



## ARTIGO ORIGINAL

## Presença de dor após o acidente vascular cerebral e sua relação com a função e a qualidade de vida

*Presence of pain after stroke and its relationship with function and quality of life*

Fernanda de Oliveira Yamane<sup>1</sup>, Gabriele Tainá da Silva<sup>1</sup>, Ana Paula Santos<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Fisioterapia, Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

### INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em 30 de janeiro de 2020

Aceito em 30 de junho de 2020

#### Palavras-Chave

Acidente vascular cerebral

Atividade motora

Medição da dor

Qualidade de vida

#### Keywords

Motor activity

Stroke

Pain measurement

Quality of life

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a presença da dor em indivíduos com acidente vascular cerebral (AVC) e sua relação com o desempenho funcional e a qualidade de vida (QV). **Métodos:** Estudo transversal onde 50 indivíduos com AVC atendidos em um centro de reabilitação foram avaliados por meio da Escala Visual Numérica (EVN), Questionário de Dor McGill, SF-36 e Índice de Barthel (IB). A estatística inferencial foi realizada por meio do Teste T e do coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** A presença de dor foi verificada em 64% da população, com média sete na EVN e expressivo número e intensidade de descritores do McGill. Os pacientes com dor apresentaram piores escores para QV nos domínios saúde mental ( $p = 0,046$ ), estado geral da saúde ( $p = 0,021$ ), aspectos emocionais ( $p = 0,034$ ) e dor ( $p < 0,0001$ ). A dor no hemicorpo hígido estava presente em 37% dos pacientes. A EVN correlacionou-se com o estado geral da saúde da SF-36 ( $r = -0,359$ ;  $p = 0,043$ ); já o McGill com a saúde mental ( $r = -0,364$ ;  $p = 0,041$ ), capacidade funcional ( $r = -0,365$ ;  $p = 0,039$ ) e aspectos emocionais ( $r = -0,374$ ;  $p = 0,035$ ). Não houve relação entre a dor e o IB. **Conclusões:** Este estudo mostrou alta incidência e intensidade de dor em indivíduos com AVC, mesmo em reabilitação. A presença da dor interferiu mais na QV do que na função e o McGill relacionou-se com mais domínios da SF-36 do que a EVN.

### ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the presence of pain in individuals with stroke (stroke) and its relationship with functional performance and quality of life (QoL). **Methods:** Cross-sectional study in which 50 individuals with stroke treated at a rehabilitation center were assessed using the Visual Numerical Scale (VNS), McGill Pain Questionnaire, SF-36 and Barthel Index (BI). Inferential statistics were performed using T-test and Pearson's correlation coefficient. **Results:** The presence of pain was verified in 64% of the population, with an average of seven in the VNS and a significant number and intensity of McGill's descriptors. Pain patients had worse scores for QoL in the domains of mental health ( $p = 0.046$ ), general health status ( $p = 0.021$ ), emotional aspects ( $p = 0.034$ ) and pain ( $p < 0.0001$ ). Pain in healthy hemibody was present in 37% of patients. The VNS correlated with the general health status ( $r = -0.359$ ;  $p = 0.043$ ) of SF-36; McGill with mental health ( $r = -0.364$ ;  $p = 0.041$ ), functional capacity ( $r = -0.365$ ;  $p = 0.039$ ) and emotional aspects ( $r = -0.374$ ;  $p = 0.035$ ). There was no relationship between pain and BI. **Conclusions:** This study showed a high incidence and intensity of pain in individuals with stroke, even in rehabilitation. The presence of pain interfered more in QoL than in function and McGill was related to more domains of SF-36 than VNS.

#### \* Correspondência:

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Rodovia MGT 367 Km 583, 5000 - Alto da Jacuba.

Diamantina - MG, Brasil | CEP 39.100-000

Fone: (38) 3532-1239

E-mail: [anapaula.santos@ufvjm.edu.br](mailto:anapaula.santos@ufvjm.edu.br)

## Introdução

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC), na maioria das situações, apresentam um perfil crônico, complexo e heterogêneo, podendo ocasionar déficits em vários domínios do desempenho motor<sup>1</sup>. Após um AVC, os comprometimentos motores, sensitivos, cognitivos e emocionais podem ocasionar dependência do indivíduo para atividades e participações e, assim, pior percepção da qualidade de vida (QV)<sup>2-4</sup>.

Sabe-se que a hemiplegia é um sinal clássico do AVC<sup>5</sup> e pode vir acompanhada por sintomatologia algica<sup>6</sup>. A maioria dos indivíduos que sobrevivem ao AVC experimentam algum tipo de dor no decorrer de sua recuperação<sup>7,8</sup>. Medidas funcionais para os indivíduos com AVC normalmente enfatizam a independência nas atividades de vida diária<sup>9</sup>, dando pouca importância para a dor, condição importante para reabilitação<sup>10</sup>. A dor influencia negativamente o programa de reabilitação, atrasando o processo de recuperação e aumentando seu custo<sup>11</sup>.

Alguns estudos que analisam a dor referem-se àquela presente no ombro após o AVC<sup>2,13</sup>, dando pouca importância às qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, que se referem à situação global vivenciada pelo indivíduo<sup>14</sup>. A importância de compreender, avaliar e tratar a dor pós-AVC parte do princípio de que a sintomatologia algica nesta população é caracterizada por um caráter crônico, podendo resultar em fadiga, depressão<sup>15</sup>, limitação funcional<sup>16</sup> e declínio da QV<sup>17,18</sup>.

Contudo, a sintomatologia algica nesta população ainda é mal definida e, conseqüentemente, o seu tratamento insuficiente<sup>10</sup>. Por ser uma experiência subjetiva, a dor é um fenômeno multidimensional, e caracterizá-la é uma tarefa desafiadora<sup>19</sup>. Embora a mensuração da dor tenha um componente subjetivo, instrumentos de medidas são utilizados a fim de minimizar seu caráter subjetivo e uniformizar o acompanhamento dos indivíduos com sintomatologia algica<sup>20</sup>. Atualmente, instrumentos válidos e confiáveis são usados na prática da reabilitação e em pesquisa para diagnósticos, prognósticos e resposta a tratamentos<sup>21</sup>. Os instrumentos que mensuram a dor podem ser classificados em unidimensionais, que avaliam apenas uma característica da dor, em geral a intensidade, e como exemplo destes instrumentos tem-se a escala visual numérica (EVN)<sup>22</sup>, e os multidimensionais, que não se delimitam apenas a aspectos sensoriais, mas avaliam também a repercussão afetiva da dor (nesta classificação inclui-se o Questionário de Dor McGill). Este questionário contém uma quantidade de palavras (descritores) que descrevem aspectos qualitativos e quantitativos, levando em consideração três dimensões da dor: sensitivo-discriminativa, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativa e miscelânea<sup>23</sup>.

Apesar de ser importante compreender o quanto a dor interfere na função do dia-a-dia e na QV, estes dados são escassos na literatura<sup>10,11</sup>. Para o cuidado do indivíduo com AVC, tais informações são importantes, pois podem direcionar os tratamentos, tornando-os mais eficientes. Este estudo teve como objetivo avaliar a presença da dor, através de instrumentos uni e multidimensional, em indivíduos com AVC, analisar a correlação entre dor,

desempenho funcional e QV, e verificar se há diferença no desempenho funcional e na QV entre os indivíduos com e sem dor.

## Métodos

### Participantes

A amostra foi de conveniência. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico médico de AVC, ser atendido em um centro especializado regional de reabilitação e participação voluntária na pesquisa. Foram excluídos do estudo aqueles que tinham qualquer outra doença neurológica associada, afasia e déficits cognitivos. Dos 65 pacientes com AVC atendidos no centro, foram selecionados 50 indivíduos e 15 foram excluídos por apresentarem outra doença neurológica associada. Este estudo foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado conforme o Parecer no 1.808.572 e CAAE 61585316.5.0000.5111. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Instrumentos

O Questionário de Dor McGill, na íntegra, é formado por quatro partes. Neste estudo foram utilizadas as três primeiras. A primeira parte abrange um diagrama corporal para representação do local da dor. A segunda é composta por 78 descritores organizados em quatro dimensões: sensitivo-discriminativa (1 - 10); afetivo-motivacional (11 - 15); cognitivo-avaliativa (16) e miscelânea (17 - 20). Nesta parte, é possível calcular o número de descritores e o índice de dor. O número de descritores corresponde ao número de palavras escolhidas pelo indivíduo para caracterizar a sua dor, com pontuação máxima de 20. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores apontados, com valor máximo de 78. A terceira parte do questionário avalia a periodicidade e duração da dor, ou seja, caracteriza o padrão da dor em relação à frequência e duração<sup>14,23</sup>.

A Escala Visual Numérica (EVN) mensura a intensidade da dor, de 0 a 10, onde o zero é igual à ausência de dor e o dez representa a pior dor imaginável<sup>24</sup>.

O Questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) é um questionário multidimensional formado por 36 itens, que mensura a QV em oito dimensões: capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde. Possui um escore final de 0 a 100, e quanto maior o escore obtido, melhor a QV<sup>25</sup>.

O Índice de Barthel (IB) avalia as atividades da vida diária (AVD) e mensura a independência funcional segundo o tempo e a assistência necessária para realizar tarefas como mobilidade, cuidado pessoal, eliminações e locomoção. A pontuação total do IB varia de 0 a 100 e, quanto maior a pontuação, maior a independência para realizar as atividades avaliadas, ou seja, 100 indica independência, 91 - 99 dependência suave, 61 - 90 dependência moderada, 21 - 60 dependência grave e 0 - 20 dependência total<sup>26</sup>.

### Procedimento

Cada paciente foi avaliado em um único dia, antes da sua sessão de reabilitação, por um único pesquisador que não tinha qualquer vínculo prévio com os participantes. O tempo médio de aplicação das escalas foi de 25 minutos. Dados como gênero, idade, idade de início da doença, tempo de doença, tipo de lesão, lado do corpo comprometido e fatores de riscos também foram coletados. Quando o indivíduo referia dor, o diagrama corporal (primeira parte do Questionário de dor McGill) foi apresentado para que a região com dor fosse identificada e o restante deste questionário, a EVN, o questionário SF-36 e o IB foram aplicados. Os pacientes com AVC que não apresentaram dor foram avaliados pelo SF-36 e o IB.

### Análise dos dados

A estatística foi feita por meio de análise descritiva (números absolutos, média, desvio-padrão e porcentagens) e inferencial, com nível de significância  $p < 0,05$ . Após a verificação da normalidade das variáveis (teste *Shapiro-Wilk*), o teste t de *Student* para amostras independentes foi utilizado para comparar variáveis entre os indivíduos com e sem dor, e o coeficiente de correlação

paramétrico de Pearson foi calculado para avaliar a correlação da dor (avaliação uni e multidimensional) com as variáveis independência funcional (índice total do IB) e QV (dimensões SF-36). Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico MiniTab v.13 (MiniTab Inc, 2000).

### Resultados

Dos 50 indivíduos avaliados, 32 (64 %) relataram dor pós-AVC e 18 não relataram dor em nenhuma região do corpo. A Tabela 1 mostra as características gerais da população estudada, incluindo fatores de risco.

As diferenças obtidas entre os indivíduos com e sem dor foram significativas para a QV. As dimensões saúde mental, estado geral da saúde, aspectos emocionais e dor foram piores para os indivíduos pós-AVC com dor. Apesar dos indivíduos com dor terem apresentado piores escores para a independência funcional e AVD, não houve diferenças significativas para estes quesitos. Os resultados do SF-36 e IB encontram-se, respectivamente, nas Tabelas 2 e 3.

**Tabela 1** – Características clínico-demográficas da amostra analisada (N = 50), conforme presença ou ausência de sintomatologia algica, em pacientes pós-AVC em reabilitação. Os dados são apresentados como média  $\pm$  desvio padrão ou n (%).

Variável	Com dor		Sem dor	
	Valor	mín-máx	Valor	mín-máx
Idade (anos)	58,8 $\pm$ 10,8	34 - 80	57,4 $\pm$ 16,4	20 - 85
Idade_AVC (anos)	54,5 $\pm$ 11,7	28 - 78	51,9 $\pm$ 16,0	16 - 82
Tempo de doença (meses)	52,0 $\pm$ 42,2	1 - 156	66,1 $\pm$ 47,3	3 - 204
Gênero				
Feminino	14 (43,8)		7 (38,9)	
Masculino	18 (56,3)		11 (61,1)	
AVCi	19 (59,6)		10 (55,6)	
AVCh	13 (40,6)		8 (44,4)	
HD Comprometido	11 (34,4)		8 (44,4)	
HE Comprometido	21 (65,6)		10 (55,6)	
Hipertensão arterial sistêmica	29 (23,4)		11 (18,3)	
Tabagismo	21 (16,9)		8 (13,3)	
Etilismo	16 (12,9)		11 (18,3)	
Hipercolesterolemia	12 (9,7)		5 (8,3)	
História de AVC	10 (8,1)		4 (6,7)	
<i>Diabetes mellitus</i>	9 (7,3)		3 (5,0)	
Cardiopatía	9 (7,3)		4 (6,7)	
Obesidade	4 (3,2)		3 (5,0)	
Uso de contraceptivo oral	2 (1,6)		1 (1,7)	

AVC: acidente vascular cerebral; Idade\_AVC: idade do paciente quando sofreu o AVC; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; AVCh: acidente vascular cerebral hemorrágico; HD: hemicorpo direito; HE: hemicorpo esquerdo.

Dos pacientes que referiram dor, o hemitórax acometido pelo AVC foi frequentemente relacionado com o local da dor, entretanto 12 (37,5%) pacientes apresentaram dores também no lado hígido. A intensidade média da dor obtida pela EVN foi alta ( $7,3 \pm 1,9$ ; mín. 5, máx. 10). O número de descritores  $9,6 \pm 9,7$  e índice de dor  $24,0 \pm 5,0$  da dimensão sensitivo-discriminativa de McGill apresentaram maiores médias. Os dados referentes às

características da dor estão evidenciados nas Tabelas 4 e 5.

Não foi encontrada correlação entre os instrumentos que avaliam a dor e o IB. Entretanto, houve correlações significativas entre as dimensões capacidade funcional, saúde mental, dor, aspectos emocionais e estado geral da saúde do SF-36 e a presença de dor (Tabela 6).

**Tabela 2** – Valores médios dos escores correspondentes às dimensões do SF-36 aplicada nos pacientes pós-AVC em reabilitação (N = 50).

Dimensão	Com dor	Sem dor	p / valor t*
	Média ± DP (mín - máx)	Média ± DP (mín - máx)	
Capacidade Funcional	36,4 ± 28,0 (0 - 85)	44,7 ± 35,0 (0 - 95)	0,394 / 0,86
Aspecto Físico	21,9 ± 42,0 (0 - 100)	44,4 ± 51,1 (0 - 100)	0,122 / 1,59
Dor	35,9 ± 23,7 (0 - 72)	100 ± 0,0 (100 - 100)	< 0,0001 / 15,27
Estado Geral de Saúde	54,5 ± 24,7 (0 - 80)	62,1 ± 19,6 (15 - 87)	0,021 / 2,39
Vitalidade	68,6 ± 26,2 (10 - 100)	78,6 ± 27,4 (20 - 100)	0,216 / 1,26
Aspecto Social	64,5 ± 8,5 (37,5 - 87,5)	62,5 ± 0,0 (62,5 - 62,5)	0,195 / - 1,32
Aspecto Emocional	18,8 ± 39,7 (0 - 100)	50,0 ± 51,4 (0 - 100)	0,034 / 2,23
Saúde Mental	57,3 ± 25,8 (4 - 92)	73,5 ± 27,1 (16 - 100)	0,046 / 2,08

DP: desvio padrão. \*teste T de Student para amostras independentes.

**Tabela 3** – Valores médios dos escores correspondentes ao Índice de Barthel para avaliação do perfil funcional e de atividade de vida diária em pacientes pós-AVC em reabilitação (N = 50). Os dois grupos foram classificados como dependência moderada (61-90).

Itens	Com dor	Sem dor	p-valor / t*
	Média ± DP	Média ± DP	
Alimentação	7,3 ± 2,5	8,1 ± 2,5	0,344 / 0,96
Banho	3,1 ± 2,5	3,3 ± 2,4	0,773 / 0,29
Vestuário	6,6 ± 3,5	8,3 ± 3,0	0,064 / 1,90
Higiene pessoal	4,0 ± 2,0	4,4 ± 1,6	0,437 / 0,79
Eliminação Intestinal	9,5 ± 2,0	9,2 ± 2,6	0,605 / - 0,52
Eliminação Vesical	7,7 ± 3,8	7,8 ± 3,1	0,903 / 0,12
Vaso Sanitário	8,1 ± 3,8	8,6 ± 3,3	0,640 / 0,47
Transferência	12,5 ± 3,6	13,1 ± 3,0	0,565 / 0,58
Deambulação	13,8 ± 2,2	14,2 ± 1,9	0,489 / 0,70
Escadas	6,1 ± 4,4	7,5 ± 3,5	0,222 / 1,24
TOTAL	78,8 ± 22,4	84,4 ± 20,8	0,372 / 0,90

DP: desvio padrão. \*teste T de Student para amostras independentes.

## Discussão

A dor pós-AVC trata-se de um fenômeno complexo e, quando somada com a sua alta incidência, torna-se uma variável muito importante na área da

reabilitação. Diante dessa perspectiva, este estudo buscou caracterizar a dor nesta população e identificar sua interferência no desempenho funcional e na QV para melhor direcionar os planos de tratamento. Para tal, além da escala unidimensional EVN, muitas vezes utilizada para

**Tabela 4** – Resultados da primeira e terceira partes do Questionário de Dor McGill em pacientes pós-AVC em reabilitação (n = 32).

Variável	n (%)
Local da dor*	
Hemicorpo acometido	20 (62,5)
Hemicorpo não acometido	9 (28,1)
Ambos	3 (9,4)
Padrão da dor†	
Contínuo	15 (46,9)
Intermitente	12 (37,5)
Transitória	5 (15,6)
Desencadeia a dor†	
Movimento	22 (68,8)
Esforço	6 (18,8)
Outros	4 (12,5)
Alivia a dor†	
Repouso	23 (71,9)
Medicamento	6 (18,8)
Outros	3 (9,4)

\*Primeira parte do Questionário McGill; †Terceira parte do Questionário McGill, que avalia a periodicidade e duração da dor.

**Tabela 5** – Resultados da segunda parte do Questionário de Dor McGill em pacientes pós-AVC em reabilitação (n = 32). Resultados expressos em média ± desvio-padrão.

Dimensões	No. de descritores	Índice de dor
Sensitivo-Discriminativa	9,6 ± 9,7	24,0 ± 5,0
Afetivo-Motivacional	5,0 ± 0,2	6,7 ± 2,2
Cognitivo-Avaliativa	1,0 ± 0,0	2,7 ± 1,7
Miscelânea	3,6 ± 0,5	8,7 ± 2,9

analisar a intensidade da dor por sua aplicação fácil e rápida<sup>27</sup>, este estudo incluiu o Questionário de Dor McGill para uma investigação mais completa, pois interpretar a dor implica a descrição de um fenômeno cuja complexidade não se esgota na percepção de um estímulo, mas se prolonga numa deterioração das funções psíquicas e motoras que repercutem na QV do indivíduo<sup>28,29</sup>.

De início, este estudo verificou uma alta prevalência de dor pós-AVC (64%) em uma população que se encontrava em processo de reabilitação neurofuncional. Este achado difere do encontrado em outros estudos que também verificaram a incidência de dor em indivíduos com AVC - 32%<sup>7</sup> e 32,8%<sup>16</sup>. A dor em indivíduos com AVC e o processo de reabilitação é um assunto contraditório. Nickel et al.<sup>16</sup> sugeriram que a presença de dor é um fator que insere e mantém o indivíduo com AVC em programas de reabilitação. Para Aprile et al.<sup>11</sup> a dor em pacientes com AVC pode induzir um ciclo vicioso. Quanto maior a dor do indivíduo, maior o número de terapias de reabilitação, e maior a probabilidade da dor influenciar negativamente o programa de reabilitação. Estes pacientes não alcançam os melhores resultados do programa de reabilitação, aumentando seus custos<sup>11</sup>. Já Caclar et al.<sup>30</sup> observou que pacientes com dor não tiveram piores resultados funcionais comparados com os pacientes sem dor, e concluíram que a presença de dor não afetou os resultados da reabilitação.

A presença da dor não interferiu nos resultados funcionais e de AVD avaliados pelo IB, mas comprometeu a QV. Foi identificado que os indivíduos com sintomatologia algica apresentaram piores escores nas dimensões saúde mental, estado geral da saúde, aspectos emocionais e dor do SF-36. Esse resultado era esperado, uma vez que, a dor pós-AVC é uma condição incapacitante que frequentemente ocasiona pior percepção da QV<sup>4,11</sup>. Referente à função, o resultado não significativo foi inesperado, pois a presença de dor após AVC é uma complicação associada ao declínio funcional<sup>29</sup>.

No diagrama corporal de McGill foi possível observar que, dos 32 pacientes avaliados, 18 relataram dor no ombro, sendo que 10 tinham o hemicorpo esquerdo

**Tabela 6** – Valores estatisticamente significativos do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre índices de dor (Questionário de Dor McGill e EVN) e dimensões do SF-36.

Escore de dor	Dimensões do SF-36	r	p-valor
McGill- índice de dor			
Afetivo-motivacional	Capacidade funcional	- 0,365	0,039
Sensitivo-discriminativa	Saúde mental	- 0,364	0,041
Sensitivo-discriminativa	Dor	- 0,375	0,034
Cognitivo-avaliativa	Dor	- 0,423	0,015
McGill - número de descritores			
Afetivo-motivacional	Aspectos emocionais	- 0,374	0,035
EVN			
EVN	Estado geral da saúde	- 0,359	0,043
EVN	Dor	- 0,615	< 0,0001

EVN: escala visual numérica

comprometido. Indivíduos com o hemisfério esquerdo comprometido pós-AVC apresentam mais sintomatologia algica quando comparados com aqueles com comprometimento no hemisfério direito<sup>30</sup>. Indivíduos com heminegligência (mais comum na hemiplegia esquerda) e déficits sensitivos<sup>31</sup> possuem tendência aumentada à traumas no ombro ou membro superior devido ao desuso, posicionamento inadequado e alterações na biomecânica da articulação do ombro<sup>30</sup>. A dor no ombro é uma das complicações mais comuns após o AVC com maior frequência em indivíduos hemiplégicos a esquerda<sup>32</sup>.

O Questionário de Dor McGill é uma ferramenta que contém palavras que descrevem e avaliam a dor. Assim, a avaliação da dor depende da descrição verbal, da experiência pessoal e não somente da intensidade, mas também das qualidades da dor<sup>14</sup>. A seleção dos descritores para nomear a dor resulta da experiência prévia do indivíduo e do estresse emocional gerado pela condição de saúde, fornecendo assim a qualidade de sua dor<sup>33</sup>. Já o índice de dor fornece a característica quantitativa da dor, neste estudo, a dimensão sensitivo-discriminativa apresentou o maior índice.

As dimensões afetivo-motivacional e sensitivo-discriminativa do índice da dor McGill relacionaram-se com um número maior de dimensões do SF-36, evidenciando a possível interferência da dor sobre os aspectos emocionais, impactando no trabalho e atividades diárias, sobre a saúde mental e a capacidade funcional. Sabe-se que a dor ainda pode levar a fadiga que também prejudica a execução das AVD<sup>15</sup>, impactando a capacidade funcional. Este resultado corrobora com achados na literatura<sup>15,17,29</sup> sobre a interferência da dor no declínio da QV.

Uma limitação deste estudo foi a ausência da análise dos aspectos psicológicos – depressão, ansiedade e estresse – que contribuem para a dor pós-AVC<sup>29</sup>. São

variáveis fáceis de serem analisadas e poderiam ajudar a explicar a alta incidência da presença de dor observada neste estudo. Além disso, a amostragem foi por conveniência, e optou-se por avaliar a presença da dor em um único centro especializado regional de reabilitação, o que geram outras limitações metodológicas.

O instrumento unidimensional EVN é útil por ser fácil e rápido na aplicação, entretanto devido à natureza multifatorial e o caráter subjetivo da dor o instrumento multidimensional Questionário de Dor McGill é relevante, pois permite mensurar a qualidade, duração e impacto da dor no território afetivo, sensitivo e avaliativo<sup>14</sup>, podendo ser mais sensível na avaliação da dor. Considerando a falta de descrições que utilizam instrumentos multidimensionais na avaliação da dor, este estudo torna-se importante para o manejo de pacientes durante seu processo de reabilitação. Avaliar a dor do paciente é um processo difícil, pois é uma experiência individual que muda ao longo do tempo, mas fundamental, visto que interfere no seu humor, conforto, QV, enfim em seu estado de saúde<sup>7,14,29</sup>.

## Conclusão

A maioria dos indivíduos pós-AVC apresentaram dor e diminuição de QV, mas não de funcionalidade, comparados aos indivíduos pós-AVC sem dor. A intensidade da dor pela EVN e o número de descritores McGill utilizados para caracterizá-la foram altos. Houve correlação negativa entre descritores do índice de dor com dimensões de capacidade funcional, saúde mental, dor e aspectos emocionais. A EVN correlacionou-se negativamente com as dimensões dor e estado geral da saúde.

## Referências

- van Mierlo M, van Heugten C, Post MWM, Hoekstra T, Visser-Meily A. Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disabil Rehabil*. 2018;40(9):997-1006. doi: [10.1080/09638288.2017.1292320](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1292320)
- Belardinelli P, Laer L, Ortiz E, Braun C, Gharabaghi A. Plasticity of premotor cortico-muscular coherence in severely impaired stroke patients with hand paralysis. *Neuroimage Clin*. 2017;14:726-33. doi: [10.1016/j.nicl.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.03.005)
- Karakus K, Kunt R, Memis CO, et al. The factors related to early-onset depression after first stroke. *Psychogeriatrics*. 2017;17(6):414-22. doi: [10.1111/psyg.12266](https://doi.org/10.1111/psyg.12266)
- Lekander I, Willers C, von Euler M, et al. Relationship between functional disability and costs one and two years post stroke. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174861. doi: [10.1371/journal.pone.0174861](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174861)
- Yan R, Zhang Y, Lim J, et al. The effect and biomechanical mechanisms of intradermal needle for post-stroke hemiplegia recovery: Study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(16):e0448. doi: [10.1097/MD.00000000000010448](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010448)
- Idowu BM, Ayoola OO, Adetiloye VA, Komolafe MA. Sonographic Evaluation of Structural Changes in Post-Stroke Hemiplegic Shoulders. *Pol J Radiol*. 2017;82:141-8. doi: [10.12659/PJR.899684](https://doi.org/10.12659/PJR.899684)
- Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, Norrving B, Lindgren A. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(5):590-5. doi: [10.1136/jnnp.2005.079145](https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.079145)
- Kalita J, Misra U, Kumar A, Bhoi SK. Long-term Prednisolone in Post-stroke Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Physician*. 2016;19(8):565-74. PMID: 27906935
- Nor Azlin MN, Aziz NA, Saperi BS, Aljunid SM. Functional limitation and health-related quality of life, and associated factors among long term stroke survivors in a Malaysian community. *Med J Malaysia*. 2016;71(6):313-21. PMID: 28087954
- de Vos Andersen NB, Kent P, Hjort J, Christiansen DH. Clinical course and prognosis of musculoskeletal pain in patients referred for physiotherapy: does pain site matter? *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):130. doi: [10.1186/s12891-017-1487-3](https://doi.org/10.1186/s12891-017-1487-3)
- Aprile I, Briani C, Pazzaglia C, et al. Pain in stroke patients: characteristics and impact on the rehabilitation treatment. A multicenter cross-sectional study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(6):725-36. PMID: 25739508
- Choolun P, Kuys S, Bisset L. Tracking changes in glenohumeral joint position in acute post-stroke hemiparetic patients: an observational study. *Disabil Rehabil*. 2018;40(3):259-66. doi: [10.1080/09638288.2016.1250167](https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1250167)
- Lee YC, Yu WH, Hsueh IP, Chen SS, Hsieh CL. Test-retest reliability and responsiveness of the Barthel Index-based Supplementary Scales in patients with stroke. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(5):710-718. doi: [10.23736/S1973-9087.17.04454-9](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04454-9)
- Pimenta CAM, Texeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP*. 1996;30(3):473-83. doi: [10.1590/S0080-62341996000300009](https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009)

15. Naess H, Lunde L, Brogger J, Waje-Andreassen U. Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. *J Neurol Sci.* 2012;312(1-2):138-41. doi: [10.1016/j.jns.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.08.002)
16. Nickel R, Lange M, Stoffel DP, Navarro EJ, Zetola VF. Upper limb function and functional independence in patients with shoulder pain after stroke. *Arq Neuropsiquiatr.* 2017;75(2):103-6. doi: [10.1590/0004-282X20160195](https://doi.org/10.1590/0004-282X20160195)
17. Naess H, Lunde L, Brogger J, Waje-Andreassen U. Post-stroke pain on long-term follow-up: the Bergen stroke study. *J Neurol.* 2010;257(9):1446-52. doi: [10.1007/s00415-010-5539-y](https://doi.org/10.1007/s00415-010-5539-y)
18. Khalid W, Rozi S, Ali TS, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurol.* 2016;16(1):250. doi: [10.1186/s12883-016-0774-1](https://doi.org/10.1186/s12883-016-0774-1)
19. Zantrando F, Paolucci T, Vulpiani MC, Lamaro M, Isidori R, Saraceni VM. Chronic pain and motor imagery: a rehabilitative experience in a case report. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014;50(1):67-72. PMID: 24622048
20. Majedi H, Dehghani SS, Soleyman-Jahi S, et al. Validation of the Persian Version of the Brief Pain Inventory (BPI-P) in Chronic Pain Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(1):132-8.e2. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2017.02.017](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.017)
21. Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006;64(3a):690-7. doi: [10.1590/S0004-282X2006000400034](https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034)
22. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picaço VV, Magno IM, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina Cienc Biol Saude.* 2008;29(2):201-12. doi: [10.5433/1679-0367.2008v29n2p201](https://doi.org/10.5433/1679-0367.2008v29n2p201)
23. Melzack R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-97. doi: [10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8)
24. Faleiros Souza FAE, Silva JA. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Revista DOR [Internet].* 2004 [cited 2020 Jun 29];5(4):408-29. Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4971565/mod\\_resource/content/1/Avaliação%20e%20mensuração%20em%20contextos%20cl%C3%ADnicos%20e%20de%20pesquisa.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4971565/mod_resource/content/1/Avaliação%20e%20mensuração%20em%20contextos%20cl%C3%ADnicos%20e%20de%20pesquisa.pdf)
25. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão, 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 [cited 2020 Jun 29];39(3):143-50.
26. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5. PMID: 14258950
27. Chuang LL, Lin KC, Hsu AL, et al. Reliability and validity of a vertical numerical rating scale supplemented with a faces rating scale in measuring fatigue after stroke. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:91. doi: [10.1186/s12955-015-0290-9](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0290-9)
28. Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res.* 2017;10:2003-2008. doi: [10.2147/JPR.S138864](https://doi.org/10.2147/JPR.S138864)
29. Harrison RA, Field TS. Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. *Cerebrovasc Dis.* 2015;39(3-4):190-201. doi: [10.1159/000375397](https://doi.org/10.1159/000375397)
30. Caglar NS, Akin T, Aytekin E, et al. Pain syndromes in hemiplegic patients and their effects on rehabilitation results. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(3):731-7. doi: [10.1589/jpts.28.731](https://doi.org/10.1589/jpts.28.731)
31. Melo LF, Henriques IF, Rodrigues TCP, Cardoso RFGS, Barbosa AWC, Santos AP, et al. Características da dor no ombro após acidente vascular encefálico e perfil de pacientes de Diamantina/MG. *Fisioter Bras.* 2012;13(3):183-8. doi: [10.33233/fb.v13i3.535](https://doi.org/10.33233/fb.v13i3.535)
32. Jan F, Naeem A, Malik AN, Amjad I, Malik T. Comparison of low level laser therapy and interferential current on post stroke shoulder pain. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(5):788-9. PMID: 28507373
33. Bruce J, Poobalan AS, Smith WC, Chambers WA. Quantitative assessment of chronic postsurgical pain using the McGill Pain Questionnaire. *Clin J Pain.* 2004;20(2):70-5. doi: [10.1097/0002508-200403000-00002](https://doi.org/10.1097/0002508-200403000-00002)

**Os autores declaram não haver conflitos de interesse.**

#### **Indicação sobre as contribuições específicas de cada autor:**

Concepção e desenho do estudo: FY, APS  
 Análise e interpretação dos dados: FY, APS  
 Coleta de dados: GTS  
 Redação do manuscrito: GTS, FY, APS  
 Revisão crítica do texto: FY, APS  
 Aprovação final do manuscrito: FY, GTS, APS  
 Análise estatística: APS  
 Responsabilidade geral pelo estudo: FY, APS

**Informações sobre financiamento:** Não se aplica.