

2024

**PREVALÊNCIA E  
AVALIAÇÃO  
FISIOTERAPÊUTICA DA  
DOR EM MULHERES**



**ABRAFISM**  
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher



**lamu**  
LABORATÓRIO DE PESQUISA  
EM SAÚDE DA MULHER

**NEDoC**

Núcleo de Estudos em Dor Crônica

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Prevalência e avaliação fisioterapêutica  
da dor em mulheres [livro eletrônico]. --  
Ribeirão Preto, SP : Ed. dos Autores, 2024.  
PDF

Vários autores.  
Vários coordenadores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-00-92366-7

1. Dores 2. Fisioterapia 3. Mulheres - Saúde  
4. Saúde da mulher.

24-190903

CDD-615.82

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Fisioterapia : Saúde da mulher : Ciências médicas  
615.82

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

## Prevalência e avaliação fisioterapêutica da dor em mulheres

### Organizadoras e autoras:

Mariana Arias Avila<sup>1</sup>  
Cristine Homsí Jorge<sup>2</sup>  
Maria Eduarda Chinotti Batista da Silva<sup>1</sup>  
Alice Moralez de Figueiredo<sup>3</sup>  
Barbara Inacio da Silva<sup>1</sup>  
Carolina Angélico<sup>3</sup>  
Marina Almeida de Souza<sup>3</sup>  
Guilherme Tavares de Arruda<sup>1</sup>  
Ana Carolina Rodarti Pitangui<sup>4</sup>  
Néville Ferreira Fachini de Oliveira<sup>5</sup>  
Patricia Driusso<sup>3</sup>

1. Núcleo de Estudos em Dor Crônica, Laboratório de Pesquisa em Recursos Fisioterapêuticos, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
2. Laboratório de Função do Assolho Pélvico, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo (USP)
3. Laboratório de Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
4. Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, Universidade de Pernambuco (UPE)
5. Laboratório de Fisioterapia na Saúde da Mulher, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

### Revisão técnico-científica:

Profa. Dra. Elizabeth Alves Gonçalves Ferreira (Universidade de São Paulo – USP/SP)  
Profa. Dra. Helen Cristina Nogueira Carrer (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

### Diretoria da ABRAFISM - Gestão 2022-2025:

Presidente: Dra. Ana Carolina Rodarti Pitangui.  
Vice-Presidente: Dra. Néville Ferreira Fachini de Oliveira.  
Secretaria Geral: Dra. Viviane Garnica Miotto.  
Diretora Administrativa: Dra. Marcela Ponzio Pinto e Silva.  
Diretora Cultural: Dra. Amanda Magdalena Feroldi Fabricio.  
Diretora de Defesa Profissional: Dra. Mariana Maia de Oliveira Sunemi.  
Diretora de Comunicações: Dra. Sabrina Mattos Baracho.  
Diretora Tesoureira: Dra. Thaiana Bezerra Duarte.  
Diretora Científica: Dra. Cristine Homsí Jorge.  
Conselho Fiscal: Dra. Anna Lygia Barbosa Lunardi, Dra. Belisa Duarte e Dra. Glaucia Miranda Varella Pereira. Suplentes do Conselho Fiscal: Dra. Lícia Santos Santana, Dra. Roberta Leopoldino de Andrade e Dra. Lilian Rose de Souza Mascarenhas

## Sumário

<b>Contextualização</b> .....	6
<b>Definição de Dor</b> .....	6
<b>Tipos de Dor</b> .....	7
<b>Fisiopatologia da Dor</b> .....	8
<b>Especificidade da dor em mulheres</b> .....	9
Quadro 1. Fatores relacionados às diferenças da dor entre homens e mulheres .....	9
Quadro 2. Fatores clínicos que interferem a dor em mulheres .....	10
<b>Prevalência da dor em mulheres</b> .....	11
Quadro 3. Prevalência de dor mais comum em crianças .....	11
Quadro 4. Prevalência das dores mais comuns em adolescentes .....	13
Quadro 5. Prevalência de condições que causam dor em mulheres jovens .....	13
Quadro 6. Prevalência de condições mais comuns que causam dor em mulheres climatéricas .....	15
Quadro 7. Prevalência das dores mais comuns em idosas .....	16
Quadro 8. Prevalência das condições mais comuns que causam dor durante o ciclo gravídico-puerperal .....	17
Quadro 9. Prevalência dos cânceres mais comuns em mulheres que causam dor ..	19
<b>Avaliação fisioterapêutica da dor</b> .....	19
<b>Propriedades de medida dos questionários</b> .....	20
Quadro 10. Definições das propriedades de medida adaptadas da taxonomia desenvolvida pela iniciativa COSMIN .....	21
<b>Instrumentos genéricos de avaliação da dor</b> .....	23
Figura 1. Escala Numérica de Dor .....	23
Figura 2. Escala de Faces .....	24
Figura 3. Escala Visual Analógica .....	24
<b>Instrumentos específicos de avaliação das principais disfunções relacionadas à dor</b> .....	26
<b>Considerações Finais</b> .....	28
<b>Anexos</b> .....	29
<b>ANEXO 1 - Brief Pain Inventory - Inventário Breve de Dor</b> .....	29
<b>ANEXO 2 - Diagrama Corporal de Dor</b> .....	31

<b>ANEXO 3 - <i>Pain Catastrophizing Scale</i> - Escala de Catastrofização da Dor ..</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO 4 - Questionário de Sensibilização Central – CSI .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO 5 - Índice de Incapacidade relacionado ao Pescoço .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO 6 - Questionário de Incapacidade Roland Morris .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 7 - Questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO 8 - Índice de Incapacidade Relacionada à Cefaleia .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO 9 - Questionário para Avaliação da Dor Pélvica .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO 10 - Escala WaLIDD – Versão Brasileira .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 11 - Questionário das Universidades de Ontário Ocidental e McMaster (WOMAC - <i>Western Ontario and McMaster Universities</i>) .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 12 - Instrumento de Rastreo Rápido da Fibromialgia .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 13 - Mapa corporal para avaliação da dismenorrea .....</b>	<b>60</b>
<b>Referências .....</b>	<b>61</b>

## Contextualização

Este documento foi elaborado a partir da parceria da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), com o Laboratório de Pesquisa em Fisioterapia na Saúde da Mulher (LAMU), coordenado pela Profa. Dra. Patricia Driusso e com o Núcleo de Estudos em Dor Crônica (NEDoC), coordenado pela Profa. Dra. Mariana Arias Avila, ambos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, com o intuito de auxiliar fisioterapeutas a entender a fisiopatologia da dor, os tipos mais prevalentes de dor durante o ciclo vital feminino, e também apresentar os principais instrumentos de avaliação traduzidos e validados para o português/ Brasil que podem auxiliar o fisioterapeuta na avaliação de mulheres com dor.

Sabe-se que uma boa avaliação fisioterapêutica é o primeiro passo para a elaboração de intervenções fisioterapêuticas efetivas e baseadas em evidências científicas. A prática baseada em evidência sustenta-se em três principais pilares: resultado das melhores evidências de pesquisa, expertise do profissional e também os valores e preferências do paciente. Portanto, o profissional deve analisar e ponderar estes três pilares para estruturar a tomada de decisão na prática clínica, possibilitando, assim, uma assistência mais qualificada à saúde da mulher [1,2].

O profissional fisioterapeuta é aquele que muitas mulheres buscam quando apresentam queixas relacionadas à dor, e por isso, deve estar capacitado a avaliar e tratar essas mulheres. A dor, por ser um fenômeno multidimensional e biopsicossocial, deve ser avaliada de maneira humanizada, por meio de escuta ativa e abrangente, para compreensão do impacto da dor sobre a qualidade de vida e atividades de vida diária. Dado que as queixas de dor, especialmente a dor crônica, são mais comuns na população feminina, faz-se necessário que os profissionais que atendem diretamente esta população se capacitem para identificar quadros mais comuns e seus agravos, de maneira a elaborar o plano terapêutico de cada paciente de maneira individualizada, levando em conta seu contexto biopsicossocial e seu quadro de saúde.

## Definição de Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a um dano tecidual real ou potencial". De acordo com essa definição, a dor é uma experiência pessoal que pode estar presente mesmo quando não há uma lesão tecidual perceptível, além de incluir os fatores multidimensionais, como questões biológicas, psicológicas, sociais,

ambientais e de experiência de vida [3]. É importante ressaltar que dor e nocicepção não são sinônimos. Nocicepção refere-se ao processamento sensorial de um estímulo nociceptivo, enquanto que a dor é uma resposta do processamento cerebral aos estímulos periféricos, e que nem sempre ocorre por causa da nocicepção [3].

## **Tipos de Dor**

A dor pode ser comumente classificada em aguda e dor crônica com base no tempo do sintoma. Considera-se dor aguda quando a duração é de até três meses, e crônica quando a dor perdura por mais de três meses [3]. No entanto, reconhecer outros fatores além do tempo de duração permite uma classificação mais adequada da dor. A dor aguda possui início repentino, geralmente associado à ocorrência de uma lesão tecidual, que se resolve com a reparação do tecido lesionado; há pouco envolvimento do sistema nervoso central. A dor crônica, ou dor persistente, é a dor que continua presente mesmo depois da finalização do processo de reparação tecidual. Seu início é insidioso e indica que o processamento da nocicepção e da dor estão alterados no sistema nervoso central. A dor crônica está associada a quadros psicológicos mais severos e tem maior impacto social para a pessoa com dor e seu círculo social [4,5].

Outra possível classificação da dor é baseada em mecanismo e se divide em três tipos: nociceptiva, nociplástica e neuropática. A dor nociceptiva está relacionada à ocorrência de uma lesão tecidual que ativa os nociceptores (receptores de perigo) para enviar informação nociceptiva para o sistema nervoso central; neste caso, a dor é uma resposta de proteção destes tecidos lesionados. A dor neuropática ocorre quando o tecido lesionado é um tecido nervoso e pode ocorrer de maneira mais periférica (por exemplo, na síndrome do túnel do carpo) ou de maneira sistêmica (como a dor neuropática relacionada ao diabetes mellitus). As características da dor neuropática são bastante distintas das demais, apresentando sintomas de formigamento, perda de força e sensação de dor em choque ou em queimação. Por último, a dor nociplástica ocorre quando há alterações no processamento da nocicepção e da dor e relaciona-se especialmente ao aumento da excitabilidade dos neurônios do sistema nervoso periférico e sistema nervoso central, e à diminuição das vias inibitórias descendentes [3,6].

Mais recentemente, criou-se a classificação de dor mista, na qual há sobreposição considerável de características dos três mecanismos de dor (nociceptivo, neuropático e nociplástico) [7]. Vale ressaltar que a experiência de dor de uma pessoa pode ter características de mais de um mecanismo envolvido; entender quais são estes mecanismos é importante para direcionar melhor a avaliação e tratamento para o paciente, de forma individualizada [6].

## Fisiopatologia da Dor

A transmissão do sinal nociceptivo e a resposta de dor não ocorrem de maneira direta e linear, da periferia ao córtex e vice-versa; pelo contrário, a regulação é ativada por circuitos excitatórios e inibitórios no sistema nervoso central, controlados por núcleos do tronco cerebral que analisam o grau de dor a ser expresso, a partir do humor, funções cognitivas e memórias [8].

Quando ocorre uma lesão tecidual, os nociceptores – terminações nervosas livres de alto limiar – transmitem aos neurônios do sistema nervoso periférico os impulsos nociceptivos, ou nóxios. Estes sinais apontam que o tecido está em perigo, seja este perigo real ou potencial. Uma vez que este estímulo nociceptivo (mecânico, térmico ou químico) tenha sido gerado em algum tecido periférico, ele será “traduzido” em forma de sinal elétrico (transdução) e transmitido para a medula pelos nervos aferentes primários (ou neurônios de primeira ordem), que são nervos pouco mielinizados (fibra A delta) ou sem mielina (fibra C). Este estímulo chega até o corno dorsal da medula, onde faz uma sinapse com o neurônio de projeção (ou neurônio de segunda ordem), que levará, então, este sinal para os centros supraespinhais para que seja processado e modulado [9].

Ao chegar ao cérebro, o sinal nociceptivo se espalha para diferentes córtices: córtex somatossensorial primário (S1) e secundário (S2), córtex cingulado anterior, ínsula, tálamo e córtex pré-frontal; outras áreas cerebrais também fazem parte deste processamento, como o córtex motor primário (M1), córtex motor suplementar, hipotálamo, amígdala, e áreas no mesencéfalo, como a substância cinzenta periaquedutal (PAG), e no tronco, como o núcleo parabraquial. Após o processamento do sinal por cada uma dessas regiões, o cérebro organiza uma resposta eferente para o sinal nociceptivo. Esta resposta eferente ainda sofrerá influências destas mesmas áreas cerebrais e também das estruturas supramedulares e medulares: essas influências podem aumentar ou diminuir essa resposta, processo conhecido como modulação da dor. Depois de modulada, essa resposta eferente é, então, sentida pela pessoa como dor [10,11].

Assim, a experiência de dor ocorre apenas quando existe o processamento cortical dos sinais periféricos. A dor é dependente de contexto, que a modula de acordo com as informações ambientais e internas. Desta forma, cada experiência de dor é única e deve ser avaliada dentro do contexto em que ocorre, bem como ser tratada levando-se este aspecto em consideração.

## Especificidade da dor em mulheres

Estudos recentes têm sugerido que existem diferenças entre homens e mulheres em relação aos mecanismos fisiológicos da dor, à sensibilidade à dor e também à resposta aos medicamentos analgésicos [12,13]. Devido a estes fatores fisiológicos e também às diferenças hormonais, psicológicas e socioculturais, a experiência de dor tende a ser distinta entre homens e mulheres, incluindo a magnitude e o modo como ambos expressam a dor [14]. Mulheres tendem a ser mais sensíveis à dor, sofrem mais com condições dolorosas crônicas, relatam sobre dor com mais frequência aos familiares, amigos e profissionais da saúde e buscam mais tratamento para a dor do que os homens [15]. Entretanto, mulheres parecem ter melhor auto manejo e aceitação da dor e contam com melhores estratégias de enfrentamento, fazendo com que a dor tenha um impacto levemente menor em suas atividades de vida diária do que para os homens [16]. Os fatores relacionados à diferença de dor em mulheres e homens estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1. Fatores relacionados às diferenças da dor entre homens e mulheres**

<b>Fator</b>	<b>Descrição</b>
Biológico	Mulheres podem ter limiar e tolerância à dor mais baixos em comparação aos homens. Isso pode ocorrer devido às diferenças no sistema nervoso e no processamento dos sinais de dor. As mulheres também podem ter uma maior densidade de terminações nervosas, tornando-as mais sensíveis a certos tipos de dor.
Hormonal	Flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona durante o ciclo menstrual podem influenciar a sensibilidade à dor e a percepção de dor em mulheres. Durante o ciclo menstrual, os níveis de estrogênio atingem níveis mais elevados durante a fase folicular (antes da ovulação) e ovulatória (durante a ovulação), o que pode predispor algumas mulheres à maior sensibilidade à dor.
Psicológico e sociocultural	As normas sociais e os papéis de gênero podem influenciar a forma como a dor é relatada e expressa. Homens podem ser menos propensos a relatar dor ou podem subestimar a experiência de dor devido às expectativas sociais.

No entanto, é crucial reconhecer e enfatizar que a experiência de dor é individual e complexa. Além disso, as generalizações baseadas no sexo biológico nem sempre se aplicam a todos os indivíduos [17]. A dor deve sempre ser considerada pelo relato do paciente, por meio de uma abordagem personalizada para o seu manejo.

A prevalência de diversas condições clínicas de dor é substancialmente maior em mulheres do que em homens, especialmente enxaqueca, fibromialgia e dor pélvica. Apesar disso, a maioria dos estudos publicados em periódicos científicos sobre dor foram realizados em homens [14], e ressalta-se que pode não ser válido assumir que os dados obtidos em indivíduos do sexo masculino podem ser automaticamente generalizados para as mulheres.

É importante observar que a percepção da dor é um processo complexo e multifacetado que envolve vários neurotransmissores, receptores e vias neurais. A interação entre esses hormônios e fatores, como genética, ambiente e diferenças individuais, pode afetar a maneira como a dor é vivenciada e gerenciada. Compreender essas diferentes influências pode fornecer informações sobre os mecanismos da dor e ajudar o fisioterapeuta no manejo adequado da dor. No Quadro 2 estão expressos os fatores clínicos e psicossociais que podem influenciar a dor.

**Quadro 2. Fatores clínicos que interferem a dor em mulheres**

<b>Fator</b>	<b>Descrição</b>
Idade	A prevalência de dor em mulheres tende a aumentar a partir da puberdade e persistir até idade avançada. Cerca de 90% das mulheres climatéricas relatam dor musculoesquelética [18]. Com o aumento da expectativa de vida, a maior parte das mulheres passará mais de um terço, ou mesmo metade das suas vidas no período pós-menopausa, por isso atenção especial deve ser dispendida para a avaliação e tratamento da dor de mulheres idosas
História	O histórico de saúde e de dor deve ser valorizado por profissionais de saúde. O número de locais de dor é um forte preditor para o aparecimento de novos eventos de dor, mulheres são mais propensas a reportar dores múltiplas. Além disso, abusos físicos e sexuais parecem estar relacionados às desordens de dor e humor em mulheres
Humor	Mulheres têm um nível maior de ansiedade do que os homens, estudos sugerem que ansiedade e dor podem estar mais intimamente relacionados.
Comorbidade	Mulheres têm mais comorbidades relacionadas às desordens de humor e sintomas somáticos quando comparadas aos homens. Comorbidades, por exemplo depressão, podem exacerbar a dor. Mecanismos para a relação entre dor, humor e comorbidades incluem sensibilização central e o desequilíbrio entre inibição descendente e facilitação descendente.
Incapacidade	Mulheres são mais propensas a passar por experiências de incapacidade para uma mesma condição de dor quando comparadas aos homens. Um estudo brasileiro identificou que mulheres acima de 60 anos tem incapacidade funcional (atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e mobilidade) significativamente pior do que homens [19].

Medicação	Diferenças entre os sexos nas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas das drogas, como também nos mecanismos de dor e analgesia, sugerem que diferentes medicações podem ser mais efetivas para um dos sexos e que os perfis de efeitos colaterais e tolerância a efeitos colaterais podem ser diferentes entre homens e mulheres.
Crença	Expectativas relacionadas ao papel social diferem entre os sexos e possuem íntima relação com a dor.
Enfrentamento/ adaptação ( <i>coping</i> )	Mulheres com dor crônica procuram mais apoio social e usam mais estratégias de enfrentamento do que homens. Elas também relatam maior resolução de problemas, autoafirmações positivas e comportamentos paliativos. Mulheres têm mais chance de catastrofização da dor do que homens.
Outros fatores psicossociais	Fatores como moradia, ocupação, histórico de emprego, suporte social, estado civil e composição familiar podem influenciar de modo diferente a dor de homens e mulheres.

Reconhecer a dor e suas causas multifatoriais é um dos primeiros passos para um atendimento mais acolhedor, inclusivo e humanizado. É importante que profissionais de saúde promovam a educação em saúde e que mais mulheres tenham seus sintomas compreendidos durante o atendimento fisioterapêutico.

### Prevalência da dor em mulheres

A seguir será apresentada a prevalência das dores mais comuns durante o ciclo vital feminino, a saber: em crianças (Quadro 3), adolescente (Quadro 4), mulheres jovens (Quadro 5), período climatérico (Quadro 6), em idosas (Quadro 7), em mulheres no ciclo gravídico-puerperal (Quadro 8) e em mulheres com doenças oncológicas (Quadro 9).

#### Quadro 3. Prevalência de dor mais comum em crianças

Condição de saúde	Prevalência
<b>Cefaleia:</b> dor em qualquer parte da cabeça, incluindo couro cabeludo, face (abrangendo a região orbito-temporal) e interior da cabeça [20].	Em torno de 35% das crianças aos sete anos apresentam episódios esporádicos de cefaleia [21]. A cefaleia é 1,7 vezes mais prevalente em meninas que em meninos [22].
<b>Enxaqueca:</b> crises de dor de cabeça que podem perdurar de 4 a 72 horas, causando limitação funcional nas atividades diárias [22,23].	Antes dos 10 anos de idade a prevalência de enxaqueca é de 5% e é semelhante entre meninos e meninas. A prevalência em meninas aumenta com a aproximação da adolescência [24].

<p><b>Dor abdominal recorrente:</b> pelo menos três episódios de dor abdominal grave o suficiente para interferir negativamente na funcionalidade da criança/adolescente nos últimos 3 meses [25].</p>	<p>Prevalente em 4% em crianças de 2 anos, 7% em crianças de 3 anos, e 12% em crianças de 6 anos. É 1,4 vezes mais prevalente em meninas que em meninos [21,25]. As meninas possuem mais queixas de dor de estômago do que meninos na mesma idade [25].</p>
<p><b>Fibromialgia juvenil:</b> dor crônica difusa, fadiga, dificuldade de sono, associados a baixa frequência escolar, dificuldades no funcionamento físico, baixa aceitação social e transtornos de humor [26].</p>	<p>A prevalência estimada no mundo é de 1,2 a 6,2%, sendo muito mais comum em meninas [27].</p>
<p><b>Artrite idiopática juvenil:</b> presença de artrite crônica que ocorre em crianças com menos de 16 anos. Persiste por no mínimo 6 semanas e define-se como edema ou dor e limitação de movimentos em pelo menos uma articulação [28].</p>	<p>A incidência para as meninas é de 10 para cada 100 mil e de 5,7 para cada 100 mil para os meninos [29]. Na sua forma sistêmica, não há diferença entre os sexos, enquanto que a oligoartrite é mais frequente nas meninas, numa proporção de 1:2,5. Especialmente nas poliartrites com fator reumatoide negativo, as meninas também são mais acometidas numa proporção de 1:8 [30].</p>
<p><b>Dor musculoesquelética:</b> dor em estruturas musculares, articulares e/ou ósseas presentes em qualquer região do corpo [25].</p>	<p>Meninas relataram dor em mais partes do corpo do que os meninos e também relataram dor mais frequente em comparação aos meninos. As meninas relataram mais dor nos membros superiores do que meninos (11% vs. 7%), mais lesões por estresse nos tecidos moles do que meninos (27% vs. 9%), síndrome de hiper mobilidade articular benigna do que meninos (14% vs. 5%) e uma maior incidência de síndrome miofascial em comparação com meninos (7% vs. 2%) [25].</p>

No Quadro 2 estão apresentados os dados de prevalência relacionado às dores mais comuns apresentadas pelos adolescentes, destacando sua definição e a prevalência destas condições de saúde.

#### Quadro 4. Prevalência das dores mais comuns em adolescentes

Condição	Prevalência
<b>Dor crônica generalizada:</b> caracterizada por dor em várias partes do corpo na ausência de doença diagnosticada, com prejuízo na qualidade de vida [31].	A prevalência varia de 1 a 15%, sendo maior no sexo feminino [31].
<b>Cefaleia:</b> dor em qualquer parte da cabeça, incluindo couro cabeludo, face (abrangendo a região órbita-temporal) e interior da cabeça [20].	Prevalente em 42% no último ano do fundamental 2 [25] e em 54% dos adolescentes aos 15 anos [32].
<b>Dor na coluna:</b> dor em qualquer segmento da coluna vertebral (cervical, torácica e lombar) [33].	Prevalente em 29% em meninas de 11 a 14 anos [25]. A prevalência de dor nos diferentes segmentos da coluna é de 8,1% na região cervical e 7,9% na região lombar (7,9%) em meninas de 15 a 19 anos [34].
<b>Dor musculoesquelética:</b> dor em estruturas musculares, articulares e/ou ósseas presentes em qualquer região do corpo [25].	A prevalência de dor em adolescentes aumenta com a idade, sendo que o pico de dor ocorre aos 16 anos [25]. Em meninas de 15 a 19 anos, a prevalência de dor é de 16,6% no ombro [34].
<b>Dismenorreia primária:</b> dor na região pélvica e na região do abdome inferior associada à menstruação [35].	Entre 70 e 93% das adolescentes apresentam dismenorreia [36]. Cerca de 10% dos casos correspondem à dismenorreia secundária [37].

No Quadro 5 estão apresentados os dados sobre a prevalência de dor e as condições de dor crônica mais comuns em mulheres jovens.

#### Quadro 5. Prevalência de condições que causam dor em mulheres jovens

Condição	Prevalência
<b>Enxaqueca:</b> crises de dor de cabeça que podem perdurar de 4 a 72 horas, causando limitação funcional nas atividades diárias [22,23].	É 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens, sendo mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva. Nas mulheres, a prevalência é de 43% ao longo da vida [22,23].
<b>Dor cervical:</b> dor no pescoço [38].	A prevalência mundial de dor cervical em mulheres é de 20% [38].
<b>Lúpus Eritematoso Sistêmico:</b> doença inflamatória crônica de caráter autoimune e progressiva, podendo causar dor [39].	A prevalência é maior em mulheres entre 20 e 45 anos. As mulheres correspondem a cerca de 90% das pessoas com lúpus eritematoso sistêmico [40].

<p><b>Disfunção da articulação temporomandibular:</b> dor nos músculos mastigatórios e na própria articulação, podendo causar limitações funcionais principalmente nos movimentos de abertura e fechamento da boca [41].</p>	<p>A prevalência varia de 8,7 a 18% nas mulheres [38].</p>
<p><b>Dismenorreia primária:</b> dor na região pélvica e do abdome inferior associada à menstruação [42].</p>	<p>A prevalência mundial da dismenorreia varia de 45 a 95% em mulheres em idade reprodutiva, das quais 2 a 29% experimentam dor intensa [42].</p>
<p><b>Dismenorreia secundária:</b> dor pélvica associada à doença ginecológica, como endometriose, adenomiose, mioma uterino, etc[43].</p>	<p>A prevalência mundial de endometriose é de 18% [44]. Em mulheres com subfertilidade no mundo, a prevalência de adenomiose é de 10% [45].</p>
<p><b>Dor pélvica crônica:</b> dor na região pélvica, não cíclica, presente por pelo menos 6 meses [46].</p>	<p>Afeta de 15 a 20% das mulheres nos Estados Unidos [47]. Em São Luís/ Maranhão a prevalência é de 19% [48].</p>
<p><b>Endometriose:</b> doença não neoplásica em que há tecido endometrial ativo fora do útero e da camada miometrial [35].</p>	<p>Afeta de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva [49].</p>
<p><b>Lombalgia:</b> dor na região lombar [50].</p>	<p>Prevalência de 60,9% de dor lombar em mulheres [51].</p>
<p><b>Vulvodínia:</b> dor genital com duração mínima de 3 meses e ausência de achados infecciosos, inflamatórios, neoplásicos ou neurológicos visíveis [52].</p>	<p>Prevalência de 8%, constante ao longo de todas as décadas até a idade de 70 anos [53].</p>
<p><b>Vaginismo:</b> contração involuntária recorrente ou persistente da musculatura da vagina, que interfere a penetração vaginal [54].</p>	<p>Prevalência estimada de 5 a 17%, acredita-se que esta prevalência possa estar subestimada pois muitas mulheres não procuram tratamento por questões religiosas, culturais, vergonha ou trauma [55].</p>
<p><b>Dispareunia:</b> dor recorrente ou persistente durante a relação sexual [56].</p>	<p>Acomete 10,4% das mulheres entre 55 e 64 anos [57].</p>
<p><b>Fibromialgia:</b> dor musculoesquelética generalizada de origem multifatorial, com pontos dolorosos à palpação [58].</p>	<p>Maior prevalência em mulheres com idade acima de 50 anos. A prevalência mundial para as mulheres varia de 2,4 a 6,8% [59].</p>

No Quadro 6 estão apresentados os dados das condições de saúde que mais provocam dores em mulheres climatéricas.

**Quadro 6. Prevalência de condições mais comuns que causam dor em mulheres climatéricas**

Condição	Prevalência
<b>Fibromialgia:</b> dor musculoesquelética generalizada de origem multifatorial, com pontos dolorosos específicos à palpação, associado a distúrbios de sono, fadiga, entre outros [58].	Maior prevalência em mulheres com idade acima de 50 anos. A prevalência mundial para as mulheres varia de 2,4 a 6,8% [59].
<b>Osteoartrite:</b> áreas focais de perda de cartilagem em articulações sinoviais, além de hipertrofia óssea e espessamento capsular levando a dor e perda de função [60].	A prevalência aumenta com a idade, sendo mais comum em mulheres idosas [61]. A prevalência mundial de osteoartrite no joelho em mulheres é de 4,8% [62]. A prevalência mundial de osteoartrite no quadril em mulheres é de 8% [63].
<b>Artrite reumatoide:</b> doença crônica inflamatória, dolorosa e autoimune que começa afetando as pequenas articulações, com progressão para articulações maiores [64].	A prevalência mundial é de 0,46% [65]. A prevalência em mulheres é de cerca de 0,35% [62]. Mais prevalente dos 30 aos 50 anos.
<b>Dor musculoesquelética:</b> dor em estruturas musculares, articulares e/ou ósseas presentes em qualquer região do corpo [25].	Acomete principalmente mulheres de idade de 40 a 60 anos. A prevalência na cidade de São Paulo é de 93,6%, sendo relatado maiores sintomas de dor em coluna vertebral (71%), ombro (47%), cotovelo (40%), punho e mão (30%) [18].
<b>Síndrome geniturinária da menopausa:</b> sintomas associados à diminuição do estrogênio e de outros esteroides sexuais durante a menopausa. Os principais sintomas são vulvovaginais (secura, ardor, coceira), sexuais (dispareunia) e urinários (infecções urinárias, polaciúria, noctúria, dor, incontinência urinária por urgência) [66].	Acomete mulheres em todo o percurso do climatério, sendo a prevalência mundial no período pré menopausa 19%, perimenopausa 31% e pós menopausa 55% [67].

No Quadro 7 estão apresentados os dados de prevalência de dor em idosos. As dores mais propensas a se tornarem crônicas nos idosos são advindas de osteoartroses (joelho, quadril e ombros), neuralgias pós-herpéticas (pós herpes zóster) e neuropatias diabéticas (referentes à diabetes mellitus).

### Quadro 7. Prevalência das dores mais comuns em idosas

Condição	Prevalência
<b>Doença vascular periférica:</b> pode ser venosa, arterial ou mista, e manifesta dor nos membros inferiores durante o exercício e dor noturna [68].	A alteração venosa é mais comum em mulheres e idosos e é responsável por 75% das ulcerações em extremidades de membros inferiores [69]. A prevalência de varizes é de 51% em mulheres. A prevalência da doença arterial periférica entre homens é de 3,5% e entre mulheres é de 5,6% [70]. A dor nos membros inferiores é vivenciada por 2% das pessoas com mais de 65 anos com doença vascular periférica durante o exercício [68].
<b>Infecção urinária:</b> presença de microrganismos patogênicos, normalmente bactérias, que possam causar quadro infeccioso no sistema urinário, podendo causar dor, como por exemplo: durante o ato de micção (disúria), síndrome uretral ou ainda dor na região na bexiga (cistite) [71].	A prevalência de infecção urinária aumenta com a idade em ambos os sexos, no entanto, mulheres são mais vulneráveis. A prevalência entre mulheres aumenta em 20% aos 80 anos. Mulheres institucionalizadas têm prevalência estimada de 25% a 50% [72].
<b>Dor cervical:</b> dor no pescoço [38].	Prevalência estimada de cerca de 9/100000 na população feminina de 60 a 64 anos [38].
<b>Lombalgia:</b> dor na região lombar que se estende da 12 <sup>a</sup> costela até a crista ilíaca [73].	É a segunda queixa crônica mais comum em idosos brasileiros, prevalência de 25% [74]. Na população chinesa $\geq 65$ anos a prevalência é de 53,3% de dor lombar em mulheres, enquanto para homens da mesma idade a prevalência é de 30,6% [75].
<b>Osteoporose:</b> redução da massa óssea e comprometimento da arquitetura óssea, resultando na diminuição da resistência dos ossos e aumento do risco de fraturas. A dor não é originada pela osteoporose, mas pelas microfraturas ou fraturas resultantes da doença, podendo causar dor [76].	Ocorre predominantemente em mulheres após a menopausa, 1/3 das mulheres brancas acima de 65 anos tem o diagnóstico de osteoporose. Prevalência mundial de osteoporose em mulheres é de 35,3% [77].
<b>Neuropatia diabética:</b> grupo de manifestações clínicas, como consequência da Diabetes Mellitus, o qual manifesta-se no sistema nervoso periférico [78].	A prevalência da neuropatia diabética no mundo é de 49%. Em pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus, esse valor pode chegar a até 90% [79]. No Brasil há 13.4 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus [78]. As mulheres apresentam 50% mais risco de apresentar sintomas dolorosos, quando comparadas aos homens [79].

A seguir será apresentada a prevalência das dores mais comuns durante o ciclo gravídico-puerperal (Quadro 8).

**Quadro 8. Prevalência das condições mais comuns que causam dor durante o ciclo gravídico-puerperal**

Condição	Prevalência
<p><b>Cefaleia:</b> dor em qualquer parte da cabeça, incluindo couro cabeludo, face, (abrangendo a região orbito-temporal) e interior da cabeça [20, 80].</p>	<p>A enxaqueca sem aura pode acometer cerca de 17% das gestantes, principalmente no primeiro trimestre gestacional. A cefaleia pós-parto acomete cerca de 30 a 40% de todas as mulheres, mesmo as que não sofriam de enxaqueca anteriormente à gestação [81].</p>
<p><b>Dor pélvica:</b> dor entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, próxima das articulações sacroilíacas; dor na região da sínfise púbica, a dor pode irradiar para a região posterior da coxa. Mais comumente no 2º e 3º trimestres, e pode durar até 24-48h após o parto [82].</p> <p><b>Dor lombar:</b> dor na região entre T12 e S2 [82].</p> <p><b>Dor lombopélvica:</b> quando não é possível distinguir entre dor pélvica e dor lombar [82].</p>	<p>Dor na região sacroilíaca acomete 77% das mulheres, em torno da 18ª semana de gestação [83].</p> <p>A prevalência de dores na coluna vertebral no Brasil e em outros países varia de 50 a 83%, sendo 78-83% delas localizadas na região lombar, 20% na região pélvica posterior, e 35-50% na região sacroilíaca [84].</p> <p>A dor lombopélvica acomete aproximadamente 50% das gestantes no 3º trimestre gestacional [85].</p>
<p><b>Síndrome do túnel do carpo:</b> trata-se de uma neuropatia periférica causada pela compressão do nervo mediano no túnel do carpo - região do punho [86].</p>	<p>A prevalência é de 62%, é relacionada às alterações hormonais e aumento de edema. Além disso, diabetes gestacional pode contribuir para esse fator devido às alterações generalizadas de condução nervosa que podem ocorrer [87].</p>
<p><b>Dor do parto:</b> A dor ocorre de diferentes formas e em diferentes locais para cada estágio do parto [88].</p>	<p>No primeiro estágio (início do trabalho de parto até a dilatação completa do colo do útero) a dor ocorre durante as contrações e, principalmente, nas regiões abdominais, lombossacra, crista ilíaca, glúteos e coxa. No segundo estágio (período expulsivo), a dor está relacionada à distensão da vagina e musculatura do assoalho pélvico. A parturiente pode sentir também uma pressão retal. Estudos apontam que 23% das primíparas relatam uma dor insuportável, 65% como muito forte e 9% como suportável. Entre as múltíparas, 17% descrevem a dor como insuportável, 46% como muito forte e 25% como suportável [89].</p>

<p><b>Dor perineal pós-parto:</b> caracterizada como aguda e é considerada causa comum de morbidade no puerpério [90].</p>	<p>Uma em cada 13 mulheres após parto vaginal nos Estados Unidos sofre de dor intensa na região pélvica e canal vaginal após o parto [85]. A presença de dor na região perineal após o parto, tem forte relação com episiotomia e laceração perineal. Cerca de 75% das mulheres apresentam dor um dia após o parto, e 38% relatam dor após uma semana [85].</p>
<p><b>Dor perineal e vaginal persistente pós-parto:</b> está relacionada a danos teciduais e/ou inflamação no parto vaginal operatório (uso de fórceps), laceração perineal e episiotomia [91].</p>	<p>A incidência da dor perineal e vaginal persistente é de 48% para parto vaginal após 6 a 8 semanas do parto instrumental, e 2% após 6 meses [92].</p>
<p><b>Dor pós-cesárea:</b> dor após cirurgia cesárea com duração de 3 a 6 meses, podendo afetar significativamente a qualidade de vida das mulheres [93].</p>	<p>1 em 5,8 mulheres sofrem de dor aguda intensa após a cesárea. A dor pós-cesárea é mais comum no local da cicatriz cirúrgica e na região lombar [85].</p>
<p><b>Mastite:</b> é uma inflamação aguda dos tecidos da mama, que pode vir ou não acompanhada de uma infecção bacteriana [94].</p>	<p>Geralmente é unilateral, com 3-12% de envolvimento bilateral. Sua incidência é em torno de 10% em mulheres lactantes [94].</p>
<p><b>Dor lombar persistente pós-parto:</b> está relacionada à dor lombar, na região entre T12 e S2, que persiste por 6 semanas ou mais após o parto [91].</p>	<p>Três anos após o parto 20% das mulheres que manifestam dores lombares durante a gestação podem ainda referir sintomas [84]. Alguns fatores de risco para a dor lombar persistente pós-parto são: histórico de dor lombar anterior à gestação e/ou no decorrer de gestações anteriores, dor lombar severa durante gestação, uso de analgesia epidural e cesárea [91].</p>

A seguir será apresentada a prevalência de doenças oncológicas em mulheres (Quadro 9). Ressalta-se que cerca de 60% das mulheres relatam dor associada ao câncer ou ao tratamento em si, sendo a dor um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes para esta população [95–97].

### Quadro 9. Prevalência dos cânceres mais comuns em mulheres que causam dor

Condição	Prevalência
<b>Câncer de Mama</b>	Para o ano de 2023, estima-se que se tenham 73.610 novos casos, demonstrando uma taxa de incidência ajustada de 41,9 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil [98]. A prevalência de dor em pacientes com câncer de mama após tratamento é de 45%, sendo que a dor moderada a intensa acomete 19% das mulheres pós cirurgia [99].
<b>Câncer de Ovário</b>	Corresponde a 3,6% de todos os cânceres femininos em 2020 (taxa de incidência de 6,6 casos a cada 100 mil mulheres). Estima-se, no Brasil, que para cada ano, de 2023 a 2025, sejam diagnosticados 7310 novos casos, o que corresponde a 6,6 novos casos a cada 100 mil mulheres [98].
<b>Câncer de Endométrio</b>	É o câncer ginecológico mais comum em países desenvolvidos. Na Europa, a incidência é de 13.6 para 100000 mulheres. Mais de 90% dos casos ocorrem em mulheres com mais de 50 anos, com uma média de idade de diagnóstico de 63 anos [100].
<b>Câncer de Colo de Útero</b>	Quarto câncer feminino mais comum, com incidência de 604 mil novos casos no mundo (6,5%). Para cada ano de 2023 a 2025, estima-se que no Brasil tenham mais 17.010 novos casos, o que corresponde a uma taxa de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres [98].
<b>Câncer de Vulva</b>	Incidência predominante na pós-menopausa, com aumento da frequência com o avanço da idade. Aproximadamente 4% das neoplasias ginecológicas [101]. Considerado uma doença de mulheres na pós-menopausa, no entanto, a idade média de incidência tem diminuído nos últimos anos devido ao aumento mundial de infecções por HPV [101].
<b>Câncer de Vagina</b>	Incidência de 0,42 por 100.000 mulheres. Pico de incidência entre 50 e 70 anos, com maior prevalência entre 60 e 65 anos. Corresponde a 1-2% das neoplasias ginecológicas [102].

### Avaliação fisioterapêutica da dor

A dor crônica musculoesquelética é um problema mundial que traz impactos significativos na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos [103]. Sabe-se que o caráter multidimensional e subjetivo da dor é um desafio para a sua avaliação, especialmente porque esta avaliação baseia-se no autorrelato sobre a percepção de cada indivíduo sobre a sua dor e como esta afeta sua vida. Ademais, a experiência dolorosa é extremamente única, moldada por uma série de fatores inerentes ao contexto e vivências de cada indivíduo, principalmente quando se fala das diferenças de sexo. Somado às questões biológicas, incluem-

se as questões sociais e culturais, evidenciando a necessidade de se avaliar a dor não somente em intensidade, mas também em todas as demais esferas que a influenciam, permitindo estabelecer um diagnóstico mais individualizado e traçar condutas que sejam condizentes ao cenário do paciente [103].

Quando uma mulher chega ao consultório com uma queixa de dor, é fundamental que uma avaliação completa seja realizada, com uma boa anamnese e coleta de histórico médico, ginecológico e obstétrico. Além disso, o profissional fisioterapeuta deve se valer de instrumentos adequados para avaliar os diferentes aspectos da dor que podem estar presentes na queixa desta mulher. A escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados para cada caso é fundamental, visto que seus resultados não somente direcionarão o tratamento, mas também servirão como referência durante o tratamento para detectar melhora da queixa ou necessidade de ajuste das intervenções propostas. A escolha do instrumento deve ser criteriosa, especialmente quando se trata de instrumentos de autorrelato de pacientes (instrumentos que fazem perguntas para que os pacientes respondam com base em como percebem sua doença ou seus sintomas), pois estes instrumentos devem ser adaptados e validados culturalmente para seu uso na população brasileira. Este processo de adaptação cultural e validação é fundamental, visto que um instrumento que não passou por esse processo pode trazer perguntas que não são condizentes com a realidade de nosso país – por exemplo, perguntas sobre como a pessoa calça meias de neve – ou ainda não ser capaz de avaliar aquilo que o instrumento se propõe a avaliar. Assim, os instrumentos que tiveram suas propriedades de medida avaliadas e adequadas devem ser os instrumentos escolhidos.

### **Propriedades de medida dos questionários**

Inicialmente, para a escolha de um instrumento/ questionário de avaliação, é importante identificar o que eles medem (por exemplo, intensidade da dor, incapacidade relacionada à dor, etc.). Existem três tipos de instrumentos de avaliação:

- 1) instrumentos avaliativos: são utilizados para avaliar mudanças do que pretendemos medir do paciente ao longo do tempo ou durante o pré e pós-tratamento;
- 2) instrumentos discriminativos: são utilizados para diagnósticos e são capazes de detectar diferenças entre pacientes em um único momento; e
- 3) instrumentos preditivos/ de prognóstico: são utilizados como modelos de predição e normalmente não possuem um constructo avaliativo definido [104].

Propriedades de medida são aspectos que medem a qualidade de um instrumento de medida (por exemplo, questionários), referentes à sua validade, confiabilidade e responsividade [105]. A iniciativa COSMIN (do inglês *CO*nensus-*ba*sed *St*andards for the *se*lection of *he*alth *M*easurement *I*Nstruments) definiu nove subtipos diferentes de propriedades de medida que são importantes para verificar se um instrumento de medida é considerado adequado: validade de conteúdo, validade estrutural, validade de critério, validade transcultural/ invariância de medida, teste de hipóteses para validade de construto, confiabilidade, consistência interna, erros de medida e responsividade [106]. As definições de cada uma dessas propriedades de medida foram adaptadas para a língua portuguesa/ Brasil e estão apresentadas no Quadro 10.

**Quadro 10. Definições das propriedades de medida adaptadas da taxonomia desenvolvida pela iniciativa COSMIN**

Domínio	Propriedade de medida	Definição
Validação: grau em que um instrumento de medida mede o(s) construto(s) que pretende medir	Validade de conteúdo	Avalia se o conceito a ser medido pelo questionário é adequado àquilo que se propõe a medir.  Validade de face: o grau em que (os itens de) um instrumento de medida realmente parecem ser um reflexo adequado do construto a ser medido.
	Validade estrutural	O grau em que as pontuações de um instrumento de medida são um reflexo adequado da dimensionalidade do construto a ser medido.
	Validade de critério	O grau em que as pontuações de um instrumento de medida são um reflexo adequado de um “padrão-ouro”.
	Validade transcultural/ Invariância da medida	O grau em que o desempenho dos itens de um instrumento de medida traduzido ou adaptado culturalmente é um reflexo adequado do desempenho dos itens da versão original do instrumento de medida.
	Teste de hipótese para validade de construto	O grau em que as pontuações de um instrumento de medida são consistentes com hipóteses com base no pressuposto de que o instrumento de medida mede validamente o construto a ser medido.

<p>Confiabilidade: medida em que as pontuações dos pacientes que não tiveram mudanças em seu estado de saúde/doença (por exemplo, não realizaram nenhuma intervenção/tratamento) permanecem as mesmas para medições repetidas</p>	<p>Confiabilidade</p>	<p>Variações que ocorrem nas pontuações dos instrumentos de medida que podem ser atribuídas às mudanças no estado dos pacientes.</p> <p>A confiabilidade pode ser testada em diversas condições: por exemplo, usando diferentes conjuntos de itens do mesmo instrumento de medida (consistência interna), ao longo do tempo (teste-reteste) por diferentes pessoas na mesma ocasião (inter-avaliador) ou pelas mesmas pessoas (avaliadores ou respondentes) em ocasiões diferentes (intra-avaliador).</p>
	<p>Consistência interna</p>	<p>O grau de inter-relação entre os itens.</p>
	<p>Erros de medida</p>	<p>O erro sistemático e aleatório da pontuação de um paciente que não é atribuído a mudanças verdadeiras no construto a ser medido.</p>
<p>Responsividade</p>	<p>Responsividade</p>	<p>A capacidade de um instrumento de medida em detectar mudanças no construto ao longo do tempo (entre a primeira e última avaliação) quando a paciente teve alteração no quadro clínico.</p>
<p>Interpretabilidade*</p>	<p>-</p>	<p>O grau em que se pode atribuir significado qualitativo às pontuações quantitativas de um instrumento ou à mudança nas pontuações.</p>

\*A interpretabilidade não é considerada uma propriedade de medida, mas uma característica importante de um instrumento de medida.

A avaliação das propriedades de medida de um instrumento de medida é fundamental, principalmente, para verificar se determinado instrumento é adequado para avaliação do construto. Construto é a característica do paciente ou estado de saúde/doença avaliado pelo instrumento de medida, como impacto da dor sobre a qualidade de vida, funcionalidade, entre outros (por exemplo, o construto da escala numérica de dor é a intensidade de dor) [106]. Os instrumentos de medida também devem ser suficientemente válidos e confiáveis para que as respostas dos pacientes ao questionário sejam adequadas em refletir o estado geral de saúde [105].

## Instrumentos genéricos de avaliação da dor

Sabendo que a dor possui um caráter multidimensional e subjetivo [3], é muito importante que os instrumentos escolhidos para sua avaliação contemplem essa perspectiva. Para isso, os instrumentos de autorrelato podem auxiliar a avaliar a sensação pessoal de dor, assim como as suas influências psicoemocionais e individuais [107].

Uma das dimensões da dor é o caráter sensorial, ou seja, de intensidade da dor [4]. Essa dimensão pode ser acessada a partir da “**Escala Numérica de Dor**” (END). Trata-se de um instrumento simples, de fácil compreensão e de único item utilizado para avaliar a intensidade de dor em uma escala de zero (“sem dor”) a 10 (“pior dor imaginável”). Essa escala pode ser utilizada para indivíduos adultos [108], em mulheres com dismenorreia [109], e para avaliar a dor de crianças acima de seis anos de idade [110]. Para esta escala, quanto maior o número apontado pela pessoa, maior a intensidade da dor.

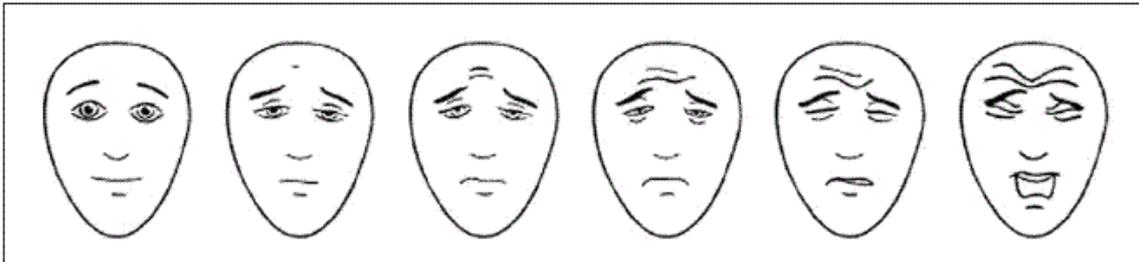
<b>Escala Numérica de Dor (END)</b>										
Assinale o número que representa, em média, a intensidade da sua dor. O valor “0” significa “nenhuma dor” e o valor “10” significa “extremamente dolorido”.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nenhuma dor)								(extremamente dolorido)		
<b>Interpretação:</b> quanto maior a pontuação, maior a intensidade da dor.										

**Figura 1. Escala Numérica de Dor**

No caso das crianças, existem outras escalas que são fortemente recomendadas para avaliação da intensidade da dor: Escala de Faces e Escala Analógica de Cores. No entanto, esta última não possui tradução e validação para a língua portuguesa/ Brasil. A **Escala de Faces** possui 6 faces que representam as expressões de “sem dor” a “muita dor” e as crianças são instruídas a selecionar a face que representa qual a sua intensidade de dor. Esta escala também é fortemente recomendada para pessoas de 7 a 18 anos [110,111].

### Escala de Faces

Essas faces mostram o quanto algo pode provocar dor. A face mais à esquerda não expressa dor alguma. As faces mostram cada vez mais dor até a mais à direita, a qual expressa muita dor. Aponte para a face que expressa quanta dor você sente (neste momento).



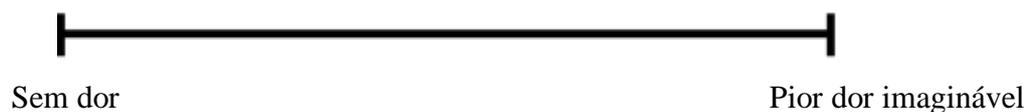
**Interpretação:** quanto maior a pontuação, maior a intensidade da dor [111]

**Figura 2. Escala de Faces**

Além dos instrumentos já citados, outro comumente utilizado é a **Escala Visual Analógica (EVA)**, a qual o paciente é instruído a demarcar qual a sua intensidade de dor sobre uma linha padrão de 10 cm de comprimento. O avaliador deverá medir do ponto inicial ao ponto demarcado pelo paciente para definir a intensidade da dor [112]. Todas estas escalas apontam que, quanto maior a pontuação, maior a intensidade da dor da pessoa.

### Escala Visual Analógica

Faça uma marcação no ponto da linha abaixo que corresponde à sua dor



**Interpretação:** com uma régua, medir a distância do ponto inicial ao ponto demarcado pelo paciente para determinar a intensidade de dor (0-10 cm). Quanto maior o valor, maior a intensidade de dor [112].

**Figura 3. Escala Visual Analógica**

Outro instrumento que também pode avaliar a intensidade da dor é o **Inventário Breve de Dor (BPI)**, do inglês *Brief Pain Inventory* (Anexo 1), além da sua interferência na vida do paciente [113]. O BPI possui tradução e validação para a língua portuguesa/ Brasil e possui nove itens que abordam a presença de sintomas de dor no momento da avaliação, identificação das áreas dolorosas por meio de um diagrama corporal, avaliação da intensidade da dor,

informações sobre os tratamentos realizados e compreensão sobre a interferência da dor na vida da pessoa. Além de avaliar o domínio de intensidade da dor (itens 3, 4, 5 e 6), o instrumento também avalia o domínio de interferência/impacto da dor sobre o trabalho, humor, relacionamento, entre outros (itens da questão 9). O escore final é feito a partir da média aritmética de cada domínio, sendo que, quanto maior a pontuação, maior é a intensidade ou interferência da dor sobre os aspectos avaliados [114].

O **diagrama corporal de dor** ou **mapa de dor** (Anexo 2) é outro instrumento de medida que pode ser utilizado para identificar a localização da dor e sua distribuição na região corporal. Neste instrumento, o paciente pode representar a localização da sua dor por meio de um desenho do corpo todo [115–117]. A partir do número de regiões assinaladas ou pintadas, é possível calcular a porcentagem da área do corpo com dor.

Os instrumentos de medida mencionados anteriormente correspondem à avaliação sensorial da dor. Além disso, é importante também acessar outras dimensões da dor, como a psicossocial. Assim, o fisioterapeuta pode obter uma avaliação mais abrangente do paciente em relação às estratégias de enfrentamento e impacto da dor sobre as atividades de vida diária, participação social, trabalho, cognição, entre outros. Para isso, a **Escala de Catastrofização da dor** (PCS, do inglês *Pain Catastrophizing Scale*) (Anexo 63) avalia a catastrofização da dor por meio de 13 itens que acessam 3 domínios: magnificação ou amplificação (itens 6, 7 e 13), ruminação (itens 8 e 11) e desesperança (itens 1 a 5 e 12). A pontuação total do instrumento varia de zero a 52 pontos, sendo possível também a pontuação por domínios [118]. A avaliação da catastrofização da dor pode ser útil ao fisioterapeuta, pois existem na literatura associações entre altos níveis de catastrofização e baixas taxas de recuperação em pacientes com dor crônica [119].

Para avaliar a possível presença de sensibilização central (definida como um aumento da resposta dos neurônios nociceptivos do SNC a estímulos que não deveriam causar tanta dor ou que não deveriam causar dor [120]), o **Inventário de Sensibilização Central** (CSI, do inglês *Central Sensitization Inventory*) foi validado para a população brasileira. Este instrumento foi dividido em duas partes, A e B, sendo que a parte A é composta por 25 itens sobre sintomas gerais, relacionados à sensibilização central nos últimos 3 meses e que podem ser respondidas como “nunca” (0) a “sempre” (4). Quanto maior a pontuação total da parte A, maior é o grau de sensibilização central, sendo que 40 pontos é o ponto de corte para estabelecer a ocorrência de sensibilização central [121]. A parte B do CSI está relacionada com o

diagnóstico médico de algumas doenças, como fibromialgia e depressão, por exemplo [122] (Anexo 4).

### **Instrumentos específicos de avaliação das principais disfunções relacionadas à dor**

Além dos instrumentos citados acima, existem outros que são específicos para cada condição. Para avaliação da dor cervical, por exemplo, o principal instrumento utilizado é o **Índice de Incapacidade relacionado ao Pescoço** (NDI, do inglês *Neck Disability Index*). O NDI é um questionário de 10 itens traduzidos e validados para a língua portuguesa/ Brasil, que avalia a incapacidade relacionada à dor cervical em cinco domínios: cuidados pessoais, atenção, trabalho, direção de veículos e recreação. No Brasil, a versão de 5 itens (Anexo 5) para uso na clínica foi validada [123,124].

O **Questionário de Incapacidade Roland Morris** (RMDQ, do inglês *Roland Morris Disability Questionnaire*) pode ser utilizado para avaliar a incapacidade relacionada à dor em pessoas com dor lombar crônica [125,126]. Este instrumento possui 24 itens referentes às atividades de vida diária e foi adaptado e validado para a população brasileira. Sua pontuação final varia de zero a 24 pontos, sendo que zero se considera que a pessoa não possui incapacidades, e 24 que há uma incapacidade severa (Anexo 6).

Para avaliação da disfunção temporomandibular (DTM), o *American Academy of Orofacial Pain* recomenda a utilização de um instrumento de 12 itens para pré-triagem dos pacientes. No entanto, este instrumento não permite o estabelecimento de um diagnóstico, pois trata-se de um instrumento com perguntas simples de “sim” ou “não” quanto aos sintomas da DTM [127] (Anexo 7).

O **Índice de Incapacidade Relacionada à Cefaleia** (Anexo 8) é um instrumento traduzido e validado para o português/ Brasil que avalia a incapacidade decorrente das cefaleias através de dois domínios: funcional e emocional. Possui duas seções: uma com duas perguntas para identificar a frequência e a intensidade da dor e outra com 25 itens que avaliam os domínios funcional e emocional, e que pode ser respondida com “sim” (4 pontos), “às vezes” (2 pontos) e “não” (0 pontos). A pontuação varia de zero a 100 pontos. Além disso, os domínios também podem ser avaliados separadamente [128].

Para avaliação da dor pélvica existe o **Questionário para Avaliação da Dor Pélvica** (Anexo 9). Trata-se de uma ficha de avaliação desenvolvida pela *International Pelvic Pain Society*, contendo os seguintes itens: anamnese; exame físico; características da dor; dados demográficos; medicamentos; antecedentes cirúrgicos, obstétricos, familiares, médicos,

gastrointestinais, alimentares, menstruais e de abuso sexual e físico; hábitos de saúde; sintomas urinários; manejo da dor; versão breve do Questionário de Dor de McGill e questões sobre síndrome da congestão pélvica. Este instrumento possui tradução para o português brasileiro [129].

Para o rastreio da dismenorreia primária e secundária e avaliação de seu impacto, a ferramenta **WaLIDD** (sigla em inglês para *Working ability, Location, Intensity, Days of pain, Dysmenorrhea*) foi desenvolvida na Colômbia [130] e traduzida e validada para a população brasileira [131]. A WaLIDD (Anexo 10) contempla os itens de localização anatômica da dor, intensidade da dor, número de dias de cólica e o número de dias em que há impacto para a realização de atividades de vida diária por causa da cólica [130]. A escala contém 13 itens, mas apenas os itens 6, 7, 8 e 9 contabilizam para a pontuação total. A pontuação da escala varia de 0 a 12 pontos, e pontuações iguais ou maiores do que 4 discriminam mulheres com e sem dismenorreia [131].

O **Questionário das Universidades de Ontário Ocidental e McMaster** (WOMAC, do inglês *Western Ontario and McMaster Universities*) (Anexo 11) é um instrumento já validado para o Brasil que avalia a qualidade de vida de pessoas com osteoartrite de joelho e quadril. A WOMAC tem três domínios: dor, rigidez e função física, com respectivamente, 5, 2 e 17 itens [132]. As respostas para cada um dos itens vão de nenhuma (0 ponto) a muito intensa (4 pontos).

Para o rastreio rápido da possibilidade de fibromialgia, o **Ferramenta de Rastreio Rápido da Fibromialgia** (FiRST, do inglês *Fibromyalgia Rapid Screening Tool*) foi traduzido e validado para a língua portuguesa brasileira (Anexo 12). Este é um instrumento rápido de 6 itens e com opções de respostas de “sim” e “não” [133]. Caso seja detectada a possibilidade da doença, deve-se proceder com a avaliação dos critérios diagnósticos do *American College of Rheumatology* de 2016 [58] e avaliar, também, outros aspectos relatados pela paciente com os instrumentos mencionados anteriormente.

O uso de desenhos da dor ou de **diagramas corporais** (Anexo 13) podem ser utilizados para auxiliar na orientação profissional sobre a intervenção mais adequada para aquele paciente, além de auxiliar na trajetória de recuperação e desenvolvimento da doença analisada. Para a avaliação da dor na dismenorreia primária, o uso de desenhos da dor é considerado uma medida confiável [134,135].

## **Considerações Finais**

Conhecer as principais doenças que afetam a população feminina, bem como suas prevalências e incidências nesta população ajuda a entender melhor as possíveis queixas de dor que as mulheres trazem até os consultórios. Entender sobre a dor e como o fisioterapeuta deve avaliá-la contribui para um melhor diagnóstico fisioterapêutico e um plano terapêutico mais adequado, sob medida, para cada paciente. A escolha clínica cuidadosa das intervenções fisioterapêuticas propostas para a mulher que tem dor deve sempre ser fundamentada por uma boa avaliação que possa proporcionar a melhor tomada de decisão clínica e a eleição das intervenções com maiores chances de sucesso terapêutico. O uso dos instrumentos de avaliação também deve ser realizado durante o tratamento para avaliar o andamento e o resultado do tratamento proposto, de forma a manter, alterar ou adaptar a estratégia terapêutica escolhida.

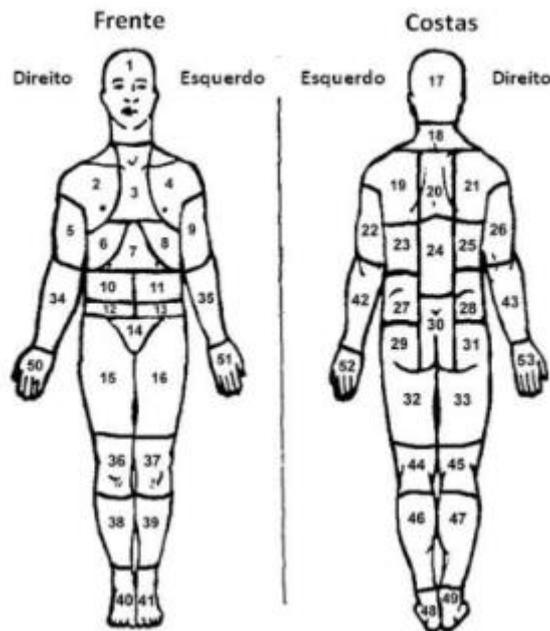
## ANEXO 1

### *Brief Pain Inventory - Inventário Breve de Dor*

1. Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc). Você teve hoje dor diferente dessas?

Sim ( ) Não ( )

2. Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor e onde a dor é mais intensa.



3. Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.  
(sem dor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (pior dor possível)

4. Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.  
(sem dor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (pior dor possível)

5. Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.  
(sem dor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (pior dor possível)

6. Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).  
(sem dor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (pior dor possível)

7. Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?

Nome	Dose/Frequência	Data de início


8. Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

*Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.*

(sem alívio) 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% (alívio completo)

9. Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade Geral:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Humor:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Habilidade de caminhar:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Trabalho:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Relacionamento com outras pessoas:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Sono:

(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

Habilidade para apreciar a vida:

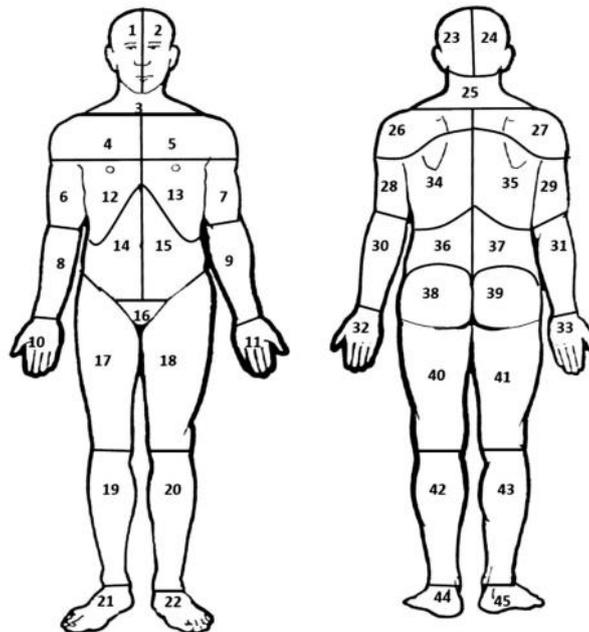
(não interferiu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (interferiu completamente)

**Pontuação final:** Realiza-se a média aritmética de cada domínio: intensidade da dor  $(Q3+Q4+Q5+Q6/4)$  e interferência/impacto  $((Q9a + Q9b + Q9c + Q9d + Q9e + Q9f + Q9g) / 7)$ . Cada domínio possui uma pontuação final que varia de 0 a 10, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a intensidade ou interferência da dor na vida do indivíduo [112].

## ANEXO 2

### Diagrama Corporal de Dor

O paciente deverá marcar abaixo quais são os locais do corpo em que sente dor.



Fonte: adaptado de Southerst et al [116,117]

**Interpretação:** pode ser feita de forma qualitativa, verificando a característica do desenho feito pelo paciente ou a presença de dor espalhada, ou de forma quantitativa, considerando a quantidade de locais com dor e a porcentagem da área afetada. Para isso, existe uma classificação com valores de porcentagem para permitir o cálculo da área corporal. Ao final, basta somar as porcentagens referentes às áreas selecionadas pelo paciente para determinar a área corporal com dor [115].

Área do diagrama corporal	Porcentagem para o cálculo
25, 26, 27	0,50
4, 5, 6	1,00
3, 8, 9, 10, 11, 30, 31, 32, 33	1,50
1, 2, 21, 22, 23, 24, 44, 45	1,75
6, 7, 12, 13, 28, 29, 36, 37	2,00
38, 39	2,50
14, 15	3,00
19, 20, 42, 43	3,50
34, 35	4,00
17, 18, 40, 41	4,75

### ANEXO 3

#### *Pain Catastrophizing Scale - Escala de Catastrofização da Dor*

**Instruções:**

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o grau destes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

1. A preocupação durante todo o tempo com a duração da sua dor é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
3. O sentimento que a dor é terrível e não vai melhorar é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
4. O sentimento que a dor é horrível e você não vai resistir é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
5. O pensamento de não poder estar mais com alguém é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
7. O pensamento sobre outros episódios de dor é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
8. O desejo profundo que a dor desapareça é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
10. O pensamento que ainda poderá doer mais é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
11. O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	Mínimo 0	Leve 1	Moderada 2	Intensa 3	Muito intensa 4
13. A preocupação que alguma coisa	Mínimo	Leve	Moderada	Intensa	Muito

---

ruim possa acontecer por causa da dor é	0	1	2	3	intensa 4
---	---	---	---	---	--------------

---

**Magnificação ou amplificação** (questões 6, 7 e 13) = 0 a 12 pontos \_\_\_\_\_

**Ruminação** (questões 8–11) = 0 a 16 pontos \_\_\_\_\_

**Desesperança** (questões de 1–5 e 12) = 0 a 24 pontos \_\_\_\_\_

**TOTAL** (máximo 52) \_\_\_\_\_

**Interpretação:** Quanto maior a pontuação desta escala, maior/pior a catastrofização sobre a dor [118].

## ANEXO 4

### Questionário de Sensibilização Central - CSI

Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos **últimos três meses**.

Circule a melhor resposta para cada questão.

#### PARTE A

1. Sinto-me cansado(a) e pouco revigorado quando acordo	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
2. Sinto os meus músculos rijos e doloridos	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
3. Tenho ataques de ansiedade	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
4. Ranjo ou cerro os dentes	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
6. Preciso de ajuda para realizar as minhas atividades diárias	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
7. Sou sensível à luz intensa	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
9. Sinto dor em todo o corpo	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
10. Tenho dores de cabeça	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
11. Sinto desconforto e/ou ardor quando urino	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
12. Durmo mal	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
13. Tenho dificuldade em concentrar-me	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
14. Tenho problemas de pele como pele seca, comichão ou erupções cutâneas	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
15. O stress agrava os meus sintomas	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
16. Sinto-me triste ou deprimido(a)	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
17. Tenho pouca energia	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
18. Tenho tensão muscular no pescoço e ombros	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre

19. Tenho dor no maxilar	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
20. Alguns cheiros, como perfumes, fazem-me sentir tonto e enjoado	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
21. Tenho de urinar com frequência	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
22. A noite quando vou dormir sinto as minhas pernas desconfortáveis e inquietas	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
23. Tenho dificuldade em lembrar-me das coisas	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
24. Sofri um trauma quando criança	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
25. Tenho dor na região pélvica	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

### PARTE B

Você recebeu de algum médico algum(s) diagnóstico(s) dos citados abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

	Não	Sim	Ano do diagnóstico
1. Síndrome das pernas inquietas			
2. Síndrome da fadiga crônica			
3. Fibromialgia			
4. Disfunção da articulação temporomandibular (ATM)			
5. Enxaqueca ou cefaleia tensional			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável			
7. Hipersensibilidade química (ex: poeira, cosméticos, poluição)			
8. Lesão cervical (incluindo lesão de chicote)			
9. Ansiedade ou ataques de pânico			
10. Depressão			

## ANEXO 5

### Índice de Incapacidade relacionado ao Pescoço

Este questionário foi criado para nos dar informações sobre como a sua dor no pescoço tem afetado a sua habilidade para fazer as atividades diárias. Por favor, responda a cada uma das perguntas e marque em cada seção apenas uma alternativa que melhor se aplica a você.

#### 1 – Cuidados pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.
- Eu posso cuidar de mim mesmo(a) normalmente, mas isso faz aumentar a dor.
- É doloroso ter que cuidar de mim mesmo(a) e eu faço isso lentamente e com cuidado.
- Eu preciso de ajuda, mas consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- Eu preciso de ajuda na maioria dos aspectos relacionados a cuidar de mim mesmo(a).
- Eu não me visto, me lavo com dificuldade e fico na cama.

#### 2 – Prestar atenção

- Eu consigo prestar atenção quando quero sem dificuldade.
- Eu consigo prestar atenção quando quero com uma dificuldade leve.
- Eu tenho dificuldade moderada em prestar atenção quando quero.
- Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando quero.
- Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando quero.
- Eu não consigo prestar atenção.

#### 3 – Trabalho

- Eu posso trabalhar tanto quanto quiser.
- Eu só consigo fazer o trabalho a que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- Eu consigo fazer a maior parte do trabalho a que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.
- Eu não consigo fazer o trabalho a que estou acostumado(a) a fazer.
- Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.
- Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.

#### 4 – Dirigir automóveis

- Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.
- Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu quero com uma dor leve no meu pescoço.
- Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu quero com uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu não posso dirigir o meu carro tanto quanto eu quero por causa de uma dor moderada no meu pescoço.
- Eu mal posso dirigir por causa de uma dor forte no meu pescoço.
- Eu não posso dirigir meu carro de maneira nenhuma.

#### 5 – Diversão

- Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.
- Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço.
- Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.

- Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- Eu mal consigo fazer qualquer atividade de diversão por causa da dor no meu pescoço.
- Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.

**Pontuação final:** a pontuação final do questionário é dada pela soma total de todas as questões, sendo que pode variar de 0 a 25.

**Interpretação:** Pontuações mais próximas de 25 indicam maior incapacidade relacionada à dor cervical [123,124].

## ANEXO 6

### Questionário de Incapacidade Roland Morris

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz.

Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ouvir essas frases pode notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ouvir a lista pense em você hoje. Quando você ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim. Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

Frases:

1.  Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
2.  Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
3.  Ando mais devagar que o habitual por causa das minhas costas.
4.  Por causa das minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
5.  Por causa das minhas costas, eu uso o corrimão para subir as escadas.
6.  Por causa das minhas costas, eu me deito para descansar mais frequentemente.
7.  Por causa das minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
8.  Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
9.  Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa das minhas costas.
10.  Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
11.  Por causa de minhas costas, evito me abaixar ou me ajoelhar.
12.  Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
13.  As minhas costas doem quase o tempo todo.
14.  Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.
15.  Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
16.  Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
17.  Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
18.  Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
19.  Por causa de minhas dores nas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
20.  Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
21.  Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
22.  Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
23.  Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.
24.  Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.

**ANEXO 7**  
**Questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela**  
**Academia Americana de Dor Orofacial**

<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?		
Sua mandíbula fica “presa”, “travada” ou sai do lugar?		
Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?		
Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?		
Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?		
Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas?		
Você tem cefaleia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?		
Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?		
Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?		
Você fez tratamento recente para um problema não-explicado na articulação mandibular?		

## ANEXO 8

### Índice de Incapacidade Relacionada à Cefaleia

Instruções: por favor, CIRCULE a resposta correta:

1. Eu tenho dor de cabeça:

- (1) *Uma vez por mês*
- (2) *Mais que uma e menos que quatro vezes por mês*
- (3) *Mais que uma vez por semana*

2. Minha dor de cabeça é: (1) *Leve* (2) *Moderada* (3) *Forte*

Por favor, leia com atenção: o objetivo da escala é identificar as dificuldades que você possa estar enfrentando em decorrência da sua dor de cabeça. Por favor, marque “SIM”, “AS VEZES” OU “NÃO” em cada item. **Responda cada pergunta referente apenas a sua dor de cabeça.**

	(4) Sim	(2) Às vezes	(0) Não
E1. Por causa das minhas dores de cabeça, eu me sinto incapacitado			
F2. Por causa das minhas dores de cabeça, eu me sinto limitado nas minhas atividades de vida diária			
E3. Ninguém entende o impacto que minhas dores de cabeça têm na minha vida			
F4. Eu restrinjo minhas atividades de lazer (p. ex., esportes, passatempos) por causa das minhas dores de cabeça			
E5. Minhas dores de cabeça me deixam muito irritado			
E6. Às vezes eu sinto que vou perder o controle por causa das minhas dores de cabeça			
F7. Por causa das minhas dores de cabeça, tendo a socializar menos			
E8. Meu cônjuge (parceiro/a) ou família e amigos não fazem ideia do que estou passando por causa da minha dor de cabeça			
E9. Minhas dores de cabeça são tão fortes que eu sinto que vou enlouquecer			
E10. Minha visão do mundo é afetada pelas minhas dores de cabeça			
E11. Tenho medo de sair quando sinto que uma dor de cabeça está começando			
E12. Eu me sinto desesperado por causa das minhas dores de cabeça			

F13. Eu estou preocupado que eu esteja sendo prejudicado no trabalho ou em casa por causa das minhas dores de cabeça			
E14. Minhas dores de cabeça causam estresse em meus relacionamentos com parentes ou amigos			
F15. Eu evito estar com outras pessoas quando tenho dor de cabeça			
F16. Eu acredito que minhas dores de cabeça estejam me atrapalhando a alcançar meus objetivos de vida			
F17. EU não consigo pensar com clareza por causa das minhas dores de cabeça			
F18. Eu fico tenso(a) (p. ex., tensão muscular) por causa das minhas dores de cabeça			
F19. Eu não aproveito eventos sociais por causa das minhas dores de cabeça			
E20. Eu me irrita facilmente por causa das minhas dores de cabeça			
F21. Eu evito viajar por causa das minhas dores de cabeça			
E22. Minhas dores de cabeça me deixam confuso(a)			
E23. Minhas dores de cabeça me deixam frustrado(a)			
F24. Eu tenho dificuldade de ler por causa das minhas dores de cabeça			
F25. Eu sinto dificuldade de tirar o foco das minhas dores de cabeça e prestar atenção em outras coisas			

**Funcional (0-48):** \_\_\_\_\_ **Emocional (0-52):** \_\_\_\_\_ **Pontuação total (0-100):** \_\_\_\_\_

**Pontuação final:** a pontuação final pode ser calculada através da soma de todos os itens, ou por domínios. As questões iniciadas com a letra E, são referentes ao domínio emocional, enquanto que as com a letra F, ao domínio funcional.

**Interpretação:** quanto maior a pontuação, maior a incapacidade relacionada à cefaleia.

## ANEXO 9

### Questionário para Avaliação da Dor Pélvica

#### 1. ANAMNESE

##### Informações e contatos:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Trabalho: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Nome e contato do médico: \_\_\_\_\_

##### Informações sobre sua dor:

Por favor, descreva sua dor: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Em sua opinião, o que causa sua dor? \_\_\_\_\_

Há algum evento que você associa ao início da dor? Sim ( ) Não ( ). Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo você tem essa dor? \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses

Favor indicar o nível de sua dor durante o último mês utilizando a escala de 0 a 10, para cada um dos sintomas relacionados abaixo. (0 - sem dor; 10 - pior dor imaginável)

Como você avalia sua dor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dor na ovulação (meio do ciclo)											
Dor pré-menstrual											
Dor (diferente de cólicas) antes da menstruação											
Dor profunda durante o ato sexual											
Dor inguinal à mudança de decúbito											
Dor pélvica após ato sexual durando horas/dias											
Dor quando a bexiga está cheia											
Dor articular /muscular											
Cólicas durante a menstruação											
Dor pós-menstrual											
Dor vaginal em queimor após ato sexual											
Dor ao urinar											
Dor lombar											
Enxaqueca											
Dor ao sentar											

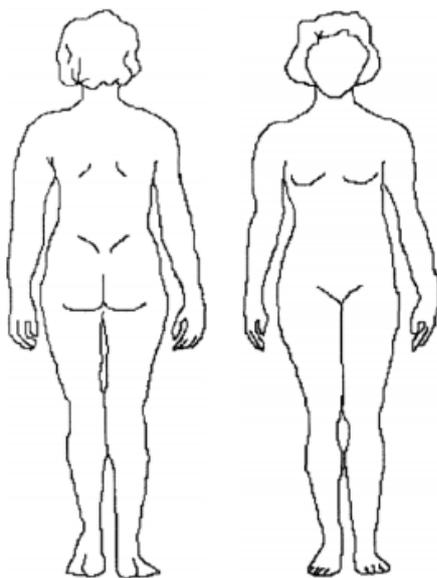
**Comentários:** \_\_\_\_\_

Que tipo de tratamento/médicos você tentou anteriormente para sua dor? Favor indicar os que se aplicam:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura            | <input type="checkbox"/> Gastroenterologista           | <input type="checkbox"/> Medicamentos sem prescrição |
| <input type="checkbox"/> Anestesia             | <input type="checkbox"/> Ginecologista                 | <input type="checkbox"/> Analgésicos (opioides)      |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes    | <input type="checkbox"/> Homeopatia                    | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia               |
| <input type="checkbox"/> Antidepressivos       | <input type="checkbox"/> Infiltração de pontos gatilho | <input type="checkbox"/> Psiquiatria                 |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepcional oral | <input type="checkbox"/> Injeção de toxina botulínica  | <input type="checkbox"/> Psicoterapia                |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback           | <input type="checkbox"/> Lupron, Synarel, Zoladex      | <input type="checkbox"/> Reumatologista              |
| <input type="checkbox"/> Bloqueio de nervo     | <input type="checkbox"/> Massagem                      | <input type="checkbox"/> TENS                        |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia              | <input type="checkbox"/> Magnetoterapia                | <input type="checkbox"/> Urologista                  |
| <input type="checkbox"/> Danazol               | <input type="checkbox"/> Meditação                     | <input type="checkbox"/> Outros:                     |
| <input type="checkbox"/> Depo-provera          | <input type="checkbox"/> Medicamentos naturais         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Dieta/nutrição        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia          |  |  |

### Mapa de dor

Pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de 1 a 10, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)



Esquerda Direita

Direita Esquerda

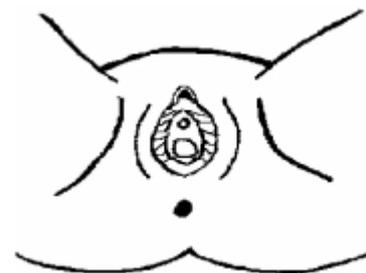
**Dor vulvar/perineal** (dor externa e ao redor da vagina e do ânus)

Se você tem dor vulvar, pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de 1 a 10, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)

Sua dor melhora quando se senta comodamente?

Direita

Esquerda



Que médicos ou profissionais de saúde avaliaram e/ou trataram sua **dor pélvica crônica**?

Profissionais	Especialidade	Cidade, estado, fone

### Dados demográficos

Você é (marque todas que corresponderem): ( ) Casada ( ) Viúva ( ) Separada ( )

Relacionamento estável ( ) Solteira ( ) Divorciada

Com quem você vive? \_\_\_\_\_

Instrução: ( ) < 12 anos ( ) Colegial completo ( ) Superior ( ) Pós graduação

Formação profissional: \_\_\_\_\_ Qual é o seu trabalho? \_\_\_\_\_

### Antecedentes cirúrgicos

Listar todos os procedimentos cirúrgicos realizados relacionados à **dor pélvica**:

Ano	Procedimento	Cirurgião	Achados

Listar **outros** procedimentos cirúrgicos:

Ano	Procedimento

Comentários: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Listar os **medicamentos para dor** que você utilizou nos **últimos 6 meses** e os médicos que prescreveram

Medicação/dose	Médico	Ajudou?	Medicação atual
		( ) Sim ( ) Não	
		( ) Sim ( ) Não	

Listar todos os **outros medicamentos** que você está tomando atualmente, a indicação e o médico que os prescreveu

Medicação/dose	Médico	Indicação

### Antecedentes obstétricos

Quantas vezes ficou grávida? \_\_\_\_\_

Total de (G): \_\_\_\_ 9 m. completos Prematuros: \_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_ Filhos vivos: \_\_\_\_

Houve complicação durante a gravidez, trabalho de parto, parto, ou pós- parto?

- ( ) Episiotomia ( ) Cesárea ( ) Aspiração-Vácuo ( ) Hemorragia pós-parto ( ) Laceração Vaginal  
( ) Fórceps ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares

Na sua família há algum caso de:

- ( ) Fibromialgia ( ) Dor pélvica crônica ( ) Síndrome do intestino irritável ( ) Depressão ( )  
Cistite intersticial ( ) Outra condição crônica ( ) Endometriose ( ) Câncer, Tipo (s)

### Antecedentes médicos

Relacione todos os seus problemas de saúde/diagnósticos \_\_\_\_\_

Alergias (inclusive ao látex) \_\_\_\_\_

Quem é o seu médico primário? \_\_\_\_\_

Você já foi hospitalizada por alguma razão além de cirurgia ou partos? ( ) Sim ( ) Não. Quais:

\_\_\_\_\_

Você sofreu acidente grave, como quedas ou lesão na coluna? ( ) Sim ( ) Não

Contraceção: ( ) Nenhuma ( ) Pílulas ( ) Vasectomia ( ) Anel Vaginal ( ) Depo-provera

( ) Camisinha ( ) DIU ( ) Histerectomia ( ) Diafragma ( ) Ligadura tubária ( ) Outros:

### Antecedentes menstruais

Qual a idade da primeira menstruação? \_\_\_\_ Você menstrua atualmente? ( ) Sim ( ) Não

*Se você menstruar, responda:*

O sangramento é: ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Abundante

Qual o intervalo entre menstruações? \_\_\_\_\_

Quantos dias duram a menstruação? \_\_\_\_\_

Data da última menstruação \_\_\_\_\_

Tem dor durante a menstruação? ( ) Sim ( ) Não

A dor começa no início do fluxo? ( ) Sim ( ) Não

A dor começa \_\_\_\_\_ dias antes da menstruação

As menstruações são regulares? ( ) Sim ( ) Não

Tem coágulos? ( ) Sim ( ) Não

### Antecedentes gastrointestinais/alimentares

Você tem náusea? ( ) Não ( ) Com a dor ( ) Com medicação ( ) Com alimentos ( ) Outros:

Você tem vômitos? ( ) Não ( ) Com a dor ( ) Com medicação ( ) Com alimentos ( ) Outros:  
Apresentou disfunção alimentar como anorexia ou bulimia? ( ) Sim ( ) Não  
Apresentou sangramento retal ou sangue nas fezes? ( ) Sim ( ) Não  
Sua dor aumenta com a evacuação? ( ) Sim ( ) Não

*As perguntas seguintes auxiliam o diagnóstico da síndrome do intestino irritável:*

Você tem dor ou desconforto associado com:

- Alteração da frequência de evacuação? ( ) Sim ( ) Não
- Alteração da aparência das fezes? ( ) Sim ( ) Não
- A dor melhora após evacuar? ( ) Sim ( ) Não

### Hábitos de saúde

Exercita-se regularmente? ( ) Raramente ( ) 1-2 x semana ( ) 3-5 x semana ( ) Diariamente

Consumo de cafeína por dia (números de xícaras de café, chá, refrigerantes, etc.)?  
( ) 0 ( ) 1-3 ( ) 4 – 6 ( ) > 6

Quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_ Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Toma bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não Número de doses por semana? \_\_\_\_\_

Alguma vez foi tratado por consumir drogas? ( ) Sim ( ) Não

Utiliza drogas recreativamente?

- |                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| ( ) Nunca                 | ( ) Atualmente Sim |
| ( ) No passado, agora não | ( ) Não respondeu  |
| ( ) Heroína /Crack        | ( ) Barbitúricos   |
| ( ) Anfetaminas           | ( ) Cocaína        |
| ( ) Maconha               | ( ) Outras:        |

Como é sua alimentação?

- |                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| ( ) Balanceada  | ( ) Dieta Especial: |
| ( ) Vegetariana | ( ) Outras          |
| ( ) Frituras    |                     |

### Sintomas urinários

Você apresenta algum dos seguintes sintomas?

- Perde urina ao tossir, espirrar ou rir? ( ) Sim ( ) Não
- Dificuldade para urinar? ( ) Sim ( ) Não
- Infecção urinária de repetição? ( ) Sim ( ) Não
- Hematúria (sangue na urina)? ( ) Sim ( ) Não
- Sensação de bexiga cheia pós-micção? ( ) Sim ( ) Não

Tem necessidade de urinar logo após tê-lo feito? ( ) Sim ( ) Não

Marque as respostas que melhor descrevem seus sintomas urinários

	0	1	2	3	4
<b>1. Durante o dia</b> Quantas vezes vai ao banheiro para esvaziar sua bexiga?	3-6	7-10	11-14	15-19	20 ou +
<b>2. Durante a noite</b> Quantas vezes vai ao banheiro para esvaziar sua bexiga?	0	1	2	3	4 ou +
Incomoda-o levantar a noite para esvaziar sua bexiga?	Nunca	Pouco	Moderada	Muito	
Você é sexualmente ativo? ( ) Sim ( ) Não					
Você tem ou teve dor durante ou após o ato sexual?	Nunca	Ocasional	Frequente	Sempre	
Sentir dor durante o ato sexual o faz evitá-lo?	Nunca	Ocasional	Frequente	Sempre	
Sente dor pélvica (baixo ventre, lábios, vagina, uretra, períneo) associada à sua bexiga?	Nunca	Ocasional	Frequente	Sempre	
Tem urgência miccional logo após urinar?	Nunca	Ocasional	Frequente	Sempre	
Sente dor com frequência?	Nunca	Pouco	Moderada	Muito	
A dor o incomoda?	Nunca	Ocasional	Frequente	Sempre	
Tem urgência para urinar?	Nunca	Pouco	Moderada	Muito	
A urgência urinária o incomoda?	Nunca	Pouco	Moderada	Muito	

### Mecanismo de enfrentamento

Com quem você conversa sobre sua dor ou durante os períodos de estresse?

- ( ) Esposo / Parceiro                      ( ) Padre                                      ( ) Profissional da saúde mental  
 ( ) Parentes                                      ( ) Médico/ Enfermeira  
 ( ) Grupo de apoio                              ( ) Amigo                                      ( ) Eu cuido de mim

Como o (a) parceiro (a) lida com sua dor?

- ( ) Não percebe quando tenho dor      ( ) Cuida de mim                              ( ) Sente-se impotente  
 ( ) Abandona-me                              ( ) Distrai-me com atividades

Fica bravo

Não se aplica

O que melhora sua dor?

Meditação

Gelo

Injeção

Relaxamento

Calor local

TENS

Deitar

Banho quente

Evacuar

Musica

Analgésicos

Urinar

Massagem

Laxativos / Enema

Nada

Outros \_\_\_\_\_

O que piora sua dor?

Relação sexual

Urinar

Contato com a roupa

Orgasmo

Ficar em pé

Tossir / espirrar

Estresse

Andar

Não relacionada a nada

Alimentação

Exercício

Outros: \_\_\_\_\_

Evacuar

Hora do dia

Bexiga cheia

Clima

Entre todos os problemas de sua vida, qual a importância de sua dor?

O problema mais importante.  Somente um dos vários problemas.

### Antecedentes de abuso sexual e físico

Você foi vítima de abuso emocional? Humilhação ou insulto?  Sim  Não  Não respondeu

Circule a resposta na coluna infância, adulto ou ambas	Na infância ( $\leq 13$ )		Quando adulto ( $\geq 14$ )	
	Sim	Não	Sim	Não
1a. Alguém lhe mostrou os órgãos sexuais, sem seu consentimento?				
1b. Alguém ameaçou ter relações sexuais com você, sem seu consentimento?				
1c. Alguém tocou seu órgão sexual, sem o seu consentimento?				
1d. Foi obrigada a tocar no órgão sexual de alguém?				
1e. Foi forçada a manter relações sexuais, sem seu consentimento?				
1f. Alguma outra experiência sexual não desejada?				

Favor especificar:

2. Quando era criança ( $\leq 13$ ), algum adulto:

a. Bateu, chutou ou espancou-a?

Nunca  Raramente  Ocasionalmente.  Frequentemente

b. Ameaçou seriamente sua vida

Nunca  Raramente  Ocasionalmente.  Frequentemente

3. Agora que você é adulto ( $\geq 14$ ), alguém?

a. Bateu, chutou ou espancou-a?

Nunca  Raramente  Ocasionalmente.  Frequentemente

b. Ameaçou seriamente sua vida

Nunca  Raramente  Ocasionalmente.  Frequentemente

### **McGuill Breve**

Assinale as palavras que melhor descrevem a intensidade atual e sua **dor pélvica**. Como é sua dor?

<b>Tipo</b>	<b>Sem dor (0)</b>	<b>Leve (1)</b>	<b>Moderada (2)</b>	<b>Intensa (3)</b>
Pulsante				
Tiro				
Punhalada				
Facada				
Cólica				
Mordida				
Queimor				
Dolorida				
Pesada				
Sensível				
Lancinante				
Cansativa-extenuante				
Nauseante				
Apavorante				
Que castiga-cruel				

### Síndrome da congestão pélvica - questões

A dor pélvica piora após atividade física prolongada? ( ) Sim ( ) Não

A dor pélvica melhora em repouso? ( ) Sim ( ) Não

Durante o ato sexual, você tem dor vaginal profunda ou dor pélvica? ( ) Sim ( ) Não

Após o ato sexual, você tem dor ou latejamento? ( ) Sim ( ) Não

Sua dor pélvica alterna de lado (migratória)? ( ) Sim ( ) Não

Apresenta episódios súbitos de dor pélvica forte que cessam espontaneamente? ( ) Sim ( ) Não

### 2. EXAME FÍSICO

Data do Exame: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Resp.: \_\_\_\_\_

Expressão facial: ( ) Normal ( ) Doente ( ) Chorosa ( ) Depressiva ( ) Peso Normal ( )

Emagrecido ( ) Obeso ( ) Marcha Anormal

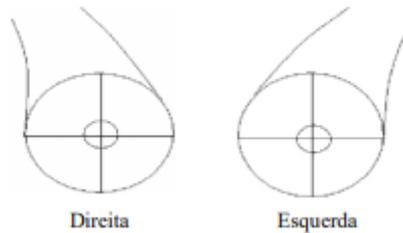
**Cabeça/pescoço** ( ) Normal **Pulmões** ( ) Normal **Coração** ( ) Normal **Mamas** ( ) Normal

Outros:

Outros:

Outros:

Outros:



### Abdome

( ) Indolor

( ) Dor

( ) Incisão

( ) Pontos-gatilho

( ) Dor Inguinal

( ) Volume Inguinal

( ) Dor Suprapubica

( ) Pontos dolorosos  
ovariano

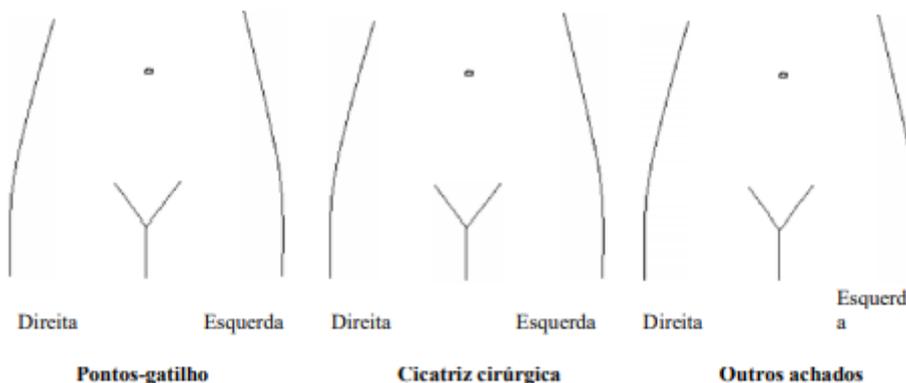
( ) Massa

( ) D.B.

( ) Dor à percussão

( ) Distensão

( ) Outros:



### Dorso

( ) Indolor

( ) Dor

( ) Alteração postural

( ) Alteração ADM:

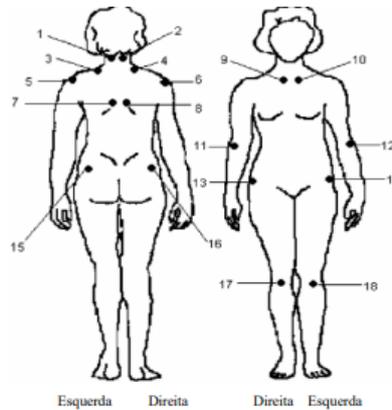
**Extremidade inferior**

- Normal     Edema     Varizes     Neuropatias     Assimetria:

**Neuropatia**

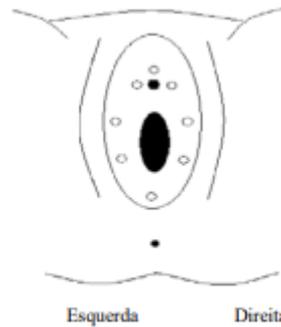
- Iliohipogastrica     Ilioinguinal     Genitofemoral     Pudendo     Alteração sensibilidade

**Fibromialgia**



**Genitália externa**

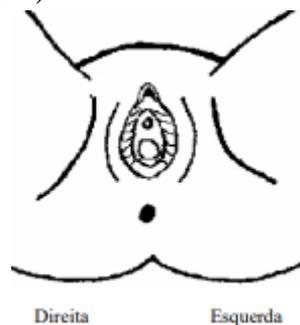
- Normal     Eritema     Leucorreia     Q-tip test (indicar no desenho)



Q-tip test (pontos de cada círculo, de 0 a 4) - total de pontos \_\_\_\_\_

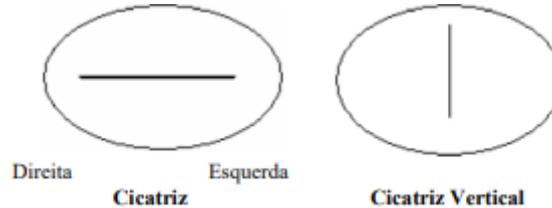
Outros achados: \_\_\_\_\_

- Local de dor (indicar no desenho)



### Vagina

- ( ) Normal    Lubrificação: \_\_\_\_\_  
 ( ) Dor Local: \_\_\_\_\_    ( ) Mucosa Vaginal: \_\_\_\_\_    ( ) Leucorreia: \_\_\_\_\_  
 ( ) Cultura    ( ) Gonococo    ( ) Clamídia    ( ) Fungos    ( ) Herpes  
 ( ) Dor na cúpula vaginal pós-histerectomia (indicar no desenho)



### Exame pélvico

- |                        |                         |                    |
|------------------------|-------------------------|--------------------|
| ( ) Normal             | ( ) Ureter D            | ( ) FSP            |
| ( ) Intróito           | ( ) Inguinal D          | ( ) Ureter E       |
| ( ) Canal endocervical | ( ) Cervix              | ( ) Inguinal E     |
| ( ) Uretra             | ( ) Motilidade cervical | ( ) Dor clitoriana |
| ( ) Bexiga             | ( ) Paramétrio          |                    |

### Avaliar dor nos músculos perineais (escala de 0 - 4)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ( ) Obturador D _____    | ( ) Piriforme E _____    |
| ( ) Piriforme D _____    | ( ) Pubococcígeo E _____ |
| ( ) Pubococcígeo D _____ | ( ) Esfíncter anal _____ |
| ( ) Obturador E _____    |                          |
| Total _____              |                          |

### Exame bimanual

- |                         |                  |                  |
|-------------------------|------------------|------------------|
| Útero: ( ) Doloroso     | ( ) Indolor      | ( ) Ausente      |
| Posição: ( ) Anterior   | ( ) Posterior    | ( ) Central      |
| Tamanho: ( ) Normal     | ( ) Outros _____ |                  |
| Contorno: ( ) Regular   | ( ) Irregular    | ( ) Outros _____ |
| Consistência: ( ) Firme | ( ) Amolecido    | ( ) Duro         |
| Motilidade: ( ) Móvel   | ( ) Hipermóvel   | ( ) Fixo         |
| Suporte: ( ) Normal     | ( ) Prolapso     |                  |

### Exame - Anexos

- Direito:
- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| ( ) Ausente          | ( ) Ausente          |
| ( ) Normal           | ( ) Normal           |
| ( ) Doloroso         | ( ) Doloroso         |
| ( ) Fixo             | ( ) Fixo             |
| ( ) Aumentado ___ cm | ( ) Aumentado ___ cm |

Esquerdo:

***Exame retrovaginal***

- Normal
- Doloroso
- Nódulos
- Mucosa alterada
- Sangue nas fezes
- Não examinado

***Avaliação:***

***Diagnóstico:***

***Tratamento:***

**ANEXO 10**  
**Escala WaLIDD – Versão Brasileira**

1. Qual é o seu nome completo? \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Idade da sua primeira menstruação: \_\_\_\_\_

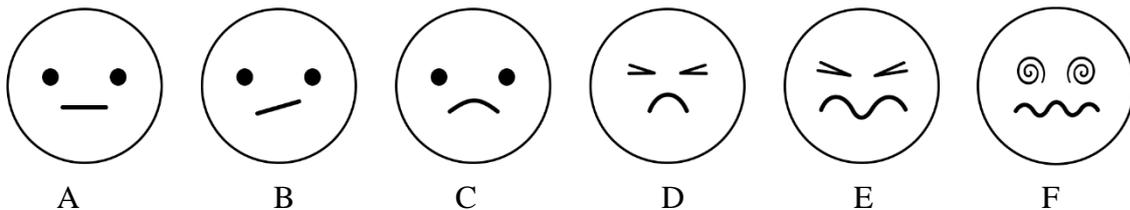
4. Normalmente, qual a duração do seu ciclo menstrual?

*Entende-se por ciclo menstrual o período entre uma menstruação e outra, ou seja, o primeiro dia da menstruação até o próximo primeiro dia da menstruação do mês seguinte.*

- < 21 dias
- 28 a 30 dias
- 35 dias
- Outro: \_\_\_\_\_

5. Qual a duração aproximada da sua menstruação, em dias? \_\_\_\_\_

6. Estas faces mostram o quanto algo pode doer. Esta face mais à esquerda indica não dor. As faces mostram cada vez mais dor até chegar a esta face mais à direita, que mostra muita dor. Marque a face que representa como você classifica a intensidade da sua dor menstrual NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES:



7. Qual foi a localização mais frequente da sua dor menstrual, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES? (Pode assinalar mais de uma opção)



- Região abdominal baixa
- Região lombar
- Dor nas pernas
- Dor na região inguinal

**8. Tendo em vista a duração do seu período menstrual, quantos dias sentiu dor durante o seu ciclo, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?**

- Nenhum dia
- 1 a 2 dias do ciclo
- 3 a 4 dias do ciclo
- 5 ou mais dias do ciclo

**9. A dor relacionada à sua menstruação lhe impossibilitou e/ou incapacitou frequentemente para realizar suas atividades diárias, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?**

- Nunca
- Quase nunca
- Quase Sempre
- Sempre

**10. Especifique as estratégias que utiliza para o controle da dor menstrual (Pode assinalar mais de uma opção)**

- Descansar usando calor local (ex.: bolsa de água quente, compressas quentes)
- Tomar chás
- Tomar analgésicos convencionais e anti-inflamatórios
- Tomar anticoncepcionais orais
- Usar estímulo de pontos de acupuntura
- Usar “choquinho”: estimulação nervosa transcutânea
- Praticar ioga, musicoterapia, aromaterapia

**11. Nos últimos 3 meses, foi incapacitada por causa da dor relacionada à menstruação?**

- Sim
- Não

**12. Se você toma analgésicos (remédios para a dor) durante a menstruação, por quantos dias os usa?**

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- Não tomo

**13. Você foi diagnosticada com algumas das seguintes doenças ginecológicas? (Pode assinalar mais de uma opção)**

- Endometriose
- Endometrite
- Tumor de origem ginecológica
- Miomatose uterina
- Salpingite
- Síndrome do ovário policístico
- Nenhuma das anteriores

**Pontuação [130]:**

Questão	Construto	Pontuação
6	Intensidade da dor	0 – Face A 1 – Faces B ou C 2 – Faces D ou E 3 – Face F
7	Localização da dor	0 – Nenhuma região 1 – 1 região 2 – 2-3 regiões 3 – 4 regiões
8	Duração	0 – Nenhum dias 1 – 1-2 dias 2 – 3-4 dias 3 – $\geq 5$ dias
9	Capacidade de realizar atividades	0 – Nunca 1 – Quase nunca 2 – Quase sempre 3 – Sempre

Para a pontuação total, somar as pontuações das questões 6-9. Quanto maior a pontuação, pior é a dismenorreia e mais ele interfere na capacidade de realizar atividades [130,131].

## ANEXO 11

### Questionário das Universidades de Ontário Ocidental e McMaster (WOMAC - *Western Ontario and McMaster Universities*)

As perguntas a seguir se referem a intensidade da dor que você está atualmente sentindo devido a artrite de seu joelho. Para cada situação, por favor, coloque a intensidade da dor que sentiu nas últimas 72 horas (Por favor, marque suas respostas com um “X”).

<b>Qual a sua intensidade de dor em:</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Pouca</b>	<b>Moderada</b>	<b>Intensa</b>	<b>Muito intensa</b>
1. Caminhando em um lugar plano					
2. Subindo ou descendo escadas					
3. A noite deitado na cama					
4. Sentando-se ou deitando-se					
5. Ficando em pé					

As perguntas a seguir se referem a intensidade de rigidez nas juntas (não dor), que você está atualmente sentindo devido a artrite em seu joelho nas últimas 72 horas. Rigidez é uma sensação de restrição ou dificuldade para movimentar suas juntas (Por favor, marque suas respostas com um “X”).

<b>Qual a intensidade de sua rigidez:</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Pouca</b>	<b>Moderada</b>	<b>Intensa</b>	<b>Muito intensa</b>
1. Logo após acordar de manhã					
2. Após se sentar, se deitar ou repousar no decorrer do dia					

As perguntas a seguir se referem a sua atividade física. Nós chamamos atividade física, sua capacidade de se movimentar e cuidar de você mesmo(a). Para cada uma das atividades a seguir, por favor, indique o grau de dificuldade que você está tendo devido a artrite em seu joelho durante as últimas 72 horas (Por favor marque suas respostas com um “X”).

<b>Qual o grau de dificuldade que você tem ao:</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Pouca</b>	<b>Moderada</b>	<b>Intensa</b>	<b>Muito intensa</b>
1. Descer escadas					
2. Subir escadas					
3. Levantar-se estando sentado(a)					
4. Ficar em pé					
5. Abaixar-se para pegar algo					
6. Andar no plano					

7. Entrar e sair do carro					
8. Ir fazer compras					
9. Colocar meias					
10. Levantar-se da cama					
11. Tirar as meias					
12. Ficar deitado(a) na cama					
13. Entrar e sair do banho					
14. Se sentar					
15. Sentar e levantar do vaso sanitário					
16. Fazer tarefas domésticas pesadas					
17. Fazer tarefas domésticas leves					

**Pontuação final:** a pontuação é feita através da soma simples dos itens, sendo 0, “Nenhum”; 1, “Leve”; 2, “Moderada”; 3, “Intensa” e 4, “Muito Intensa”. Pode ser feita por domínios para analisar o nível de dor, rigidez e incapacidade de forma separada, ou pode-se realizar a somatória de todos os itens, que varia de 0 a 96 pontos.

**Interpretação:** quanto maior a pontuação, maior é o grau de dor, rigidez e incapacidade avaliado.

## ANEXO 12

### Instrumento de Rastreamento Rápido da Fibromialgia

Você sofre de dores nas articulações (juntas), músculos ou tendões há 3 meses pelo menos. Por favor, responda a este questionário para ajudar o seu médico a avaliar mais efetivamente suas dores e seus sintomas. Por favor preencha o questionário respondendo sim ou não (somente uma resposta: SIM ou NÃO) para cada uma das seguintes afirmações. Assinale a caixa que corresponde à sua resposta.

	Sim	Não
Sinto dor em todo o meu corpo.		
Minha dor é acompanhada de uma fadiga geral contínua e muito desagradável.		
Minha dor se parece com queimaduras, choques elétricos ou câimbras.		
Minha dor é acompanhada de outras sensações incomuns por todo o meu corpo, como pontadas, formigamentos ou dormências.		
Minha dor é acompanhada por outros problemas de saúde, tais como problemas digestivos, urinários, dores de cabeça ou pernas inquietas.		
Minha dor tem impacto significativo na minha vida, principalmente no meu sono e na minha capacidade de concentração, fazendo eu me sentir geralmente mais lento.		

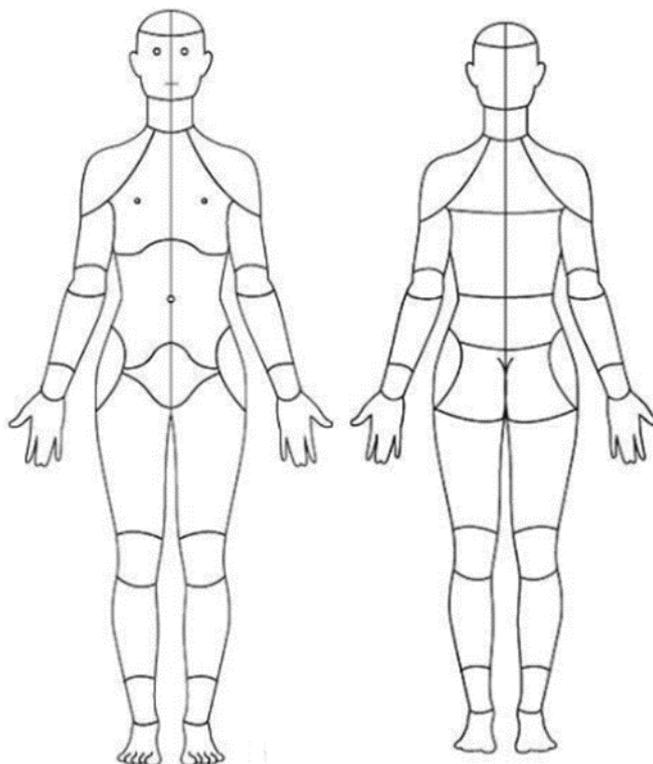
**Pontuação final:** a pontuação final é dada pela somatória dos itens com respostas positivas.

**Interpretação:** 5 respostas positivas de 6 afirmativas ou todas as respostas como positivas indicam possibilidade de fibromialgia.

### ANEXO 13

#### Mapa corporal para avaliação da dismenorrea

**Instruções:** Pinte todas as regiões em que você sente dor quando está com cólica menstrual.



**Pontuação final:** a pontuação final é dada pelo número de regiões pintadas pela pessoa.

**Interpretação:** Quanto mais áreas pintadas, pior é a dor relacionada à cólica menstrual.

## Referências

- [1] Filippin L, Wagner M. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Rev Bras Fisioter* 2008;12:432–3. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500014>.
- [2] Rosswurm MA, Larrabee JH. A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Image J Nurs Scholarsh* 1999;31:317–22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>.
- [3] Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020;161:1976–82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
- [4] Avila MA, Fidelis-de-Paula-Gomes CA, Dibai-Filho AV. O que é dor e por que se deve avaliá-la. In: Avila MA, Fidelis-de-Paula-Gomes CA, Dibai-Filho AV, editors. *Métodos e Técnicas Avaliação em Dor Crônica Abordagem Prática*. 1st ed., Barueri: Editora Manole; 2023, p. 3–9.
- [5] Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160:19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
- [6] Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. *Phys Ther* 2018;98:302–14. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy030>.
- [7] Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin* 2019;35:1011–8. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1552042>.
- [8] Ossipov MH, Dussor GO, Porreca F. Central modulation of pain. *J Clin Invest* 2010;120:3779–87. <https://doi.org/10.1172/JCI43766>.
- [9] Gupta S, Butler SJ. Getting in touch with your senses: Mechanisms specifying sensory interneurons in the dorsal spinal cord. *WIREs Mech Dis* 2021;13. <https://doi.org/10.1002/wsbm.1520>.
- [10] Apkarian AV, Bushnell MC, Treede R, Zubieta J. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005;9:463–463. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.11.001>.
- [11] Mansour AR, Farmer MA, Baliki MN, Apkarian AV. Chronic pain: The role of learning and brain plasticity. *Restor Neurol Neurosci* 2014;32:129–39. <https://doi.org/10.3233/RNN-139003>.
- [12] Osborne NR, Davis KD. Sex and gender differences in pain, 2022, p. 277–307. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2022.06.013>.
- [13] Belfer I. Pain in women. *Ağrı - J Turkish Soc Algol* 2017. <https://doi.org/10.5505/agri.2017.87369>.
- [14] Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain* 2007;132:S26–45. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.014>.
- [15] Driusso P, Moccasin AS, Sato TDO, Fabbro MRC, Mascarenhas SHZ, Salvini TDF. Comparação de perfil epidemiológico e necessidades clínicas entre gêneros de usuários de Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos – SP. *ConScientiae Saúde* 2014;12:536–45. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v12n4.4530>.
- [16] Rovner GS, Sunnerhagen KS, Björkdahl A, Gerdle B, Börsbo B, Johansson F, et al. Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. *PLoS One* 2017;12:e0175737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175737>.
- [17] Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nat Rev Neurosci* 2020;21:353–65. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0310-6>.
- [18] Dedicção AC, Sato T de O, Avila MA, Moccasin AS, Saldanha MES, Driusso P. Prevalence of musculoskeletal pain in climacteric women of a Basic Health Unit in São Paulo/SP. *Rev Dor* 2017;18:54. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170104>.
- [19] Bomfim WC, Peixoto SWV, Mambrini JV de M. Diferenciais de gênero na incapacidade funcional em idosos brasileiros: o papel dos determinantes socioeconômicos. *Fundação Oswaldo Cruz*, 2022.

- [20] Martin S. Prevalence of migraine headache in Canada. *CMAJ* 2001;164:1481.
- [21] Liao ZW, Le C, Kynes JM, Niconchuk JA, Pinto E, Laferriere HE, et al. Paediatric chronic pain prevalence in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2022;45:101296. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101296>.
- [22] Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: Updated age, sex, and socioeconomic-specific estimates from government health surveys. *Headache J Head Face Pain* 2021;61:60–8. <https://doi.org/10.1111/head.14024>.
- [23] Todd C, Lagman-Bartolome AM, Lay C. Women and Migraine: the Role of Hormones. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2018;18:42. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0845-3>.
- [24] Onofri A, Pensato U, Rosignoli C, Wells-Gatnik W, Stanyer E, Ornello R, et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain* 2023;24:8. <https://doi.org/10.1186/s10194-023-01541-0>.
- [25] King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain* 2011;152:2729–38. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016>.
- [26] Ting T V., Barnett K, Lynch-Jordan A, Whitacre C, Henrickson M, Kashikar-Zuck S. 2010 American College of Rheumatology Adult Fibromyalgia Criteria for Use in an Adolescent Female Population with Juvenile Fibromyalgia. *J Pediatr* 2016;169:181-187.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.011>.
- [27] Coles ML, Weissmann R, Uziel Y. Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. *Pediatr Rheumatol* 2021;19:22. <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00493-6>.
- [28] Martini A, Lovell DJ, Albani S, Brunner HI, Hyrich KL, Thompson SD, et al. Juvenile idiopathic arthritis. *Nat Rev Dis Prim* 2022;8:5. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00332-8>.
- [29] Chiarello B, Driusso P, Radi ALM. *Fisioterapia Reumatológica*. Editora Manole; 2005.
- [30] Okamoto N, Yokota S, Takei S, Okura Y, Kubota T, Shimizu M, et al. Clinical practice guidance for juvenile idiopathic arthritis (JIA) 2018. *Mod Rheumatol* 2019;29:41–59. <https://doi.org/10.1080/14397595.2018.1514724>.
- [31] Zernikow B, Gerhold K, Bürk G, Häuser W, Hinze CH, Hospach T, et al. Definition, Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen und des sogenannten Fibromyalgiesyndroms bei Kindern und Jugendlichen. *Der Schmerz* 2012;26:318–30. <https://doi.org/10.1007/s00482-012-1168-y>.
- [32] Al Jumah M, Awada A, Al Azzam S. Headache Syndromes Amongst Schoolchildren in Riyadh, Saudi Arabia. *Headache J Head Face Pain* 2002;42:281–6. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2002.02081.x>.
- [33] Manchikanti L, Helm S, Singh V, Benyamin RM, Datta S, Hayek SM, et al. An algorithmic approach for clinical management of chronic spinal pain. *Pain Physician* 2009;12:E225-64.
- [34] Keeratisiroj O, Siritaratiwat W. Prevalence of self-reported musculoskeletal pain symptoms among school-age adolescents: age and sex differences. *Scand J Pain* 2018;18:273–80. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0150>.
- [35] ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol* 2018;132:e249–58. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002978>.
- [36] Sachedin A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2020;12:7–17. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217>.
- [37] Gutman G, Nunez AT, Fisher M. Dysmenorrhea in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2022;52:101186. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2022.101186>.
- [38] Safiri S, Kolahi A-A, Hoy D, Buchbinder R, Mansournia MA, Bettampadi D, et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990-2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ* 2020;26:m791. <https://doi.org/10.1136/bmj.m791>.
- [39] Fortuna G, Brennan MT. Systemic Lupus Erythematosus. *Dent Clin North Am* 2013;57:631–55. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.06.003>.

- [40] Barber MRW, Drenkard C, Falasinnu T, Hoi A, Mak A, Kow NY, et al. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol* 2021;17:515–32. <https://doi.org/10.1038/s41584-021-00668-1>.
- [41] LeResche L. Epidemiology of Temporomandibular Disorders: Implications for the Investigation of Etiologic Factors. *Crit Rev Oral Biol Med* 1997;8:291–305. <https://doi.org/10.1177/10454411970080030401>.
- [42] Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada* 2017;39:585–95. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023>.
- [43] Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update* 2015;21:762–78. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>.
- [44] Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, et al. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res* 2021;154:446. [https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR\\_817\\_18](https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_817_18).
- [45] Mishra I, Melo P, Easter C, Sephton V, Dhillon-Smith R, Coomarasamy A. Prevalence of adenomyosis in women with subfertility: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2023;62:23–41. <https://doi.org/10.1002/uog.26159>.
- [46] Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol* 2009;25:149–58. <https://doi.org/10.1080/09513590802549858>.
- [47] Mathias S. Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Health-Related Quality of Life, and Economic Correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321–7. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00458-0](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00458-0).
- [48] Coelho LSC, Brito LMO, Chein MBC, Mascarenhas TS, Costa JPL, Nogueira AA, et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Brazilian J Med Biol Res* 2014;47:818–25. <https://doi.org/10.1590/1414-431X20143710>.
- [49] Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* 2021;397:839–52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00389-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00389-5).
- [50] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X).
- [51] Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica* 2015;49:73. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005874>.
- [52] Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016;127:745–51. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>.
- [53] Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:170.e1-170.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.08.012>.
- [54] APA APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: 1994.
- [55] Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med* 2017;5:e114–23. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.02.002>.
- [56] Reed SD. Dyspareunia—where and why the pain? *Menopause* 2022;29:639–41. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002001>.
- [57] Mitchell K, Geary R, Graham C, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2017;124:1689–97. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14518>.
- [58] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46:319–29. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.
- [59] Marques AP, Santo A de S do E, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol (English Ed)* 2017;57:356–63.

- <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>.
- [60] Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet* 2011;377:2115–26. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60243-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60243-2).
- [61] Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet* 2019;393:1745–59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9).
- [62] Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1316–22. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204627>.
- [63] Fan Z, Yan L, Liu H, Li X, Fan K, Liu Q, et al. The prevalence of hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2023;25:51. <https://doi.org/10.1186/s13075-023-03033-7>.
- [64] Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Prim* 2018;4:18001. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>.
- [65] Almutairi K, Nossent J, Preen D, Keen H, Inderjeeth C. The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatol Int* 2021;41:863–77. <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04731-0>.
- [66] Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause. *Menopause* 2014;21:1063–8. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000329>.
- [67] Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, Nik Muhammad Arif NA. Prevalence of Psychosomatic and Genitourinary Syndrome Among Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med* 2022;9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.848202>.
- [68] Sontheimer DL. Peripheral vascular disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2006;73:1971–6.
- [69] Maffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ, Lastoria S, Pinho W, Yoshida WB, et al. Varicose Veins and Chronic Venous Insufficiency in Brazil: Prevalence among 1755 Inhabitants of a Country Town. *Int J Epidemiol* 1986;15:210–7. <https://doi.org/10.1093/ije/15.2.210>.
- [70] Eraso LH, Fukaya E, Mohler ER, Xie D, Sha D, Berger JS. Peripheral arterial disease, prevalence and cumulative risk factor profile analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2014;21:704–11. <https://doi.org/10.1177/2047487312452968>.
- [71] Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary Tract Infections in Older Women. *JAMA* 2014;311:844. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.303>.
- [72] Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clin Geriatr Med* 2016;32:523–38. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.03.002>.
- [73] Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. *Lancet* 2021;398:78–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9).
- [74] Leopoldino AAO, Diz JBM, Martins VT, Henschke N, Pereira LSM, Dias RC, et al. Prevalence of low back pain in older Brazilians: a systematic review with meta-analysis. *Rev Bras Reumatol (English Ed)* 2016;56:258–69. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.03.011>.
- [75] Wáng YXJ, Wáng J-Q, Káplár Z. Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: evidences based on synthetic literature review. *Quant Imaging Med Surg* 2016;6:199–206. <https://doi.org/10.21037/qims.2016.04.06>.
- [76] Driusso P, Neves VFC, Granito RN, Rennó ACM, Oishi J. Redução da dor em mulheres com osteoporose submetidas a um programa de atividade física. *Fisioter e Pesqui* 2008;15:254–8. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502008000300007>.
- [77] Salari N, Darvishi N, Bartina Y, Larti M, Kiaei A, Hemmati M, et al. Global prevalence of osteoporosis among the world older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res* 2021;16:669. <https://doi.org/10.1186/s13018-021-02821-8>.
- [78] Nascimento OJM do, Pupe CCB, Cavalcanti EBU. Diabetic neuropathy. *Rev Dor* 2016;17. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160047>.
- [79] Abbott CA, Malik RA, van Ross ERE, Kulkarni J, Boulton AJM. Prevalence and Characteristics of

- Painful Diabetic Neuropathy in a Large Community-Based Diabetic Population in the U.K. *Diabetes Care* 2011;34:2220–4. <https://doi.org/10.2337/dc11-1108>.
- [80] Speciali JG. Cefaleias. *Cienc Cult* 2011;63:38–42. <https://doi.org/10.21800/S0009-67252011000200012>.
- [81] Negro A, Delaruelle Z, Ivanova TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B, et al. Headache and pregnancy: a systematic review. *J Headache Pain* 2017;18:106. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0816-0>.
- [82] Borg-Stein J, Dugan SA. Musculoskeletal Disorders of Pregnancy, Delivery and Postpartum. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2007;18:459–76. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2007.05.005>.
- [83] Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, González L, Abraira V. Prevalence and Factors Associated With Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain During Pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37:1516–33. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824dcb74>.
- [84] Marques A de A, Silva MPP e, Amaral MTP do. *Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. 1st ed. Barueri: Editora Roca; 2011.
- [85] Shnol H, Paul N, Belfer I. Labor Pain Mechanisms. *Int Anesthesiol Clin* 2014;52:1–17. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000019>.
- [86] Aroori S, Spence RAJ. Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J* 2008;77:6–17.
- [87] Ablove RH, Ablove TS. Prevalence of carpal tunnel syndrome in pregnant women. *WMJ* 2009;108:194–6.
- [88] Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2012. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>.
- [89] Pietrzak J, Mędrzycka-Dąbrowska W, Tomaszek L, Grzybowska ME. A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women’s Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1741. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031741>.
- [90] Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L de, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm* 2012;65:264–8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200010>.
- [91] Komatsu R, Ando K, Flood PD. Factors associated with persistent pain after childbirth: a narrative review. *Br J Anaesth* 2020;124:e117–30. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.037>.
- [92] Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers’ Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. *Birth* 2008;35:16–24. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00207.x>.
- [93] Breivik H, Werner MU. Risk for persistent post-delivery pain – increased by pre-pregnancy pain and depression. Similar to persistent post-surgical pain in general? *Scand J Pain* 2021;21:212–6. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0175>.
- [94] Espínola-Docio B, Costa-Romero M, Díaz-Gómez NM, Paricio-Talayero JM, Comité de Lactancia Materna AE de P. [Mastitis update.]. *Arch Argent Pediatr* 2016;114:576–84. <https://doi.org/10.5546/aap.2016.576>.
- [95] Stavrika C, Ford A, Ghaem-Maghani S, Crook T, Agarwal R, Gabra H, et al. A study of symptoms described by ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2012;125:59–64. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.12.421>.
- [96] Quinten C, Maringwa J, Gotay CC, Martinelli F, Coens C, Reeve BB, et al. Patient Self-Reports of Symptoms and Clinician Ratings as Predictors of Overall Cancer Survival. *JNCI J Natl Cancer Inst* 2011;103:1851–8. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr485>.
- [97] Gilbertson-White S, Campbell G, Ward S, Sherwood P, Donovan H. Coping With Pain Severity, Distress, and Consequences in Women With Ovarian Cancer. *Cancer Nurs* 2017;40:117–23. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000376>.
- [98] INCA IN de C. *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Governo Federal, Brasil; 2022.
- [99] van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen

- DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:1070-1090.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>.
- [100] Cairo ÁA, Fonseca R, Simões R. Carcinoma endometrial: tratamento. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58:281–6. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300005>.
- [101] Olawaiye AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet* 2021;155:7–18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13881>.
- [102] Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet* 2021;155:19–27. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13867>.
- [103] Nogueira Carrer HC, Zanca GG, Haik MN. Clinical Assessment of Chronic Musculoskeletal Pain—A Framework Proposal Based on a Narrative Review of the Literature. *Diagnostics* 2022;13:62. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13010062>.
- [104] de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in Medicine - a practical guideline*. New York: Cambridge University Press; 2011.
- [105] Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 2010;63:737–45. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>.
- [106] Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, Vet HCW de, Terwee CB. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian J Phys Ther* 2016;20:105–13. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>.
- [107] Holmes MM, Lewith G, Newell D, Field J, Bishop FL. The impact of patient-reported outcome measures in clinical practice for pain: a systematic review. *Qual Life Res* 2017;26:245–57. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1449-5>.
- [108] Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:S240–52. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>.
- [109] de Arruda GT, Driusso P, Rodrigues JC, de Godoy AG, Avila MA. Numerical rating scale for dysmenorrhea-related pain: a clinimetric study. *Gynecol Endocrinol* 2022;38:661–5. <https://doi.org/10.1080/09513590.2022.2099831>.
- [110] Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain* 2019;160:5–18. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001377>.
- [111] Silva FC da, Thuler LCS. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:344–9. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000400010>.
- [112] Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011;152:2399–404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>.
- [113] Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:129–38.
- [114] Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer* 2011;19:505–11. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0844-7>.
- [115] Margolis RB, Chibnall JT, Tait RC. Test-retest reliability of the pain drawing instrument. *Pain* 1988;33:49–51. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90202-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90202-3).
- [116] Southerst D, Côté P, Stupar M, Stern P, Mior S. The Reliability of Body Pain Diagrams in the Quantitative Measurement of Pain Distribution and Location in Patients with Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *J Manipulative Physiol Ther* 2013;36:450–9. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.05.021>.
- [117] Southerst D, Stupar M, Côté P, Mior S, Stern P. The Reliability of Measuring Pain Distribution and Location Using Body Pain Diagrams in Patients With Acute Whiplash-Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther* 2013;36:395–402. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.05.023>.

- [118] Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, Custódio de Souza IC, Torres ILS, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Catastrophizing Scale. *Pain Med* 2012;13:1425–35. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x>.
- [119] Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain Catastrophizing and Function In Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. *Clin J Pain* 2019;35:279–93. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000676>.
- [120] IASP. Terminology 2017.
- [121] Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory. *Pain Pract* 2012;12:276–85. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x>.
- [122] Caumo W, Antunes L, Lorenzzi Elkfury J, Herbstrith E, Busanello Sipmann R, Souza A, et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. *J Pain Res* 2017;Volume 10:2109–22. <https://doi.org/10.2147/JPR.S131479>.
- [123] Barreto FS, Avila MA, Pinheiro JS, Almeida MQG, Ferreira C de SB, Fidelis-de-Paula-Gomes CA, et al. Less is more. *Spine (Phila Pa 1976)* 2020;Publish Ah:E688--E693. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003872>.
- [124] Pontes-Silva A, Avila MA, Fidelis-de-Paula-Gomes CA, Dibai-Filho AV. The Short-Form Neck Disability index has adequate measurement properties in chronic neck pain patients. *Eur Spine J* 2021;30:3593–9. <https://doi.org/10.1007/s00586-021-07019-4>.
- [125] Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Brazilian J Med Biol Res* 2001;34:203–10. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000200007>.
- [126] Stefane T, Santos AM dos, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* 2013;26:14–20. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>.
- [127] Okeson JP. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 1st ed. Nova Odessa: Editora Quintessence; 1998.
- [128] Pradela J, Bevilaqua-Grossi D, Chaves TC, Dach F, Ferreira Carvalho G. Brazilian Portuguese version of the Headache Disability Inventory: Cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Cephalalgia* 2021;41:156–65. <https://doi.org/10.1177/0333102420949860>.
- [129] Zakka TM, Yeng LT, Teixeira MJ. Questionário para Avaliação de Dor Pélvica. 2010.
- [130] Teherán A, Pineros LG, Pulido F, Mejía Guatibonza MC. WaLIDD score, a new tool to diagnose dysmenorrhea and predict medical leave in university students. *Int J Womens Health* 2018;Volume 10:35–45. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S143510>.
- [131] Avila MA, de Arruda GT, de Godoy AG, Driusso P. Translation, cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese and measurement properties of the WaLIDD questionnaire. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* 2023;accepted f.
- [132] Lage PTS, Machado LAC, Barreto SM, de Figueiredo RC, Telles RW. Measurement properties of Portuguese–Brazil Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) for the assessment of knee complaints in Brazilian adults: ELSA-Brasil Musculoskeletal cohort. *Rheumatol Int* 2020;40:233–42. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04496-1>.
- [133] de Sousa AP, de Arruda GT, Pontes-Silva A, de Souza MC, Driusso P, Avila MA. Measurement properties of the Brazilian online version of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Adv Rheumatol* 2022;62:39. <https://doi.org/10.1186/s42358-022-00271-2>.
- [134] Rodrigues JC, Avila MA, dos Reis FJJ, Carlessi RM, Godoy AG, Arruda GT, et al. ‘Painting my pain’: the use of pain drawings to assess multisite pain in women with primary dysmenorrhea. *BMC Womens Health* 2022;22:370. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01945-1>.
- [135] Rodrigues JC, Avila MA, Reis FJJ dos, Degani AM, De-Arruda GT, Driusso P. How does my pain look like? Characterizing dysmenorrhea-related pain using the body map. *Brazilian J Pain* 2023;6. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230042-en>.