

# ANÁLISE DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA DOR MIOFASCIAL DE UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Santana, J L S,<sup>1</sup> El-Mafarjeh R,<sup>2</sup> Villegas, R B,<sup>3</sup> Silva, V J,<sup>4</sup>  
Silva, M,<sup>5</sup> Guimarães, M V C,<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial. Dentre as diversas causas destaca-se a Síndrome da Dor Miofascial (SDM) com prevalência de até 70% em clínica de dores. Para sua avaliação na prática clínica, diversos questionários podem ser utilizados. Hoje, ainda existe uma compreensão limitada dos mecanismos que causam a dor crônica. Assim, surge a necessidade de avaliar seus diversos parâmetros, através de múltiplos aspectos clínicos, fadiga, prejuízo funcional e qualidade de vida em pacientes que recebem medicação. **Objetivo:** descrever os parâmetros supracitados em pacientes com SDM frente ao tratamento farmacológico. **Método:** recorte descritivo de um estudo modelo antes e depois que ainda está em andamento. Foram incluídos pacientes após avaliação clínica para confirmação do diagnóstico e avaliação de outras doenças e/ou condições. Não houve restrição quanto ao sexo, idade e comorbidades associadas, exceto doenças oncológicas. Foram excluídos os que apresentavam sintomas e/ou sinais sistêmicos. Foi realizada intervenção medicamentosa com antidepressivo tricíclico e avaliação de diversos parâmetros através de questionários. **Resultados:** Foram encontrados pacientes em maioria do sexo feminino, com média de idade de 46 anos que apresentavam dor crônica de caráter sensitivo, associado a prejuízo na qualidade de vida, limitações físicas, queda na vitalidade e capacidade funcional, alterações de humor, elevação do cansaço e fadiga com dores, principalmente, em região cervicocapular. **Conclusão:** Nossos resultados corroboram e somam aos dados existentes na literatura quanto às alterações multidimensionais da dor em seu caráter biopsicossocial, contudo é importante a elaboração de estudos mais abrangentes.

**Palavras-chave:** Dor; Síndrome da Dor miofascial; Medição da Dor; Qualidade de Vida.

## ANALYSIS OF CHRONIC PAIN IN PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME FROM A UNIVERSITY CLINIC IN THE CITY OF SÃO PAULO

### ABSTRACT

**Introduction:** Pain is an unpleasant sensory and emotional experience, associated with present or potential damage. Among the various causes, the Myofascial Pain Syndrome (SDM) stands out, with a prevalence of up to 70% in pain clinic. For its evaluation in clinical practice, several questionnaires can be used. Today, there is still a limited understanding of the mechanisms that cause chronic pain. Thus, there is a need to evaluate its various parameters, through multiple clinical aspects, fatigue, functional impairment and quality of life in patients receiving medication. **Objective:** describe the aforementioned parameters in patients with SDM facing pharmacological treatment. **Method:** descriptive section of a model study before and after it is still in progress. Patients were included after clinical evaluation to confirm the diagnosis and to evaluate other diseases and / or conditions. There was no restriction on sex, age and associated comorbidities, except for oncological diseases. Those with systemic symptoms and / or signs were excluded. Drug intervention was performed with tricyclic antidepressants and assessment of various parameters through questionnaires. **Results:** Most of the patients found were female, with a mean age of 46 years, who presented chronic pain of a sensitive nature, associated with

<sup>1</sup> Santana, J L S: Acadêmico de Medicina na Universidade Anhembi Morumbi São Paulo-SP, Brasil. João Lucas Silva Santana, endereço: Rua Zeca Timóteo, N° 791, Boa Vista, Picos-PI, e-mail: joaolucas10ss@gmail.com

<sup>2</sup> El-Mafarjeh R: Acadêmica de Medicina na Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo-SP, Brasil. endereço: Rua Vergueiro 266 ap 41 bloco B, liberdade, São Paulo e-mail: rozansuleiman@hotmail.com. Conflito de interesse:

<sup>3</sup> Villegas, R B: Acadêmica de Medicina na Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo-SP, Brasil, endereço: Rua Maria Marcolina ap. 112, Brás, São Paulo-SP, e-mail: brunaraffainvillegas@gmail.com

<sup>4</sup> Sousa, V J G: Acadêmico de Medicina na Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo-SP, Brasil, endereço: Rua Zeca Timoteo, 791, Boa Vista, Picos-PI, e-mail: viniciusjgs17@gmail.com Conflito de interesse: Não Há.

<sup>5</sup> Silva, M: Enfermeira, Professora da Universidade Anhembi Morumbi São Paulo, Brasil. endereço: Rua. Dr. Almeida lima 1134, Mooca, São Paulo – setor medicina, e-mail: magda\_mass@yahoo.com.br <sup>6</sup> Guimarães, M C V: Médico Neurologista e Professor de neurologia da Universidade Anhembi Morumbi São Paulo, E-mail: mariovicente@gmail.com

impaired quality of life, physical limitations, drop in vitality and functional capacity, mood changes, elevation of tiredness and fatigue with pain, mainly in the cervico-scapular region. Conclusion: Our results corroborate and add to the data in the literature regarding multidimensional changes in pain in its biopsychosocial character, however it is important to develop more comprehensive studies.

**Keywords:** Pain; Myofascial Pain Syndromes; Pain measurement; Quality of life.

## INTRODUÇÃO

A dor segundo a IASP - Internacional Association for the Study of Pain - é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (1). Sua etiologia pode ser explicada através de alterações físicas - pela compressão de estruturas tais como osso, cartilagem, fáscia, tecido cicatricial, músculos e nervos; assim como através de alterações psicogênicas, fenômenos de sensibilização central e somatização. (2) Ainda, podemos classificá-la como aguda (até 3 meses) ou crônica (mais 3 meses) (3).

A dor crônica é considerada, por alguns autores, como uma doença própria e não como um sintoma de outra patologia de base, sendo denominada Síndrome de Sensibilização Central (SSC) em que ocorrem sintomas dolorosos associados a alterações de humor, sono e transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. Tal patologia acomete mais de 50% da população em países pobres e é mais prevalente em mulheres, idosos e trabalhadores quando comparado à população adulta em geral; sendo essa a principal causa de incapacidade e aposentadoria por invalidez no mundo, no que diz respeito às atividades diárias, levando à diminuição da qualidade de vida. (4) (5), (6),(7) Essa disfunção associada a doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e oncológicas está associada a maior mortalidade. Ainda, sabe-se que quanto maior a intensidade da dor, maior é o risco cardiovascular do paciente. (8)

As principais causas de dor crônica são ocasionadas por afecções musculoesqueléticas e para avaliação destas, o padrão ouro é o exame físico manual por meio da palpação dos pontos dolorosos (9). Os pontos são divididos em dois grandes grupos, os *tender points* que são 18 pontos dispersos pelo corpo que podem ser dolorosos à palpação na fibromialgia (10) (11) e os *trigger points* que são pontos musculares, rígidos, palpáveis, com discretos nódulos localizados dentro de bandas musculares, dolorosos à compressão em uma qualidade semelhante a dor referida pelo paciente e associado ao quadro, o paciente pode ter sintomas neurológicos como parestesias, disfunções motoras e autonômicas. (12) (13) (9)

Os pontos gatilhos (*trigger points*) são os sinais mais encontrados nos quadros de dor miofascial - processo resultante de tensão muscular, podendo ser advindo de um único

músculo ou de um grupamento destes, gerando padrões variáveis e complexos de dor (2) - e são classificados em 2 grupos: latentes, ou seja, aqueles pacientes espontaneamente assintomáticos ou ativos que são os pacientes sintomáticos de forma espontânea.

Dentre as diversas patologias em que podemos encontrar os *trigger points*, a Síndrome da Dor Miofascial (SDM) é a principal representante. Em clínica de dores a prevalência da SDM pode atingir 70% dos casos, sendo essa mais comum em mulheres (14). Ela pode ser originada de encurtamentos musculares e tendinosos, sedentarismo, maus hábitos diários, carências vitamínicas e disfunções metabólicas e endócrinas (2). A fisiopatologia dos *trigger points* na SDM ainda não foi elucidada na literatura (15) e seu diagnóstico é feito quando há a presença de pelo menos 1 ponto gatilho ativo (9).

Para a avaliação da dor na prática clínica, diversos questionários podem ser utilizados, e estes são classificados como unidimensionais (avaliação da intensidade da dor) ou multidimensionais (avaliação da dor em mais de um aspecto, tais como características espaciais, pressão, tensão térmica, vivacidade da dor e afeto emocional). Como exemplo para tais, temos a Escala visual Analógica (EVA) como unidimensional e McGill como multidimensional. Os multidimensionais são considerados, segundo a literatura, os mais confiáveis para avaliação do quadro doloroso.(1) (16)

Além da avaliação diretamente do sintoma doloroso, em muitos casos é necessária uma avaliação da qualidade de vida, fadiga e prejuízo funcional. Para tal, temos o questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) que é um instrumento multidimensional de avaliação de qualidade de vida composto por um questionário com 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes (17) (18).

A literatura mostra diversos grupos medicamentosos para tratamento de base da dor crônica, bem como analgésicos simples, opioides, anti-inflamatórios, analgésicos tópicos e antidepressivos tricíclicos. Sendo que o último é o mais utilizado, devido ao seu efeito de modulação da dor, ocasionado uma melhora deste sintoma. (19)

Além da farmacoterapia isolada ou combinada, existem diversas modalidades terapêuticas para o manuseio da dor crônica, tais como acupuntura, exercício físico e terapias manuais. Os recursos de eletroterapia e fototerapia também são citados como recursos para analgesia, em especial o ultrassom e o laser. (20), (21)

Hoje, ainda existe uma compreensão limitada dos mecanismos exatos que causam a dor musculoesquelética crônica, sendo que para seu manejo e controle, a literatura evidencia

maior eficácia da terapia medicamentosa frente às demais possibilidades (19),(20). Surge, então, a necessidade de avaliar os diversos parâmetros da dor crônica, através de múltiplos aspectos clínicos, da fadiga, prejuízo funcional e da qualidade de vida em pacientes em uso de terapia medicamentosa. Com isso, o objetivo deste trabalho é descrever os parâmetros supracitados em pacientes diagnosticados com SDM frente ao tratamento farmacológico.

## **MÉTODOS**

Este é um recorte descritivo de um estudo modelo antes e depois que está sendo realizado no Centro Integrado de Saúde (CIS) da Universidade Anhembi Morumbi, localizada na rua Frei Gaspar, 131, Mooca - São Paulo. Para serem inclusos no trabalho os pacientes passaram por uma avaliação clínica de um único médico Neurologista para que haja confirmação do diagnóstico de SDM, e avaliadas doenças e/ou condições como hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipovitaminose D. Não houve restrição quanto ao sexo, idade e comorbidades associadas, exceto doenças oncológicas. Foram excluídos os pacientes que apresentavam sintomas e ou sinais sistêmicos, como febre, perda de peso e dor difusa.

Para a avaliação médico-clínica foi utilizada o seguinte protocolo: consultas mensais com durações entre 30 a 45 minutos que tiveram como objetivo avaliar a resposta medicamentosa e as possíveis intercorrências. Nelas os pacientes foram submetidos a um inventário breve de dor para uma avaliação multidimensional da dor durante o decorrer do estudo. Em relação ao tratamento medicamentoso foi instituída a Nortriptilina na dose de 25mg/dia, a depender da indicação do paciente, e para terapia de resgate, foi utilizada Dipirona 2g/dia. Os pacientes foram orientados a usarem apenas as medicações indicadas no protocolo do estudo. Ainda, foi aplicado uma ficha única padronizada para avaliação médico-clínica no decorrer das consultas (ANEXO 2).

Para a avaliação dos parâmetros clínicos da dor foram utilizados os seguintes questionários: o questionário de avaliação multidimensional da dor de McGill (Anexo 3) que foi aplicado na primeira e última avaliação do paciente por um dos autores; o inventário breve de dor (anexo 4) foi aplicado mensalmente a cada consulta médica para avaliar de forma multidimensional a dor do paciente. Associado a essa avaliação de dor foram aplicados questionários de avaliação de qualidade de vida (anexo 5) no início e na última consulta (SF36), questionário de fadiga de Piper (Anexo 6) e escala de prejuízo funcional (anexo 7).

Para a tabulação dos dados e formulação de gráficos e tabelas foi utilizado o Microsoft Office Excel 2016.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 144 prontuários de pacientes e destes, 8 se encaixaram nos critérios de inclusão, sendo que 5 pacientes realizaram a consulta inicial e retorno. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62,5%) e a média de idade encontrada foi de 46 anos (mínimo 17 - máximo 66). A média de renda mensal foi de 2 salários mínimos (mínimo 1 - máximo 4). Desses, as etnias encontradas foram: branca (50%), pardos (37,5%) e amarelos (12,5%). Três pacientes frequentaram ensino superior (37,5%), 2 o ensino médio (25%), 2 o fundamental incompleto (25%) e 1 paciente não foi alfabetizado (12,5%). Dois pacientes encontram-se em sobrepeso (25% - IMC > 25 kg/m<sup>3</sup>) e os demais, estão no peso ideal (75% - IMC < 25 kg/m<sup>3</sup>). As comorbidades coexistentes mais prevalentes foram diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial sistêmica (37,5%), seguido de hipercolesterolemia (12,5%), sendo que 50% dos pacientes não relataram comorbidades associadas á SDM.

Quanto ao Questionário de Qualidade de Vida foram encontrados os seguintes resultados médios para os parâmetros: capacidade funcional 50,6% (15-70); limitação do aspecto físico 34,3% (0-75); dor 27,2% (0-82); estado geral de saúde 71,3% (55-92); vitalidade 43,7% (15-60); aspectos sociais 67,2% (0-100); limitações por aspectos emocionais 54,2% (0-100) e saúde mental 59,5% (36-84). (Tabela1).

	Limitação			Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Limitações por aspectos emocionais	Saúde mental
	Capacidade Funcional	por aspectos físicos	Dor					
Paciente 1	25	0	22	92	60	50	0	68
Paciente 2	15	0	0	95	15	0	0	36
Paciente 3	50	50	22	55	20	37,5	0	36
Paciente 4	70	25	10	90	60	100	100	84
Paciente 5	50	50	41	55	45	62,5	100	60
Paciente 6	55	0	41	67	60	100	100	76
Paciente 7	70	75	0	55	45	87,9	100	68
Paciente 8	70	75	82	62	45	100	34	48
<b>Média</b>	<b>50,625</b>	<b>34,375</b>	<b>27,25</b>	<b>71,375</b>	<b>43,75</b>	<b>67,2375</b>	<b>54,25</b>	<b>59,5</b>

Tabela 1.

Em relação ao Questionário de Piper, na consulta inicial e de retorno, os pacientes autodeclaravam qual seu o nível de cansaço na última semana e foram obtidas as seguintes respostas: um pouco cansado (30,7%); moderadamente cansado (23%), muito cansado (7,6%), extremamente cansado (38,4%) e ninguém se autodeclarou sem cansaço (Gráfico 1). Já em relação a sensação de cansaço e o quanto ele impede a realização das atividades diárias, os pacientes declararam que: consegue fazer tudo que habitualmente fazia (7,6%), consegue fazer quase tudo (38,4%), consegue fazer algumas coisa que habitualmente fazia (15,4%), só faz o que tem que fazer (15,4%) e consegue fazer muito pouco do que fazia (30,7%). (Gráfico 2)

Gráfico 1

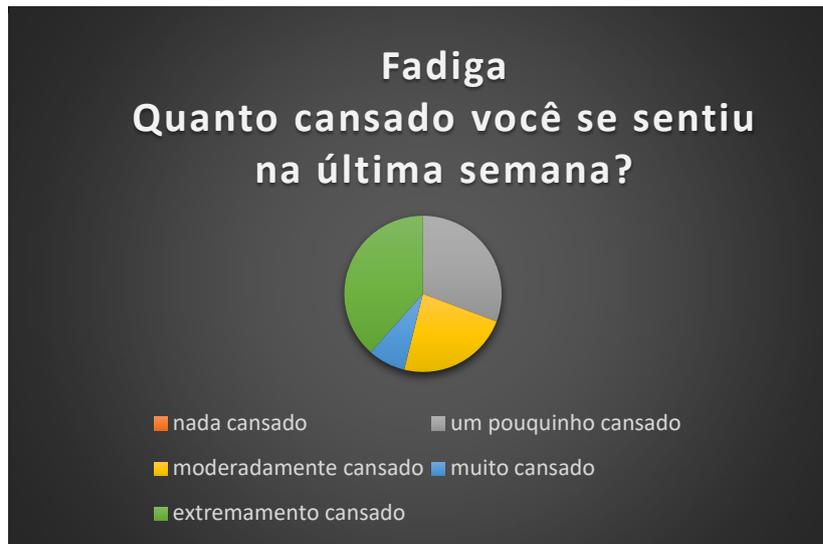
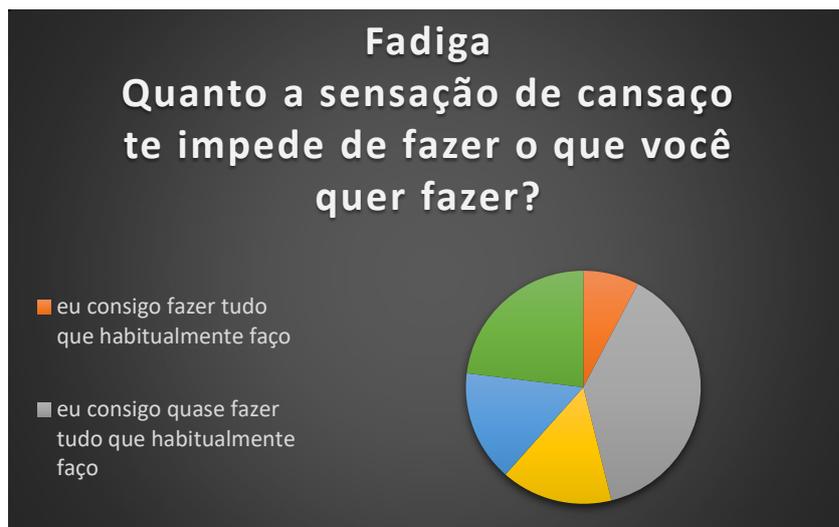


Gráfico 2



Sobre o Inventário Breve de Dor, durante todas as consultas, em 10 vezes foram declaradas dor na região 18, 8 vezes na região 19, 5 vezes na região 27, 4 vezes na região 21, 30 e 47. As outras regiões foram apontadas em menos de 3 vezes (Gráfico 3 e figura 1). Em uma escala de 0 a 10, a média de dor encontrada nos pacientes foi de 4 pontos, variando entre 2 e 7 pontos. Na interferência da dor na atividade geral, a média foi de 5 pontos, variando de 0 a 9 pontos. Na interferência da dor no humor, a média foi de 6,3 pontos variando entre 4 e 10 pontos. Na interferência da dor na habilidade de caminhar, a média foi de 5,8 pontos, variando entre 0 e 9 pontos. Na interferência da dor no trabalho, média foi de 5,7 pontos, variando de 0

a 10 pontos. Na interferência da dor relacionamento interpessoal, média foi de 4,4 pontos, variando entre 0 e 8 pontos. Na interferência da dor no sono, média de 4,5 pontos, variando de 0 a 9 pontos. Na interferência da dor na habilidade de apreciar a vida, média 4,7 pontos, variando entre 0 e 9 pontos (Gráfico 4).

Gráfico 3



Gráfico 4

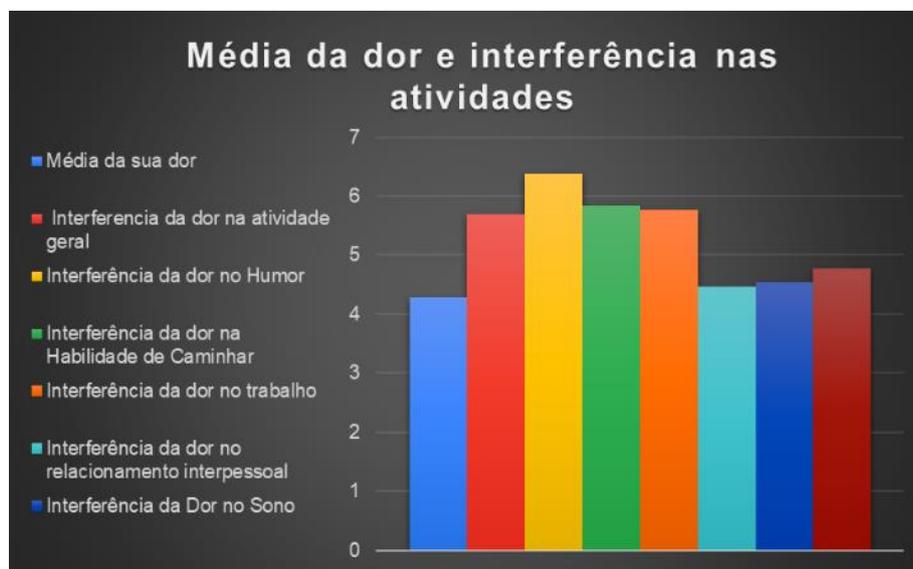
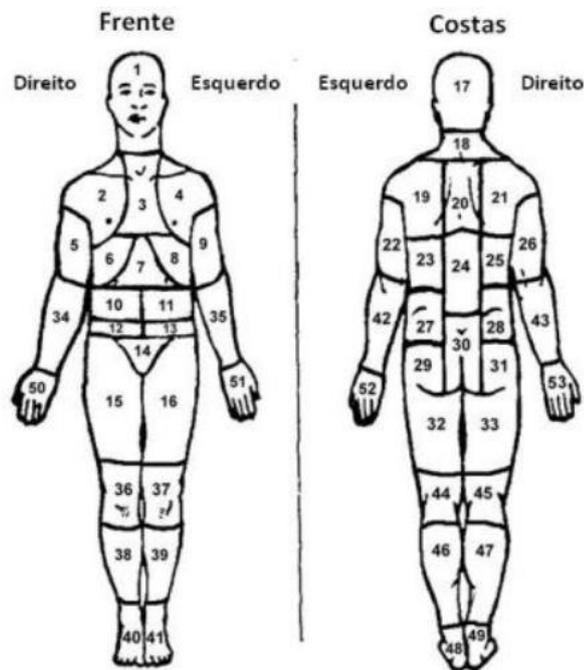


Figura 1



No tocante da incapacidade funcional dos pacientes com dor crônica, avaliado pelo Questionário de Incapacidade da USP foram observados os seguintes resultados na primeira consulta:

- Sono: sem alteração 3 (37,5%); parcialmente comprometido 4 (50%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 0.
- Appetite: sem alteração 5 (62,5%); parcialmente comprometido 1 (12,5%); totalmente comprometido 0; e não se aplica 2 (25%).
- Deambulação: sem alteração 2 (25%); parcialmente comprometido 5 (62,5%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 0.
- Atividade: sem alteração 0; parcialmente comprometido 7 (87,5%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 0.
- Trabalho: sem alteração 0; parcialmente comprometido 6 (75%), totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 1 (12,5%).
- Higiene pessoal: sem alteração 6 (75%); parcialmente comprometido 0; totalmente comprometido 0; não se aplica 2 (25%).

- Higiene intestinal: sem alteração 3 (37,5%); parcialmente comprometido 2 (25%); totalmente comprometido 0; não se aplica 3 (37,5%).
- Relacionamento interpessoal: sem alteração 2 (25%); parcialmente comprometido 3 (37,5%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 2 (25%).
- Concentração: sem alteração 2 (25%); parcialmente comprometido 4 (50%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 1 (12,5%).
- Atividade sexual: sem alteração 1 (12,5%); parcialmente comprometido 4 (50%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica 2 (25%).
- Humor: sem alteração 2 (25%); parcialmente comprometido 3 (37,5%); totalmente comprometido 2 (25%), não se aplica 1 (12,5%).
- Lazer: sem alteração 3 (37,5%); parcialmente comprometido 4 (50%); totalmente comprometido 1 (12,5%); não se aplica: 0.

Em relação ao questionário de MCGILL, dos 10 descritores sensoriais possíveis, a média de uso foi de 8 descritores. Dentre os 5 descritores afetivos possíveis, a média foi de 4; todos os pacientes utilizaram o único descritor avaliativo disponível e dentre os 4 descritores miscelânea possíveis, a média foi de 2. Assim, em um universo de 20 descritores disponibilizados, a média foi de 16. Sobre os índices de dor sensorial de 114 pontos disponíveis a média foi de 21 pontos. Sobre o índice de dor afetiva dos 30 pontos disponíveis a média foi de 7 pontos. Sobre índice de dor avaliativo de 15 pontos a média 3,5. Sobre miscelânea de 46 pontos disponíveis a média foi de 8,5. Assim, de um total de 205 pontos possíveis, a média foi de 40 pontos (Gráfico 5 e 6).

Gráfico 5

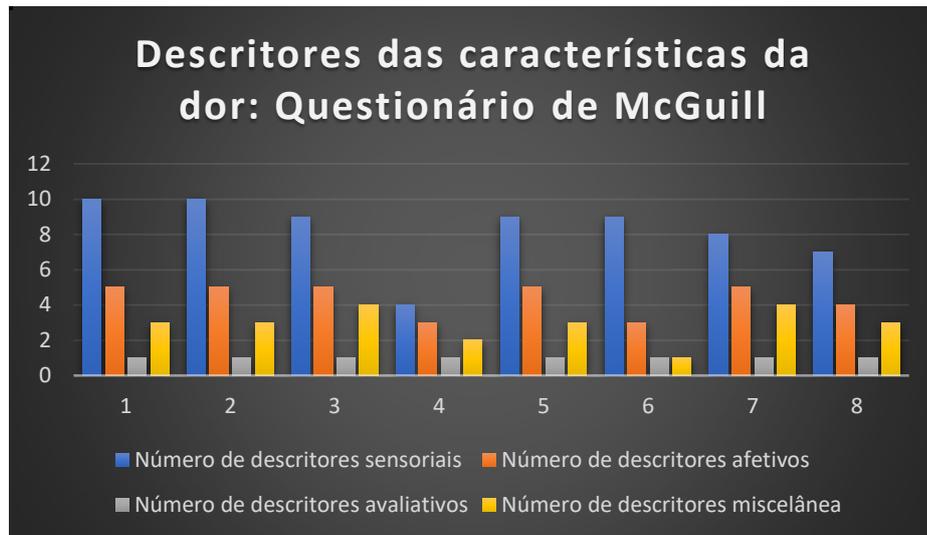
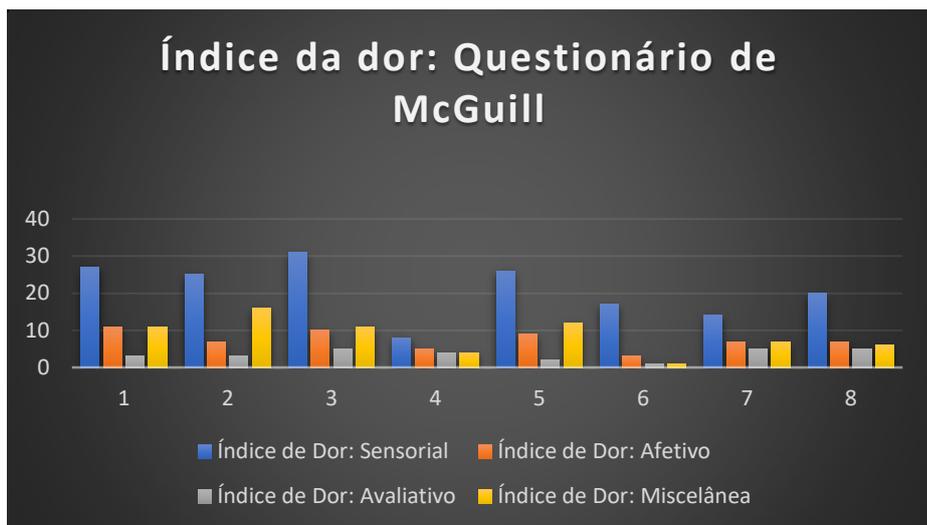


Gráfico 6



## DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico encontrado entre os pacientes analisados com diagnóstico de SDM em nosso estudo foi de predomínio de mulheres, de etnia branca, com ensino superior completo, peso adequado e com média de idade de 46 anos e média de renda mensal de 2 salários mínimos. De acordo com Jackson *et al* (2016) (4) e como o encontrado em nosso estudo, mais de metade dos pacientes com dor crônica são mulheres de meia idade, sendo que a prevalência aumenta a cada ano após os 50.

Apesar das diversas teorias para tentar explicar a maior frequência da dor musculoesquelética em mulheres, a causa definitiva permanece desconhecida. Fatores biopsicossociais, hormonais e, mais recentemente, genéticos, como os microRNAs (que podem atuar na repressão da expressão genética) tem um importante papel nesse predomínio, pois há uma associação entre dor e microRNA significativamente reportada mais em mulheres do que em homens.(7)

Em relação ao Questionário de Qualidade de Vida, em que as perguntas são divididas em oito parâmetros com pontuação variável de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo de 100 melhor a resposta do paciente diante desse parâmetro, nosso estudo encontrou pacientes com alto índice de dor, média de 27,25 pontos, o que era esperado devido ao fato de o estudo avaliar pacientes com dor crônica.

Associado a isso, foi verificado que há limitação por aspectos físicos e queda na vitalidade dos pacientes uma vez que ambos os índices foram menores que o total de pontos possíveis. Quando analisado os pacientes em relação aos parâmetros de capacidade funcional, limitação por aspectos emocionais e saúde mental foi verificado padrões medianos de resposta, o que pode indicar uma interferência desses parâmetros pela presença da dor, mas apenas parcial, sem comprometimento total dessa variável. As limitações por aspectos físicos e sociais tiveram um menor impacto à análise dos resultados.

Queiroz *et al* (2012)(22), avaliaram a qualidade de vida em 31 pacientes com dores crônicas atendidos em uma clínica multiprofissional e evidenciaram os domínios de capacidade funcional -47,09- e saúde mental -40,00- como os com maiores valores e os domínios de limitação por aspectos físicos e dor como os de menores valores – 21- , Sendo assim, mesmo os domínios com maiores valores encontrados em relação ao total, é um valor abaixo da metade dos pontos possível de atingir, denotando interferência significativa da dor na qualidade de vida.

Entretanto, é importante salientar que, como cita Siebra *et al* (2017), o conceito de qualidade de vida tem um desenvolvimento independente, não bem delimitado, apresentando várias vertentes, sendo que pela visão biológica relaciona-se com o status de saúde e o status funcional e pela visão psicológica, com o bem-estar, satisfação e felicidade. Assim, sendo uma avaliação subjetiva (22).

A análise do Questionário de Piper deve ser baseada em relação à resposta do paciente frente a duas questões: quanto à sensação de cansaço e/ou fadiga o impede de fazer suas

atividades e o nível de cansaço do mesmo ao longo da última semana; sendo que em nosso estudo, a maioria dos pacientes referiu cansaço extremo, mas que ainda os permitiam realizar quase todas as atividades diárias que necessitavam.

O Inventário breve de dor permite a avaliação da dor em diversos aspectos como localização, intensidade e comparação entre os extremos de intensidade da dor, avaliação do tratamento e o alívio trazido pelo mesmo, além do impacto da dor no cotidiano do paciente. Ainda, ele analisa as principais características clínico-propedêuticas e o impacto pessoal da dor (1). Nesse quesito, os pacientes relataram que a região mais comum de dor foi região cervicoescapular, seguida pela região lombar. A média da intensidade da dor encontrada, em uma escala de 0 a 10, foi de 4 pontos, interferindo na atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento interpessoal, sono e na habilidade de apreciar a vida. De forma mediana, em uma escala de 0 a 10, os pontos dados a esses itens giraram em torno de 5 (variando 0,6 a menos e 1,3 a mais) demonstrando que a dor é classificada como fraca a moderada e interfere nas atividades de vida diária

Quanto ao Questionário de incapacidade da USP, foi possível observar que a dor não comprometeu totalmente os pacientes em nenhum dos indicadores. No entanto, a dor comprometeu parcialmente nos indicadores de sono, deambulação, atividade, trabalho, relacionamento interpessoal, concentração, humor e lazer. Não foi observada interferência nos indicadores de apetite, higiene pessoal, higiene intestinal e atividade sexual.

Já o Questionário de MCGILL, permite uma análise ampla da dor do paciente por diversos aspectos da dor. Este avalia descritores verbais individualmente e em sua totalidade, além de sua localização no diagrama corporal. Ainda, ele analisa de forma simples e objetiva a intensidade da dor. No entanto, seus pontos fracos são o longo tempo aplicação e seus descritores verbais, que são considerados de difícil compreensão pelos pacientes. Esse questionário concentra em uma lista descritores que são classificados em sensorial, discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea. (1). Assim, ele avalia tanto o valor da dor do paciente, por meio da somatória dos índices, quanto a qualidade dessa dor por meio dos descritores utilizados. Em nosso estudo a prevalência foi de dor sensitiva caracterizando uma dor de origem somatossensorial, dado semelhante ao evidenciado por Siebra *et al* (2017) que obtiveram maior parte da dor dos pacientes sensorial.

## CONCLUSÃO

A dor, considerada como uma experiência pessoal e subjetiva, afeta milhões de pessoas em todo o mundo e se mostra como principal motivo de consultas médicas e de grande impacto socioeconômico para um país. Ainda, é conceituada como de caráter multidimensional e seu alívio é visto como um direito básico, tratando-se assim, não apenas de uma questão clínica, mas também de uma questão ética e que envolve uma equipe de saúde multidisciplinar.

Dessa forma, o recorte parcial do nosso estudo, vem somar a literatura atual dados sobre as alterações multidimensionais da dor, em caráter biopsicossocial. Contudo, torna-se importante a elaboração de novos estudos mais abrangentes que possam subsidiar e ampliar o conhecimento científico diante da dor crônica frente às diferentes terapias disponíveis para o alívio da mesma, principalmente referentes à terapia medicamentosa que já é evidenciada na literatura como a que possui melhores respostas, visando melhora da qualidade de vida, diminuição da fadiga e melhoria da incapacidade. O que, possivelmente, promoverá a diminuição dos impactos pessoais e sociais provocados.

## REFERÊNCIAS

1. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):304–8.
2. Beneli LDM, Carvalho CF De, Baldin AD. Avaliação da dor na síndrome miofascial e da flexibilidade após a prática de exercícios do Método Pilates. 2017;35(4):267–71.
3. Geneen LJ, More RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical Activity an exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *J Sociol.* 2005;(1):135–9.
4. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen KAK. Chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: A narrative review. *Anesth Analg.* 2016;122(6):2028–39.
5. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2015;385:S10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615608054>
6. Pedrosa MB, Pimentel EA dos S, Ranzolin A, Duarte ALBP, Fernandes VM, Lorena SB de. Evaluation of pain and quality of life of fibromyalgia patients. *Rev Dor.* 2016;17(1):8–11.

7. Wendt A, Ao C, Cb U, Ar M, Fjj R, Lac N, et al. Funcionalidade e incapacidade em pacientes comprometimento musculoesquelético. 2017;
8. Fayaz A, Ayis S, Panesar SS, Langford RM, Donaldson LJ. Assessing the relationship between chronic pain and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain* [Internet]. 2016;13:76–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.005>
9. Mayoral Del Moral O, Torres Lacomba M, Russell IJ, Sánchez Méndez Ó, Sánchez Sánchez B. Validity and Reliability of Clinical Examination in the Diagnosis of Myofascial Pain Syndrome and Myofascial Trigger Points in Upper Quarter Muscles. *Pain Med*. 2018;19(10):2039–50.
10. Goldenberg DL, Russell IJ, Russell AS, Katz RL, Häuser W, Walitt B, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2016;46(3):319–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
11. Martin SA, Coon CD, McLeod LD, Chandran A, Arnold LM. Evaluation of the fibromyalgia diagnostic screen in clinical practice. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(2):158–65.
12. Lucas N, Macaskill P, Irwig L, Moran R, Bogduk N. Reliability of Physical Examination for Diagnosis of Myofascial Trigger Points. *Clin J Pain* [Internet]. 2009;25(1):80–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158550>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158550>
13. Rathbone ATL, Grosman-Rimon L, Kumbhare DA. Interrater Agreement of Manual Palpation for Identification of Myofascial Trigger Points: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain*. 2017;33(8):715–29.
14. Li X, Wang R, Xing X, Shi X, Tian J, Zhang JJ, et al. Acupuncture for Myofascial Pain Syndrome: A Network Meta-Analysis of 33 Randomized Controlled Trials. *Pain Physician* [Internet]. 2017;20(6):E883–902. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28934793>
15. Roussel NA, De Kooning M, Lluch E, Van Dyck D, Struyf F, Nijs J, et al. Prevalence, Incidence, Localization, and Pathophysiology of Myofascial Trigger Points in Patients With Spinal Pain: A Systematic Literature Review. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2015;38(8):587–600. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.08.004>
16. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):473–83.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, 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(mai/jun).

18. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, D'JM, Greve A, Kaziyama HHS, et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev Med (São Paulo)*. 2001;80(1):443–73.
19. Treatment of persistent pain in older adults - UpToDate [Internet]. [cited 2020 May 8]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-persistent-pain-in-older-adults?search=dor myofascial pain syndrome treatment&sectionRank=2&usage\\_type=default&anchor=H431943&source=machineLearning&selectedTitle=5~79&display\\_rank=5#H431943](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-persistent-pain-in-older-adults?search=dor%20myofascial%20pain%20syndrome%20treatment&sectionRank=2&usage_type=default&anchor=H431943&source=machineLearning&selectedTitle=5~79&display_rank=5#H431943)
20. Yuan QL, Wang P, Liu L, Sun F, Cai YS, Wu WT, et al. Acupuncture for musculoskeletal pain: A meta-analysis and meta-regression of sham-controlled randomized clinical trials. *Sci Rep* [Internet]. 2016;6(February):1–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/srep30675>
21. Struyf F, Meeus M, Nijs J, Voogt L, Meuffels D, de Vries J. Analgesic effects of manual therapy in patients with musculoskeletal pain: A systematic review. *Man Ther* [Internet]. 2014;20(2):250–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.09.001>
22. Siebra maiara mota rocha, Vasconcelos thiago brasileiro de. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Rev bras dor*. 2017;