

Quality of life and mood state of chronic pain patients

Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas

Maiara Mota Rocha Siebra¹, Thiago Brasileiro de Vasconcelos²

DOI 10.5935/1806-0013.20170010

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Noticing the presence of persistent somatic complaints of people looking for the physiotherapy department, with persistent pain as major symptom, and the possible association between pain complaint and psychological and social factors, mood changes and interference with quality of life, this study aimed at evaluating quality of life and mood state of chronic pain patients.

METHODS: Quantitative and descriptive survey carried out in three basic health units of the city of Catarina/CE. The following questionnaires were applied: SF-36 (quality of life), McGill (pain evaluation) and Profile of Mood States (mood state).

RESULTS: Participated in the study 24 individuals with chronic musculoskeletal pain complains, mean age of 37.29 years and 83.3% of the female gender. Just 33.3% of the sample had complete high school, and 83.3% had musculoskeletal pain three or more times a week. Physical and emotional aspects measured by SF-36 had mean scores of 23.12 and 30.92, respectively. Lowest McGill scores were found in the mixed (2.12) and evaluative (2.29) scores. For POMS, the sum of negative values (72.04) was higher than the item vigor (18.96).

CONCLUSION: There have been evidences of interference with quality of life and mood state in chronic pain patients.

Keywords: Chronic pain, Mood disorders, Quality of life.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Percebendo a presença de queixas somáticas persistentes nas pessoas que procuravam o serviço de fisioterapia, apresentando dor persistente como principal sintoma e a possível associação entre a queixa de dor e fatores psicológicos e sociais, alterações de humor e interferência na qualidade de vida, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida e o estado de humor de pessoas com dores crônicas.

MÉTODOS: Estudo quantitativo, descritivo e *survey*, realizado em três unidades básicas de saúde no município de Catarina/CE. Para tanto, foram aplicados os questionários: SF-36 (qualidade de vida), McGill (avaliação da dor) e o Perfil dos Estados de Humor (estado de humor).

RESULTADOS: Foram selecionados 24 indivíduos com queixas de dores crônicas musculoesqueléticas com média de idade de 37,29 anos e 83,3% do sexo feminino. Apenas 33,3% da amostra apresentou segundo grau completo, e 83,3% apresentavam dores musculoesqueléticas 3 ou mais vezes por semana. No SF-36 os aspectos físicos e emocionais atingiram a menor média de escores 23,12 e 30,92, respectivamente. Já no McGill os menores valores foram no escore misto (2,12) e avaliativo (2,29). Por fim, no POMS a soma dos valores negativos (72,04) foi superior ao quesito vigor (18,96).

CONCLUSÃO: Evidenciou-se que há interferência na qualidade de vida e no estado de humor em pacientes com dores crônicas.

Descritores: Dor crônica, Qualidade de vida, Transtornos do humor.

INTRODUÇÃO

A dor crônica acomete cerca de 30 a 40% da população, com prevalência média de 35,5%, sendo ela uma grande causa de licenças, aposentadorias e baixa produtividade, gerando assim, um grave problema de saúde pública^{1,2}.

A dor crônica pode ser descrita como contínua, recorrente, de etiologia incerta, que dure 3 meses, no mínimo, causando comprometimento funcional e incapacidades³. Influências psicológicas têm sido enfatizadas como relevantes nas queixas dolorosas, podendo desencadear um quadro depressivo e o transtorno de ansiedade, que pode acontecer em episódios pontuais ou ser algo constante e rotineiro na vida do indivíduo, sendo agravado por tensão, preocupação e apreensão diante do quadro algico⁴.

Andrade et al.⁵ destacaram que o humor é um complexo padrão de comportamentos, estado físico, sentimentos e pensamentos que podem sofrer mudanças de acordo com os acontecimentos. Condições psicológicas como raiva e depressão, condições psicossomáticas como cansaço e tensão, são variáveis que podem definir o estado de humor.

O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida (QV) e o estado de humor de pessoas com dores crônicas.

MÉTODOS

Estudo do tipo *survey*, com abordagem quantitativa e descritiva. A pesquisa foi realizada em três unidades básicas de saúde que

1. Escola de Saúde Pública, Fortaleza, CE, Brasil.

2. Universidade Federal do Ceará, Departamento de Farmacologia e Fisioterapia, Fortaleza, CE, Brasil.

Apresentado em 26 de setembro de 2016.

Aceito para publicação em 30 de janeiro de 2017.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência:

Rua: Avelado, 501. Apto. 201 Torre 2. Bairro: Messejana
60871-210 Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: thiagobvasconcelos@hotmail.com

estavam dentro do território de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no município de Catarina-CE.

A amostra foi de conveniência e constituída por todos os sujeitos dos três territórios de saúde que apresentavam queixas de dores musculoesqueléticas, que chegaram à unidade básica como demanda livre. Os critérios de inclusão foram: idade entre 25 e 50 anos, independentemente de sexo, nível de escolaridade, estado civil e renda; apresentar queixa de dores musculoesqueléticas rotineiras (cerca de uma ou mais vezes por semana por no mínimo 3 meses); não realizar tratamento fisioterapêutico específico para dor. Foram excluídos os sujeitos com cardiopatias, pneumopatias, doença oncológica, vítimas de acidente vascular encefálico ou lesões nervosas e déficits motores.

A coleta de dados ocorreu na unidade básica de saúde de cada território da pesquisa no período de dezembro/2015 a janeiro/2016, utilizando um turno semanal. Foram aplicados três questionários validados: o Perfil dos Estados de Humor (POMS) desenvolvido em 1971 por McNair, Loo e Droppleman⁶. Esse questionário, foi desenvolvido em um laboratório de psicoterapia em Washington com intuito de mensurar mudanças nos sintomas afetivos e estados de humor⁶. Possui 65 alternativas que se dividem em 6 subcategorias: tensão, depressão, raiva/hostilidade, vigor, fadiga e confusão. O POMS é calculado pela subtração da variável Vigor (Positiva) com a soma das variáveis: tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão (Negativas)⁷. O de Dor - McGill (Br-MPQ) validado para língua portuguesa por Pimenta e Teixeira⁸, em 1996. O questionário de qualificação da dor McGill criado por Melzack⁹, em 1975, foi adaptado para versão portuguesa como instrumento clínico e de pesquisa para avaliação da dor⁸. O questionário é subdividido em 4 categorias: sensorial, afetiva, avaliativa e mista, e 20 subcategorias. A análise é realizada por meio da soma de palavras associadas às categorias¹⁰. E por fim, o questionário de QV (SF-36) validado para versão brasileira por Ciconelli et al.¹¹, em 1999. O SF-36 é um instrumento que mensura a QV. É formado por 36 itens subdivididos em oito escalas, apresentando um escore final de zero a 100, onde 100 indica um estado de saúde melhor e zero um pior estado de saúde¹¹. Sua análise é feita por meio de uma fórmula própria, e se divide em 8 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental¹².

Ressalta-se que todos os questionários foram aplicados por um único pesquisador apto, que preenchia os questionários fazendo as perguntas diretamente ao entrevistado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública (Parecer nº: 1.403.536, CAAE: 52505716.0.0000.5037).

Análise estatística

Os dados foram analisados seguindo os preceitos éticos, e de acordo com os procedimentos estatísticos descritivos (média, desvio padrão, mínimo, máximo e percentual) e interferências (teste *t* de Student e Kolmogorov-Smirnov), teste Qui-quadrado e Binomial, de acordo com a normalidade, por meio do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. O nível de significância utilizado foi de 0,05 (5%).

RESULTADOS

A amostra total da pesquisa foi de 30 pessoas, das quais 24 estavam aptas a participar da pesquisa por atenderem aos critérios de inclusão. Os voluntários eram usuários do sistema único de saúde e buscavam atendimento na unidade básica do território, apresentavam média de idade de 37,29±8,27 anos, 83,3% (n=20) eram do sexo feminino, 66,7% (n=16) não tinham concluído o segundo grau de escolaridade, e 83,3% (n=20) apresentavam dores musculoesqueléticas por no mínimo 3 vezes por semana (Tabela 1).

Foi avaliada a QV por meio do questionário SF-36 onde as notas de cada domínio podem variar de zero a 100, sendo zero = pior e 100 = melhor. Os domínios aspectos físicos (23,12±24,84), dor (32,37±10,31), estado geral de saúde (37,58±9,29) e aspectos emocionais (30,92±35,87) obtiveram média de escores abaixo de 50 (Tabela 2).

A avaliação da dor foi realizada por meio do questionário McGill, o qual possui quatro descritores onde o índice numérico apresenta-se como o número de palavras escolhidas pelo paciente, podendo ser eleita apenas uma palavra em cada subgrupo, totalizando o valor máximo de 20. O índice de dor é a soma dos valores de cada descritor¹³.

A dor relatada pelos participantes da pesquisa apresentou as seguintes médias de escores: sensorial (3,16±1,74), afetivo (3,21±1,91), avaliativo (2,29±1,52), misto (2,12±1,45) e total (10,80±5,00) (Tabela 3).

Ao avaliar o estado de humor, por meio do POMS, em pacientes com queixas de dores musculoesqueléticas crônicas, os valores médios mais elevados foram observados nas subcategorias: tensão (17,37±5,43), depressão (12,21±7,26) e fadiga (9,75±4,23), porém com um valor de vigor de 18,96±6,14 (Tabela 4).

Tabela 1. Aspectos sócio-demográficos da amostra em estudo (n=24)

Variáveis	n	%	Valor de p
Idade (anos)			
30 ●- 35	12	50	0,04*
36 ●-40	3	12,5	
41 ●- 45	4	16,7	
46 ●- 50	5	20,8	
Sexo			
Masculino	4	16,7	< 0,01**
Feminino	20	83,3	
Estado civil			
Solteiro (a)	9	37,5	< 0,01*
Casado (a)	14	58,3	
Viúvo (a)	1	4,2	
Escolaridade			
Fundamental	16	66,7	0,15**
Ensino Médio	8	33,3	
Prevalência da Dor (semanal)			
1 ●- 2 vezes	4	16,7	< 0,01**
3 vezes	20	83,3	

*Teste Qui-quadrado; ** Teste Binominal.

Tabela 2. Valores referentes ao questionário de qualidade de vida (SF-36)

SF-36	Média±DP	Mediana	Mín. o Máx.	25-75	Valor de p
Capacidade funcional	46,87±20,47	25	20 o 90	30-62,5	< 0,01*
Aspectos físicos	23,12±24,84	45	0 o 80	0-37,5	0,12**
Dor	32,37±10,31	31	20 o 51	21-41	0,41**
Estado geral de saúde	37,58±9,29	38,5	20 o 52	31-42	< 0,01*
Vitalidade	46,46±11,37	45	30 o 65	40-55	< 0,01*
Aspectos sociais	56,21±20,81	50	12 o 100	50-68,5	< 0,01*
Aspectos emocionais	30,92±35,87	16,5	0 o 100	0-66	0,02**
Saúde mental	52,42±18,42	56	24 o 80	42-65	0,28**

DP = Desvio padrão, mín. = valor mínimo, máx. = valor máximo, 25-75 = intervalo interquartil. * Teste t de Student; ** Teste Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 3. Escores do Questionário McGill de avaliação da dor

McGill	Média±DP	Mínimo o Máximo	Valor de p*
Sensoriais	3,16±1,74	0 o 6	< 0,01
Afetivos	3,21±1,91	0 o 6	< 0,01
Avaliativos	2,29±1,52	0 o 5	< 0,01
Mistos	2,12±1,45	0 o 5	< 0,01
Total (Índice de Dor)	10,80±5,00	1 o 19	< 0,01

DP = Desvio padrão, mínimo = valor mínimo, máximo = valor máximo. * Teste t de Student.

Tabela 4. Valores referentes ao questionário Perfil dos Estados de Humor (POMS) de estado de humor

POMS	Média±DP	Mínimo o Máximo	Valor de p
Tensão	17,37±5,43	4 o 28	< 0,01*
Depressão	12,21±7,26	2 o 27	0,19**
Raiva	9,29±6,80	2 o 24	0,16**
Vigor	18,96±6,14	3 o 29	< 0,01*
Fadiga	9,75±4,23	3 o 17	< 0,01*
Confusão	4,46±3,66	0 o 14	0,49**
Fatores negativos	72,04±17,08	31 o 71	< 0,01*
Total	53,08±18,64	15 o 51	< 0,01*

DP = Desvio padrão, mínimo = valor mínimo, máximo = valor máximo. Fatores negativos = soma de todos os fatores menos o vigor. * Teste t de Student; ** Teste Kolmogorov-Smirnov.

DISCUSSÃO

O estudo teve em sua amostra maior prevalência do sexo feminino, casadas, que concluíram o ensino fundamental e apresentaram elevada prevalência de dores semanais, onde foi encontrada interferência na QV, principalmente, nos aspectos físicos, emocionais e dor. Quanto à avaliação do humor foram encontrados valores superiores na soma dos fatores negativos (tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão) em relação ao vigor, principalmente os itens tensão e depressão.

QV é uma expressão que foi relatada pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que declarou que os objetivos não são medidos por meio de balanço em bancos, mas sim, por meio da QV proporcionada às pessoas. Esse conceito de QV vai além do controle de sintomas, aumento da expectativa de vida e diminuição ou controle da mortalidade¹⁴.

Castro et al.¹⁵, pesquisaram a QV em 400 pacientes com dores crônicas com média de idade de 45,6 anos, e relacionaram ansiedade, depressão e dor aos piores resultados nas variáveis da QV. Já Queiroz et al.¹⁶, avaliaram a QV em 31 pacientes com dores crônicas atendidos em uma clínica multiprofissional, e evidenciaram que os maiores escores foram encontrados nos domínios capacidade funcional (47,09) e saúde mental (40,00), e apresentaram os menores valores nos domínios limitação por aspectos físicos e dor. Por fim, Queiroz et al.¹⁶ concluíram que a dor crônica interfere diretamente na rotina de atividades de vida diária, alterando a capacidade física, ocasiona sentimentos distintos e modifica a relação com as pessoas. Esses dados vão ao encontro do presente estudo.

Adicionalmente, observou-se que alguns voluntários relataram escores iguais a zero nos domínios aspectos físicos e emocionais, o que comprova a influência direta da dor na QV dessas pessoas.

O conceito de QV tem um desenvolvimento independente, não bem delimitado, apresentando várias vertentes. Pela visão biológica: *status* de saúde, *status* funcional; pela visão psicológica: bem-estar, satisfação, felicidade. No tocante à saúde, define-se como o grau de saúde do indivíduo ou população, avaliado de forma subjetiva, sendo a maneira como o paciente percebe seus *status* de saúde e quesitos não médicos de sua vida¹⁷.

Em relação à dor, Silva et al.¹⁸, destacaram que a dor crônica é um indicador rotineiro na atenção básica, estando presente em 30 a 40% da população do país, sendo necessário o uso de estratégias para combater esse indicador. O presente estudo apresentou pequena média de escores de dor, indo de encontro ao estudo de Carbonario¹⁹, o qual avaliou os efeitos de um programa fisioterapêutico em pacientes com fibromialgia, por meio do questionário McGill onde a amostra apresentou pontuação elevada nos escores sensoriais (17,84) e afetivos (6,61) e menor pontuação no escore avaliativo, possuindo índice de dor igual a 33,35, bem mais elevado do que o presente estudo; no entanto, o domínio dor do SF-36 apresentou valores próximos ao presente estudo: dor (35,76), vitalidade (34,23), saúde mental (33,71) e aspectos emocionais (23,07).

Nessa perspectiva, Santos et al.²⁰ encontraram dificuldade com idiossincrasias em relação aos descritores de localização e profundidade, padrão temporal e descrição da dor, citando ainda que a dificuldade de entendimento nesses aspectos está mais relacionada à escolaridade e aspectos cognitivos comprometidos do que à faixa etária da população estudada, fato que não foi observado no presente estudo, pois não

houve diferença significativa quando comparado o nível da escolaridade da amostra.

Pôde-se perceber que a subcategoria vigor apresentou maior média comparada às outras subcategorias, no entanto, a soma dos fatores negativos (tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão) foi muito além da variável vigor, mostrando que o estado de humor esteve comprometido na amostra pesquisada. O subitem negativo de média mais elevada foi o de tensão podendo estar relacionado ao processo de doloroso, como afirmam Vandenberghe e Ferro²¹, ao destacarem o processo fisiológico associado à dor e tensão, uma vez que a dor tem como efeito o aumento na tensão das fibras musculares como mecanismo de defesa para proteger o organismo. Dessa forma, a tensão é gerada como condição para evitar a piora da lesão e restabelecimento da parte afetada. Afirmam ainda que a tensão por tempo prolongado faz com que haja um aumento de substâncias álgicas.

Corroborando os dados apresentados, Brandt et al.²² verificaram o perfil de humor em mulheres com fibromialgia, sendo demonstradas variáveis negativas mais elevadas, destacando-se tensão (7,7), depressão (6,5), fadiga (8,9) e confusão mental (5,8). Adicionalmente, Steffens et al.²³ revelaram que o humor é deprimido em mulheres com fibromialgia, com diminuição no vigor (5,44), associada ao aumento da tensão (9,78), depressão (9,56), raiva (7,33), fadiga (10,0) e confusão mental (8,56), coadunando-se com o presente estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a relação emocional de tensão e depressão nos pacientes com dores crônicas. Foi possível perceber que os aspectos físicos, emocionais e estado geral de saúde estavam prejudicados nos indivíduos que apresentaram dores crônicas.

REFERÊNCIAS

- Poletto P, Gil-Coury H, Walsh I, Mattiolo-Rosa S. Correlação entre métodos de auto-relato e testes provocativos de avaliação da dor em indivíduos portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Bras Fisioter.* 2004;8(3):223-9.
- Ruviaro L, Filippin L. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor.* 2012;13(2):128-31.
- Dellaroza MS, Furuya RK, Cabrera MA, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. [Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly]. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):36-41. Portuguese.
- Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltró C, Miranda-Scippa A. [Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(5):470-7. Portuguese.
- Andrade A, Sanches SO, Gonçalves, VP, Scopel EJ, Szeszeni DS. Percepção da dor estados de humor em atletas lesionados. *Rev Iberoamericana Psicol Ejercicio Desp.* 2006;1(1):115-26.
- Mcnaur D, Loor M, Droppleman L. *Manual for The Profile of Mood States.* San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service; 1971.
- Thurm BE. Efeitos da dor crônica em atletas de alto rendimento, em relação ao esquema corporal, agilidade psicomotora e estados de humor. *Rev Bras Cineantropom Desemp Hum.* 2008;10(2):206-14.
- Pimenta C, Teixeira M. Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enfermagem USP.* 1996;30(3):473-83.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1(3):277-99.
- Mascarenhas CHM, Santos LS. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):205-8.
- Ciconelli RM, Ferraz M B, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
- Campolina AG, Dini OS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;10(6):2919-25.
- Martinez J, Grassi D, Marques L. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):299-308.
- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
- Castro M, Querantini L, Daltron C, Pires-Caldas M, Koenen KC, et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiq Clín.* 2011;38(4):126-9.
- Queiroz MF, Barbosa MH, Lemos RC, Ribeiro SB, Ribeiro JB, Andrade EV, et al. Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em Clínica multiprofissional. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2012;1(1):30-43.
- Fleck MP A avaliação da qualidade de vida; guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Silva FE, Dantas FR, Macena RH, Vasconcelos TB. Processo de implantação da estratégia vigilância à dor crônica osteomioarticular na atenção básica. *Relato de Caso. Rev Dor.* 2016;17(1):69-72.
- Carbonario F. Efeitos de um programa fisioterapêutico na melhora da sintomatologia e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. 2006. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2006.
- Santos C, Pereira L, Resende M, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatr.* 2006;13(2):75-82.
- Vandenberghe L, Ferro CL. Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2005;7(1):137-51.
- Brandt R, Fonseca A, Oliveira L, Steffens RA, Viana MS, Andrade A. Perfil de Humor de mulheres com fibromialgia. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(3):216-20.
- Steffens R, Liz C, Viana M, Brand, R, Oliveira LG, Andrade A. Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia. *Rev Dor.* 2011;12(4):327-31.