

Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de Fisioterapia*

Major pain complaints of patients looking for the Physical Therapy clinic

Ana Gabriela de Lima Batista¹, Luciana Auxiliadora de Paula Vasconcelos²

* Recebido da Clínica-Escola de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) Campus de Poços de Caldas. Poços de Caldas, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é uma das queixas que mais levam pacientes procurar a fisioterapia. Quando não controlada influencia negativamente a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi mensurar a intensidade e qualidade da dor de pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus de Poços de Caldas.

MÉTODO: Foram incluídos 102 pacientes de ambos os sexos, avaliados antes da primeira sessão de fisioterapia, avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental, Escala Visual Numérica, Breve Inventário de Dor, Questionário de Dor de McGill, Inventário de Depressão de Beck e a Escala abreviada de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

RESULTADOS: Informaram presença de dor 65,5% dos pacientes, com intensidade média de 6,4 para a pior dor nas últimas 24h. Suas principais características foram: em pontada (58,8%), cansativa (57,4%) e aborrecida (42,6%). 23% dos pacientes localizaram a dor nos membros infe-

riores, e para 25% a dor piorava com posturas mantidas. Não houve sinais de depressão nos pacientes, porém houve interferência da dor nas atividades de vida diária como o trabalho e a capacidade para aproveitar a vida.

CONCLUSÃO: Houve prevalência de dor musculoesquelética localizada nos membros inferiores na maioria dos pacientes, que interferiu de maneira intensa na atividade laboral dos mesmos, uma vez que os movimentos e as posturas mantidas foram os principais fatores agravantes da dor. A intensidade de dor foi maior em indivíduos que desacreditam em Deus e em relação à qualidade de vida a dor interferiu de modo importante nas atividades diárias, condições emocionais e sociais, e na capacidade de aproveitar a vida.

Descritores: Avaliação da dor, Escala analógica visual de dor, Dor, Questionário da dor de McGill.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is one of the major complaints leading people to look for physical therapy. When uncontrolled, pain negatively influences quality of life. This study aimed at measuring pain intensity and quality of patients of the Clinic School of Physical Therapy, Catholic University of Minas Gerais, Poços de Caldas Campus.

METHOD: Participated in this study 102 patients of both genders, evaluated before the first physical therapy session by the Mini Exam of Mental Status, Numeric Visual Scale, Brief Pain Inventory, McGill Pain Questionnaire, Beck's Inventory of Depression and WHO's abbreviated quality of life scale.

RESULTS: Pain was referred by 65.5% of patients, with mean intensity of 6.4 for the worst pain in the last 24

1. Graduanda do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) Campus de Poços de Caldas. Poços de Caldas, MG, Brasil.

2. Professora do Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) Campus de Poços de Caldas. Poços de Caldas, MG, Brasil.

Endereço para correspondência:

Luciana Auxiliadora de Paula Vasconcelos
Departamento de Fisioterapia (PUC Minas) Campus de Poços de Caldas.

Avenida Padre Francis Cletus Cox, 1661 – Jardim Country Club 37701-355 Poços de Caldas, MG.

Fones: (35) 3729-9252 – (35) 3729-9243 - Fax: (35) 3729-9201

Email: lucivasc@pucpcaldas.br

hours. Major characteristics were: in sting (58.8%), tiresome (57.4%) and uncomfortable. Pain was located in lower limbs for 23% of patients, and for 25% pain would worsen with maintained postures. There were no signs of depression, however pain has interfered with daily life activities, such as work and ability to enjoy life.

CONCLUSION: There has been prevalence of musculoskeletal pain in lower limbs for most patients, which has substantially interfered with their Professional activities, since movements and maintained postures were major pain worsening factors. Pain intensity was higher in people not believing in God and, with regard to quality of life, pain has significantly interfered with daily activities, emotional and social conditions, and with the ability to enjoy life.

Keywords: McGill pain questionnaire, Pain, Pain evaluation, Pain visual analog scale.

INTRODUÇÃO

Pacientes com queixas de dor são, com grande frequência, motivo de dificuldades clínicas em várias áreas, desde seu diagnóstico até seu tratamento multidisciplinar. Muitas vezes, a persistência da dor, aliada à insatisfação do paciente e a dificuldade de avaliação adequada do quadro algico, contribuem para que a dor se cronifique. Ela também é decorrente dos novos hábitos de vida, do decréscimo da tolerância do sofrimento pelo homem moderno, do prolongamento da vida dos indivíduos em geral e dos pacientes com afecções clínicas naturalmente fatais¹.

Pode tornar-se o foco primário de atenção do indivíduo, limitando grande parte de suas atividades diárias inclusive da rotina laboral, aumentando o índice de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias precoce, indenizações e baixa produtividade, além de alterações como ansiedade, depressão, interferência com o sono e prejuízo da concentração, sendo considerado um problema de saúde pública pela prevalência, alto custo e impacto negativo sobre a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares².

A avaliação da dor envolve a identificação da doença, fator etiológico, início, duração, distribuição, fatores precipitantes e atenuantes, qualidade e intensidade da dor, além de testes sensoriais. A história clínica também é essencial para contextualizar a doença, distúrbios associados e fatores relacionados².

O tratamento deve ser multidisciplinar, sendo fundamental a atenção para os fatores biopsicossociais. Dentre os vários tratamentos, a fisioterapia oferece recursos tanto para processos agudos quanto crônicos, pela cinesioterapia passiva e/ou ativa, eletroterapia, termoterapia e fo-

toterapia, minimizando o impacto da presença da dor na sociedade e melhorando a qualidade de vida das pessoas³. O objetivo deste estudo foi identificar a incidência e as características da dor em indivíduos que buscam tratamento fisioterapêutico.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, sob nº CAAE 0025.0.213.000 foram incluídos 102 indivíduos adultos neste estudo quantitativo de característica prospectiva e transversal sobre a presença e características da queixa dolorosa de pacientes que procuraram os serviços da Clínica Escola de Fisioterapia da PUC de Minas Campus de Poços de Caldas. Todos os participantes foram avaliados antes de sua primeira sessão de fisioterapia depois de serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta dos dados foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental⁴, a Escala Visual Numérica⁵, o Breve Inventário de Dor⁶, o Questionário de Dor de McGill⁷, o Inventário de Depressão de Beck⁸ e a Escala abreviada de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – abreviado)^{9,10}.

Os dados foram tabulados e analisados de maneira descritiva, e os resultados apresentados em média e desvio-padrão, além de porcentagem de presença de fatores entre os diversos grupos.

RESULTADOS

A idade média foi 45,7 anos, sendo 59 mulheres e 43 homens, com escolaridade média de 7,6 anos; com média no Mini Exame Mental de 25,2, sendo que nenhum deles apresentou pontuação que indicasse qualquer falha cognitiva. Houve predominância para as profissões do lar (22,5%) e aposentado (21,5%), com maior prevalência de pessoas que buscam serviços de fisioterapia com diagnóstico de artrose em várias articulações (11,7%), algias generalizadas (10,7%), fraturas (10,7%) e desvios posturais (7,8%). A maioria não tinha outras doenças associadas (52,9%), seguida de hipertensão arterial (14,7%) e diabetes associada à hipertensão arterial (5,8%).

Apresentou dor no momento da avaliação 68 indivíduos (média de 3,2 na EVN), a maioria do sexo feminino, sendo que 40% já utilizaram alguma medicação para controle da dor: meloxicam (9), paracetamol (8), paracetamol associado à codeína (3) e dipirona (2). Neste grupo, o valor médio da pior dor nas últimas 24 horas, avaliada

pelo Breve Inventário de Dor, foi maior nas mulheres do que nos homens (7,2 *versus* 5), respectivamente. Quanto às características da dor, obtida pelo Questionário de Dor de McGill, as palavras que melhor descreveram sua dor foram: em pontada (58,8%), dor cansativa (57,4%), aborrecida (42,6%) e a dor que incomoda (30,9%).

Houve maior incidência de dor nos membros inferiores, seguido de dor em coluna, membros inferiores e membros superiores (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição corporal da dor nos pacientes

Regiões Corporais	%
MMSS + MMII+ coluna vertebral	23
MMII	23
MMII + coluna vertebral	13,5
Coluna vertebral	10,5
MMSS	7,5
MMSS + coluna vertebral	7,5
MMSS + MMII	6
Tórax posterior	6
Outras	3

MMSS = membros superiores; MMII = membros inferiores

Vários fatores foram identificados como agravantes da dor. Pelo Questionário de Dor de McGill, as posturas mantidas foi o principal fator agravante, relatado por 25% dos pacientes, seguida por serviços domésticos em 17,6% dos pacientes (Tabela 2). Pelo Breve Inventário de Dor,

Tabela 2 - Principais fatores que pioram a dor dos pacientes, evidenciados pelo Questionário de Dor de McGill

Fatores que Pioram a Dor	%
Posturas mantidas	30
Serviços domésticos	20
Movimento	10
Nervosismo	10
Esforço físico	10
Andar/caminhar durante muito tempo	10
Outros - diversos	6
Sentar/levantar	4
Pegar peso	3
Noite mal dormida	1

as posturas mantidas foi o fator mais citado como agravante da dor, seguido por serviços domésticos e esforço físico (Tabela 3). Observa-se ainda que, antes de buscar o tratamento fisioterapêutico, os pacientes utilizavam-se

Tabela 3 – Principais fatores que pioram ou melhoram a dor dos pacientes, evidenciados pelo Breve Inventário de Dor

Fatores que Pioram a Dor	n	Fatores que Melhoram a Dor	n
Posturas mantidas	16	Medicamento isolado ou associado	36
Serviços domésticos	10	Diversos	15
Esforço físico	10	Exercícios	6
Movimentos (geral e AVD)	10	Repouso	6
Andar e/ou correr	10	Nada	6
Estado emocional alterado	8		
Outros	5		

n = número de pacientes; AVD = atividade de vida diária

principalmente de medicamentos para alívio da dor, sendo que os fármacos mais utilizados foram meloxicam, paracetamol, paracetamol associado à codeína e dipirona.

A intensidade de dor foi maior em indivíduos que descreditam em Deus, seguido dos evangélicos, católicos e espíritas, e em pacientes com escolaridade menor que 9 anos. A intensidade de dor foi menor naqueles indivíduos que apresentaram nível de escolaridade maior que 9 anos, sendo o nível máximo de escolaridade de 18 anos e nível mínimo de 0 anos.

Pelo índice de Depressão de Beck os pacientes apresentaram média de depressão de 15,48, com tendência maior nas mulheres quando comparado aos homens (17,6 *versus* 11,5 respectivamente), indicando que não se encaixaram dentro dos índices que sugerem sinais de alteração de humor (depressão > ou = a 20).

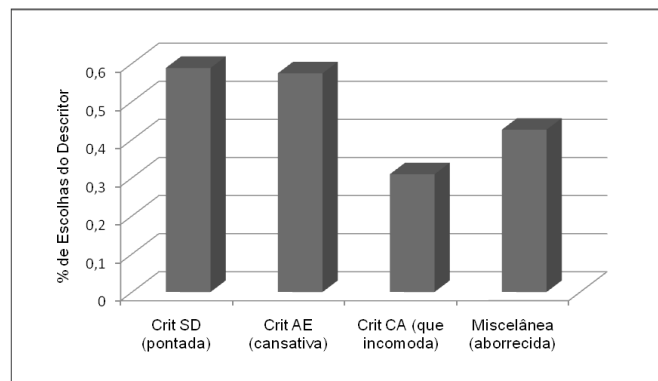


Gráfico 1 – Interferência da dor em atividades e condições pessoais pelo Breve Inventário de Dor.

Crit SD = critério sensorial discriminativo; Crit AE = critério afetivo emocional; Crit CA = critério cognitivo avaliativo. N = 68.

Tabela 4 – Avaliação da qualidade de vida avaliada pela escala abreviada de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

Domínio 1 – Físico	Média
3- dor e desconforto	3,02
10- energia e fadiga	3,49
16- sono e repouso	3,49
15- mobilidade	3,82
17- atividades de vida cotidiana	3,68
4- dependências de medicação ou tratamento	3,27
18- capacidade para o trabalho	3,55
Domínio 2 – Psicológico	Média
5- pensamentos positivos	3,12
7- pensar, aprender, memória e concentração	3,42
6- autoestima	3,91
11- imagem corporal e aparência	3,88
26- sentimentos negativos	2,97
19- satisfação pessoal	3,86
Domínio 3 – Relações Sociais	Média
20- relações pessoais	4,41
22- suporte (apoio) social	4,07
21- atividade sexual	3,79
Domínio 4 – Meio Ambiente	Média
8- segurança física e proteção	3,5
23- ambiente no lar	4,05
12- recursos financeiros	3
24- cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,84
13- oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3,31
14- participação e oportunidades de recreação/lazer	2,8
9- ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	3,65
25- transporte	3,73
Qualidade de Vida	Média
1- específico para qualidade de vida	3,78
2- saúde	3,23

A dor interferia de modo importante nas atividades de vida diária, condições emocionais e sociais mensuradas pelo Breve Inventário de Dor, sendo mais intensa em atividades gerais (6,0), de trabalho (6,0) e na capacidade de aproveitar a vida (5,8) (Gráfico 1).

Em relação à qualidade de vida, avaliada pelo Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (WHO-QOL BF) (Tabela 4), no domínio físico, que diz respeito à dor e desconforto, ou seja, o quanto a dor o impede de fazer o que você precisa, a média foi 3,2 que corresponde a um incômodo médio (incomoda “mais ou menos”). No domínio psicológico apresentaram média de 2,9 para sentimentos

negativos, equivalendo a que “algumas vezes para quase frequentemente” os pacientes sentiram ou experimentaram sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão. No domínio relações sociais, se mostravam indiferentes (“nem satisfeito e nem insatisfeito”) com a vida sexual com uma média de 3,9. No domínio meio ambiente a média foi de 2,8, com limitadas oportunidades de atividades de lazer. Em relação à questão específica de qualidade de vida a média foi de 3,7, ou seja, avaliaram a qualidade de vida como mediana (“nem ruim, nem boa”) e o mesmo se repete com a saúde (“nem ruim, nem boa”) com uma média de 3,2.

DISCUSSÃO

Dor é um sinal de alta prevalência na população brasileira. Sabe-se que de maneira geral há maior risco de seu desenvolvimento em mulheres quando comparado a homens na fase adulta mediana¹¹. Na população incluída no presente estudo, houve prevalência de dor em 69% dos pacientes, a maioria deles eram mulheres, com média de idade de 45 anos, perfil esperado de prevalência da dor levando em consideração o sexo e o gênero.

A dor musculoesquelética tem implicações sérias em diversos aspectos da vida dos pacientes e a aplicação de questionários específicos permite avaliar diferentes dimensões desse problema. Assim as Escalas Visuais Analógicas ou Numéricas, o Questionário de Dor de McGill dentre outras, podem ser muito úteis para a avaliação da quantidade e qualidade da dor percebida¹². Essas escalas, associadas ao Breve Inventário de Dor, foram a base da mensuração nesta pesquisa.

É de conhecimento, ainda, que as dores musculoesqueléticas constituem as principais causas de dor na população¹³. Essa dor usualmente é uma consequência conhecida do esforço repetitivo, do uso excessivo, e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho. Essas lesões incluem uma variedade de distúrbios que causam a dor em ossos, articulações, músculos, ou estruturas circunjacentes¹⁴. No presente estudo, as dores musculoesqueléticas foram o principal tipo de dor relatado pelos pacientes, estando principalmente localizadas nos membros inferiores. Verificou-se ainda que este sintoma interferiu intensamente na atividade laboral dos entrevistados, uma vez que os movimentos e as posturas mantidas foram os principais fatores agravantes da dor.

Os aspectos psicológicos e a interferência do processo algíco na qualidade de vida também foram pesquisados, constituindo grande parte dos domínios maiores da avaliação desse sintoma. Fatores psicológicos desempenham um importante papel no desenvolvimento da dor, em especial falsas crenças sobre a dor e medo de senti-la. Devido ao medo da dor o paciente evita as atividades físicas, sociais e profissionais, associadas com a ocorrência ou exacerbação dela, mesmo depois de fisicamente recuperados. Embora esta resposta seja adaptativa na fase aguda, quando o repouso promove recuperação, porém leva a incapacidade e angústia quando o comportamento de evitar atividades continua após a lesão ter sido curada^{15,16}. Assim, a relação dos aspectos psicológicos com a dor é sempre muito importante e nunca deve ser negligenciado. Outra relação interessante é a prática religiosa dos entrevistados que no início, pode parecer até certo ponto di-

ferente e um pouco estranho, porém, levando em conta o aspecto total da dor física, psíquica, espiritual e social, esse se torna um dado de extrema relevância. Estudos vêm apontando para um envolvimento entre espiritualidade/prática e dor, de forma que indivíduos que frequentam com assiduidade um local de oração como templos, igrejas, etc., apresentam pontuação mais baixa em escalas de dor; ou então que estados de contemplação e meditação reduzem níveis de ansiedade, melhora o humor e aumenta em até duas vezes a tolerância à dor. Há ainda aqueles que apontam para indivíduos com pouco desejo ou disposição em lutar contra a dor, sendo estes aqueles que se sentem “abandonados por Deus”¹⁷. Assim, esses dados todos sugerem que a espiritualidade, a fé e a religiosidade devem ser levadas em consideração quando se deseja entender completamente a relação do indivíduo com seu sinal doloroso.

Diversos fatores têm sido associados à presença de dor lombar crônica, como a idade, sexo, tabagismo, alcoolismo, peso corporal, classe social, nível de escolaridade, prática de atividade física e atividades laborais. No que diz respeito à escolaridade, houve maior frequência de lombalgia crônica entre os indivíduos que têm escolaridade mais baixa quando comparado ao restante da população¹⁸. Estudo feito na Dinamarca também revelou que a maior prevalência de dor crônica está relacionada a divorciados, viúvos, escolaridade abaixo de 10 anos e índice de massa corporal elevado¹⁹, sendo que esta pesquisa também pôde observar essa relação da dor com a escolaridade, verificando uma intensidade de dor maior em indivíduos com menos de 9 anos de escolaridade e intensidade de dor menor em indivíduos que apresentam 9 ou mais anos de escolaridade.

Para o fisioterapeuta a dor é um sinal de grande importância e deve receber a devida atenção. Deve iniciar por avaliação mais ampla e mais cuidadosa desse sintoma, inserindo avaliação minuciosa da dor, e dos demais sinais vitais, visando o tratamento para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Houve prevalência de dor musculoesquelética localizada nos membros inferiores na maioria dos pacientes, que interferiu de maneira intensa na atividade laboral dos mesmos, uma vez que os movimentos e as posturas mantidas foram os principais fatores agravantes da dor. A intensidade de dor foi maior em indivíduos que desacreditam em Deus e em relação à qualidade de vida a dor interferiu de modo importante nas atividades diárias, condições emocionais e sociais, e na capacidade de aproveitar a vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Fundo de Incentivo a Pesquisa (FIP) da PUC Minas que financiou o projeto e a bolsa de iniciação científica (Projeto 2010/4932-S1) e a toda a equipe da Clínica-escola de Fisioterapia da PUC Minas Campus de Poços de Caldas.

REFERÊNCIAS

- Dellaroza MS, Furuya RK, Cabrera MA, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):36-41.
- Walsh IAP, Corral S, Franco RN, et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(2):149-56.
- Vieira RS, Neves RB. Atitude frente a dor: perfil em pacientes ortopédicos em tratamento fisioterapêutico. *Rev Terapia Manual* 2006;4(15):244.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
- Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* 2006;15(2):270-6.
- Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23(2):129-38.
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev Bras Anesthesiol* 1997;47(2):177-86.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000;24(2):178-83.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299-310.
- Santos AM, Burti JS, Lopes JB, et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas* 2010;67(3):251-5.
- Giordano J, Abramson K, Boswell MV. Pain assessment: subjectivity, objectivity, and the use of neurotechnology part one: practical and ethical Issues. *Pain Physician* 2010;13(4):305-15.
- Stanos SP, McLean J, Rader L. Physical medicine rehabilitation approach to pain. *Anesthesiol Clin* 2007;25(4):721-59.
- Graven-Nielsen T. Fundamentals of muscle pain, referred pain, and deep tissue hyperalgesia. *Scand J Rheumatol* 2006;35(Suppl 122):1-43.
- Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005;45(2):47-54.
- Bernacchio RMG, Contin I, Mori M. Fatores modificadores da percepção da dor. *Rev Dor* 2005;6(3):621-33.
- Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clin* 2007;34(Suppl1):82-7.
- Almeida ICG, Sá KN, Silva M, et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop* 2008;43(3):96-102.
- Sjögren P, Ekholm O, Peuckmann V, et al. Epidemiology of chronic pain in Dinamarca: an update. *Eur J Pain* 2009;13(3):287-92.

Apresentado em 13 de janeiro de 2011.

Aceito para publicação em 27 de maio de 2011.