



DOR CRÔNICA EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO DE FISIOTERAPIA

CHRONIC PAIN IN A PHYSICAL THERAPY OUT-PATIENT UNIVERSITY CLINIC

Francine LEITE¹

Jaime de Oliveira GOMES²

RESUMO

Objetivo

Estudar a prevalência de dor crônica no ambulatório universitário de fisioterapia da Universidade Estadual Paulista de Presidente Prudente, retratando aspectos multidimensionais da dor por meio do questionário de dor McGill adaptado para a língua portuguesa.

Métodos

Foram entrevistados 200 pacientes por questionário padronizado. As informações foram coletadas e transpostas ao formulário eletrônico Excel e analisadas.

Resultados

A prevalência de dor crônica esteve presente em 48,0% do total das pessoas avaliadas (n=96), sendo 67,7% mulheres. A faixa etária mais freqüente foi de 61 a 70 anos de idade, sendo a maioria de pessoas aposentadas (42,7%) e casadas (54,2%). A causa mais comum foi a artrose (33,3%). As mulheres tiveram mais dor (OR=2,86; IC=1,60-5,10), assim como os indivíduos de nível de escolaridade mais baixo.

Conclusão

As dores crônicas estiveram presentes em quase metade dos pacientes da clínica, mas nem sempre foram referidas, pois se deu prioridade às queixas agudas. As especialidades nas quais mais se apresentaram foi na ortopedia devido à artrose

¹ Aprimoranda, Fisioterapia Geral, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

² Professor Doutor, Departamento de Planejamento, Faculdade de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Rua Roberto Simonsen, 305, 19060-900, Presidente Prudente, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.O. GOMES. E-mail: <jaim@fct.unesp.br>.

e outras doenças do sistema musculoesquelético. A pesquisa da dor crônica deve ser atenta e dirigida nos serviços para que uma terapêutica mais integral seja instituída.

Termos de indexação: dor; epidemiologia; fisioterapia (especialidade).

ABSTRACT

Objective

To study the prevalence of chronic pain in the university outpatient clinic of physiotherapy of the Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP, Brazil portraying multidimensional aspects of pain using the McGill questionnaire adapted for the Portuguese language.

Methods

Two-hundred patients were interviewed by standard questionnaire. The information were collected and input in the spreadsheet Excel and analyzed.

Results

The prevalence of chronic pain was present in 48.0% of the evaluated persons (n=96), where 67.7% were women. The most frequent age group was of 61 to 70 years of age, the majority being retired (42.7%) and married (54.2%). The most common cause was arthrosis (33.3%). The women had more pain (OR=2.86; IC=1.60-5.10) and less education.

Conclusion

Chronic pain was present in roughly half of the patients seen in clinical practice but they were not always referred since preference was given to acute pain complaints. The specialties where pain was more prevalent were orthopedics due to arthrosis and other illnesses of the musculoskeletal system. Research of chronic pain should be attentive and oriented in the services in order to institute better therapy.

Indexing terms: pain; epidemiology; physical therapy (specialist).

INTRODUÇÃO

Estima-se que, durante a vida, a maioria das pessoas seja acometida por algum episódio doloroso. No caso de dor lombar, a prevalência estimada pode chegar a 70%¹. Geralmente as pessoas acometidas buscam os serviços de saúde seja para cura ou alívio dos sintomas, pela incapacidade transitória ou definitiva decorrente do fato². Nos casos em que a dor se torna crônica, podem ocorrer falhas na assistência desses pacientes, pois as queixas referentes a esse tipo de dor passam a ceder espaço e atenção às dores agudas, postergando e deixando de valorizar devidamente o tratamento das algias crônicas. Com a maior sobrevivência da população e conseqüente aumento do número de idosos cresceu também a

prevalência de doenças crônicas, incluindo as reumáticas, com grande potencial em causar dor. Pelo fato de a própria doença ser crônica, pode levar o paciente a uma espécie de conformismo com a sua dor quando há falta de resolução adequada. Em vista disso, em um ambulatório de fisioterapia, principalmente os de clínica-escola, há que se atentar e procurar ativamente a dor, em especial a crônica, para que a avaliação e tratamento sejam adequados e os profissionais passem a dar uma atenção mais integral ao paciente.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como uma experiência "sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita

em termos de tais lesões". Quando a dor não desaparece após a cura da lesão pode ser denominada "crônica"³. A definição depende porém do tempo de duração sendo mais aceita a que define como crônica a dor persistente por mais de três nos últimos seis meses. Quando está relacionada a processos patológicos crônicos perde sua função biológica de alerta, não havendo mais a resposta neurovegetativa e passa a tornar-se a própria doença⁴.

A dor gera um efeito nefasto físico e moral tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, pelo comprometimento das atividades sociais, recreacionais e familiares e pelo número de dias de trabalho perdidos, pelos pedidos de indenizações, custo do tratamento e aposentadorias por invalidez, resultando numa carga social de grande significado econômico e de demanda em serviços de atenção à saúde².

A fisioterapia, entre outras funções, se responsabiliza por intervir nas alterações funcionais, com ações voltadas para níveis primário, secundário e terciário. Muitos pacientes que recorrem à fisioterapia buscam retorno de suas funções e o controle da sintomatologia álgica. Todo fisioterapeuta envolvido com o controle da dor deveria dominar as técnicas e os recursos terapêuticos de analgesia para atuar diretamente na restauração funcional desses pacientes. Isso só é possível se a detecção e a abordagem da dor forem realizadas de forma correta⁵.

Entretanto o conhecimento impróprio sobre a razão e a natureza da dor, suas formas de apresentação, suas expressões físicas e comportamentais resultam no tratamento inadequado, mesmo atualmente em que grande variedade de fármacos e de procedimentos terapêuticos encontram-se disponíveis².

Portanto as investigações de cunho epidemiológico, e mesmo as realizadas em clínicas especializadas, apesar da possibilidade de viés por causa de eventual demanda de casos mais graves e crônicos, podem contribuir para a melhoria do atendimento, organização dos serviços e adequação de protocolos de conduta e atendimento. Nas clínicas

universitárias a responsabilidade aumenta, pois as condutas servem de modelo e orientação, devendo ser, portanto, mais bem avaliadas quando se visa aperfeiçoamento.

Avaliação da dor

Por ser uma sensação subjetiva e pessoal, é difícil medir a dor em cada indivíduo assim como comparar o tipo e a intensidade. É um sintoma difícil de quantificar por envolver cultura, sensibilidade e fatores psicológicos que interferem no estímulo sensorial. Portanto uma boa avaliação da dor necessita de uma abrangência multidimensional e por ser baseada em auto-relato deve ser bastante cuidadosa. Uma avaliação completa deve incluir aspectos fisiológicos, emocionais, culturais e ambientais. Deve-se também destacar característica da dor, sua intensidade, localização, instalação, duração, periodicidade, repercussões no funcionamento biológico e psicossocial, interferência nas atividades de vida diária, estado emocional do doente e seus fatores atenuantes ou agravantes^{2,4}.

Existem propostas de avaliação da dor, algumas de características unidimensionais, ou seja, que avaliam apenas um aspecto da dor: só a intensidade (escalas numérica, visual ou analógica), só as atividades da vida diária (escala comportamental) ou apenas uma outra característica já citada acima.

Há também as formas multidimensionais que avaliam conjuntamente mais de um aspecto da dor. Um exemplo desse tipo é o questionário de dor McGill, que caracteriza a dor e avalia a intensidade em sua dimensão sensorial, emocional e cognitiva. Há também os inventários (Wisconsin) que são ferramentas que avaliam a dor em todos os aspectos já citados de uma boa avaliação⁴.

Estudos de prevalência da dor crônica

A prevalência da dor é bastante diferente em estudos populacionais ou especializados. Os primeiros refletem melhor a real prevalência, incluindo os casos

de natureza mais leve. Diferem, portanto, dos ambulatoriais de referência onde as patologias e a intensidade da dor representam mais a prevalência dos casos de maior gravidade nos quais geralmente há impotência funcional associada. No entanto o presente estudo visa, mesmo considerando a ponderação acima, destacar a dor crônica não referida, pois muitas vezes tanto o paciente como o terapeuta priorizam o retorno da função, deixando de abordar a dor crônica adequadamente. Os estudos de prevalência de dor crônica nem sempre adotam critérios de duração e mensuração comparáveis e talvez seja essa a dificuldade de utilizá-los como referência para análise comparada.

Em um estudo⁶ realizado na região oeste do estado de Washington por meio de correspondências enviadas aos sujeitos da amostra detectou-se a prevalência de dor acima de seis meses nas seguintes regiões anatômicas: lombar, 41%; cabeça, 26%; abdominal, 17%; torácica, 12%; articulação temporomandibular, 12%.

Em estudo realizado na Nova Zelândia⁷ na área urbana de Christchurch com uma amostra de moradores adultos (18 a 64 anos de idade), 81,7% reportaram alguma experiência dolorosa. A prevalência detectada de acordo com as regiões corporais foi a seguinte: abdome (22,5%), coluna (29,7%), articulações (32,7%), pernas (17,9%), peito (21,9%), cabeça (25,3%).

Em Hong Kong⁸, em pesquisa realizada por telefone, a dor persistente por três meses ou mais foi relatada na seguinte proporção: cabeça (31,0%), articulação (15,3%), muscular (12,2%), estômago (11,7%), lombar (11,1%), dente (4,4%).

Entre os estudos nacionais, Teixeira et al.⁹ fizeram um estudo em uma clínica especializada de dor. Demonstrou-se que a maior demanda de pacientes se dá entre os 40 e 65 anos de idade. As afecções do aparelho locomotor são as mais frequentes razões de ocorrência de dor crônica (42,8% da população estudada).

Houve também uma diferença entre os sexos: a mulher é mais acometida por dores faciais, fibromialgia, lesões por esforços repetitivos, artrite reumatóide, enxaqueca, síndrome do cólon irritável

e esclerose múltipla. Já os homens sofrem mais devido ao câncer, amputação de membro, afecções isquêmicas, mielopatias e encefalopatias. Em outro estudo² mais abrangente do mesmo autor, a dor é um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade moderna, seja pela alta procura por assistência médica - 50% dos brasileiros recorrem ao consultório médico devido à dor aguda e 50% devido à dor crônica - seja pela incapacidade temporária ou definitiva entre 50% e 60% da população.

Esse mesmo estudo demonstrou ainda que 64,5% da população sofre de incapacidade para as atividades habituais e 80,0% tem comprometimento das atividades sociais e familiares. Em relação ao trabalho, 94,9% afirmaram o comprometimento da atividade profissional, a maioria devido à lombalgia e cefaléias. Dentre esses, 8,4% afirmaram já ter faltado do emprego devido à dor e 22,3% disseram que abandonaram o emprego em consequência dela².

Tais dados por si só demonstram a relevância do tema e a necessidade de atenção e planejamento cuidadoso da avaliação e tratamento de cada paciente.

O propósito deste estudo foi estudar a prevalência de dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia, retratando-a em seus variados aspectos, e determinar possíveis relações da dor crônica com alguns fatores como: gênero, estado civil e empregatício e grau de escolaridade.

Os serviços universitários, em especial os de fisioterapia tanto de atendimento como de formação profissional, devem merecer uma avaliação mais rigorosa no tocante à correta abordagem da dor, pois servem de modelo e padrão de conduta. Este estudo visa além de uma avaliação da ocorrência da dor crônica uma identificação da dor não abordada e das especialidades nas quais esse fato ocorre em maior número, colaborando para a organização de melhores rotinas e formas de avaliação.

MÉTODOS

Em torno de 500 pacientes são atendidos mensalmente no ambulatório universitário com a

realização de, em média, 2 mil sessões da fisioterapia. O atendimento é prestado de acordo com a especialidade clínica e grupos especiais de tratamento, que são: ortopedia e traumatologia e grupo de artrose; neurologia, grupo de hemiplegia, grupo de Parkinson, atendimento de pacientes portadores de paralisia facial; pneumologia e reabilitação pulmonar; ginecologia e obstetrícia; reabilitação cardíaca; desportiva.

A população de pacientes estudada constituiu-se de adultos (a partir de dezoito anos) atendidos em todas as especialidades. Foram incluídos os pacientes que apresentaram dor crônica durante seis meses no mínimo, nos últimos doze meses. Essa classificação foi a preferida pelo fato de lidarmos com dor não-maligna e por esse período ser o mais usual em pesquisas para divisão entre dor aguda e crônica¹⁰.

Foram excluídos os pacientes que recebiam atendimento pela primeira vez no local ou os que tiveram dificuldade de compreensão ou que por algum outro motivo não conseguiram responder ao questionário.

Para cálculo do tamanho da amostra utilizou-se como base o número médio de pacientes atendidos no ambulatório durante os meses de abril, maio e junho do ano de 2003, optando pelo método de amostragem estratificada com partilha proporcional¹¹, sendo cada estrato constituído pela especialidade ou grupo especial de atendimento. A escolha dos pacientes em cada estrato foi feita pelo método de amostragem casual simples utilizando-se computador.

Por ser um serviço de referência, os pacientes são encaminhados já com diagnóstico realizados por médicos em outros serviços de saúde.

Os pacientes escolhidos foram entrevistados individualmente pela própria pesquisadora no local de atendimento ou na sala de avaliação, durante a terapia ou ao final dela e os dados foram coletados em questionário próprio e individual. O questionário incluía, em sua primeira parte, perguntas abertas e de múltipla escolha sobre os dados pessoais (idade, sexo, estado civil, estado empregatício, escolaridade), e na segunda parte, os aspectos e a caracterização da dor (região afetada, causa, sistema afetado, duração, periodicidade), além da incorporação do questionário de dor McGill adaptado para a língua portuguesa¹².

Na primeira parte, os aspectos e a caracterização da dor (região afetada, causa, sistema afetado, duração, periodicidade), além da incorporação do questionário de dor McGill adaptado para a língua portuguesa¹².

No item relativo à descrição da dor optou-se pelo citado questionário por ser considerado o melhor e o mais utilizado instrumento para obter informações quantitativas e qualitativas a partir de descrições verbais¹². Esse questionário é composto por 78 descritores (palavras), divididos em 20 subgrupos originados de 4 grupos. O grupo sensorial-discriminativo (subgrupo 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor. O grupo afetivo-motivacional (subgrupo 11 a 15) descreve a dor nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas. O grupo cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permite ao doente fazer uma avaliação global da sua experiência dolorosa. O grupo miscelânea (subgrupos 17 a 20) é formado por descritores que não se enquadraram adequadamente em nenhum dos outros grupos^{5,12}. Caso julgasse que nenhuma palavra se adequasse à sua dor, o paciente também foi orientado a dizer "nenhuma" (orientações próprias do questionário). Dessa forma, durante a entrevista foi explicado ao paciente que algumas palavras seriam lidas e ele deveria dizer qual palavra melhor descrevia a sua dor, e deveria escolher apenas uma ou nenhuma palavra de cada grupo.

Quando o paciente não se queixava de dor, a entrevista era encerrada após a coleta dos dados pessoais do paciente; caso contrário, as perguntas eram realizadas independentemente do tempo de duração da dor, porém para a análise dos dados foram considerados apenas os pacientes com dor crônica.

Os dados foram consolidados em planilha do *Microsoft Excel® 2000* e utilizou-se a ferramenta "tabela dinâmica" para o cruzamento dos dados e os cálculos necessários. O cálculo de *Odds Ratio* foi realizado pelo *software "Cálculos Estatísticos for Windows v.1.8"*¹³.

O trabalho obedeceu aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos conforme a

resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram entrevistados 200 pacientes, correspondentes a 90% do cálculo amostral proposto. A média de idade foi de 53 anos (desvio-padrão=18) com variação de idade entre 20 e 90 anos. Mais

mulheres do que homens foram entrevistados, na porcentagem de 54,5% e 45,5%, respectivamente. A maioria dos entrevistados é aposentada ou pensionista (41,5%) e casada (57,0%). A prevalência de dor crônica na amostra estudada foi de 48,0% (n=96), sendo 32,3% entre homens e 67,7% entre mulheres. A faixa etária mais freqüente foi de 61 a 70 anos de idade.

Dos pacientes com queixa de dor crônica (48,0%), apenas 44,8% utilizavam o serviço em decorrência da sua dor.

Tabela 1. Distribuição dos aspectos da dor segundo um ambulatório universitário de fisioterapia (Presidente Prudente, SP, 2004-2005).

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Etiologia						
Trauma	9	29,03	5	7,69	14	14,58
Esforço repetitivo	3	9,68	2	3,08	5	5,21
Artrose	3	9,68	29	44,62	32	33,33
Hérnia de disco	2	6,45	5	7,69	7	7,29
Subluxação (ombro)	5	16,13	1	1,54	6	6,25
PO não-imediato	1	3,23	4	6,15	5	5,21
Problema cardiocirculatório	2	6,45	1	1,54	3	3,13
Não sabe	4	12,90	8	12,31	12	12,5
Outros	2	6,45	10	15,38	12	12,5
Sistema						
Nervoso (central, autônomo, periférico)	0	0,00	4	6,15	4	4,17
Nervoso (psicológico)	0	0,00	1	1,54	1	1,04
Respiratório/cardiovascular	0	0,00	4	6,15	4	4,17
Gastrintestinal	4	12,90	0	0,00	4	4,17
Geniturinário	0	0,00	1	1,54	1	1,04
Musculoesquelético	20	64,52	43	66,15	63	65,63
Muscular e nervoso	4	12,90	6	9,23	10	10,42
Outros	2	6,45	2	3,08	4	4,17
Não sabe	1	3,23	4	6,15	5	5,21
Região						
Cabeça, face, boca	2	6,45	5	7,69	7	7,29
Região cervical	1	3,23	3	4,62	4	4,17
Região torácica	2	6,45	6	9,23	8	8,33
Região lombossacral	5	16,13	17	26,15	22	22,92
Abdominal	3	9,68	0	0,00	3	3,13
Membros superiores	10	32,26	16	24,62	26	27,08
Membros inferiores	7	22,58	16	24,62	23	23,96
Região pélvica	1	3,23	2	3,08	3	3,13
Freqüência						
Contínua	8	25,81	24	36,92	32	33,33
Intermitente	15	48,39	35	53,85	50	52,08
Ao movimento	8	25,81	5	7,69	13	13,54
Outra	0	0,00	1	1,54	1	1,04

As etiologias mais comuns da dor foram as decorrentes de algum tipo de trauma (17,8%) e artrose (28,0%). Entretanto os pacientes portadores de artrose (57,6%) e hérnia de disco (71,4%) foram os que mais procuraram o nosso atendimento.

A etiologia básica da dor diferiu em alguns aspectos entre homens e mulheres. A causa mais comum de dor, no geral e para as mulheres, é a artrose (33,3% e 44,6%, respectivamente), sendo nos homens a dor por trauma mais freqüente (29,0%), seguida por subluxação do ombro (16,1%).

O sistema mais afetado, tanto para homens quanto para mulheres, é o muscular, representando 65,6% dos sistemas.

Quanto à localização, as regiões mais afetadas foram membros superiores e inferiores e a região lombossacral. No entanto a dor lombossacral é um pouco mais freqüente nas mulheres, enquanto nos homens é em membros superiores.

A freqüência da dor não diferiu entre os sexos e é em maior proporção a do tipo "intermitente" (52,1%). Os demais dados podem ser observados na Tabela 1.

A caracterização da dor baseou-se no questionário de dor McGill, sendo utilizado o cálculo do índice de avaliação da dor ponderado, que é a soma-tória dos valores da intensidade dos descritores escolhidos divididos pela pontuação máxima em cada um.

Pode-se observar na Figura 1 que a dimensão sensitiva (propriedades mecânicas, térmicas e espaciais) foi a que mais contribuiu para a pontuação do grupo de trauma. Nos grupos de hérnia de disco as dimensões que mais contribuíram foram a afetiva (tensão, medo e respostas neurovegetativas) e sensitiva. A dimensão avaliativa (avaliação global da experiência) foi a que mais contribuiu para a pontuação no grupo de pós-operatório não-imediato e problemas cardiovasculares e junto com a dimensão afetiva foram as dimensões que mais contribuíram na pontuação final dos pacientes com subluxação de ombro.

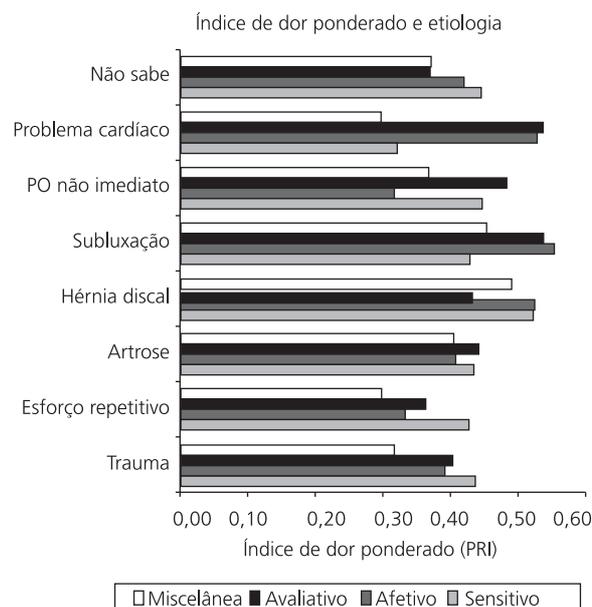


Figura 1. Distribuição do índice de avaliação da dor (PRI) ponderado segundo etiologia no ambulatório universitário de fisioterapia (Presidente Prudente, SP, 2003-2004).

A Tabela 2 mostra os descritores de cada grupo que mais foram utilizados pelos pacientes para expressarem sua dor. Nessa tabela chama a atenção o fato de os descritores dos grupos 19 (fria, gelada e congelante) e 13 (amedrontadora, apavorante, aterrorizante) ter tido como mais freqüente a opção de nenhum descritor escolhido.

Variáveis demográficas foram analisadas para verificar a diferença de riscos entre essas e a dor crônica. Observou-se nessa amostra que as mulheres (OR =2,86; IC=1,60-5,10), os indivíduos com nível de escolaridade baixo (OR=2,8; IC=1,30-6,02) e estado civil viúvo (OR=2,38; IC=1,09-5,23) também têm mais chances de sofrer de dor crônica (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Foram entrevistados duzentos pacientes nesse estudo, o que correspondeu a 90,0% do cálculo, pois os indivíduos menores de 18 anos ao serem sorteados na amostra aleatória simples foram excluídos e substituídos.

Tabela 2. Descritores mais utilizados pelos pacientes do ambulatório universitário de fisioterapia para descrever a dor (Presidente Prudente, SP, 2004-2005).

Grupo	Descritores (em negrito os escolhidos com maior frequência).	%
12	Enjoada , sufocante	70,8
11	Cansativa , exaustiva	69,8
19	Fria, gelada, congelante, (nda)	63,5
1	Vibração , tremor, pulsante, latejante, como batida, como pancada	53,1
7	Calor, queimação , fervente, em brasa	41,7
13	Amedrontadora, apavorante, aterrorizante, (nda)	41,7
20	Aborrecida , dá náusea, agonizante, pavorosa, torturante	41,7
2	Pontada , choque, tiro	40,6
6	Fisgada , puxão, torção	39,6
15	Miserável , enlouquecedora	39,6
4	Fina , cortante, estraçalha	37,5
3	Agulhada , perfurante, facada, punhalada, em lança	35,4
16	Chata , que incomoda, desgastante, forte, insuportável	35,4
10	Sensível , esticada, esfolante, rachando	33,3
5	Beliscão, aperto, mordida, cólica, esmagamento, (nda)	32,3
18	Aperta, adormece, repuxa , espreme, rasga	32,3
17	Espalha, irradia, penetra, atravessa, (nda)	30,2
14	Castigante, atormenta , cruel, mortal, maldita	28,1
8	Formigamento, coceira, ardor , ferroadada	26,0
9	Mal localizada, dolorida , machucada, doída, pesada	26,0

A prevalência de dor crônica na população estudada foi de 48,0% no geral. No gênero feminino a prevalência foi maior (67,7%) do que no masculino (32,3%). Entretanto, em trabalhos epidemiológicos na população geral e de clínicas especializadas, há grandes variações dessa prevalência em decorrência da amostra e metodologia estudada¹⁴.

Estudo realizado na Austrália¹⁵, no qual os dados foram coletados por telefone, envolvendo indivíduos maiores de 16 anos de idade, detectou uma prevalência maior do gênero feminino porém menos acentuada (17,1% dos indivíduos do sexo masculino e 20,0% do sexo feminino). Em outro

Tabela 3. Variáveis demográficas, estado empregatício e *Odds Ratio* em um ambulatório universitário de fisioterapia (Presidente Prudente, SP, 2004-2005).

	OR	IC (95%)	Dor crônica	
			sim (n)	não (n)
Gênero				
Masculino*			31	60
Feminino	2,86*	1,60-5,10	65	44
Faixa etária (anos)				
18-39*	3,45*	1,67-7,12	14	37
40-69	2,77*	1,17-6,53	60	46
> 70			22	21
Anos de escolaridade				
0 a 3	2,80*	1,30-6,02	30	18
4 a 8	1,57	0,81-3,01	41	44
Acima de 8*			25	42
Estado civil				
Solteiro	0,72	0,34-1,50	15	25
Casado*			52	62
Viúvo	2,38*	1,09-5,23	24	12
Divorciado	1,19	0,33-4,35	5	5
Estado empregatício				
Empregado*			13	24
Desempregado	0,33	0,07-1,58	3	5
Do lar	0,69	0,24-1,95	14	11
Aposentado/pensionista	0,53	0,24-1,18	41	42
Afastado	0,74	0,29-1,89	22	16
Estudante	0,27	0,06-1,27	3	6

* Grupo-controle ; *Significante (IC>1,0; OR>1,0).

estudo¹⁶, observou-se maior prevalência na faixa etária de 80 a 84 anos de idade nos indivíduos do sexo masculino (31,0%), enquanto no sexo feminino a faixa etária de maior prevalência foi entre 65 e 69 anos de idade (27,0%). Foi observada uma baixa prevalência de dor em indivíduos jovens (16 a 19 anos de idade), porém foram poucos os indivíduos entrevistados nessa faixa etária. Em outro estudo feito na Noruega¹⁷ com 4 mil indivíduos, cuja coleta de dados foi realizada por correspondência, 24,4% apresentaram dor crônica (três meses ou mais), sendo 55,0% do gênero feminino. Em uma investigação feita no Reino Unido¹⁸, também por meio de correspondência envolvendo 3 605 indivíduos acima de 25 anos, 50,4% reportaram dor crônica (mais de três meses) e não houve muita diferença entre o sexo

feminino (51,1%) e o masculino (48,9%). Em um estudo prospectivo realizado também no Reino Unido¹⁹ a prevalência de dor crônica aumentou de 45,5% para 53,8% no período de cinco anos. Esse aumento foi observado mais entre os grupos de mulheres e jovens.

Nesta pesquisa observa-se que os pacientes que freqüentavam o ambulatório sofriam principalmente de complicações pós-cirúrgicas não-imediatas, artrose, trauma e processos inflamatórios, entretanto a procura pela fisioterapia em decorrência da dor foi mais freqüente nos pacientes com hérnia de disco e artrose.

Um dado interessante foi o aparecimento da dor de ombro por subluxação em decorrência de acidente vascular cerebral (AVC). Esses pacientes são atendidos no setor de Neurologia e no grupo de Hemiplegia, entretanto não relataram freqüentar o ambulatório por causa da dor, mas sim em busca do retorno ao movimento. Isso demonstra que apesar da dor e do impacto do AVC na vida dessas pessoas, o retorno ao movimento passa ser a busca principal da terapia em vez do alívio da dor.

Os setores mais utilizados por pacientes com dor crônica são os setores de Ortopedia e o grupo de Artrose. Esses dados sugerem a necessidade de tais setores estarem mais atentos à dor do paciente e empenhados em tratá-la em busca de um melhor e mais efetivo atendimento.

Em relação à etiologia, a artrose (no geral e para as mulheres) e o trauma (homens) foram as causas principais de dor e o sistema musculoesquelético o mais referido. Isso pode ser justificado pelo alto número de pacientes entrevistados com mais de 40 anos e do sistema musculoesquelético estar sujeito a constantes alterações e impactos^{2,6-9}. Quanto à localização, as regiões mais afetadas são membros superiores e inferiores e a região lombossacral.

Em estudo realizado na Noruega¹⁷, as causas mais comuns encontradas foram: não específica, 57,5%; lesão, 20,3% e acidentes, 11,2%. A localização mais freqüente foi a lombar (52,4%), seguida de membros inferiores (38,1%), coluna torácica

(25,6%) e cabeça (22,7%). No Reino Unido¹⁸ as causas principais foram dor lombar (16,0%), osteoartrose (15,8%) e lesão (5,9%).

Por meio do índice de dor ponderado, foi possível notar que a dor em decorrência de trauma e esforços repetitivos tem características predominantes sensitivas, ou seja, das propriedades mecânicas, térmicas e espaciais⁵ - o que é coerente com a fisiologia dessas patologias. Já para a dor por subluxação de ombro (pós-acidente vascular cerebral) predomina mais o lado afetivo que demonstra a tensão, medo e respostas neurovegetativas⁵ - isso pode ser justificado pelo impacto que é a consequência (hemiplegia) dessa patologia na vida desses entrevistados.

Pessoas com problemas cardiocirculatórios têm uma maior clareza na expressão e avaliação global⁵ de sua experiência dolorosa. O grupo de pacientes com hérnia de disco mescla proporcionalmente as características afetiva e sensitiva. Esses resultados demonstram a relação com a etiologia e suas características na avaliação da dor.

Na utilização dos descritores da dor, chamamos a atenção os fatos de poucos pacientes terem escolhido palavras do grupo "19" (fria, gelada, congelante), o que corrobora o fato de esse grupo ser importante por descrever algumas dores de dente¹⁸. Outro grupo pouco escolhido foi o "13" (amedrontadora, apavorante, aterrorizante), com diversas reações dos pacientes quando ouviam que achavam essas palavras com forte significado para expressarem sua dor.

Esperava-se encontrar dificuldades de compreensão dos termos na aplicação do questionário de dor McGill pelo fato de ser adaptado para a língua portuguesa, entretanto o seu uso foi de grande aceitação pelos pacientes. Algumas palavras apresentaram dificuldade de entendimento, principalmente para aqueles pacientes com um grau de instrução mais baixo, como as palavras "em lança" e "estraçalha". Outros descritores foram considerados de forte significado para expressar a dor, como as palavras "mortal" e "aterrorizante". Uma curiosidade aconteceu no grupo "15", pois quando o paciente

não achava engraçada a utilização das palavras "miserável" ou "enlouquecedora" escolhia uma delas com toda convicção. Outra dificuldade na escolha das palavras aconteceu com o grupo "9" ("mal localizada", "dolorida", "machucada", "doída" e "pesada"), pois os pacientes encontraram dificuldade para discernir a dor "dolorida" da "doída". Nesse caso, optou-se por utilizar a diferenciação pela intensidade, já que a própria disposição das palavras tem esse significado. No entanto, apesar das ponderações acima, a escolha das palavras não pareceu produzir interferência que pudesse resultar em vies nos resultados e conclusão.

Em relação às variáveis demográficas, foi observada maior chance de ocorrer dor em mulheres viúvas com baixo nível de escolaridade. Não foi observado risco estatisticamente significativo em desempregados ou afastados nessa amostra.

Esses dados são condizentes com outros estudos, como o da Noruega¹⁷, que encontrou uma OR de 1,401 para indivíduos do sexo feminino em relação ao sexo masculino, OR igual a 1,153 para pessoas na faixa etária de 40 a 59 anos comparadas com indivíduos mais jovens e OR de 2,075 para pessoas com apenas instrução primária, comparadas com as de grau de instrução secundário.

Estudo realizado no Reino Unido¹⁸ encontrou relação entre dor crônica e indivíduos afastados (OR=1,32) e incapacitados (OR=7,75), comparados com indivíduos empregados.

CONCLUSÃO

A prevalência de dor crônica no ambulatório estudado foi de 48%; 44,8% desses pacientes utilizavam o serviço em decorrência dessa dor que acometeu mais membros e região lombossacral. A causa mais comum encontrada foi a dor crônica e o sistema musculoesquelético o mais afetado. Mulheres, indivíduos viúvos e de baixa escolaridade têm mais chance de sofrer de dor crônica na amostra estudada e não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre dor crônica e estado empregatício.

A dor esteve presente em quase metade dos pacientes que procuraram o ambulatório, no entanto nem sempre foi a motivadora da demanda do paciente, principalmente no setor de ortopedia. A identificação da queixa crônica ocorreu apenas durante a aplicação do questionário, o que pode indicar uma conformidade do paciente com sua dor e uma provável desatenção do terapeuta para a saúde integral do seu paciente.

Pesquisas sobre o assunto ainda são necessárias, talvez em grupos mais específicos como em portadores de artrose e idosos para que possamos detectar formas de prevenção da dor crônica e se a mesma é adequadamente tratada e abordada nesse tipo de serviço.

REFERÊNCIAS

1. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Publica*. 2004; 20(2):377-85.
2. Teixeira MI, Shibata MK, Pimenta CAM, Corrêa CF. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo: Limay; 1995.
3. IASP. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986; 2 (Suppl 1):S1-S226.
4. Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ, organizadora. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p.31-45.
5. Castro CES. A formulação lingüística da dor: versão brasileira do questionário McGill de dor [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.
6. von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: An epidemiologic evaluation. *Pain*. 1990; 40(3):279-91.
7. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain*. 1991; 44(1):279-85.
8. Ng KF, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. *Clin J Pain*. 2002; 18(1):275-81.
9. Teixeira MJ, Marcon RM, Rocha RO, Figueiró JAB. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr; 2001. p.1-7.

10. von Korff M, Miglioretti DL. A prognostic approach to defining chronic pain. *Pain*. 2005; 117(3):304-13.
11. Scheaffer R. Elementary survey sampling. Belmont: Duxbury; 1996. p.17-21.
12. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Bras Anesthesiol*. 1997; 47(2): 177-86.
13. Braille & Godoy. Cálculos Estatísticos for Windows v. 1.8 [acesso em 18 mar. 2005]. Disponível em: <http://www.braille.com.br/cientifica/pesqciem.htm#braille>
14. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in general population. *Pain*. 1984; 18(3):299-314.
15. Blyth F, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 2004; 111(1):127-34.
16. Blyth F, March IM, Brnabic AJ, Jorm IR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*. 2001; 89 (2):51-8.
17. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. 2004; 8(6):555-65.
18. Elliott A, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999; 354(9186):1248-52.
19. Elliott A, Smith B, Hannaford P, Smith W, Chambers W. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*. 2002; 99(1):299-307.

Recebido em: 7/3/2006

Versão final reapresentada em: 9/6/2006

Aprovado em: 20/7/2006

