesquisadores, a respeito da atuação da fisioterapia no controle da dor. Para levantamento de outros dados necessários à pesquisa, foi elaborado um questionário semiestruturado, autoaplicável, com questões sobre a temática dor, além de dados pessoais como número de matrícula, período, idade e gênero.

Foram pesquisados temas referentes à dor abordados durante a graduação, conhecimento sobre aspectos gerais da dor, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas juntamente com a atuação da fisioterapia no seu controle.

Análise estatística

O banco de dados foi organizado em planilhas do Microsoft Excel® - Windows 2010, o que possibilitou a organização dos dados em figuras e tabelas.

Para concluir os objetivos e facilitar a análise de dados, os itens do questionário foram agrupados em aspectos relacionados à fisiopatologia, avaliação e subjetividade da dor, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas e fisioterapia no controle da dor.

A análise estatística foi realizada por meio de frequência absoluta e relativa, além de medidas de dispersão, quando pertinentes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário de Gurupi sob o parecer de nº 160.170/2012 não apresentando violações éticas conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 137 alunos matriculados no curso de Fisioterapia do UNIRG, 64,9% (n=89) responderam o questionário. Devido aos critérios de exclusão, 4,4% da amostra (n=4) foram retirados da pesquisa. O extravio de 35,1% pode ser explicado pelo fato de os estudantes não estarem presentes em sala de aula na data da abordagem e pela não obrigatoriedade de responder o questionário.

A população da pesquisa constituiu-se de 61,0% (n=53) de discentes do gênero feminino e 39,0% (n=32) do gênero masculino, com idades variando de 18 a 38 anos, sendo a média de idade 22,23±3,39 anos.

A figura 1 refere-se à distribuição dos acadêmicos por grupos, deno-

minados: A (GA), como inicial (1º ao 4º período); B (GB), específico (5º ao 8º período); e C (GC) (estágios 9º e 10º períodos). Foram assim divididos para melhor elucidar a evolução do conhecimento referente ao tema abordado na graduação.

A figura 2 reflete a abordagem de temas referentes à dor durante a graduação do curso de Fisioterapia.

Em relação à participação em eventos e cursos sobre dor, 94,0% dos acadêmicos relataram a não participação sendo que, dos que participaram; um fazia parte do GA, dois do GB e outros dois do GC.

Se a dor pode ou não ser considerada como sinal vital, bem como a pressão arterial, pulso, frequência respiratória e temperatura, 69,0% concordaram com a afirmação, porém, 20,0% não concordaram e 11,0% não souberam responder.

A tabela 1 demonstra a distribuição das respostas relacionadas à fisiopatologia da dor. Como se podem observar, nas duas primeiras afirmações os acadêmicos dos três grupos obtiveram

um resultado inferior a 50,0% em relação às respostas corretas, especialmente os dos GB e GC que são grupos em que se esperava haver conhecimento mais relevante sobre o tema, pois são grupos que se encontram em períodos mais avançados em relação ao GA.

Em relação à intensidade da dor e ao grau de lesão, a distribuição das respostas revela um conceito não aprendido por todos, visto que as respostas contidas nos espaços concordam e concordam parcialmente somaram acima de 80% nos três grupos.

Na afirmação referente ao placebo, as respostas concordam e concordam parcialmente e não sabem nos três grupos obtiveram maior somatória comparado à resposta correta, discorda.

Quando afirmado que a dor poderia ser de origem psicológica ou emocional, os três grupos souberam responder habilmente esse quesito, demonstrando a boa compreensão sobre a multidimensionalidade da dor.

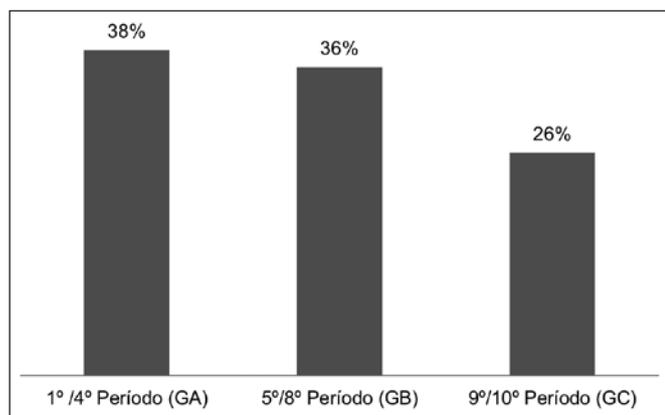


Figura 1. Distribuição dos acadêmicos por grupos

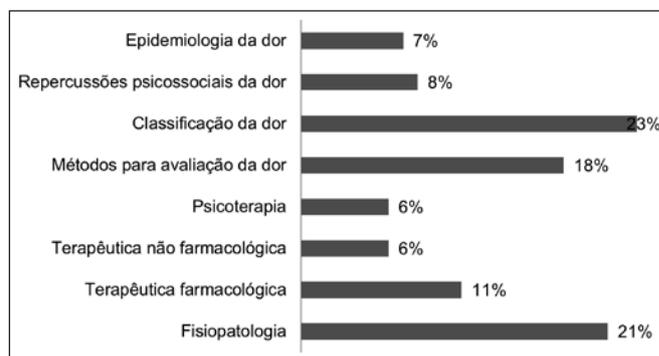


Figura 2. Abordagem de temas referentes à dor na graduação de Fisioterapia

Tabela 1. Distribuição das respostas acerca da fisiopatologia da dor

Fisiopatologia da dor	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
A intensidade da dor está diretamente relacionada ao grau de lesão do tecido	A	71,8	12,5	15,6 **	0,0
	B	64,5	19,3	16,1 **	0,0
	C	50,0	45,4	4,5 **	0,0
O paciente que depois de tomar um placebo afirma que a dor melhorou, não tinha realmente dor	A	15,6	21,9	31,2 **	31,2
	B	32,2	19,4	32,2 **	16,1
	C	27,3	27,3	40,9 **	4,5
A origem da dor pode ser psicológica ou emocional	A	75,0 **	15,6	6,2	3,1
	B	87,1 **	12,9	0,0	0,0
	C	68,2 **	27,3	0,0	4,5
Existem casos em que a dor é a própria doença e não um sintoma secundário	A	75,0 **	15,6	3,1	6,2
	B	48,4 **	25,8	9,7	16,1
	C	54,5 **	22,7	18,2	4,5
A dor pode ocorrer em um local mesmo sem lesão aparente	A	90,6 **	0,0	3,1	6,2
	B	93,5 **	3,2	0,0	3,2
	C	95,4 **	4,5	0,0	0,0

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas. Em algumas respostas sobre a fisiopatologia, os acadêmicos obtiveram um bom desempenho já que responderam de maneira adequada às afirmações.

A tabela 2 apresenta o desempenho dos acadêmicos quando o foco é subjetividade e avaliação da dor. Nesse quesito, os acadêmicos em geral demonstraram bom domínio a respeito do assunto, ficando apenas o GA na afirmação que diz que a cultura influencia a expressão da dor com 37,5% de aceitação e com 40,6% entre dúvida e não saber a resposta. Esse índice pode ser considerado aceitável por se tratar de um grupo formado por períodos iniciais.

Diferente do apresentado na fisiopatologia, subjetividade e avaliação da dor, em que foi mostrado um bom desempenho por parte dos acadêmicos, nos aspectos relacionados à terapêutica da dor – conforme a tabela 3 – foi diferente.

No aspecto sobre a necessidade de curar a doença e não a dor, os acadêmicos dos três grupos obtiveram porcentagem abaixo de 50,0% em relação à resposta correta concorda parcialmente.

Na mesma linha, apenas 50,0% do GA, 32,2% do GB e 45,4% do GC, concordaram que a dor pode ser tratada antes de se conhecer a causa.

A respeito do paciente com dor ser assistido com eficácia, o índice de erro é bastante notável entre quem concordou e quem concordou

parcialmente com a afirmação nos três grupos, ficando o GA com 46,9%, o GB com 70,9% e o GC com 54,5%.

Observa-se na tabela 4 que os acadêmicos apresentaram bom domínio com relação às técnicas fisioterapêuticas para o controle da dor, porém demonstraram insegurança quando indagados acerca do uso de eletroterapia no processo inflamatório. As respostas contidas nos quesitos concordam parcialmente ou não sabem somaram 40,6, 32,3 e 50,0%.

Como se observa na tabela 5, os acadêmicos em geral responderam adequadamente às afirmações, deixando a desejar somente quando questionados sobre a indicação da psicoterapia.

A psicoterapia é indicada tanto para doenças de causas biológicas quanto para as de causas não biológicas. Conceito negligenciado pelos acadêmicos. Como pode ser visto nas respostas, apenas 9,4% do GA, 16,1% do GB e 13,5% do GC discordaram da afirmação.

Com relação às técnicas de distração apenas o GC apresentou uma porcentagem de acertos inferior a 50,0%. As dúvidas juntamente com os que não souberam responder somaram 54,6%.

Tabela 2. Distribuição das respostas acerca da subjetividade e avaliação da dor

Subjetividade e avaliação da dor	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
A dor deve ser avaliada sistematicamente	A	53,1 **	28,1	3,1	15,6
	B	87,1 **	6,4	0,0	6,4
	C	77,3 **	13,6	4,5	4,5
A cultura influencia a expressão da dor	A	37,5 **	18,7	21,9	21,9
	B	58,0 **	19,3	9,7	12,9
	C	54,5 **	9,1	27,3	9,1
O paciente é a maior autoridade para informar sobre sua dor	A	81,2 **	12,5	6,2	0,0
	B	83,9 **	16,1	0,0	0,0
	C	81,8 **	18,2	0,0	0,0
Embora o limiar de percepção da dor seja semelhante entre os indivíduos, a tolerância à dor varia muito	A	84,4 **	9,4	0,0	6,2
	B	77,5 **	19,3	0,0	3,2
	C	86,3 **	13,6	0,0	0,0

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas.

Tabela 3. Distribuição das respostas acerca da terapêutica da dor

Aspectos relacionados à terapêutica da dor	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
É preciso curar a doença e não a dor	A	21,9	28,1 **	46,9	3,1
	B	25,8	16,1 **	58,0	0,0
	C	22,7	36,3 **	40,9	0,0
De uma maneira geral, o paciente com dor é assistido com eficácia	A	12,5	34,4	28,1 **	25,0
	B	25,8	45,1	22,6 **	6,4
	C	22,7	31,8	36,3 **	9,1
A dor pode ser tratada mesmo antes de se conhecer a sua causa	A	50,0 **	18,7	31,2	0,0
	B	32,2 **	25,8	41,9	0,0
	C	45,4 **	27,3	27,3	0,0

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas.

Tabela 4. Distribuição das respostas acerca dos recursos fisioterapêuticos no controle da dor

	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
A termoterapia, por meio do calor, é contraindicada em processos inflamatórios agudos	A	71,9 **	6,3	12,5	9,3
	B	67,7 **	12,9	19,4	0,0
	C	77,3 **	4,5	18,2	0,0
As correntes elétricas de baixa frequência não têm contraindicações em relação ao processo inflamatório	A	28,1 **	0,0	31,3	40,6
	B	29,0 **	12,9	38,7	19,4
	C	18,2 **	31,8	31,8	18,2
A crioterapia na dor é mais indicada para processos inflamatórios agudos	A	59,0 **	13,0	6,0	22,0
	B	87,1 **	9,7	3,2	0,0
	C	91,0 **	4,5	4,5	0,0
A hidroterapia pode ser considerada como cinesioterapia aquática e trata quadros agudos e crônicos de dor	A	72,0 **	9,0	13,0	6,0
	B	67,8 **	25,8	6,4	0,0
	C	86,4 **	13,6	0,0	0,0
O tratamento da dor por meio de terapias manuais consiste na eficácia do toque terapêutico	A	62,5 **	28,1	6,3	3,1
	B	67,8 **	25,8	3,2	3,2
	C	72,7 **	27,3	0,0	0,0

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas.

Tabela 5. Distribuição das respostas acerca da terapêutica não farmacológica no controle da dor

Terapêutica não farmacológica para o controle da dor	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
A acupuntura é uma indicação útil para alguns casos de dor	A	90,6 **	9,4	0,0	0,0
	B	87,1 **	12,9	0,0	0,0
	C	100 **	0,0	0,0	0,0
A psicoterapia é indicada somente em casos onde não se descobrem causas biológicas	A	56,2	6,2	9,4 **	28,1
	B	25,8	35,5	16,1 **	22,6
	C	22,7	13,6	13,6 **	50,0
Técnicas como aplicação de calor, frio e massagem são alternativas terapêuticas para dor	A	93,7 **	6,2	0,0	0,0
	B	67,7 **	29,0	0,0	3,2
	C	95,4 **	0,0	4,5	0,0
Técnicas de relaxamento só são indicadas para o alívio de tensão emocional	A	25,0	28,1	43,7 **	3,1
	B	16,1	25,8	58,0 **	0,0
	C	22,7	27,3	50,0 **	0,0
As técnicas de distração podem promover o alívio da dor	A	50,0 **	28,1	9,4	12,5
	B	61,3 **	25,8	0,0	12,9
	C	40,9 **	27,3	4,5	27,3

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas.

A tabela 6 evidencia o desempenho dos acadêmicos quanto à terapêutica farmacológica e ao uso de opioides.

Sobre a utilização de analgésicos em horários fixos para pacientes com risco de dor, chama a atenção a indecisão nos três grupos, onde o número de parciais e não sabem somados foi de 43,7% no GA, 48,4% no GB e 50,0% no GC, caracterizando dúvidas.

Com base na afirmação de que o paciente deve tolerar a dor para evitar medicação em excesso, os acadêmicos dos três grupos mantiveram-se com o desempenho muito abaixo de 50,0% com relação à

resposta correta discorda, permanecendo com porcentagens de 18,7, 16,1 e 9,1, respectivamente.

Os analgésicos anti-inflamatórios possuem dose teto, ou seja, a partir de determinada dose não produzem mais efeito. Na tabela 6 observa-se que apenas o GA apresentou resultado considerável com 53,1%.

Os grupos desconhecem que os opioides possam causar tolerância – 59,4, 54,8 e 45,4% respectivamente –, desconhecem que a dependência psíquica é rara com o uso de morfina e desconhecem os

Tabela 6. Distribuição das respostas acerca da terapêutica farmacológica e o uso de opioides no controle da dor

Farmacologia e usos de opioides no controle da dor	Grupos	Concorda (%)	C. parcial (%)	Discorda (%)	Não sabe (%)
Se a dor for suportável, é melhor não medicar e investigar a causa	A	50,0	15,6	31,2 **	3,1
	B	32,2	19,4	32,2 **	16,1
	C	59,1	22,7	9,1 **	9,1
É melhor utilizar analgésicos em horários fixos, para pacientes com risco de dor	A	34,4	25,0	21,9 **	18,7
	B	19,3	25,8	32,3 **	22,6
	C	13,6	31,8	36,4 **	18,2
Orientar o paciente a tolerar a dor e espaçar o uso de analgésicos é uma forma de evitar fármacos em excesso	A	65,6	9,4	18,7 **	6,2
	B	38,7	22,6	16,1 **	22,6
	C	50,0	31,8	9,1 **	9,1
Os analgésicos podem viciar	A	84,4 **	6,2	3,1	6,2
	B	67,7 **	6,5	6,5	19,3
	C	86,4 **	4,5	4,5	4,5
Quando a prescrição do analgésico é em esquema "se necessário", deve-se sempre esperar a solicitação do paciente	A	25,0 **	12,5	28,1	34,4
	B	29,0 **	12,9	22,6	35,5
	C	18,2 **	27,3	22,7	31,8
Os analgésicos anti-inflamatórios possuem dose máxima, ou seja, a partir de determinada dose não produzem maior efeito analgésico	A	53,1 **	12,5	9,4	25,0
	B	29,0 **	25,8	3,2	41,9
	C	45,4 **	18,2	9,1	27,3
Opioides fortes como a meperidina podem causar tolerância, mas não dependência física	A	12,5	18,7	9,4 **	59,4
	B	9,7	25,8	9,7 **	54,8
	C	4,5	13,6	36,4 **	45,4
A dependência psíquica é rara com o uso de morfina	A	6,2 **	12,5	18,7	62,5
	B	6,5 **	22,6	29,0	41,9
	C	9,1 **	9,1	31,8	50,0
A morfina deve ser utilizada somente como última alternativa	A	34,4	15,6 **	12,5	37,5
	B	58,0	12,9 **	6,5	22,6
	C	63,6	9,1 **	4,5	22,7
A morfina apresenta alto risco de depressão respiratória	A	18,7	6,2	0 **	75,0
	B	41,9	9,7	3,2 **	45,2
	C	36,4	9,1	4,5 **	50,0

Grupo A: acadêmicos do 1º ao 4º período, Grupo B: 5º ao 8º período e Grupo C: 9º e 10º períodos; C. parcial: concorda parcialmente; ** indicam as respostas corretas.

efeitos adversos com relação ao seu uso. Além disso, 58,0% do GB e 63,6% do GC concordaram que a morfina só deve ser usada em última alternativa.

No geral, fazendo a comparação entre grupos, a média de acertos ficou entre 46,8% no GA, 47,0% no GB e 49,7% no GC, observando-se uma evolução mínima proporcional entre os grupos.

DISCUSSÃO

O enfoque dado ao tema dor de forma independente e sem elos necessários à compreensão clínica acaba dificultando o entendimento e resulta na formação de profissionais sem visão integrada do que seja dor¹⁴. Com relação à abordagem do tema na graduação, este, não é abordado como tema principal e sim como conceito complementar em diversas disciplinas. Muitas vezes o tema até aparece na ementa, mas não prepara realmente os profissionais para lidarem com a dor¹³.

É de grande importância a busca de conhecimento pelo tema, pois a redução do quadro algico é o objetivo principal do plano de tratamento do fisioterapeuta. Estudo¹³ observou a não participação de nenhum acadêmico do curso de Fisioterapia em qualquer evento relacionado à dor.

A necessidade de reconhecer a dor como 5º sinal vital foi descrita pela primeira vez por James Campbell¹ em 1996, onde, no seu ponto de vista, se a dor fosse avaliada com o mesmo zelo dos outros sinais vitais, haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado. A partir dessa ideia, vários autores passaram a considerar a importância de reconhecer a dor como o 5º sinal vital sendo o seu controle entendido como direito humano básico¹³⁻²³.

O conhecimento acerca da fisiopatologia da dor para qualquer profissional é de total importância, já que essa é a base para a assistência de melhor qualidade¹³.

Com relação à intensidade da dor e o grau de lesão, pode-se di-

zer que a dor é um fenômeno complexo, multifatorial e subjetivo, onde não só os aspectos biológicos estão envolvidos, mas também, os socioculturais e os emocionais²⁴. A experiência dolorosa resulta da inter-relação de aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais. Aspectos de vida pregressa, atual e experiências pessoais, interação de modo significativo na percepção da dor, não estando a sua intensidade diretamente relacionada ao grau de lesão do tecido².

O placebo é uma substância inerte sem ação específica nos sintomas ou doenças do paciente, possui aparência, mas não contém a ação farmacológica de um medicamento. É utilizado para satisfazer as necessidades simbólicas dos pacientes, ou seja, a realidade no cérebro é o que importa¹⁶. Dessa forma, não se pode dizer que quando um placebo é administrado e a dor cessa, não havia realmente dor.

O indivíduo, por ser único, tem toda uma história e uma maneira própria de sentir a dor; duas pessoas não sentem da mesma forma estímulos nociceptivos idênticos. Fatores neurofisiológicos, hormonais, culturais, situacionais, emocionais e psicológicos podem influenciar e interagir entre si, afetando a magnitude da sensação e do desconforto associado à dor⁵.

Uma boa avaliação é sem dúvida o ponto de partida para o bom tratamento. Sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada e/ou subestimada, podendo levar a intervenção inadequada, prejudicando a qualidade de vida do paciente. Fatores situacionais, culturais, emocionais, psicológicos influenciam a maneira pela qual o paciente sente a dor⁵. Para traçar o procedimento de avaliação da dor, as informações necessárias surgem do relato do paciente, complementando-se com a avaliação física, sendo o paciente – no contexto clínico – considerado o instrumento de mensuração¹⁷. O paciente é a maior autoridade sobre a dor e sua tolerância varia de indivíduo para indivíduo^{5,21}.

A tabela 3 apresenta os resultados distribuídos com relação às terapêuticas da dor. Diferente do apresentado nos quesitos anteriores, em que os acadêmicos se saíram bem, neste as respostas demonstram fragilidades nos conceitos.

A preocupação com a cura da doença deve existir, porém, essa ação não deve ser separada do controle da dor. Muitas vezes é essencial controlar a dor, já que várias doenças crônicas não têm cura¹³. Quando não se conhece a sua causa, o controle da dor torna-se indispensável. A analgesia adequada facilita meios de intervenções e tem menores riscos de complicações. Para garantir a qualidade de vida do paciente, torna-se essencial o controle da dor²⁵.

O paciente com dor não é assistido com eficácia. Isso acontece pelo fato de muitos pacientes não possuírem conhecimento sobre a importância da avaliação, do tratamento adequado e devido às condições financeiras desfavoráveis³. Quando o paciente se queixa repetidamente de dor, ele se torna “inconveniente”, gera uma desatenção por parte dos profissionais, e ineficácia no tratamento.

A termoterapia por adição de calor é contraindicada durante a fase aguda do processo inflamatório, por promover vasodilatação e aumentar o metabolismo das células pró-inflamatórias²⁵. Já a crioterapia, reduz o edema por sua ação vasoconstritora, sendo indicada na fase aguda do processo inflamatório. Aplicações frias abaixo de 10° Celsius aliviam a dor por reduzirem o número de impulsos dolorosos enviados ao cérebro, tornando-os mais lentos²⁵⁻²⁷.

As correntes elétricas de baixa frequência não possuem contraindi-

ções quanto ao quadro do processo inflamatório, não interferindo com suas reações exsudativas. Explica-se pelo fato da ação analgésica das correntes ocorrerem por meio da “teoria do portão”, onde as fibras aferentes de grosso calibre do tipo A (mais rápidas por serem mielinizadas) são estimuladas, e as do tipo C (não mielinizadas e de menor velocidade) são inibidas, cessando a abertura do portão espinal, além da participação de neurotransmissores inibitórios como as encefalinas, acetilcolina e GABA²⁶⁻²⁹.

A hidroterapia possui muitos efeitos benéficos tanto para quadros agudos como para quadros crônicos de dor. Muitos desses efeitos, se associados à cinesioterapia, ocorrem devido às propriedades físicas da água. Dentre os benefícios estão o relaxamento, analgesia, redução do impacto e agressão sobre articulações³⁰⁻³².

A massagem, quando exercida nos tecidos, estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer e/ou bem-estar e reduzindo, por meio do estiramento, a tensão sobre os músculos, promovendo relaxamento e conseqüentemente a atenuação do quadro algico. Em pacientes com dor, o toque no corpo pode provocar sensações prazerosas, como relaxamento e alívio. E também sensações negativas, como dor, tensão muscular, irritação, ansiedade e piora dos sintomas, caso o terapeuta não esteja apto a desenvolver a terapia corretamente³³.

A integração mente e corpo deve ser objetiva da terapêutica analgésica, onde a estimulação dos cinco sentidos ajuda a criar um clima propício para a aceitação do quadro algico²⁹. A psicoterapia, entre outras técnicas, colabora na redução da ansiedade, promovendo sensação de descanso e bem-estar físico e mental, auxiliando os pacientes a aceitar a doença, encorajando-os a normalizar o estado emocional e compreender os objetivos da vida²⁵.

A técnica de distração consiste em focalizar a atenção em outros estímulos, que sejam diferentes da dor. Quando a atenção está voltada à dor, pode acontecer que ela se maximize, então, utiliza-se desta técnica para voltar a atenção do paciente para outras situações mais agradáveis, como música, televisão, artes manuais, livros, entre outros, visto que mudando o foco da atenção, há diminuição da intensidade da experiência dolorosa^{34,35}.

O tratamento precoce da dor previne ou minimiza morbidades e mortalidades^{13,14}. Vale ressaltar todos os desconfortos causados pela sensação dolorosa, e que nenhum indivíduo precisa ser submetido a “dor suportável”. O uso em excesso de fármacos volta-se para a questão cultural por parte do paciente. Para proporcionar um efeito desejado, os analgésicos devem ser administrados no momento da queixa algica – horários flexíveis – e não em horários pré-determinados¹³. A utilização de morfínicos mostra-se eficaz em pacientes com dor neuropática, não restringindo seu uso apenas a pacientes oncológicos ou terminais. Além disso, existem fármacos mais potentes que a morfina fazendo discordância com a afirmação de que ela só deve ser administrada como última alternativa³⁶.

A farmacodinâmica associada à experiência clínica confirma que a tolerância e a dependência física podem ocorrer, porém, isso não deve impedir o uso dos opioides na terapêutica, sendo a dependência psíquica rara¹³.

Corroborando com o estudo¹³, evidenciou-se que o tema do estudo não é abordado como quesito básico na grade curricular, em especial no curso de fisioterapia do Centro Universitário UNIRG, elucidando evolução mínima proporcional entre os grupos.

CONCLUSÃO

Com este estudo observou-se que o tema dor é abordado na graduação, não como tema principal, e sim como conceito complementar em diversas disciplinas. Os alunos de modo geral, mostraram maior conhecimento em áreas como fisiopatologia, subjetividade e avaliação, tratamento não farmacológico e fisioterapia no controle do quadro algíco. Em outros aspectos, como terapêuticas gerais da dor e terapêuticas farmacológicas com uso de opioides, os grupos mantiveram-se com porcentagem inferior a 50,0%, demonstrando preocupação em como o tema é evidenciado e absorvido por parte dos acadêmicos. Portanto, sugere-se um desenvolvimento na abordagem específica do tema dor da grade curricular de Fisioterapia do Centro Universitário UnirG, visto que esse curso tem como um dos objetivos principais, a redução do quadro algíco. Propõem-se também novas pesquisas com outros enfoques relacionados à dor.

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED). Projeto Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. *J Dor*. 2005;2(16):1-7.
- Teixeira MJ. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2001;1(4):329-34.
- Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor*. 2011;12(4):297-300.
- Holtz VV, Stechman Neto J. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. *Rev Dor*. 2008;9(2):1217-24.
- Teixeira MJ, Fonoff ET, Lepski G, Marcon RM, Roca RO. Dor no atendimento em pronto socorro. Avaliação do conhecimento da equipe de saúde sobre dor, analgesia e procedimento prescritos para o controle. *Rev Med*. 1999;78(3):359-63.
- Teixeira MJ, Teixeira WG, Viveiros VP. Princípios gerais de tratamento da dor músculo-esquelética. *Rev Med*. 2001;80(ed. esp. pt.1):170-8.
- Kumar SP, Saha S. Mechanism-based classification of pain for physical therapy management in palliative care: a clinical commentary. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(1):80-6.
- Gosling AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Rev Dor*. 2012;13(1):65-70.
- Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Man Ther*. 2007;12(1):40-9.
- Biasoli MC. Tratamento fisioterápico na terceira idade. *Rev Bras Med*. 2007;64(ed. esp):62-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- Pimenta CA, Figueró JA, Teixeira MJ, et al. Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos no curso de graduação da área de saúde. *Rev Simbodor*. 2001;2(1):23-35.
- Sereza TW, Dellaroza MS. O que está sendo aprendido a respeito da dor na UEL? *Semina Cienc Biol Saúde*. 2003;24(1):55-66.
- Barros SR, Pereira SSL, Almeida Neto A. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor*. 2011;12(2):131-7.
- Magalhães PA, Mota FA, Saleh CM, Secco LM, Fusco SR, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011;12(3):221-5.
- Rocha MM, Prette ZA, Prette AD. Placebo na pesquisa psicológica: algumas questões conceituais, metodológicas e éticas. *Rev Bras Terap Cognitivas*. 2008;4(2):39-54.
- Sousa FA, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):3-10.
- Ferreira LL, Cavenaghi S, Marino LH. Recursos eletroterapêuticos no tratamento da dor oncológica. *Rev Dor*. 2010;11(4):339-42.
- Freitas CC, Vieira PR, Torres GV, Pereira CR. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev Dor*. 2009;10(1):56-62.
- Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(Supl 2):481-7.
- Sousa FA, Silva JA. Mensurando a dor. *Rev Dor*. 2005;6(4):680-7.
- Calil AM, Pimenta CA. Pain intensity of pain and adequacy of analgesia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(5):692-9. Portuguese.
- Sousa FA, Silva JA. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Rev Dor*. 2004;5(4):408-29.
- Pimenta CA, Teixeira MJ, Simões P, Simões C, da Cruz Dde A, Okada M. League against pain: an experimental in extracurricular teaching. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1998;32(3):281-9. Portuguese.
- Yeng LT, Stump P, Kaziyama HH, et al. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Rev Med*. 2001;80(ed. esp. pt.2):245-55.
- Abreu EA, Santos JD, Ventura PL. Eficácia analgésica da associação da eletroestimulação nervosa transcutânea e crioterapia na lombalgia crônica. *Rev Dor*. 2011;12(1):23-8.
- Farias RS, Melo RS, Machado YF, Lima FM, Andrade PR. O uso da tens, crioterapia e criotens na resolução da dor. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2010;14(1):27-36.
- Silva TF, Suda EY, Marçulo CA, Paes FH, Pinheiro GT. Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Fisioter Pesqui*. 2008;15(2):118-24.
- Vale NB. Analgesia adjuvante e alternativa. *Rev Bras Anestesiol*. 2006;56(5):530-55.
- Hecker CD, Melo C, Tomazoni SS. Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidro-cinesioterapia sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia – um ensaio clínico randomizado. *Fisioter Mov*. 2011;24(1):57-64.
- Carregaro RL, Toledo AM. Efeitos fisiológicos e evidências científicas da eficácia da fisioterapia aquática. *Rev Movimenta*. 2008;1(1):23-7.
- Biasoli MC, Machado CM. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Rev Bras Med*. 2006;63(5):225-37.
- Florentino DM, Sousa FR, Maiworn AI, Carvalho AC, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. 2012;11:50-7.
- Pereira FM, Penido MA. Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar. *Rev Bras Terap Cognitivas*. 2010;6(2):189-220.
- Vila VS, Mussi FC. Postoperative pain relief in patients from the perspective of nurses at an intensive care Center. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):300-7. Portuguese.
- Pimenta CA, Teixeira MJ, Correa CF, Müller FS, Goes FC, Marcon RM, et al. Intrathecal opioids in chronic non-malignant pain: relief and life quality. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3A):398-405.