

AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

PAIN ASSESSMENT IN PATIENTS TREATED AT A PHYSIOTHERAPY SERVICE

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE FISIOTERAPIA

Resumo: Introdução: A dor é uma experiência complexa, constituída por processos biológicos, cognitivos e emocionais. É uma das queixas que levam pacientes a procurarem tratamento fisioterapêutico. **Objetivo:** Avaliar as características e a severidade da dor musculoesquelética, e sua relação com desempenho nas atividades gerais, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e na habilidade para apreciar a vida de pacientes atendidos em um serviço de fisioterapia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com amostra constituída por 72 pacientes. Para a caracterização sociodemográfica da amostra foi utilizada uma ficha de anamnese, seguida pela avaliação da dor por meio do Inventário Breve de Dor. **Resultados:** Houve prevalência de 100% de dor, média de idade 56,82 ($\pm 11,25$) anos, 75% mulheres. Sobre a caracterização da dor, 68% sentiam dor em repouso e ao movimento, 40,3% durante a tarde e noite, o tipo mais frequente foi em pontada (20,8%), e a região mais incidente foi a lombossacra (47,3%). Houve percepção de melhora em 51,75 ($\pm 25,50\%$). A severidade da dor foi moderada 5,86 ($\pm 1,96$), sendo o trabalho 5,79 ($\pm 3,20$), atividade geral 5,49 ($\pm 3,49$) e habilidade de caminhar 4,47 ($\pm 3,79$) mais influenciados. Na relação entre severidade e interferência da dor houve significância no humor ($p=0,011$), sono ($p=0,031$) e relacionamento com outras pessoas ($p=0,009$). **Conclusão:** Houve relação entre a intensidade e a severidade da dor, quanto mais intensa a dor maior sua severidade, demonstrada no humor, relacionamento com outras pessoas e sono nos pacientes de fisioterapia.

Palavras-chave: Dor. Especialidade de fisioterapia. Pacientes. Questionário.

Abstract: Introduction: Pain is a complex experience that comprises biological, cognitive, and emotional processes, leading patients to seek physiotherapy treatment. **Objective:** Assess the characteristics and severity of musculoskeletal pain and its correlation with general activities, mood, ability to walk, work, relationships with other people, sleep, and the ability to enjoy life in patients treated in a physiotherapy service. **Methods:** This cross-sectional study included 72 patients. An anamnesis form was used to collect the sociodemographic characteristics of patients; then, their pain was assessed using the Brief Pain Inventory. **Results:** The mean age of the sample was 56.82 (± 11.25) years, and most were female (75.0%). All patients (100%) presented pain, being present at rest and during movement (68.0%), more prevalent in the afternoon and evening shifts (40.3%), the most common type was a twinge (20.8%), and the body region with the highest incidence was the lumbosacral region (47.3%). The perception of improvement was observed in 51.75% of patients ($\pm 25.50\%$). The pain severity was moderate at 5.86 (± 1.96). Work-related activities 5.79 (± 3.20), general activities 5.49 (± 3.49), and walking ability 4.47 (± 3.79) were the most affected. Pain severity significantly correlated with mood ($p = 0.011$), sleep ($p = 0.031$), and interpersonal relationships ($p = 0.009$). **Conclusion:** The intensity and severity of pain were correlated: the more intense and severe the pain, the more relationships with other people and sleep in physiotherapy patients.

Keywords: Pain, Physical Therapy Specialty, Patients, Questionnaire.

Resumen: Introducción: El dolor es una experiencia compleja, compuesta por procesos biológicos, cognitivos y emocionales. Es una de las quejas que llevan a los pacientes a buscar tratamiento fisioterapêutico. **Objetivo:** Evaluar las características y severidad del dolor musculoesquelético y su relación con el desempeño en actividades generales, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajar, relaciones con otras personas, sueño y capacidad para

Adriele Santos Ximenes¹ 

Renata Rezende Barreto¹ 

Francielly Silva Gontijo¹ 

Xadrinny Avelino Galvão¹ 

1- Universidade Estadual de Goiás (UEG).

E-mail: adrieleximenes@gmail.com
barrenata@hotmail.com

Recebido em: 09/06/2024

Revisado em: 22/08/2024

Aceito em: 07/09/2024



Copyright: © 2024. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

disfrutar la vida en pacientes atendidos en un servicio de Fisioterapia. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal con una muestra formada por 72 pacientes. Para la caracterización sociodemográfica de la muestra se utilizó un formulario de anamnesis, seguido de la evaluación del dolor mediante el Inventario Breve de Dolor. **Resultados:** Hubo una prevalencia de dolor del 100%, edad media 56,82 ($\pm 11,25$) años, 75% mujeres. En cuanto a la caracterización del dolor, el 68% sintió dolor en reposo y al moverse, el 40,3% durante la tarde y la noche, el tipo más frecuente fue el dolor punzante (20,8%), y la región más común fue la región lumbosacra (47,3%). Hubo percepción de mejoría en 51,75 ($\pm 25,50\%$). La intensidad del dolor fue moderada 5,86 ($\pm 1,96$), siendo el trabajo 5,79 ($\pm 3,20$), la actividad general 5,49 ($\pm 3,49$) y la capacidad para caminar 4,47 ($\pm 3,79$) los más influenciados. En la relación entre severidad y interferencia del dolor hubo significancia en el estado de ánimo ($p=0,011$), sueño ($p=0,031$) y relaciones con otras personas ($p=0,009$). **Conclusión:** Existió relación entre la intensidad y severidad del dolor, cuanto más intenso es el dolor, mayor su severidad, demostrado en el estado de ánimo, las relaciones con otras personas y el sueño en pacientes de Fisioterapia.

Palabras clave: Dolor. Especialidad de Fisioterapia. Pacientes. Cuestionario .

INTRODUÇÃO

A dor é definida como sendo uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial¹ sendo caracterizada por aspectos multidimensionais^{1,2}.

Segundo McGuire² os aspectos multidimensionais da dor englobam três principais categorias, o sensitivo-discriminativo referente a intensidade, tipo, localização, duração, etiologia, qualidade e padrão. O afetivo-motivacional considera o estado de humor, ansiedade, depressão, alteração do sono, tratamentos prévios, fatores que influenciam na dor. Por fim, o avaliativo aborda a influência do trabalho, atividades físicas, relação com outras pessoas, crenças, lazer, entre outros^{3,4}.

Podemos afirmar que a dor de origem musculoesquelética acomete articulações, ossos, cartilagens, ligamentos, tendões, bainhas dos tendões, bursas e músculos, sendo as condições musculoesqueléticas causadoras mais referidas são: doenças da coluna vertebral, síndrome do manguito rotador, e as ligadas a processos degenerativos, osteoartrite⁵.

Os instrumentos de avaliação multidimensional são importantes mediadores para

incorporação da linguagem metafórica para descrever a experiência de dor, e a inclusão na avaliação de fatores como crenças, distúrbios emocionais, relações sociais. Sendo sugeridos principalmente na abordagem da dor crônica⁶.

Estudos apontam que a prevalência de dor crônica no Brasil pode ter um percentual médio acima de 40%, e que isso está relacionado diretamente ao manejo da dor^{7,8}. Também ressaltam sua classificação como doença, assim como o fato de a dor aguda poder evoluir para quadro crônico^{9,10}.

A dor é subjetiva e cada indivíduo tem um limiar de tolerância aos estímulos nocivos sendo uma das queixas que mais levam pacientes a procurar tratamento fisioterapêutico, e quando não controlada, interfere no seu cotidiano^{11,12}.

Entretanto, ainda há uma falha por parte dos profissionais da saúde em avaliar a dor, de forma que não seja considerada somente como uma experiência relatada, mas também todo o sofrimento associado^{1,3,6}.

É de responsabilidade do profissional de saúde atualizar-se, assim como apropriar-se de instrumentos e terapêutica com melhor evidência científica para avaliar e tratar o paciente. Isto inclui uma abordagem

multidimensional da dor, assim como as intervenções multidisciplinares¹³.

Outro fator importante a ser considerado no âmbito da avaliação do paciente é a prevalência de multimorbidade que aumenta a complexidade da abordagem e intervenção, no manejo da dor musculoesquelética e na melhora da capacidade funcional¹⁴.

O Inventário Breve de Dor, é um instrumento importante para avaliar a dor em todas suas dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e avaliativo. De modo que seus resultados podem influenciar no manejo da dor, tornando-o mais assertivo por meio da compreensão do real impacto da dor independente da sua intensidade^{15,16}.

Apesar de haver pesquisas voltadas para a validação dos instrumentos multidimensionais para avaliação da dor, poucos estudos avaliam a aplicação prática no atendimento fisioterapêutico em ambulatório, enfermaria ou clínica^{3,12,16}.

Por conseguinte, o objetivo do presente estudo foi avaliar as características e a severidade da dor musculoesquelética, e a sua correlação com o desempenho nas atividades gerais, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e na habilidade para apreciar a vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento do estudo foi do tipo transversal. Constituído por uma amostra composta por 72 pacientes em tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia do Câmpus Metropolitano - Unidade ESEFFEGO

da Universidade Estadual de Goiás – UEG, no período de abril a agosto de 2023. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Goiás - CEP/UEG, sob parecer nº 5.858.981.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser paciente atendido no serviço de fisioterapia da Clínica Escola da UEG; ser de ambos os sexos; faixa etária igual ou acima de 18 anos de idade; pacientes com características de queixa de dor do tipo musculoesquelética; aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não estavam entre os critérios de elegibilidade, aqueles que não compreendiam os questionários e os grupos vulneráveis (militares, presidiários e indígenas).

O convite para participar ocorreu por meio de uma abordagem individual antes do início ou após o final da sessão de fisioterapia na clínica escola, explicando os objetivos, direitos, riscos e benefícios da pesquisa. Aqueles que consentiram a sua participação e atenderam aos critérios de inclusão foram encaminhados para uma sala reservada para preenchimento dos questionários. A amostra inicial do estudo foi constituída por 108 pacientes selecionados por amostragem de conveniência da população. Houve uma perda amostral de 36 participantes, permanecendo 72 para análise final.

Os questionários foram aplicados por uma equipe de pesquisa devidamente treinada, além dos pesquisadores responsáveis, alternando os dias da semana de segunda a sexta e nos turnos matutino e vespertino. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram coletados a Ficha de

Anamnese e Caracterização da Amostra, encerrando com o Inventário Breve de Dor. Os pacientes realizaram a leitura e o preenchimento de forma independente, podendo esclarecer quaisquer dúvidas com pesquisador presente.

A Ficha de Anamnese e Caracterização da Amostra consistiu em um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores responsáveis, com perguntas referentes aos dados pessoais e sobre os aspectos e características gerais da dor como: “você está sentindo dor neste momento?”, “qual seu diagnóstico atual?”, “como é a dor que você está sentindo?”, “sua dor está presente somente ao repouso, ao movimento ou tanto no repouso e movimento?”, “qual período do dia sente mais dor?”, “quantas sessões de fisioterapia já realizou para a queixa atual?”.

Para a avaliação multidimensional da dor foi utilizado o Inventário Breve de Dor composto por 9 perguntas, com uso de uma escala de 0-10. Os escores variam de 1 a 4 (dor leve), 5 a 7 (dor moderada), 8 a 10 (dor grave). Na avaliação das dimensões, o cálculo é realizado por meio da média total de todas as questões integrantes. O inventário avalia os seguintes itens: intensidade e interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento da avaliação e a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas^{15,16}.

A análise dos dados foi realizada no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 26.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi

realizado para verificar a normalidade dos dados. Estatística descritiva com cálculo de média e desvio padrão (dados quantitativos) ou frequência e porcentagem (dados qualitativos) foi realizada para caracterizar os dados gerais e do Inventário Breve de Dor. O teste de correlação de Spearman foi realizado para verificar a correlação entre a severidade da dor e a sua influência no desempenho das atividades gerais, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e na habilidade para apreciar a vida. Valores de r entre 0 e 0,29 foram considerados como correlação pequena, entre 0,30 e 0,49 como correlação média e entre 0,50 e 1,0 como correlação grande¹⁷. Para todos os testes foi utilizado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

A amostra foi composta por 72 pacientes (54 mulheres e 18 homens) atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEG, com média de idade de 56,82 ($\pm 11,25$) anos. A caracterização sociodemográfica da amostra pode ser observada na tabela 1.

Características gerais da dor

Todos (100%) apresentavam dor. A maioria relatou que a dor ocorria tanto durante o repouso quanto ao movimento (68,0%), repercutindo durante os turnos vespertino e noturno (40,3%). Os tipos de dor mais frequentes relatados foram: pontada (20,8%) e queimação (16,7%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo (n=72).

Variáveis	Média (DP)	
Idade (anos)	56,82 ($\pm 11,25$)	
	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	18	25,0
Feminino	54	75,0
Estado Civil		
Solteiro	10	13,9
Casado	45	62,5
Divorciado	7	9,7
Outros	10	13,9
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	1,4
Ensino fundamental completo	4	5,6
Ensino médio incompleto	6	8,3
Ensino médio completo	44	61,1
Ensino superior completo	3	4,2
Ensino superior incompleto	14	19,4

Legenda: DP: desvio padrão. Dados quantitativos expressos como média e desvio padrão. Dados qualitativos expressos como frequência e porcentagem.

As regiões corporais com maior incidência de dor foram a região lombossacral (47,3%), seguida pelos membros inferiores (22,2%). Dentre os diagnósticos relatados, houve o predomínio (34,7%) da lesão por hérnia de disco da coluna vertebral. Em relação as medidas de tratamento tomadas para melhorar a dor adotou-se o uso de

medicação associada a fisioterapia (63,9%). A maioria dos pacientes entrevistados haviam realizado entre dez sessões de fisioterapia (44,4%). Em média houve uma percepção de melhora de 51,75 ($\pm 25,50$) com a realização do tratamento ou medicamento (Tabela 2).

Tabela 2. Características gerais da dor dos participantes do estudo (n=72).

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Presença de dor		
Sim	72	100,0
Não	0	0,0
Dor em repouso e ao movimento		
Em repouso	2	2,8
Em movimento	21	29,2
Em ambos	49	68,0
Período do dia		
Matutino	6	8,3
Vespertino	2	2,8
Noturno	10	13,9
Matutino e vespertino	7	9,7
Matutino e noturno	6	8,3
Vespertino e noturno	29	40,3
Todos os períodos	12	16,7

Legenda: DP: desvio padrão. Dados quantitativos expressos como média e desvio padrão. Dados qualitativos expressos como frequência e porcentagem.

Continuação Tabela 2. Características gerais da dor dos participantes do estudo (n=72).

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Tipos de dor		
Pontada	15	20,8
Agulhada	10	13,9
Pesada	4	5,6
Adormecida	5	6,9
Queimação	12	16,7
Agonizante	6	8,3
Ferroadada	4	5,6
Enjoada	6	8,3
Cansada	3	4,2
Fincada	7	9,7
Regiões corporais		
Cervical	7	9,7
Torácica	4	5,6
Lombossacral	34	47,3
Membros superiores	11	15,2
Membros inferiores	16	22,2
Diagnósticos		
Tendinite	4	5,6
Artrose	20	27,8
Hérnia de disco	25	34,7
Fratura	7	9,7
Lesão ligamentar	8	11,1
Lesão compressiva	3	4,2
Outros	5	6,9
Melhora da dor		Média (DP)
		51,75 (±25,50)

Legenda: DP: desvio padrão. Dados quantitativos expressos como média e desvio padrão. Dados qualitativos expressos como frequência e porcentagem.

Severidade e interferência da dor nos aspectos da vida diária

De uma forma geral os participantes apresentaram dor de severidade moderada 5,86 (±1,96) e os aspectos que mais sofreram interferência pela dor foram o trabalho 5,79 (± 3,20), atividade geral 5,49 (± 3,49) e a habilidade de caminhar 4,47 (± 3,79) (Tabela 3).

Relação entre severidade e interferência da dor em aspectos da vida diária

Foram encontradas correlações pequenas e estatisticamente significantes entre a

severidade da dor com a interferência da mesma sobre o humor ($r=0,296$; $p=0,011$) e sono ($r=0,255$; $p=0,031$). De forma complementar, foi encontrada uma correlação média entre severidade da dor com a interferência da mesma sobre o relacionamento com outras pessoas ($r=0,307$; $p=0,009$). Em todos os casos, quanto pior a dor maior a interferência sobre os domínios mencionados (Tabela 4).

Tabela 3. Severidade e interferência da dor nos participantes do estudo (n=72).

Variáveis	Média (DP)
Severidade da dor (0-10)	
Pior dor	6,63 (±2,27)
Dor mínima	3,81 (±1,97)
Dor média	5,86 (±1,96)
Dor atual	5,19 (±2,51)
Interferência da dor (0-10)	
Atividades gerais	5,49 (±3,49)
Humor	3,62 (±3,60)
Habilidade de caminhar	4,47 (±3,79)
Trabalho	5,79 (±3,20)
Relacionamento com outras pessoas	2,47 (±3,36)
Sono	4,25 (±3,88)
Habilidade para apreciar a vida	2,58 (±3,61)

Legenda: DP: desvio padrão. Dados quantitativos expressos como média e desvio padrão.

Tabela 4. Relação entre a severidade da dor com a interferência da mesma em diferentes aspectos da vida diária (n=72).

Variáveis	Dor média	
	Valor de r	Valor de p
Atividades gerais	0,168	0,159
Humor	0,296	0,011*
Habilidade de caminhar	0,211	0,075
Trabalho	0,213	0,072
Relacionamento com outras pessoas	0,307	0,009*
Sono	0,255	0,031*
Habilidade para apreciar a vida	0,143	0,232

Legenda: Teste de correlação de Spearman.. Valores de correlação: $r = 0 - 0,29$ = correlação pequena; $r = 0,30 - 0,49$ = correlação média; $r = 0,50 - 1,0$ = correlação grande (Cohen, 1988). * nível de significância de $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta predominantemente por participantes do sexo feminino, com média de idade de 56,82 (±11,25) anos, dados semelhantes aos estudos de Batista e Vasconcelos¹⁸, Nogueira *et al.*¹⁹ e Meireles²⁰ que destacaram a importância que a mulher atribui ao autocuidado e a saúde, podendo ser explicado pelo estímulo que ocorre desde a adolescência a partir da menarca, e amplia-se na quinta década de vida. Mulheres tendem a

sofrer maiores influências dos fatores biopsicossociais e hormonais^{21,22}. Wendt *et al.*²³ descreveram que há maior prevalência de dores musculoesqueléticas em mulheres, quando analisados os pacientes que buscam tratamento.

Em relação ao estado civil a maioria dos participantes eram casados. Este resultado pode justificar-se devido a média de idade dos indivíduos avaliados, pois estudos semelhantes que abordaram a população adulta e idosa também apresentaram este percentual^{24,25}.

O ensino médio foi prevalente na amostra, aspecto que pode estar relacionado ao projeto “Educação para todos 2000-2015” desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, contendo ações imediatas e a longo prazo para promover o avanço no nível de escolaridade da população brasileira^{26,27}. Dados demográficos de estudos desenvolvidos na última década, como de Batista e Vasconcelos¹⁸, Ferreira e Nobrega²⁴, Brasil *et al.*²⁸ comprovam esse índice, mostrando que para essa geração os estudos tornaram-se uma prioridade. Além de que há relação entre maior nível de escolaridade e melhor situação socioeconômica, com maior acesso aos serviços de saúde^{29,30}.

No presente estudo, houve 100% de prevalência de dor nos participantes da pesquisa, de forma a compactuar com outros estudos que apontam a dor como principal queixa para a busca de tratamento fisioterapêutico^{18,25,31}.

Apesar da fisioterapia atuar em todos os níveis de assistência à saúde, como na promoção, proteção e na recuperação, há um déficit de inclusão dos fisioterapeutas na abordagem preventiva, caracterizando-os pela ótica da sociedade como “profissionais de reabilitação” tendo ação portanto após a manifestação dos sintomas ou sinais clínicos³². A procura tardia por tratamento pode propiciar a catastrofização da dor, com piora da percepção da incapacidade do indivíduo, resultando no quadro mais intenso e prolongado³³.

Nossos resultados mostraram que a maioria dos pacientes sentem dor tanto durante o repouso, quanto ao movimento,

corroborando com Batista e Vasconcelos¹⁸ que verificaram em sua pesquisa a postura mantida por tempo prolongado e serviços que requerem esforço físico como fatores agravantes para a dor, e que os mesmos apresentaram relação direta com a ocupação dos participantes, sendo a maioria composta por profissionais do lar ou aposentados. Outros estudos também identificaram os fatores de risco no comprometimento musculoesquelético, incluindo: lesões prévias, gravidade da lesão e atividades que promovem tarefas repetitivas^{6,23,34}.

Nosso estudo constatou que houve uma piora da dor, principalmente nos turnos vespertino e noturno. Leite e Gomes³⁵ relatam que nos distúrbios musculoesqueléticos, a dor é intensificada no período vespertino e noturno por estar associado principalmente a função corporal, portanto quanto mais tempo exposto aos fatores de risco, maior o estresse gerado pela sobrecarga. Já Silva *et al.*³⁶ complementam em seu estudo, que as dores de origem lombossacra tendem afetar indivíduos economicamente ativos, o que repercute na presença do quadro algico geralmente no fim do dia, após a execução das atividades cotidianas.

No que se refere aos tipos de dores, os mais citados foram em pontadas ou queimação, dados que podem ter relação com a ciatalgia ou distúrbios degenerativos, conforme descreveram os estudos de Silva *et al.*³⁶, Ropper e Zafonte³⁷. A dor com origem no segmento lombossacral com compressões a nível L4-L5 e L5-S1 causadas por ruptura discal ou apresenta-se em pontada ou queimação³⁸.

Os achados de nossa pesquisa revelaram que as regiões mais acometidas com

dor foram a lombossacral e os membros inferiores. Esses dados corroboram com a Organização Mundial da Saúde alertam que a dor na coluna vertebral é a segunda principal causa de consultas clínicas, perdendo apenas para as cefaléias^{38,39} e com Batista e Vaconcelos¹⁸, Wendt *et al.*²³ onde em ambos os estudos houve prevalência de dor e comprometimento musculoesquelético nos segmentos da coluna vertebral, principalmente região lombossacral e membros inferiores.

Em relação aos diagnósticos dos pacientes encaminhados para a fisioterapia, os mais citados foram a hérnia de disco e artrose. Souza e Oliveira⁵ fizeram um levantamento da prevalência de encaminhamentos para fisioterapia, e constataram que a principal causa foi a dor na coluna lombar baixa, seguida dos pré e pós-operatório nos distúrbios musculoesqueléticos. Já Silva *et al.*³³ enfatiza a incapacidade de membros inferiores gerada pela osteoartrose, principalmente de joelho devido a dor e rigidez articular. Porém trata-se de um processo degenerativo lento, quando não há fatores agravantes como a osteoporose, afetando diretamente a população idosa.

Em contrapartida o estudo de Leite e Gomes³⁵ realizado com 200 pacientes em um ambulatório universitário avaliou nos participantes a prevalência da hérnia de disco e artrose em apenas 6,45% e 9,68%, respectivamente. Com isso, verificou-se que não há um consenso em relação a etiologia da dor no segmento lombossacral e membros inferiores em pacientes com dor que procuram tratamento fisioterapêutico, por isso a maior prevalência permanece sendo em relação a dor lombar idiopática e traumas.

Foi constatado terapias de intervenção mais relatadas pelos pacientes para aliviar a dor foram a associação entre medicação e a fisioterapia. O tratamento fisioterapêutico, comumente é associado ao medicamentoso. Entretanto pesquisas alertam dos riscos da automedicação, como geralmente ocorre tratando-se de analgésicos e anti-inflamatórios^{40,41}. Silva *et al.*²⁵ e Muñoz, Gomez e Sanchez⁴² enfatizam a importância da cinesioterapia associada a eletroterapia nas dores de coluna vertebral, além da terapia manual e cognitiva comportamental, como abordagens a longo prazo, pois, a cinesiofobia, a continuidade de exposição aos fatores de risco, dentre outros aspectos psicológicos reduzem a eficácia do tratamento fisioterapêutico.

Em média os pacientes realizaram de uma a dez sessões, contrariando as recomendações do tratamento a longo prazo, isto somado a percepção de melhora da dor a curto prazo (51,7%), significa um reflexo positivo na evolução de melhora para o paciente, em contrapartida desestimula a continuidade do tratamento visando ganhos funcionais²⁵.

A maioria dos pacientes apresentaram dor de severidade moderada^{18,23,34}, e houve interferência para realização das funções como do trabalho, atividade geral e habilidade de caminhar. Estes dados podem ser interpretados conforme o estudo de Wendt *et al.*²³ que apontam como principais limitações funcionais em pacientes com dor musculoesquelética: funções de trabalho, leitura, dirigir, pegar objetos e sentar para acometimentos na coluna cervical e lombar. Além de manusear objetos acima da cabeça ou pesados, atividades

recreativas, pentear o cabelo ou lavar as costas para membros superiores, assim como correr, saltar ou ficar agachado para membros inferiores.

A maioria dos idosos indicaram precisar de ajuda parcial ou total nas atividades básicas de vida diária. A dor interfere no desempenho do trabalho, seja relacionado a ergonomia inadequada para o desempenho da função, movimentos repetitivos, ou presença de obstáculos, independente da intensidade³⁶. Lemos *et al.*⁴³ também descreveram o impacto geral da dor crônica na qualidade de vida da população idosa, associada a maior dependência funcional em atividades instrumentais, transferências e locomoção.

O impacto nas atividades gerais, trabalho e habilidade de caminhar acaba sobressaindo a intensidade da dor, pois sua presença já é capaz de causar toda cascata adaptativa, e a depender do local acometido como a coluna lombar e membros inferiores temos a limitação ou repouso absoluto das atividades como caminhar, subir e descer escadas, agachar, entre outras^{33,34}.

Os resultados da relação entre severidade e interferência da dor nos aspectos da vida diária, destacam que as dimensões sensoriais e afetivas, mostraram-se estatisticamente significantes nos aspectos como humor, relacionamento com outras pessoas e sono. Corroborando com nossos resultados, o estudo de Love-Jones¹² descreveu que as emoções influenciam na dor, e geralmente tem efeito negativo como no quadro de depressão, ansiedade e raiva.

O estudo de Canfora *et al.*¹³ incluindo pacientes com dor moderada ou intensa,

indicaram que indivíduos neste cenário tendem a apresentar algum grau de depressão, com diminuição da qualidade do sono e uso de medicamento para dormir, quando comparados com indivíduos sem dor. Já Meireles²⁰ e Wendt *et al.*²³ descreveram o impacto na qualidade de vida em pacientes com distúrbios musculoesquelético, relatando que a incapacidade funcional provocada pela dor está mais ligada com os fatores psicológicos como medo e estresse, do que com a intensidade da dor. Comportamentos comuns de enfrentamento da doença, como a catastrofização que pode estar presente quando o paciente não sente que tem controle sobre sua condição clínica e não visualiza um tratamento com perspectiva de cura^{12,13,44}.

Os resultados deste estudo, assim como de Martinez, Grassi e Marques³, Levoratto *et al.*²⁹, Paepea, Williams e Crombez⁴⁵, Giusti *et al.*⁴⁶ permitiu verificar as relações multidimensionais da dor, de modo a tornar inadmissível sua avaliação apenas pelo aspecto físico, não levando em consideração a influência afetiva e o efeito comportamental, pois a intensidade da dor na maioria das vezes, não consegue descrever o real impacto do quadro algico na vida do paciente.

O estudo apresentou limitações quanto ao número da amostra, sendo restrita a um único serviço de fisioterapia traumato-ortopédico, não podendo generalizar os resultados. Deste modo, há necessidade de novos estudos que abordem a associação da dor na realização das atividades diárias e hábitos de vida das pessoas, pois estes aspectos são importantes como parte integrante de

qualquer tratamento, seja ele, fisioterapêutico ou não.

CONCLUSÃO

Em relação a caracterização da dor, referiram tanto em repouso e quanto durante o movimento, nos períodos vespertino e noturno, sendo o tipo mais frequente em pontada e a região mais incidente foi a lombossacra. A severidade da dor foi moderada. O estudo revelou que os pacientes apresentaram dor integralmente, faziam uso coadjuvante à fisioterapia de terapia medicamentosa e relataram melhora dos sintomas.

Houve relação entre a intensidade e a severidade da dor, quanto mais intensa era dor maior sua severidade, demonstrada no humor, relacionamento com outras pessoas e sono nos pacientes de fisioterapia.

O Inventário Breve de Dor revelou ser um instrumento válido para avaliação multidimensional da dor em pacientes atendidos em um serviço de fisioterapia traumatológico, abrangendo todas as suas dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e avaliativo, gerando uma correlação confiável entre severidade e interferência.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *J Pain*. 2020;161(9):2.
2. McGuire DB. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *J Pain Symptom Manage*. 1992;7(5):312-319.
3. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras de Reumatol*. 2011;51(4):299-308.
4. Trieste L, Cannizzo S, Palla I, Triulzi I, Turchetti G. State of the art and future directions in assessing the quality of life in rare and complex connective tissue and musculoskeletal diseases. *J Front Med*. 2022;23(9):e986218.
5. Souza CS, Oliveira AS. Prevalência de encaminhamentos às doenças musculoesqueléticas segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID 10): reflexões para formação do fisioterapeuta na área de musculoesquelética. *Fisioter Pesq*. 2015;22(1):48-53.
6. Munday I, Kneebone I, Newton-john T. The language of chronic pain. *J Disabil Rehabil*. 2019;43(3):354-361.
7. Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *J Pain Brazilian*. 2018;1(2):176-179.
8. Aguiar DP, Souza CPQ, Barbosa WJM, Santos-júnior FFU, Oliveira AS. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *J Pain Brazilian*. 2021;4(3):257-267.
9. Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *J Pain*. 2019;160(1):88-94.
10. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *J Pain*. 2019;160(1):19-27.
11. Woo CW, Schmidt L, Krishnan A, Jepma M, Roy M, Lindquist MA, et al. Quantifying cerebral contributions to pain beyond nociception. *Nat Commun*. 2017;8(14211):1-14.
12. Love-jones SJ. Pain as a subjective, multidimensional experience. *J Pain*. 2019;141-144.
13. Canfora F, Calabria E, Pecoraro G, D'aniello L, Aria M, Marenzi G, et al. The use of self-report questionnaires in an analysis of the multidimensional aspects of pain and a correlation with the

- psychological profile and quality of life in patients with burning mouth syndrome: A case-control study. *J Oral Rehabil.* 2022;49(9):890-914.
14. Ferreira AF, Escarcina JEP, Luz DTC, Souza RB, Martins Netto E. Musculoskeletal pain, multimorbidity and associated factors in individuals followed at a physiotherapy service: cross-sectional observational study. *BrJP.* 2022;5(3):200-205.
 15. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *J Sup Care Cancer.* 2011;(19):505-511.
 16. Bringel MO, Reis AD, Aguiar LC, Garcia JBS. Ansiedade, depressão, dor e fadiga em pacientes com câncer de mama que realizaram treinamento combinado. *Rev Bras de Cancer.* 2022;68(3):e242611.
 17. Cohen, JW. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates. 1988;2:1-599.
 18. Batista AGL, Vasconcelos LAP. Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de Fisioterapia. *Rev Dor.* 2011;12(2):125-30.
 19. Nogueira LAC, Urtado CB, Chaves AM, Ferreira M, Santos C, Casarin CAS, et al. Perfil epidemiológico do ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário. *Rev Terapia Manual.* 2011;9:45-50.
 20. Meireles, FMS. A repercussão da pandemia na qualidade de vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza-CE [dissertação]. Repositório Universidade Federal do Ceará. 2023:1-114. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/72427>.
 21. Cote D, Coutu MF. A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation?. *J Disabil Rehabil.* 2010;32(2):87-102.
 22. Cairns BE, Gazerani P. Sex-related differences in pain. *Maturitas.* 2009;63(4):292-296.
 23. Wendt AS, Chaves AO, Urtado CB, Macedo AR, Reis FJJ, Nogueira LAC. Funcionalidade e incapacidade em pacientes com comprometimento musculoesquelético. *Rev Bras de Ci e Mov.* 2017;25(4):15-22.
 24. Ferreira MEB, Nóbrega IMF. Avaliação dos pacientes oncológicos em tratamento no instituto de medicina integral professor fernando figueira perante a dor oncológica. *Soc Bras de Patolog.* 2011:1-22. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/688/1/Artigo%20FINAL%20%20MARIA%20EDAURDA%20BORGES.pdf>
 25. Silva AKS, Schafer B, Belmonte LAO. Perfil do atendimento fisioterapêutico em traumatologia e ortopedia realizado em uma clínica escola de fisioterapia do município de palhoça – SC [dissertação]. Repositório Universitário da Ânima. 2018:1-13. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/8853>.
 26. Castro MHG; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. EFA 2000 Educação para todos: avaliação do ano 2000, informe nacional, Brasil. O Instituto, 1999:1-128.
 27. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Anual para garantir inclusão e equidade na educação. Brasília/UNESCO. 2019:1-47.
 28. Brasil VV, Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Rev Eletrô de Enfer.* 2008;10(2):383-394.
 29. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ci & Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1263-1274.
 30. Santos GV, Vieira ASM, Goes BT, Mota RS, Baptista AF, Sá KN. Caracterização da dor através do inventário breve de dor em população de baixo nível socioeconômico. *Rev Dor.* 2015;16(3):190-194.
 31. Bertoncetto KCG, Xavier LB, Nascimento ERP, Amante LN. Dor Aguda na Emergência: Avaliação e Controle com o Instrumento de MacCaffery e Beebe. *J Of Health Sci.* 2016;18(4):251-256.
 32. Shiwa SR, Schmitt ACB, João SMA. O Fisioterapeuta do estado de São Paulo. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2016;23(3):301-310.
 33. Silva NCOV, Cardoso TSG, Andrade EA, Battistella LR, Alfieri FM. Dor, incapacidade e catastrofização em indivíduos com osteoartrite do joelho. *BrJP.* 2020;3(4):322-327.
 34. Vilela DA, Tatmatsu-Rocha JC, Vilela IPA, Tatmatsu DIB, Vilela MPA, Marques RPC. Percepção da saúde e dor em idosos em unidades de saúde. *RPCD.* 2017;(S2.A):54-64.
 35. Leite F, Gomes JO. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Rev Ciênc Méd.* 2006;15(3):211-221.

36. Silva LL, Neta AAP, Prates CF, Soares JS, Araújo TA, Costa AMA. Análise da prevalência de dor lombar associada à atividades ocupacionais: uma revisão integrativa de literatura. *BJD*. 2021;7(2):11729-11743.
37. Ropper AH, Zafonte RD. Sciatica. *NEJM*. 2015;372(13):1240-1248.
38. Araújo M. Manual de avaliação e tratamento da dor. Belém- EDUEPA. 2020:1-112.
39. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília/MS, 2019:1-424.
40. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, *et al*. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-2196.
41. Meziat Filho N, Mendonça GAS. Invalidez por dor nas costas entre os segurados da Previdência Social, Brasil, 2007. *Rev de Saúde Pública*. 2011;45:494-502.
42. Muñoz C, Gomez AC, Sanchez MJ. Physical therapy treatments for low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. *Musculoskelet Disord*. 2013;14(55):1-11.
43. Lemos BO, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP*. 2019;2(3):237-241.
44. Chiarotto A, Bart WK. Nonspecific low back pain. *NEJM*. 2022;386(18):1732-1740.
45. Paepe AL, Williams ACC, Crombez G. Habituation to pain: a motivational ethological perspective. *Pain*. 2019;160(8):1693-1697.
46. Giusti EM, Lacerenza M, Manzoni GM, Castelnovo G. Psychological and psychosocial predictors of chronic postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2021;162:10-30.