



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

PÂMELA THAIS DA SILVA SOUSA

SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS
ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA-UEPB

CAMPINA GRANDE-PB

2015

PÂMELA THAIS DA SILVA SOUSA

**SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS
ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA- UEPB**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^a Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro

CAMPINA GRANDE- PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725s Sousa, Pâmela Thais da Silva.
Síndrome dolorosa miofascial em mulheres climatéricas
atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia - UEPB. [manuscrito] /
Pâmela Thais da Silva Sousa. - 2015.
26 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro,
Departamento de Fisioterapia".

1. Síndrome da Dor Miofascial. 2. Climatério. 3.
Ansiedade. I. Título.

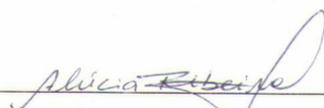
21. ed. CDD 612.665

PÂMELA THAIS DA SILVA SOUSA

**SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS
ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA- UEPB**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento à exigência para obtenção
do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 17/06/2015



Prof^a Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro/ UEPB

Orientadora



Prof^a Ms. Lorena Carneiro de Macêdo/ UEPB

Examinadora



Prof^a Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira/ UEPB

Examinadora

SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MULHERES CLIMATÉRICAS ATENDIDAS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA- UEPB

SOUSA, Pâmela Thais da Silva¹; RIBEIRO, Alba Lúcia da Silva².

RESUMO

Introdução: O climatério é o período de transição entre a fase reprodutiva e a senescência. Neste período ocorre uma série de alterações devido ao déficit na produção de hormônios esteróides ovarianos. Dentre as alterações prevalentes, estão os distúrbios emocionais como ansiedade e depressão, que podem desencadear dores musculoesqueléticas. A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é uma condição de dor regional causada pela presença de pontos gatilho (PG) nos músculos. Quando estes PG são pressionados ou se encontram ativos, produzem dor referida, tensão muscular e incapacidade. **Objetivo:** Investigar a presença de Síndrome Dolorosa Miofascial em mulheres climatéricas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, composto por 15 mulheres. Para a coleta de dados, foram utilizados o Questionário de Avaliação Fisioterapêutica no Climatério, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Avaliação dos pontos-gatilho e Limiar de Dor por pressão (LDP) através do Algômetro e Escala Visual Analógica (EVA). Os dados foram analisados através da estatística descritiva no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0, com valores expressos em porcentagem, média e desvio padrão. **Resultados:** Não foi identificada alta prevalência dos níveis de ansiedade e depressão nas mulheres nessa fase do climatério, visto que a maioria (46,7%) apresentaram ansiedade leve, e 46,7% depressão em nível mínimo. Na análise da SDM, verificou-se que 60% das mulheres não apresentaram dor miofascial, enquanto que 93,3% relataram dores de outras origens. **Conclusão:** A maioria das mulheres estudadas não apresentaram SDM, tais resultados podem ser justificados pela intervenção fisioterapêutica a que são submetidas semanalmente. Fato que provavelmente contribuiu para a ausência ou menor prevalência de dor miofascial visto que há uma minimização dos fatores que a predispõe.

Palavras-chave: Síndromes da Dor Miofascial; Climatério; Ansiedade.

¹pom_thais@yahoo.com.br. Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.

²albauepb@hotmail.com. Professora Esp. da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3 METODOLOGIA.....	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
ABSTRACT	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O climatério representa a fase de transição entre o estado reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, seu início se dá aos 40 anos e término aos 65 anos. Esse fenômeno fisiológico decorre do esgotamento dos folículos ovarianos, com queda progressiva da secreção de estradiol, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais e surgimento de sintomas característicos, tais como alterações vasomotoras, modificações do humor, distúrbios do sono, ansiedade, depressão e sintomas decorrentes da hipotrofia genital, além de repercussões observadas em longo prazo, tais como osteoporose e aumento da morbidade cardiovascular (PEREIRA et al., 2009; LORENZI et al., 2005; MORAIS, 2012; DIAS, 2012; VERAS, 2006).

Os estresses emocionais e as anormalidades do sono podem desencadear ou agravar a dor musculoesquelética. A síndrome dolorosa miofascial (SDM) acomete músculos, tecido conectivo e fáscias, principalmente na região cervical, cintura escapular e lombar. A dor e a incapacidade geradas pelas SDM podem ser bastante significativas, a dor é caracterizada como peso ou queimor e pode inicialmente manifestar-se no músculo e permanecer localizada ou comprometer outras áreas (YENG; KAZIYAMA; TEIXEIRA, 2003).

A SDM apresenta-se como dor regional e é acompanhada por um aumento da tensão e diminuição da flexibilidade do músculo e fáscia relacionada. É uma condição de dor mio gênica caracterizada pela presença de músculos em estado de encurtamento ou contratura com áreas locais de hipertonicidade e regiões hipersensíveis no tecido muscular, conhecidos como pontos gatilho (PG) ou *triggerpoints* que, quando estimulados ocasionam dor referida à distância. Os fatores predisponentes para a ocorrência da Síndrome Dolorosa Miofascial são: anormalidades nutricionais, endócrinas, reumatológicas, assimetria dos membros inferiores, malformação da pelve, posturas inadequadas e imobilismo prolongado (SHAH; HEIMUR, 2012; RODRIGUES, 2013; BIGONGIARI et al., 2008; YENG; KAZIYAMA; TEIXEIRA, 2003). Assim, o presente estudo propôs-se investigar a presença de Síndrome Dolorosa Miofascial em mulheres climatéricas atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O climatério pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva e a senescência. Neste período ocorre uma série de alterações devidas inicialmente à falha e a seguir ao déficit na produção de hormônios esteróides ovarianos. Segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (1999) o climatério é classificado em:

- Pré-menopausa - inicia-se aos 40 anos em mulheres com ciclos menstruais normais ou com o mesmo padrão que sempre tiveram durante sua vida reprodutiva. Há diminuição da fertilidade.
- Perimenopausa – ou transição menopausal, antes da última menstruação e persiste até um ano após. As mulheres apresentam ciclos menstruais irregulares, alterações clínicas e endócrinas (hormonais).
- Pós-menopausa - inicia um ano após o último período menstrual. É considerada precoce (até 5 anos da última menstruação) e tardia (após 5 anos da última menstruação) (MORAIS, 2012).

Os sintomas mais comuns do climatério são representados pela ocorrência de alterações vasomotoras, modificações do humor, distúrbios do sono, sintomas decorrentes da hipotrofia genital, depressão e ansiedade, além de repercussões observadas em longo prazo, ocorrem em, aproximadamente, 75% a 80% das mulheres devido às alterações hormonais da meia idade. Tendo em vista que a expectativa de vida da mulher é de 72 anos e que a menopausa acontece por volta dos 51 anos o percentual de prevalência de tais sintomas é significativo, justificando a necessidade de mais estudos científicos brasileiros que abordem esse fenômeno (PEREIRA et al., 2009; MORAIS, 2012; SILVA; ARAUJO; SILVA, 2003; ZAHAR et al., 2005).

No período de transição menopausal, devido às tais alterações hormonais, ocorrem irregularidades menstruais e o primeiro mecanismo a se alterar é o que envolve a produção de inibina (polipeptídeo sintetizado pelas células da granulosa sob estímulo do FSH e do estradiol). Ocorre diminuição progressiva deste peptídeo na fase folicular com o consequente aumento sérico gradual do Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Somando-se, a isto, os folículos remanescentes são mais resistentes à ação desta gonadotrofina. Os ciclos menstruais sofrem alterações variáveis tanto em regularidade quanto em quantidade de fluxo. O Hormônio Folículo Estimulante (FSH) permanecerá aumentado por 5 a 10 anos após a

menopausa, sempre mais alto que o também aumentado LH, e mesmo após este período os níveis destas gonadotrofinas serão maiores do que os da menarca (SPEROFF; GLASS; KASE, 1989; FERREIRA, 1999).

Estudos neurofisiológicos mostram áreas cerebrais onde os estrogênios controlam funções de emoções e sexualidade. Investigações neuroquímicas demonstram que os estrogênios podem afetar a concentração de enzimas que sintetizam e catabolizam neurotransmissores cerebrais, regulando a produção de adrenalina, noradrenalina, serotonina, prostaglandinas. Com a falência ovariana há uma baixa significativa do estrogênio, sua deficiência pode gerar os sintomas neuropsíquicos observados no climatério. Essas transformações são normais dessa fase, levando muitas mulheres a passar por problemas como preocupações mais intensas, ansiedade excessiva, depressão, mal-estar, irritabilidade, insônia, medo da velhice, sensação de inutilidade, entre outros. Acredita-se que estes sintomas e alterações dependem da história de vida de cada mulher (PEREIRA et al., 2009; FERREIRA; WEHBA; FERNANDES, 1997; SILVA; ARAUJO; SILVA, 2003).

Ao longo do tempo, desde 1592, várias sinonímias foram utilizadas para a Síndrome da Dor Miofascial, como mialgia, miosite, miofasceíte, miofibrosite, miogelose, fibrosite, reumatismo muscular ou de partes moles e tensão muscular. Em 1952, Travell sugeriu o termo dor miofascial e síndrome dolorosa miofascial, que juntamente com o termo Síndrome da Dor Miofascial são os mais utilizados atualmente, se caracteriza por uma afecção que acomete músculos, fáscias, ligamentos, tecidos pericapsulares, tendões e bursas, e define-se tradicionalmente como a dor que surge dos pontos-gatilho (PG) nos músculos. Os PG são áreas pequenas e sensíveis no músculo que espontaneamente ou por compressão causam dor para uma região distante, conhecida como dor referida, são localizados em uma área dolorosa em uma faixa muscular e podem estar ativos (dolorosos com ou sem movimento) ou latentes (dolorosos apenas á palpação). Os PG não podem ser confundidos com os *tender-points*, que se caracterizam por dor local, pois eles também podem irradiar dor para outros pontos (BATISTA; BORGES; WIBELINGER, 2012; YENG; KAZIYAMA; TEIXEIRA, 2001).

Os PG miofasciais são tipicamente localizados pelo exame físico e pela palpação. O diagnóstico dos *trigger-points* é feito pela exploração física, que deve levar em conta os sinais físicos demonstrados, incluindo: presença de tensão palpável em uma zona musculoesquelética, a presença de nódulos doloridos hipersensíveis na zona de tensão muscular, contração local visível ou palpável à compressão. Um músculo com PG não trabalha efetivamente. A banda de tensão restringe o alongamento do músculo e, por isso, há

limitação de movimento. A fraqueza é produzida pela dor induzida pela inibição muscular, assim como com o encurtamento muscular (BATISTA, BORGES; WIBELINGER, 2012).

Em termos epidemiológicos, é uma patologia que atinge em maior número a população feminina, com idades compreendidas entre os 30-50 anos, sendo os músculos mais comumente afetados: os músculos da região cervical posterior, o músculo esternocleidomastoideo, o músculo trapézio, os músculos levantadores da escápula e os músculos posturais axiais. Estima-se que a prevalência da dor músculo-esquelética identificada como dor miofascial localizada é muito elevada (AFONSO; JACINTO, 2009).

Existem múltiplos fatores contribuintes para o aparecimento de *Trigger Points*, nomeadamente: fatores psicossociais, o stress e a tensão; ansiedade, alterações do sono (sono não reparador) e fadiga; alterações neurológicas, secundária a compressão nervosa ou envolvimento nervoso periférico; alterações sistêmicas, endócrinas ou nutricionais. Um diagnóstico clínico adequado do paciente com dor miofascial deve ser composto de três elementos-chave: história, exame físico, diagnóstico e estudo de fatores perpetuantes. Após uma recolha pormenorizada da história clínica, deve-se partir para o exame físico, que deve começar com uma observação geral do paciente para determinar quaisquer anormalidades na força muscular, na tensão muscular e na postura. Em seguida deve-se proceder à palpação dos músculos, em que o terapeuta vai encontrar no paciente com Síndrome Dolorosa Miofascial, contraturas musculares, bandas musculares tensas, estiramento muscular, limitação na amplitude de movimentos e pontos algícos, chamados PG miofasciais (RODRIGUES, 2013, YENG et al., 2001; AFONSO; JACINTO, 2009).

Uns dos instrumentos validados para identificar a presença de ansiedade e depressão são, respectivamente: o Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) que consiste numa escala de auto-avaliação constituída por 21 itens nos quais são atribuídos pontos que refletem níveis de gravidade crescentes e cada sintoma comum da ansiedade, e o Inventário de Depressão de BECK (BAI) que é uma escala de auto-avaliação reconhecida mundialmente para detectar sintomas depressivos. O inventário contém 21 itens que devem ser respondidos com base na última semana (LUCENA, 2013). Em decorrência da escassez de informações relatadas na literatura sobre a avaliação da dor miofascial em mulheres climatéricas, é de suma importância o estudo desta população amostral visto que as alterações psicossociais decorrentes dessa fase da vida influenciam na sua qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo, e abordagem quantitativa, realizada na Clínica Escola de Fisioterapia- UEPB em Campina Grande/PB, no período de maio de 2015. A amostra foi do tipo não probabilística e intencional, formada por 15 mulheres com idade entre 40 a 65 anos. O trabalho foi submetido e aprovado pelo do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o protocolo 43174314.0.0000.5187, seguindo os preceitos atuais de ética nas pesquisas referentes à Resolução de nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que delimita as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os sujeitos foram convidados à assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE quanto à participação, autorizando sua inserção no estudo. Os pesquisadores envolvidos também assinaram um termo de compromisso com a referida pesquisa. Bem como, as instituições onde foi desenvolvida a pesquisa assinou o Termo de Autorização Institucional atestando sua concordância com a pesquisa.

Para inclusão da amostra considerou-se mulheres que estivessem aptas a participar da pesquisa nos dias de coleta, com idade entre 40 a 65 anos (a faixa etária escolhida deu-se em concordância com o Consenso Brasileiro Multidisciplinar da Sociedade Brasileira de Climatério – SOBRAC), que estavam sendo atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres com impossibilidade de compreender as orientações fornecidas e/ou de dar informações durante a avaliação dos PG (doenças neurológicas, psiquiátricas, surdez profunda, etc.) e que tivessem realizado Histerectomia.

Para realização desse estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de avaliação Fisioterapêutica no Climatério na qual constam as seguintes informações: nome, endereço, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, além disso, questões sobre os hábitos de vida, história ginecológica, Índice Menopáusicico, características sexuais, exame físico com avaliação da dor miofascial;

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) - que consiste em um questionário composto por 21 itens, com alternativas de respostas variando de “nada”, “um pouco: não me incomodou muito”, “moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar” ou “gravemente: difícil de suportar” para cada um dos sintomas apresentados. O escore total é a soma dos escores de cada item. A classificação recomendada para o nível de ansiedade é

ansiedade mínima (0-7), ansiedade leve (8-15), ansiedade moderada (16-25) e ansiedade grave (26-63) (OLIVEIRA et al., 2006; LUCENA, 2013).

O Inventário de Depressão de Beck - BDI, que corresponde a um questionário composto por 21 itens, os quais avaliam sintomas e atitudes que variam numa escala de pontuação de 0-3. A classificação dos escores indicativos para a depressão são: normal (0-9), leve (10-15), leve a moderado (16-19), moderada a severa (20-29), severa (30-63) (CHEIK et al., 2003).

Na avaliação da intensidade da dor relatada pelos indivíduos foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) que consiste numa escala graduada de 0 (zero) a 10 (dez) na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável e para identificar o Limiar de Dor por Pressão utilizou-se o Algômetro FDN 100 da marca *Wagner instruments* (SOUSA; SILVA, 2005; SILVA, 2014).

Inicialmente foi feita uma triagem através dos prontuários, 59 mulheres participam dos grupos de Climatério que acontecem na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB. Porém, 50 mulheres foram recrutadas para participar da pesquisa, visto que houve um grande número de faltosas durante o período de avaliação, a amostra foi composta por 15 mulheres, já que 5 mulheres não concluíram a avaliação necessária para a pesquisa, 11 mulheres tinham realizado histerectomia, 1 mulher tinha idade inferior a 40 anos e 18 mulheres idade superior a 65 anos. As que se encaixavam nos critérios estabelecidos foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sendo solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a coleta dos dados de identificação, elas foram convidadas a realizar a avaliação com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Posteriormente, em uma sala específica foi realizada a avaliação da presença de Pontos Gatilho, em cada ponto o algômetro era posicionado perpendicularmente e o pesquisador aumentava progressivamente a pressão colocada. O indivíduo era orientado a relatar o início da sensação dolorosa, neste momento a pressão era interrompida e o valor observado anotado em seguida a participante apontava na Escala Visual Analógica a intensidade da dor.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva simples no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0, com valores expressos em porcentagem, média e desvio padrão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 15 mulheres com idades entre 44 e 63 anos e a média e desvio padrão da amostra foi de $56,73 \pm 5,418$ anos. Dentre elas, (6,7%) se enquadra na faixa etária de 40 á 45 anos, (6,7%) entre 46 e 52 anos, (53,3%) entre 53 e 58 anos e (33,3%) de 59 á 65 anos (Gráfico 1).

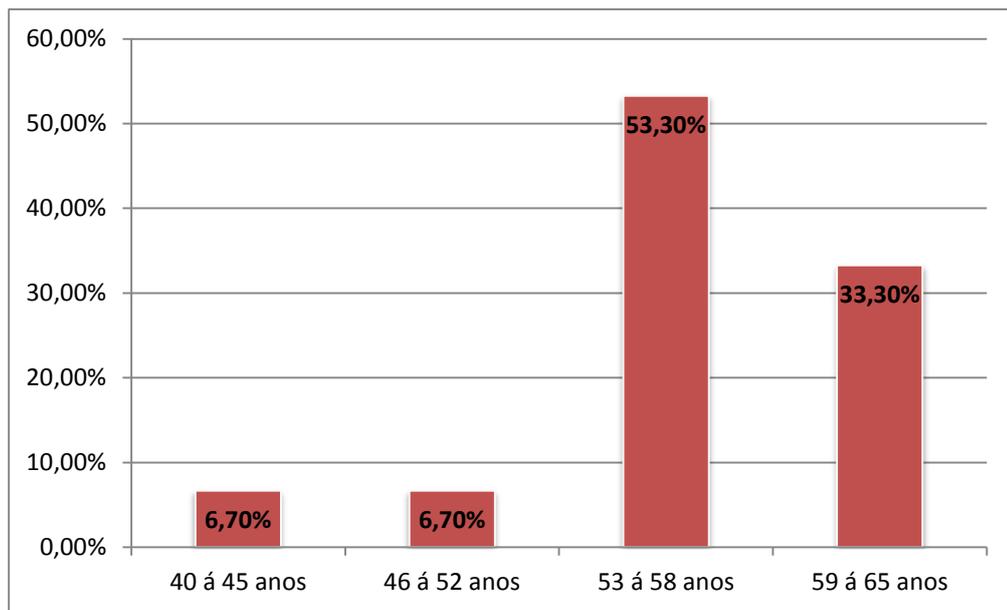


Gráfico 1: Distribuição das pacientes por faixa etária (%). Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Uma pesquisa aleatória realizada com mulheres no período do climatério, com faixa etária entre 40 e 65 anos, atendidas nos serviços de atenção primária à saúde de um município do interior paulista constatou que a média de idade correspondeu a $48,95 \pm 6,27$ anos, um pouco abaixo da encontrada em nosso estudo (MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Um estudo realizado em Pindamonhangaba avaliou 749 mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) e a média de idade foi de 48,5 anos, sendo que a maioria (41,7%) delas situava-se entre 35 e 44 anos (PEREIRA et al., 2009). Porém, uma pesquisa feita com 36 mulheres de 35 a 65 anos, que frequentavam o Centro de Saúde do serviço público para consultas de enfermagem apresentou em sua maioria a faixa etária de 51 a 60 anos (SILVA; ARAÚJO; SILVA, 2003).

Tabela 1: Distribuição das características ginecológicas, obstétricas e sexuais.

Variáveis	n	%	Média (DP)
Menarca			
Média de Idade	-	-	13,93 (1,981)
Menopausa			
Sim	12	80	-
Não	3	20	-
Idade da Menopausa			
Média	-	-	48,58 (6,052)
Gestações			
Sim	13	86,7	-
Não	2	13,3	-
Vida Sexual Ativa			
Sim	10	66,7	-
Não	5	33,3	-
Classificação da Vida Sexual			
Ótima			
Boa	1	6,7	-
Ruim	4	26,7	-
Péssima	6	40,0	-
	2	13,3	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A média de idade da menarca foi de 13,93 anos ($\pm 1,981$), ao passo que a menopausa ocorreu em média aos 48,58 anos ($\pm 6,052$) corroborando com os estudos realizados por Silva et al. (2003), Fernandes, Baracat e Lima (2004) e Lorenzi et al. (2005) em que a maioria das mulheres tem a menarca em média dos 12 á 13 anos e experimentam a menopausa entre os 48 e 52 anos de idade, podendo variar de mulher para mulher e ocorrendo por volta dos 42 aos 55 anos. A literatura relata faixa etária de ocorrência do climatério dos 40 a 60 anos, fato este também observado na amostra. Duas entrevistadas (13,3%) confirmaram nunca ter engravidado.

Quanto a atividade sexual, 66,7% das mulheres entrevistadas apresentavam vida sexual ativa, sendo (40%) classificada como ruim, (26,7%) como boa, (13,3%) péssima e

apenas (6,7%) classificou como ótima. Em um estudo realizado com 40 mulheres, com faixa etária entre 45 e 65 anos, muitas mulheres referiram que o sexo neste período é algo sem razão de existir, sem propósito, sem motivação, até mesmo sendo apontado como algo penoso e perverso de se viver (ARAÚJO et al., 2013).

Considerando-se os hábitos de vida, a maioria (86,7%) das pacientes não era tabagista e nem etilista (80%), e mais da metade da amostra (53,3%) pratica algum tipo de atividade física que serve como fator protetor para instalação de doenças ou comorbidades. . A tabela abaixo apresenta atividades realizadas considerando prática regular as que correspondem a frequência de no mínimo 3 vezes por semana.

Tabela 2: Distribuição da caracterização de hábitos de vida

Variáveis	n	%
Tabagismo		
Sim	2	13,3
Não	13	86,7
Etilismo		
Sim	3	20
Não	12	80
Prática de atividade física		
Sim	8	53,3
Não	7	46,7
Tipo de atividade física		
Caminhada	7	46,7
Hidroginástica	1	6,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

A partir da meia idade, se potencializa a diminuição da massa muscular e assim consequentemente um grande declínio nos níveis de força e resistência muscular, além de uma sensação constante de fadiga e diminuição da capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia. A morbidade, a autonomia e a qualidade de vida da mulher estão diretamente relacionadas aos fatores do estilo de vida, portanto é necessário que ela se mantenha fisicamente, psicologicamente e socialmente ativa (SANTOS; NOGUEIRA; LIBERALI, 2010).

A sintomatologia climatérica mostrou-se leve e moderada em 46,7%, e grave em 6,7% dos casos (Tabela 3), discordando da maioria das pesquisas citadas na literatura, porém

concordando com o estudo realizado recentemente por Miranda, Ferreira e Correntes (2014) com 99 mulheres em que avaliaram a severidade dos sintomas climatéricos relacionando-os com a qualidade de vida dessas mulheres, constatou que a maioria apresentou sintomas leves a moderados e que dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher ao longo do seu processo de envelhecimento, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, a sua inserção social e experiências frente a eventos vitais, influenciadas também pelas atitudes e percepções das mesmas em relação à menopausa.

Tabela 3: Sintomatologia climatérica (índice de Kupperman) e Gravidade dos Sintomas.

Variáveis	n	%	Média (DP)
Índice de Kupperman	-	-	21,13 (10,343)
Média (DP)			
Gravidade dos Sintomas			
Leve			
Moderado	7	46,7	-
Grave	7	46,7	-
	1	6,7	-
Total	15	100	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Tabela 4: Presença de dor miofascial e dores de outra origem.

Variáveis	n	%
Dor miofascial		
Sim	6	40
Não	9	60
Dor de outra origem		
Sim	14	93,3
Não	1	6,7
Total	15	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Em relação à dor e/ou desconfortos musculoesqueléticos, verificou-se que cerca de 93,3% das mulheres relataram sentir de origens diversas, porém apenas 40% das entrevistadas referiram dor de origem muscular. Neste viés, observou-se que houve limitação do entendimento da amostra estudada em identificar a origem da dor, mas com base na avaliação foi possível obter os resultados. Considerando que a maioria destas mulheres ocupa-se com tarefas do lar e que muitas vezes há a limitação na realização destas atividades, podem estas dores estar relacionadas aos afazeres repetitivos do cotidiano.

A etiologia da disfunção musculoesquelética está relacionada com cargas excessivas e microtraumas repetitivos associados a tarefas ocupacionais, além de fatores hereditários, metabólicos e endócrinos que sugerem a participação do estrógeno na desordem frequente no sexo feminino (KROTH et al., 2010).

A Síndrome Dolorosa Miofascial é uma patologia que atinge em maior número a população feminina com idades entre 31 e 50 anos, coincidindo com o auge de atividade produtiva desses indivíduos, contudo, as mulheres de meia idade, sedentárias, são também mais suscetíveis ao desenvolvimento de síndromes miofasciais, que se assemelha aos dados encontrados em nossa pesquisa, visto que, a maioria das mulheres entrevistadas corresponde à faixa etária acima de 50 anos, praticam atividade física regularmente e apresentam baixa prevalência de dor miofascial. Durante o envelhecimento, há redução das atividades, predomínio da presença dos PG latentes, limitação da amplitude articular e menor frequência da SDM e de PG ativos, o que pode justificar os resultados obtidos (FREITAS et al, 2006; YENG; KAZIYAMA; TEIXEIRA, 2003; TRAVELL, 1983).

Não foram encontradas referências na literatura sobre a presença de pontos-gatilho especificamente em mulheres climatéricas, todavia, um estudo prospectivo realizado com mulheres de faixa etária entre 25 e 55 anos, com objetivo de identificar alterações cervicais em mulheres com distúrbios vocais, comparando-as a mulheres sem alterações vocais, detectou a presença considerável de pontos-gatilho, em especial na região de trapézio (fibras superiores) (MENOCIN et al.,2010).

Uma pesquisa do tipo ensaio clínico randomizado e controlado realizado com 44 sobreviventes de câncer de mama com o intuito de avaliar os efeitos de um programa de fisioterapia e a presença de pontos-gatilho ativo em sobreviventes de câncer de mama identificou que as áreas mais afetadas por dor miofascial foram os músculos peitoral maior e menor, infraespinhal, escalenos, esternocleidomastóideo e trapézio superior (FERNÁNDEZ-LAO et al., 2012).

Estudos relatam haver uma maior prevalência das síndromes dolorosas miofasciais na região cervical e da cintura escapular, sendo os músculos mais comumente afetados: o músculo esternocleidomastóideo, o músculo trapézio, os músculos levantadores da escápula e os músculos posturais axiais (AFONSO; JACINTO; 2009; FREITAS et al, 2008; SOLA et al., 1955).

Avaliando o gráfico 2, em que se descreve a prevalência de músculos mencionados com dor de origem miofascial, verificou-se que das 6 (40%) mulheres que referiram dor miofascial, os músculos mais acometidos pela Síndrome Dolorosa Miofascial foram os músculos Occipitais e Trapézios, seguido dos Temporais, Infraespinhais, Multifídeos, Fibular Longo e Supinador com menor prevalência.

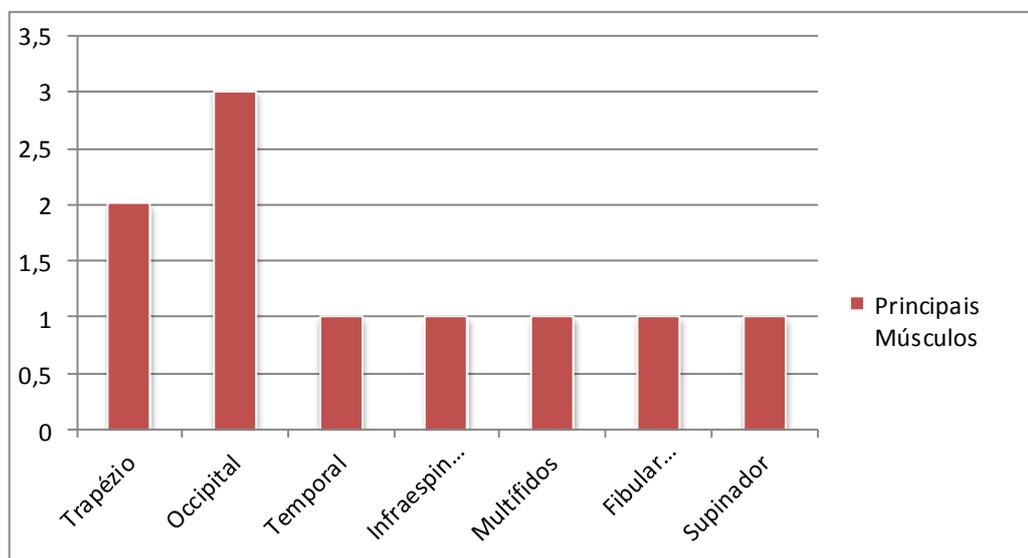


Gráfico 2: Músculos mais acometidos pela Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM). Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 5, encontram-se os dados referente à Escala Analógica Visual (EVA) utilizada para avaliar a percepção de dor dos participantes quando realizada a dígito-pressão do ponto gatilho e o Limiar de Dor por Pressão (LDP) avaliado pela algometria durante a compressão do ponto através do algômetro.

Tabela 5: Escala Visual Analógica de Dor (EVA) e Limiar de Dor por Pressão (LDP).

	Mediana	Mínimo	Máximo	Média (DP)
EVA (cm)	7,00	2,00	8,00	6,00 (2,104)
LDP (N)	28,00	15,00	49,00	29,27 (8,506)

Legenda: EVA = escala analógica visual da dor; LDP = limiar de dor por pressão; cm = centímetros; N= newton. Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Verificamos na amostra estudada que os níveis de intensidade da dor referida pelos indivíduos através da Escala Analógica Visual da Dor obtiveram valor mínimo de 2 e máximo de 8, com mediana de 7, média de 6 ($\pm 2,104$) e o Limiar de Dor por Pressão (LDP) indicando a tolerância do indivíduo quando aplicada pressão com algômetro no ponto gatilho foi representado em newton (N), sendo o valor mínimo de 15 e máximo de 49, mediana correspondente a 28 e média 29,27 ($\pm 8,506$).

Uma pesquisa com 24 pacientes portadores de dor miofascial comparando a um grupo controle de 20 indivíduos livres de qualquer sintomatologia de disfunção temporomandibular, na qual consistiu em determinar a quantidade de pressão que estimulasse resposta dolorosa em pacientes com sinais e sintomas de dor miofascial, o valor obtido para o LDP em pacientes com dor miofascial foi de 1,55Kgf, equivalente á em média 15N, chegando à conclusão de que pacientes portadores de dor miofascial possuem um LDP menor que pacientes que não eram portadores ou então pessoas assintomáticas (SILVA, 2003).

Em estudo com 15 universitários saudáveis de ambos os sexos, avaliando a intensidade da dor miofascial lombar dos indivíduos através da Escala Analógica Visual (EVA) e do Limiar de Dor por Pressão (LDP) por meio do Algômetro, apresentaram EVA com mediana de 6, valor mínimo de 4 e máximo de 7 com valores semelhantes ao nosso estudo, porém quanto ao LDP obteve mediana de 65, mínimo de 34 e máximo de 100 diferente da nossa amostra que apresentou menor limiar de dor por pressão (mediana=28; valor mínimo=15 e valor máximo=49) ou seja, menos tolerância a dor (SILVA, 2014).

De acordo com a tabela abaixo verificamos uma diferença significativa nos níveis de ansiedade e depressão, com percentual de ansiedade leve (46,7%) representando a maioria, seguida de nível mínimo (33,3%), moderado (6,7%) e grave (13,3%). Em relação à depressão

houve maior prevalência do nível mínimo (46,7%), leve (33,3%), moderado (6,7%) e grave (13,3%).

Tabela 6: Nível de ansiedade (Inventário de Ansiedade de BECK), nível de depressão (Inventário de Depressão de BECK) e presença de Dor Miofascial.

Variáveis	n	(%)
Ansiedade (BECK)		
Nível Mínimo	5	33,3
Nível Leve	7	46,7
Nível Moderado	1	6,7
Nível Grave	2	13,3
Depressão (BECK)		
Nível Mínimo	7	46,7
Nível Leve	5	33,3
Nível Moderado	1	6,7
Nível Grave	2	13,3
Presença de Dor Miofascial		
Sim	6	40
Não	9	60
Total	15	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Em estudo clínico, prospectivo e transversal, constituído por 93 mulheres selecionadas dentre 300 atendidas no Serviço de Climatério do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) com objetivo de determinar a prevalência de depressão e ansiedade em climatéricas, observaram que o percentual de depressão foi de 36,8%, ao passo que a prevalência de ansiedade foi de 53,7% (POLISSENI et al., 2009).

No estudo realizado com 749 mulheres no climatério, cadastradas no Programa de Saúde da Família e integrantes do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba (PROSAPIN), com média de idade de 48,5 anos, constataram através do Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) que a ansiedade mostrou-se prevalente e de distribuição uniforme em 49,8% representando

grande parte da população investigada (PEREIRA et al., 2009). Em outros estudos, Nivea et al. (2006) e Silva et al. (2008) observaram que há uma elevada prevalência (56,6%) de mulheres com transtornos depressivos no climatério, a maioria dos casos de depressão eram moderados e/ou graves e o percentual de depressão em níveis leves sendo quase insignificante. Considerando o fator da dor miofascial, justifica-se a menor prevalência devido aos fatores de predisposição á Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) estarem amenizados na população estudada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que em relação aos instrumentos utilizados para avaliação, o Grupo do Climatério da Clínica Escola da UEPB apresenta índices leves de sintomas climatéricos diferentemente do que se aponta na literatura, níveis leves e mínimo de ansiedade e depressão e conseqüentemente menor prevalência de dores de origem miofascial, tais resultados podem ser justificados pela intervenção fisioterapêutica que elas são submetidas semanalmente, fato que provavelmente contribuiu para a ausência ou menor prevalência de dor miofascial visto que há uma minimização dos fatores de risco como tabagismo, etilismo e sedentarismo que predispõem a Síndrome Dolorosa Miofascial.

Há uma carência de estudos específicos sobre esta temática, o que limitou a comparação dos resultados com a literatura pertinente. Desse modo, reforça-se a importância de mais investigações na área, de forma a conhecer com maior propriedade as alterações e repercussões que acontecem nessa fase da vida.

MYOFASCIAL PAIN SYNDROME IN CLIMACTERIC WOMEN AT CLINIC ESCOLA DE FISIOTERAPIA-UEPB

SOUSA, Pâmela Thais da Silva¹; RIBEIRO, Alba Lúcia da Silva².

ABSTRACT

Introduction: The climacteric is the transition period between the reproductive phase and senescence. In this period occurs a number of amendments due to deficit in the production of ovarian steroid hormones. Among the prevalent changes are emotional disorders such as anxiety and depression, which can initiate musculoskeletal pain. The Myofascial pain syndrome (MPS) is a regional pain condition caused by the presence of trigger points (TPs) in the muscle. When these TPs are pressed or are actives produce referred pain, muscle tension and disability. **Objective:** To investigate the presence of myofascial pain syndrome in Climacteric women at clinic Escola de Fisioterapia. **Methodology:** This was a transverse and descriptive study, of quantitative approach composed of 15 women. To the data collection were utilized the physiotherapeutic assessment questionnaire in the climacteric. *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck depression inventory* (BDI), assessment of trigger points and pressure pain threshold (PPT) through of the algometer and *Visual Analog Scale* (VAS). The data were analyzed through the descriptive statistics at *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0, with values expressed in percentage, average and standard deviation. **Result:** It wasn't identified high prevalence of anxiety and pressure levels in women at this climacteric phase, since the majority (46,7%) presented mild anxiety and (46,7%) depression in minimum level. In the MPS analysis, It was noticed that 60% of the women had not myofascial pain, while 93,3% report pain from other sources. **Conclusion:** The majority women studied had not MPS, these results may be justified by physiotherapeutic intervention that they are submitted weekly. Fact which probably contributed to the absence or lower prevalence of myofascial pain since there is a minimization of the factores that predisposes.

Key words: Myofascial Pain Syndrome; Climacteric; Anxiety.

REFERÊNCIAS

AFONSO, C.; JACINTO, J., 2009. Síndrome Miofascial: Diagnóstico e abordagem em MFR. **Rev. da Soc. Port. de Med. Fís. e de Reab.** v. 17. n. 1, 2009.

ARAÚJO, I. A. et al. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Text. Cont. Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.114-122, 2013.

BATISTA, J. S.; BORGES, A. M.; WIBELINGER, L. M. Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia. **Rev Dor**, São Paulo; v. 13, n.2, p. 170-174, abr-jun, 2012.

BIGONGIARI, A., et al. Análise da Atividade Eletromiográfica de Superfície de Pontos Gatilhos Miofasciais. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 48, n.6, p. 319-324, nov/dez, 2008.

CHEIK, N. C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev. Bras. C. e Mov.** Brasília, v. 11, n.3, p. 45-52 jul./set. 2003.

DIAS, I. M.; MENOPAUSA. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 6-7, jan./jun. 2012.

FERNANDES, C. E.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. Climatério: aspectos conceituais e epidemiologia. **FEBRASGO**. Climatério: manual de orientação. São Paulo: Ponto, p. 11-14, 2004.

FERNÁNDEZ-LAO, C. et al. Effectiveness of a multidimensional physical therapy program on pain, pressure hypersensitivity, and trigger points in breast cancer survivors: a randomized controlled clinical trial. **Clin. J. Pain.**; v. 28, n. 2, p. 113-21, 2012.

FERREIRA, J. A. S. - A perimenopausa. In: FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; WEHBA, S., (Eds) - **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 41-56, 1999.

FERREIRA, J. A. S.; WEHBA, S.; FERNANDES, C. E. Conseqüências do hipoestrogenismo pós-menopáusicas. In: OLIVEIRA, H.C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia**. 1ª ed. São Paulo: Revinter, p. 655-658, 1997.

FREITAS, A. E. et al. **LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE NA DOR MIOFASCIAL: REVISÃO SISTEMÁTICA**, 2006.

FREITAS, J. P., et al. **O EFEITO DO MÉTODO PRT NA DIMINUIÇÃO DA DOR EM PACIENTES COM PONTOS-GATILHOS NO MÚSCULO TRAPÉZIO SUPERIOR.** XII INIC/VIII EPG-UNIVAP, 2008.

KROTH, E. A. F. et al. Associação de artrite reumatoide e Desconfortos musculoesqueléticos em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Context. & Saúde Ijuí**, Editora Unijuí, v. 9, n. 18, p. 19-27, jan./jun. 2010.

LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Caxias do Sul, v. 27, n. 1, p. 12-19, 2005.

LUCENA, B. B. **Disfunção sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas.** 75 p. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENONCIN, L. C. M. et al. **Alterações Musculares e Esqueléticas Cervicais em Mulheres Disfônicas.** Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo - Brasil, v.14, n.4, p. 461-466, out/nov/dez. 2010.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**; v. 5, n. 67, p. 803-9, set-out. 2014.

MORAIS, R. F. F. **AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO EM MENOPAUSADAS SEM USO DE REPOSIÇÃO HORMONAL E USUÁRIAS DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA –UEPB.** 2012. 33p. Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Paraíba, 2012.

NIEVAS, A. F. et al. Depressão no Climatério: indicadores biopsicossociais. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n. 4, p. 274-279, 2006.

OLIVEIRA, K. L., et al. **RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA ENTRE GRUPOS DE IDOSOS.** **Psic. em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006.

PEREIRA, W. M. P. et al. Ansiedade no Climatério: Prevalência e Fatores associados. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**; v. 19, n. 1, p. 89-97, 2009.

POLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. Depression and anxiety in menopausal women: associated factors. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 31, n. 1, p. 28-34, 2009.

RODRIGUES, V. A. F. **SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL NO CONTEXO DAMEDICINA DENTÁRIA**. 2013. 77 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2013.

SANTOS, A. R., NOGUEIRA, D. F., LIBERALI, R. A Influência dos Exercícios Resistidos com pesos sobre as variáveis da Aptidão Física relacionada á Saúde em mulheres de Meia-Idade do Municipio de Caçador – SC. **Rev. Bras. de Presc. e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v.4, n.22, p.370-381. jul./ago. 2010.

SHAH, J.; HEIMUR, J. New frontiers in the pathophysiology of myofascial pain. **PAIN**, v. 22, n. 2, p. 27, 2012.

SILVA, E. K. R. **Efeitos clínicos e biomecânicos do agulhamento a seco no tratamento da dor miofascial lombar**. Trabalho de Conclusão de Curso. Campina Grande, 2014.

SILVA, M. N. M. et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Rev. Psiquiat. RS.**; v. 30, n. 2, p. 150-154, 2008.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, C. B.; SILVA, A. R. V. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **Rev. Bras. em Prom. de Saúde**. v. 16. n.1. p. 28-33, 2003.

SILVA, R. O. F. **Quantidade, tempo de pressão, e padrão de dor referida em pacientes portadores de Dor Miofascial**. Dissertação de Mestrado. Bauru, 2003.

SOLA, A. E., RODENBERGER, M.L.; GETTYS, B. B.: Incidence of hypersensitive areas in posterior shoulder muscles. **Am. J. Phys. Med.** 34: 585-590, 1955.

SOUZA, F. A. E. F., SILVA, J. A. A métrica da dor (dorimetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor.**, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.

SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility**.^{4ª} ed. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 134-55, 1989.

TRAVELL, J.G. & SIMONS, D.G.: **Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual**, ed. 1, Baltimore, Williams & Wilkins,1983.

VERAS, A. B. et al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev. de Psiquiat. Clinica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 130-134, maio/ago 2006.

YENG, L. T.; KAZIYAMA, H. H. S; TEIXEIRA, M. J. Síndrome Dolorosa Miofascial. Síndrome Dolorosa Miofascial. **Rev. Med.** v. 80, p: 94-110, 2001.

YENG, L. T.; KAZIYAMA, H. H. S; TEIXEIRA, M. J. **Síndrome Dolorosa Miofascial.** Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial, Curitiba, v.3, n.9, p.27-43, 2003.

ZAHAR S. E. V.; ALDRIGHI J. M.; PINTO NETO A. M.; CONDE D. M.; ZAHAR L. O.; RUSSOMANO F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 133-138, 2005.