

FATORES QUE AGRAVAM E QUE ALIVIAM A CERVICOBRAQUIALGIA: UMA AVALIAÇÃO DE CONTEXTO

GLÁUCIA LETICIA VIEIRA SANTOS MIRALHA
ALTAIR VALLINOTO KLAUTAU
LUCIEL ANTÔNIO DA SILVA MACEDO
MANUEL ELBIO AQUINO SEQUEIRA
UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO – RIO DE JANEIRO (RJ) – BRASIL
E-MAIL: glaucialvs@superiq.com.br

Introdução

As lesões por esforço repetitivo (LER), hoje denominadas DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil e em outros países. Dentre esses distúrbios, a cervicalgia ou cervicobraquialgia (dor cervical que desce para os ombros, podendo atingir os braços e mãos) é uma das que mais acometem os trabalhadores, representando a primeira causa de incapacitação relacionada ao trabalho em pessoas com menos de 45 anos de idade, e a terceira causa de afastamento de serviço de pessoas com 45 a 64 anos de idade (KNOPLICH, 2003).

Essa dor que se origina na região cervical da coluna e é sentida no pescoço e na nuca (embora possa projetar-se para o ombro e a parte superior do braço), é provocada ou acentuada por certos movimentos ou posições do pescoço, podendo ser acompanhada por limitação do movimento deste segmento corporal e sensibilidade à palpação sobre a coluna cervical. Pode se desenvolver após traumatismo, considerável ou insignificante (decorrente da hiperextensão do pescoço, durante mergulho, manipulações quiropáticas forçadas, etc.) ou hérnia de disco, sendo este um dos problemas que acometem muitos trabalhadores; causa de diversos sintomas que podem impossibilitar a continuidade de sua atividade laboral (KNOPLICH, 2003).

As hérnias de disco cervicais, segundo Steffenhagen (2003), geralmente ocorrem entre C6 e C7 e são mais raras que as lombares. Nesse caso, a dor irradia para os braços e dedos podendo formigar, bem como é comum o paciente perder a força nas mãos e deixar cair objetos por enfraquecimento muscular ou falta de sensibilidade desses membros.

É importante destacar que a dor crônica tem função biológica diferente durante a dor aguda, e gera incapacidade para as atividades profissionais, sociais e familiares. O comportamento dos indivíduos com dor crônica caracteriza-se pela pouca expressão dos sinais físicos da doença orgânica e pela ocorrência de depressão, ansiedade, insegurança, hostilidade, adoção de posturas introvertidas, aumento das preocupações somáticas e do período de repouso, com graves conseqüências financeiras e sociais. Associa-se a depressão, que agrava a dor crônica (ROCHA & JUNIOR, 2000).

Dor é conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais”. Tal conceito implica que a dor, como qualquer outra forma de sensibilidade, apresenta dimensão sensitiva-descriminativa (experiência sensorial), afetiva-motivacional (experiência emocional) e cognitiva-avaliativa (imagem de lesão tecidual). O sintoma dor é, muitas vezes, inadequadamente interpretado ou não é valorizado pelos profissionais de saúde, investigadores, entidades de assistência à saúde e mesmo pelos doentes e seus familiares (TEIXEIRA et al., 1995)

As atividades da vida diária, o lazer, o sono e o apetite são significativamente comprometidos em decorrência de dor, anormalidades psicoafetivas, manipulações e iatrogenias induzidas durante os procedimentos terapêuticos. A ansiedade, a depressão e a hipocondria instalam-se e se acentuam. A incerteza quanto ao futuro, o medo da incapacidade, a mutilação, a perda da dignidade e piora da situação socioeconômica são causas e fatores de

agravamento do quadro clínico. A dor persistente, a incapacidade física, a desesperança, a preocupação com a incurabilidade da doença, a desfiguração, a perda da importância no ambiente social, profissional e familiar, as perdas econômicas, o desespero e a sensação de abandono são fatores que contribuem para uma pior qualidade de vida (ibid).

Com o propósito de buscar melhorar as condições de saúde biofísica e psicossocial de pacientes com cervicobraquialgia, o objetivo do artigo foi avaliar os fatores que possam vir a agravar ou aliviar esta dor.

Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido através de uma avaliação de contexto, tendo como instrumento de coleta de dados o Modelo de Avaliação Físico-Funcional da Coluna Vertebral (Alexandre & Moraes, 2001) para a região cervical, especificamente no que diz respeito aos fatores que pioram e que melhoram a cervicobraquialgia, analisando o histórico de saúde dos indivíduos participantes (doenças antecedentes, aspectos posturais e ergonômicos, aspectos psicossociais) e os sinais e sintomas específicos para a região cervical, como irradiações, data de início (súbita ou gradual), fatores que pioram e que melhoram a dor, fatores associados, se o paciente faz e qual seria o tratamento realizado; exame físico específico para cabeça e ombros, inspeção dinâmica e palpação.

O estudo foi realizado com 22 pessoas, de ambos os sexos, entre 30 e 50 anos, licenciados pelo INSS com diagnóstico de hérnia de disco cervical e que realizam tratamento na Clínica Santa Edwiges, na cidade de Ananindeua – PA. Estes indivíduos, de acordo com a tecnologia da amostragem de Cochran (1965), formaram um grupo censo.

Ética na Pesquisa

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Castelo Branco (UCB/RJ) e aprovada sob protocolo nº 0003/2009 e a coleta de dados se deu conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Assim, inicialmente foi solicitada a autorização dos mesmos (pacientes) para que o estudo fosse desenvolvido, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tratamento estatístico dos dados

Para análise estatística foram aplicados métodos próprios da estatística descritiva que consistiu na construção de tabelas de frequências e avaliações das proporções dos eventos. Todo o processamento estatístico foi realizado sob o suporte computacional do pacote bioestatístico BioEstat versão 5 (AYRES et al., 2007).

Resultados e Discussão

Dos 22 pacientes que participaram da pesquisa, com idade média de 47,36 anos, 18 (81,82%) eram do sexo masculino e 4 (18,18%) do sexo feminino, que se queixavam de dores, dificuldade de movimentação, dependência funcional (dependiam de outras pessoas para realizar determinadas atividades), tristeza, angústia, falta de vontade de se relacionar tanto com a família quanto com os amigos, entre outras.

Dor é conceituada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais”. Tal conceito implica que a dor, como qualquer outra forma de sensibilidade, apresenta dimensão sensitiva-discriminativa (experiência sensorial), afetiva-motivacional (experiência emocional) e cognitiva-avaliativa (imagem de lesão tecidual). O sintoma dor é, muitas vezes, inadequadamente interpretado ou não é valorizado pelos profissionais de saúde, investigadores, entidades de assistência à saúde e mesmo pelos doentes e seus familiares (TEIXEIRA et al., 1995).

A dor, de acordo com Teixeira et al. (1995), é uma das maiores preocupações do ser humano desde sua existência. Numerosos são os esforços empreendidos à procura de mecanismos que justifiquem sua existência e de procedimentos destinados a seu controle. Enquanto a dor aguda constitui um sinal de alerta na ocorrência de lesões teciduais ou de disfunções orgânicas, a dor crônica não apresenta este valor biológico, mas é uma das mais freqüentes razões de incapacidade temporária e definitiva. É através da dor que a maioria das lesões ou disfunções orgânicas se manifesta. É, sem dúvida, a maior justificativa para a procura de assistência médica e um dos maiores problemas de saúde pública da sociedade moderna.

Assim, pode-se verificar na Tabela 1, que 100% dos pacientes sentem dores na posição em pé, 95% relatam dor com esforço físico e na posição sentada e 91% sentem dores com qualquer tipo de movimento. Foi verificado alívio em 95% dos casos com repouso, 91% com medicamentos e 77% com fisioterapia, e, ainda, com calor local e exercícios de alongamento.

Tabela 1: Avaliações da piora e o alívio da dor na Avaliação de Contexto em (n=22) pacientes com hérnia de disco cervical.

	Avaliação de Contexto (%)
A DOR PIORA	
Com esforço físico	95%
Com repouso prolongado	77%
Com posição em pé	100%
Com posição sentada	95%
Com deambulação	82%
Com tensão emocional	73%
Com esporte	5%
Com movimento	91%
Com outro	0%
A DOR ALIVIA	
Com repouso	95%
Com calor local	64%
Com fisioterapia	77%
Com medicação	91%
Com movimento	41%
Com exercício de alongamento	36%
Com outro	0%

*Teste Binomial

De acordo com Yeng & Teixeira (2004); Teixeira et al. (1995); Walsh et al. (2004) os pacientes com dor crônica apresentam comprometimento em diversos aspectos de sua vida. A **dor** evoca emoções e uma cascata de modificações neurofisiológicas e funcionais gerando sofrimento, incertezas, medo da incapacidade e da desfiguração, preocupações com perdas materiais e/ou sociais, limitações para a realização das atividades profissionais, sociais e/ou domiciliares. Altera também o sistema emocional, o sono, o apetite, o lazer e a qualidade de vida. Os impactos psicossociais e as incapacidades relacionadas à dor tornam-se onipresentes e os pacientes distanciam-se progressivamente das perspectivas de recuperação e de reabilitação física, profissional e social. Apresentam medo do desemprego e incertezas quanto às perspectivas futuras, prolongam o período de afastamento, o que torna ainda mais remota a possibilidade de reintegração na sociedade. O impacto dessa perda pode ser maior ou menor, dependendo do contexto funcional desses trabalhadores e de seus repertórios sócio-cognitivos.

Conclusão

Pôde-se concluir que a manutenção de determinada posição, e mesmo repouso, por tempo prolongado, podem piorar a cervicobraquialgia e que há necessidade de que os pacientes com este tipo de dor tentem manter a realização de atividades da vida diária, buscando atendimento interdisciplinar, no qual o médico, o fisioterapeuta e o profissional de educação física têm papel essencial.

Diante disso, verifica-se a necessidade de intervir nesse quadro algíco com os recursos existentes na fisioterapia, auxiliada pelos demais profissionais da área da saúde com o objetivo de proporcionar melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Bibliografia

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. MORAES, Marco Antonio Alves de. **Modelo de avaliação físico-funcional da coluna vertebral**. Revista Latino-am de Enfermagem 2001 março; 9(2): 67-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11517.pdf>. Acesso em: out.2008.

AYRES, Manuel; AYRES JR, Manuel; AYRES, Daniel Lima; SANTOS, Alex de Assis Santos Dos. **BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

COCHRAN, G. **Tecnologia da Amostragem**. Fundo de Cultura: Rio de Janeiro, 1956.

KNOPLICH, José. **Enfermidades da coluna vertebral – uma visão clínica e fisioterápica**. São Paulo: Robe Editorial, 2003.

ROCHA, Lys Esther. JUNIOR, Mario Ferreira. **Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. In: JUNIOR, Maria Ferreira. Saúde no trabalho – Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

STEFFENHAGEN, Maritza. **Manual da coluna – mais de 100 exercícios para você viver sem dor**. Curitiba: Estética Artes Gráficas, 2003.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. SHIBATA, Milton K. III. PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. CORRÊA, Cláudio Fernandes. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay, 1995.

YENG, Lin Tchia. TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Tratamento multidisciplinar dos doentes com dor crônica**. Revista Prática Hospitalar. Ano VI. Nº 35. Set-Out/2004.

WALSH, IAP. CORRAL, S. FRANCO, RN. CANETTI, EEF. ALEM, MER. COURY, HJCG. **Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas**. Rev. Saúde Pública 2004; 38(2):149-56.

Autor principal:

Gláucia Letícia Vieira Santos Miralha

Endereço: Av. Nazaré, 1001, apto 1303; bairro: Nazaré. Belém – Pará – Brasil.

CEP: 66.035-170

Telefone: (91)32427888/81211054

e-mail: glaucialvs@superig.com.br