



PREVALÊNCIA E AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA NOS CADASTRADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM PALMIRA, GUARULHOS/SP

PREVALENCE AND EVALUATION OF CHRONIC PAIN IN THE REGISTERED BASIC HEALTH UNIT OF JARDIM PALMIRA, GUARULHOS/ SP

Flavio Tanouye Montini¹
Fabiana Augusto Neman²

RESUMO

A dor crônica é aquela com duração maior do que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente. Trata-se de um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Foi realizado um estudo epidemiológico, por meio da distribuição de instrumento de coleta de dados às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e avaliação de prontuários médicos, dimensionando a prevalência dos casos de dor crônica encontrada na população cadastrada na Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira. Foram levantados 176 casos de cadastrados com dor crônica com a colaboração das ACS. Destes, 49 casos de dor crônica foram avaliados segundo fatores associados e parâmetros selecionados por meio de questionário desenvolvido pelo autor. Os dados foram analisados e demonstraram, principalmente, que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, muitos deles não realizavam exercícios físicos diários, faziam uso excessivo de medicamentos e tinham sobrepeso. Esses dados permitirão adequar a Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira (UBS) ao Programa de Saúde da Família (PSF), priorizando o conhecimento do perfil da comunidade, por parte da Gerência da UBS e do Conselho Gestor, em relação ao importante acometimento da dor crônica nos cadastrados, além de contribuir com estratégias preventivas de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Medição de dor • Saúde Pública

ABSTRACT

Chronic pain is one lasting more than six months of continuous or recurring character. It is a public health problem, for its high prevalence, high cost and negative impact that it can cause in the quality of life of patients and their families. We conducted an epidemiological study, through the distribution of data-gathering instrument to the Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), (Community Health Agents), and evaluation of medical records, measuring the prevalence of chronic pain cases found in population registered in the Basic Health Unit "Jardim Palmira". The study raised 176 registered cases with chronic pain with the collaboration of ACS. From those, 49 cases of chronic pain were evaluated on associated factors and parameters selected by means of a questionnaire developed by the authors. The data were analyzed and they showed that the majority of patients were female, many of them did not perform daily exercises, did not make excessive use of medicines and were not overweight. These data will allow to adjust the Basic Health Unit "Jardim Palmira" (UBS) from the Family Health Program (PSF) prioritizing the knowledge of the local community by both the UBS Management and its Board, in relation to the important symptoms of chronic pain in registered dwellers, besides contributing to preventive strategies on public health.

KEY WORDS: Pain Measurement – Public Health

¹ Aluno de graduação do curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo. Unicid (12º semestre)

² Profa. Dra, enfermeira, docente do curso de graduação em Medicina e do curso de Biomedicina da Universidade Cidade de São Paulo. UNICID



INTRODUÇÃO

A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. Portanto, dor é uma experiência subjetiva e pessoal, envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio (Pimenta e Teixeira¹, 2000).

Para fins de pesquisa, a Associação Internacional para Estudo da Dor preconiza a dor crônica como aquela com duração maior do que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente, três episódios em três meses (Merskey², 1994).

Para o manejo bem sucedido da dor crônica, é imperativo o conhecimento básico dos mecanismos da dor, das estruturas anatômicas envolvidas, das vias de transmissão dolorosa e dos mediadores químicos da dor e da analgesia (Ziegegansbeyer³, 1986).

A nocicepção compreende toda a transmissão e processamento da informação dolorosa. A dor é um complexo sistema que está vinculado ao aspecto comportamental, pois o processamento dessa informação não só ocorre no sistema somatossensorial como também no sistema límbico. O início da transmissão dolorosa ocorre pelos neurônios sensoriais primários de alto limiar que também exercem a função de receptores, chamados nociceptores, e estão subdivididos em miélnicos, do tipo A, e amiélnicos, do tipo C, ambos altamente especializados em transmitir informações mecânicas, químicas e térmicas por impulsos elétricos e seus corpos celulares são localizados no gânglio da raiz dorsal. As fibras miélnicas grossas A- estão envolvidas na percepção tátil. As fibras miélnicas finas A- e amiélnicas C transmitem a nocicepção e estímulos térmicos. A nocicepção normal envolve a detecção de temperaturas altas e baixas, assim como estímulos mecânicos intensos. Ambos os nociceptores originam-se da pele e órgãos e terminam na camada superficial do corno dorsal

na medula espinhal. Os axônios das células do corno dorsal transmitem impulsos nociceptivos para o tálamo e, através deste, ao córtex cerebral que processa a consciência dolorosa (Gilron et al.⁴, 2006).

Os mecanismos fisiológicos da dor envolvem conceitos de sensibilização periférica e neuroplasticidade na perpetuação da dor, com ação através de mediadores bioquímicos nas vias nociceptivas. Podem-se estabelecer correlações entre inflamação, dor e status psicológico. A inflamação persistente contribui para a continuidade do ciclo de dor, gerando hipersensibilidade. A dor aumenta com o estresse psicológico, que é capaz de induzir aumento de citocinas inflamatórias (Sampaio et al.⁵, 2005).

A dor crônica é resultante da persistência de estímulos nociceptivos, ou disfunções do sistema nervoso, sendo que esta última não pode ser considerada uma dor aguda de longa duração (Ribeiro et al.⁶, 2002). A dor crônica, ao contrário da aguda, consiste em uma patologia em si, sendo reconhecida como tal pela 10^a Revisão do Código Internacional das Doenças - Organização Mundial de Saúde. Estima-se que 19% da população brasileira sofram de dores crônicas devido a doenças reumáticas, com predominância em mulheres, adultos jovens (idade média 37 + 27 anos), desempregados e com nível socioeconômico baixo (classe D). Além das dores crônicas de origem reumática, há também aquelas de origem músculo-esquelética, como a lombalgia crônica e cefaleias do tipo tensional; viscerais, como a síndrome do cólon irritable; e neuropáticas, como a dor fantasma (Senna et al.⁷, 2004)

Quando a dor evolui para o estado crônico, torna-se um problema de saúde pública, causador de morbidade, absenteísmo ao trabalho e incapacidade temporária ou permanente, gerando elevados custos aos sistemas de saúde (Picavet e Schouten⁸, 2003).

Dor crônica é um problema global envolvendo sofrimento muitas vezes desnecessário, incapacidade progressiva e custo socioeconômico



mico importante. Ela não é só um sintoma, uma vez que pode ser considerada uma síndrome (Cailliet⁹, 1999).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor crônica afeta 30% da população mundial, tornando-se um importante problema de saúde pública contemporâneo. Nos últimos cinquenta anos, o estudo da dor tem contribuído com mudanças profundas na compreensão da dinâmica e complexidade do sistema nervoso, tendo impulsionado o reconhecimento da importância das dimensões socio-culturais e psíquicas na experiência e expressão do fenômeno doloroso, além de proporcionado a diversificação de recursos terapêuticos mobilizados no cuidado da dor crônica (Lima e Trad¹⁰, 2007).

No Brasil, a presença da dor crônica como problema de saúde pública tem sido referida em estudos atuais, que apontam prevalências entre 7% e 46% na população geral e pouco menos de 30% dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária à saúde (Teixeira¹¹, 2003).

Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais, e mais de três quartos consideram-na limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (Teixeira et al.¹², 2001).

Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem pelo menos um problema significativo de saúde que os predisponha à dor (Pimenta e Teixeira¹, 2000).

Fatores psicossociais como depressão, consumo excessivo de álcool e tabagismo, têm sido associados à presença de dor crônica. Fatores sociodemográficos como idade, peso corporal, sexo e etnia também são relacionados na literatura. Condição socioeconômica, nível de escolaridade, situação conjugal e prática de atividade física vêm frequentemente apresentando associações positivas com essa morbidade (Picavet e Schouten⁸, 2003).

Na dor crônica, a relação corpo-mente está

permanentemente presente, pois envolve esses dois domínios, sem estar exclusivamente em um dos dois. A objetivação e a subjetivação da dor, nesse caso, confundem-se com o reconhecimento de si mesmo como sendo dor, “a dor sou eu”, em contraste com a não aceitação dessa condição (Jackson¹³, 2000).

A dor crônica encontra-se entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, incapacidades, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (Salveti e Pimenta¹⁴, 2007).

Na avaliação da dor, até o presente momento, não existem exames laboratoriais ou testes objetivos, dependendo, em grande parte, do relato do paciente (subjetivo). Como instrumento de avaliação, dispõe-se da escala visual analógica (EVA), que avalia somente o componente de intensidade da dor e não outros aspectos, como o mal-estar gerado pela dor ou o seu impacto na qualidade de vida. Tratamentos medicamentosos, baseados no emprego de antidepressivos, anticonvulsivantes e opioides são citados na literatura (Paiva et al.¹⁵, 2006). Além disso, medidas não farmacológicas como a fisioterapia, a terapia ocupacional, terapias complementares (relaxamento, meditação, hipnose, massagem, quiropraxia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)) e exercícios parecem ser coadjuvantes no tratamento dos pacientes (Sampaio et al.⁵, 2005). Destaca-se o fato de que uma maior atividade física reduz os níveis de dor, independentemente se é disfunção articular significativa (Kuphal et al.¹⁶, 2007).

Programas de atividade física que visem à restauração da função, força e trofismo muscular, ao desenvolvimento do senso de propriocepção, ao relaxamento da musculatura, à restauração da flexibilidade articular e à prevenção da síndrome do desuso são eficientes nesse processo. A marcha, os exercícios na água (hidrote-



rapia) e o condicionamento do aparelho cardiovascular e respiratório são também instrumentos que contribuem para melhorar a reabilitação dos doentes com dor (Lin et al.¹⁷, 2001).

O tratamento da dor crônica caracteriza-se por programas multidimensionais agindo sobre características biopsicossociais (Turk et al.¹⁸, 2006). No plano biológico esses programas visam regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e dopamina). No plano psicológico reduzem ansiedade, depressão, angústia e incapacidades mentais geradas pela dor crônica. No plano social favorecem a autoestima, a participação social e a produtividade intelectual e física. Dentre as estratégias empregadas pelos programas multidisciplinares destinados à dor crônica, temos gestão do estresse, educação dos pacientes e das famílias, psicoterapia, relaxamento, sendo a atividade física a estratégia mais utilizada (Barcellos et al.¹⁹, 2007).

A atividade física seja ela cardiovascular, de fortalecimento ou alongamento, está associada ao bem-estar físico, mental e à inclusão social dos indivíduos. Estudos clínicos demonstram que a atividade física reduz a intensidade da dor relatada por pacientes com dores osteoarticulares, lombares Charest et al.²⁰, (1994) e cervicais Andersen et al.²¹, (2008), entre outras.

Com um programa multidisciplinar que incluiu oito semanas de caminhada com uma frequência de três vezes semanais, duração de 20 a 30 minutos, com intensidade de 40-60% de frequência cardíaca máxima, foi demonstrada a redução de 26% da dor clínica (Souza et al.²², 2008).

O efeito do alongamento é, sobretudo, fisiológico, no qual o aumento do comprimento do músculo ao repouso e o relaxamento proporcionado pelo exercício favorecem o fluxo sanguíneo e reduzem a hiperalgesia induzida pela contração muscular (tensão). O alongamento melhora a saúde mental, além de reduzir a dor clínica dos indivíduos com fibromialgia. Além disso, o alongamento e o fortalecimento da

musculatura também têm um efeito mecânico; eles auxiliam no reequilíbrio músculo-esquelético, causa parcial de dores crônicas como as lombalgias, cervicalgias e mesmo as fibromialgias (Valim et al.²³, 2003).

Essas afirmativas indicam que não são necessários grandes investimentos ou complexas atividades para possibilitar a melhoria nas condições de saúde vinculadas às dores crônicas, principalmente as lombalgias. Este entendimento permite e sugere que ações governamentais sejam possíveis para intervir no processo de adesão da comunidade a grupos de dores, com custo baixo e grande benefício à população no geral.

Adequação da Unidade Básica de Saúde ao Programa de Saúde da Família

Quanto ao sistema de saúde vigente na atualidade, sabemos que teve origem na primeira metade da década de 90, com o surgimento de programas governamentais que buscaram modificar a forma de dar atenção básica no país.

Foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), este último se consolida como estratégia reorganizadora do sistema de saúde nacional, recém-aprovado na constituição de 1988 e editado nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142) (Ministério da Saúde²⁴, 2006).

O Programa Saúde da Família está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação e controle social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas, na medida em que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como, em um plano ainda mais microscópico, as relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (Crevelim e Peduzzi²⁵, 2005).

Considerando-se, ainda, que os dados e indicadores em atenção básica têm suas limitações,



há de se observar uma lacuna deixada entre a demanda real da população e a demanda programada através dos programas verticais, como, por exemplo, o programa para hipertensos e diabéticos (Teixeira²⁶, 2002).

Os limites dos dados e indicadores na atenção básica podem ser evidenciados pela subnotificação de disfunções músculo-esqueléticas, sobretudo quando a Organização Mundial de Saúde Garfin et al.²⁷, (1999) promove a “Década do Osso e da Articulação (2000-2010)”, sendo esse movimento responsável pela iniciativa de alguns países em investir na saúde músculo-esquelética da população (Ministério da Saúde²⁸, 2004).

Mesmo diante dessas iniciativas, nenhum instrumento de coleta de dados nos programas PACS e PSF insere a saúde osteoarticular como um possível cenário de intervenção programática, seja ela de promoção à saúde, prevenção de doenças, ou reabilitação (Ministério da Saúde²⁹, 2000).

Os distúrbios músculo-esqueléticos são responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho e pelos custos com pagamentos de indenizações, tanto no Brasil como na maior parte dos países industrializados (Reis et al.³⁰, 2000)

MATERIAL E MÉTODOS

Primeiramente, foi realizado um levantamento epidemiológico do número de casos de dor crônica encontrados na Unidade Básica de Saúde Jd. Palmira - Guarulhos/SP, a partir da revisão de prontuários médicos e da distribuição de um formulário (Anexo 1) para cada agente comunitária da saúde anotar os casos que acompanha na comunidade, ou de que tenha conhecimento.

A partir da coleta inicial dos dados, um questionário (Anexo 2) foi proposto aos cadastrados(as) com dor crônica, com a perspectiva de relacioná-la às variáveis julgadas como pertinentes ao estudo pelo autor (sexo, idade, estado civil, atividades laborais, atividade física doméstica intensa, depressão, tabagismo, consumo de ál-

cool, localização corporal, limitação das atividades diárias, índice de massa corpórea e uso de medicamento). Este foi utilizado exclusivamente para fins de pesquisa, de forma anônima, com o intuito de caracterizar a dor crônica e instituir o melhor tratamento e forma de prevenção aos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na UBS Jardim Palmira, no total, há 9792 indivíduos cadastrados, sendo 4550 homens e 5242 mulheres. Destes, 6371 cadastrados têm mais de vinte anos de idade. Das 22 ACS da UBS Jardim Palmira, 19 delas acompanhavam casos de cadastrados com dor crônica. Ao todo, 176 cadastrados se enquadraram no diagnóstico de dor crônica. A pesquisa se limitou aos indivíduos com mais de vinte anos de idade, ou seja, correspondendo a 2,71% do total dos cadastrados. Dos 176 pacientes com dor crônica, 49 questionários foram preenchidos para análise e caracterização da dor crônica (27,8%). A limitação na quantidade de entrevistados se deu por conta da dificuldade de acesso, mudanças de endereço, ausência do entrevistado em sua residência quando da busca ativa realizada pelas ACS, falta de colaboração de algumas ACS e recusa familiar ou individual. Dentre os 49 casos avaliados e analisados, houve predominância do sexo feminino (87,8%) comparado ao masculino (12,2%). A maioria dos participantes tinha mais de 59 anos de idade (67,4%) e pertencente ao grupo dos casados (65,3%). A descrição da amostra pode ser vista na Tabela 1.

A maioria dos participantes era aposentada ou “do lar”, correspondendo, juntos, a 69,4%. Dentre os que tinham uma profissão (30,6%), houve predominância de costureiras (53,8%). A representação das profissões encontra-se na Tabela 2.

A amostra foi equilibrada quanto à realização de atividade física doméstica intensa, sendo que 49% dos entrevistados responderam “sim, realiza” e 51% responderam “não realiza”. Quanto aos hábitos e vícios, a maioria dos cadastrados

**Tabela 1:** Características da dor crônica conforme sexo, idade e estado civil.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	6	12,2
Feminino	43	87,8
Total	49	100
Idade (anos)		
20 a 29	1	2
30 a 39	0	0
40 a 49	5	10,2
50 a 59	10	20,4
acima de 59	33	67,4
Situação conjugal		
Solteiro	4	8,2
Casado	32	65,3
Divorciado/Separado	4	8,2
Víuvo	9	18,3

era composta por não fumantes (79,6%), comparada aos fumantes (10,2%) e ex-fumantes (10,2%). Não consumidores de álcool corresponderam a 85,7% dos entrevistados e 14,3% consumiam socialmente, classificados como “leve” consumo. Quanto à localização da dor, a maioria dos participantes relatou dores em vários locais do corpo. Os membros (superiores e inferiores) foram os mais acometidos, seguidos da região torácica e lombar e, por último, região cervical.

Em 71,4% dos entrevistados, a dor limitava suas atividades diárias e 22,4% relatavam diagnóstico de depressão. A maioria não realizava atividade física (75,5%) e apenas 24,5% realizavam atividade física moderada (correr, nadar, caminhar, pedalar por mais de 3 horas semanais).

Dos 49 participantes, 40 (81,6%) recorriam a medicamentos para aliviar a dor e 9 (18,4%) não utilizavam qualquer medicamento. Dentre os medicamentos utilizados, destacam-se os analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais, como se observa na Tabela 3. Muitos faziam uso associado de mais de um medicamento. Em 62,6% dos casos, o medicamento era fornecido

Tabela 2: Relação das profissões dos cadastrados.

Profissão	n	%
Não	34	69,4
Aposentados	6	12,2
"Do lar"	28	57,1
Sim	15	30,3
Costureira	8	16,3
Tecelão	1	2,0
Comerciante	1	2,0
Pedreiro	1	2,0
Motorista	1	2,0
Encanador	1	2,0
Instalador de telefone	1	2,0
Empregada doméstica	1	2,0

pela própria UBS. Por fim, realizou-se a avaliação do IMC de todos os pacientes, representada na Tabela 4.

Conforme foi observado neste estudo, 2,71% da amostra probabilística dos cadastrados da UBS Jardim Palmira sofrem de dor crônica, mostrando valores distintos daqueles demonstrados em revisões sistemáticas sobre dor crônica no Brasil, caracterizado, por alta prevalência, como um dos países mais acometidos no cenário mundial. Isso pode ter relação com o desconhecimento das ACS em relação a novos casos de dor crônica encontrados na comunidade, ou mesmo à falta de caracterização e reconhecimento desse tipo de dor por parte dos próprios pacientes, que acabam não informando as ACS sobre seu problema.

Com base na avaliação dos questionários, a prevalência de dor crônica na população com mais de 20 anos de idade foi maior em mulheres do que em homens, sendo que acomete mais o grupo com mais de 59 anos de idade, indicando o aumento progressivo e proporcional da dor crônica de acordo com o avanço da idade. O estudo demonstra que houve maior associação da dor crônica com indivíduos casados, concordando e discordando de resultados vistos na literatura em que houve tanto maior acometimento



Tabela 3: Distribuição dos cadastrados quanto às medidas terapêuticas farmacológicas utilizadas para o controle da dor.

Classificação farmacológica	Princípio ativo	n	%
Analgésicos simples	Dipirona 10 25		
	Paracetamol	13	32,5
	Tandrilax	2	5
	Dorflex	5	12,5
	Diclofenaco	8	20
	Voltaren	9	22,5
Anti-inflamatórios não hormonais	Piroxicam	2	5
	Nimesulida	1	2,5
	Ibuprofeno	1	2,5
	Opiáceos Tramadol	1	2,5
	Antidepressivos Tricíclicos	4	10

em indivíduos casados como naqueles que moravam sós. Assim, essa falta de consenso entre os achados dos estudos indica a necessidade de investigações com variáveis mais específicas.

Neste estudo, demonstrou-se maior prevalência da dor crônica em indivíduos não fumantes, contrariando a literatura, já que é consenso que fumantes e ex-fumantes estão mais predispostos a desenvolverem dor crônica; as propriedades químicas analgésicas da nicotina podem explicar parcialmente o fato de os ex-fumantes apresentarem uma razão de prevalência maior quando comparados aos fumantes atuais. Em relação ao consumo de álcool, observou-se que a grande maioria dos cadastrados (85,7%) era formada por não consumidores. Ainda há poucos estudos que abordem a associação do álcool com a dor crônica, mas alguns autores defendem a ideia do efeito protetor do álcool na dor crônica, quando consumido moderadamente.

Quanto à localização da dor, houve maior prevalência em membros do que nas regiões lombar e cervical. Este estudo sugere estar estreitamente relacionada à profissão do indivíduo e tipo específico de atividade física realizada. Profissões como a de costureira refletem alto índice de dor nos punhos, dedos, região lombar e cervical por conta da posição postural adotada no trabalho.

Em 71,4% dos entrevistados, a dor limita suas atividades diárias, demonstrando a importância do tratamento e prevenção da dor crônica. Em boa parte dos casos, a depressão (22,4%) estava associada ao quadro algico crônico. Outro dado importante foi a falta de exercícios realizados por boa parte dos cadastrados, sendo que 75,5% destes não realizavam qualquer atividade física. Além disso, a qualidade de vida dessas pessoas foi prejudicada pelo uso excessivo de medicamentos analgésicos (81,6%) e seus diversos efeitos colaterais. Por mais que sejam fornecidos pela UBS em sua maioria, deveriam ser prescritos associados a atividades físicas diárias.

Os benefícios dos exercícios para o alívio do quadro algico foi comprovado por inúmeros estudos encontrados na literatura. O controle da dor pode ser obtido por meio do relaxamento

Tabela 4: Classificação do IMC de pacientes com dor crônica.

Variável	n	%
Desnutrido	0	0
Normal	17	34,7
Sobrepeso	24	49
Obesidade Grau 1	5	10,3
Obesidade Grau 2	2	4
Obesidade Grau 3	1	2
Total	49	100



de estruturas tensas ou contraturadas e do fortalecimento muscular, que podem ser proporcionadas pelos exercícios isométricos, ativos livres e contrarresistidos. Os programas de atividade física que visem à restauração da função, força e trefismo muscular, ao desenvolvimento do senso de propriocepção, ao relaxamento da musculatura, à restauração da flexibilidade articular e à prevenção da síndrome do desuso também são eficientes nesse processo.

Boa parte dos cadastrados com dor crônica possuíam sobrepeso, como demonstrado neste estudo. Destaca-se a perda de peso associada ao exercício físico como um dos critérios relevantes para melhora da dor em muitos pacientes, já que a carga sobre as articulações é menor, a facilidade para realizar esforços é maior e a postura e flexibilidade melhoram.

Espera-se que os dados possam contribuir com estratégias preventivas de saúde pública, divulgando-se os riscos do tabagismo e da obesidade para o desenvolvimento de dor crônica, assim como o efeito benéfico das atividades físicas. O intuito é que as UBSs atentem para a im-

portância da dor crônica no prejuízo da qualidade de vida dos indivíduos, além do gasto público com a quantidade de medicamentos fornecidos a esses pacientes. A adesão da comunidade a um estilo de vida mais saudável, bem como o incentivo ao acompanhamento da saúde periódico e a realização de atividades físicas, seriam a alternativa mais viável e menos onerosa para o cuidado do paciente com dor crônica e para a prevenção de novos casos. É importante reforçar que o paciente seja um elemento ativo em seu tratamento, como uma forma de prolongar os ganhos terapêuticos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Fabiana Augusto Neman, incentivadora e orientadora do estudo,

Às agentes comunitárias da saúde da Unidade Básica Jd. Palmira,

Ao PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PIIC) da Universidade Cidade de São Paulo pelo apoio financeiro.



ANEXO 1

AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) DA UBS JD. PALMIRA

O QUE É A DOR CRÔNICA?

- Aquela com duração maior do que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente. Trata-se de um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

OBJETIVOS DA PESQUISA

- Avaliar a prevalência dos casos de dor crônica encontrada na população cadastrada na Unidade Básica de Saúde Jd. Palmira.

Por favor, com a finalidade de realizar um levantamento epidemiológico dos casos de dor crônica entre os cadastrados da UBS, informem se acompanham pacientes com as características mencionadas. Desde já, agradecemos o apoio.

Nome do Agente Comunitário de Saúde (ACS): _____

Número(s) da(s) família(s) do(s) cadastrado(s) com dor crônica: _____

Aluno/Pesquisador: Flavio Tanouye Montini

Orientadora: Dra. Fabiana Augusto Neman

Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid)



ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DOR CRÔNICA

APRESENTA DORES NO CORPO HÁ MAIS DE 6 MESES?

Sim () Não ()

SEXO

Masculino () Feminino ()

IDADE

20 a 29 anos () 30 a 39 anos () 40 a 49 anos () 50 a 59 anos ()

acima de 59 anos ()

ESTADO CIVIL

Solteiro () Casado () Divorciado/Separado () Viúvo ()

PROFISSÃO

Sim () QUAL? Não ()

REALIZA ATIVIDADE FÍSICA DOMÉSTICA INTENSA?

Sim () Não ()

TABAGISTA?

Fumante () Não fumante () Ex-fumante ()

CONSUMO DE ÁLCOOL?

Excessivo - todos os dias () Moderado - finais de semana ()

Leve – socialmente () Não consumidor ()

QUAL É A LOCALIZAÇÃO DA DOR?

Região cervical - PESCOÇO () Regiões torácica/lombar – COSTAS E PEITO ()

Membros - BRAÇOS E PERNAS ()

A DOR LIMITA SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?

Sim () Não ()

TEM DEPRESSÃO?

Sim () Não ()

REALIZA ATIVIDADE FÍSICA?

Intensa - nível competitivo ()



Moderada - correr, nadar, caminhar, pedalar, por pelo menos 3 horas semanais ()

Não realiza ()

UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO PARA MELHORAR A DOR?

Sim () QUAL? Não ()

O MEDICAMENTO É FORNECIDO PELA UBS?

Sim () Não ()

ALTURA (m):

PESO (Kg):



REFERÊNCIAS

1. Pimenta C, Teixeira M. Dor no idoso In: Duarte YAO, Diogo MJE, editors. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 373-87.
2. Merskey N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain 2ed. Seattle: IASP Press; 1994.
3. Ziegegansbeyer W. Handbook of physiology: a critical, comprehensive presentation of physiological knowledge and concepts. In: Geiger S. R, editor. Bethesda: American Physiological Society; 1986. p. 581-645.
4. Gilron I, Watson CP, Cahill CM, Moulin DE. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. *CMAJ* 2006 Aug 1;175(3):265-75.
5. Sampaio L, Moura C, Resende M. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev Bras de Cancerologia* 2005 51(4):339-46.
6. Ribeiro S, Schmidt AP, Schmidt SRG. O uso de opióides no tratamento da dor crônica não oncológica: o papel da metadona. *Rev Bras Anestesiologia* 2002 52(5):644-51.
7. Senna E, Barros A, Silva E, Costa I, Pereira L, Ciconelli R, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2004 Mar;31(3):594-7.
8. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003 Mar;102(1-2):167-78.
9. Cailliet R. Dor: mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
10. Lima MAG, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cad Saúde Pública* 2007 nov;23(11):2672-80.
11. Teixeira M. Dor no contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003.
12. Teixeira M, Teixeira W, Santos F, Andrade D, Bezerra S, Figueiro J, et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. *Rev med* (São Paulo) 2001 80(ed.esp.,pt.1):1-21.
13. Jackson J. Camp pain: talking with chronic pain patients Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2000.
14. Salvetti MdG, Pimenta CA dM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP* 2007 mar;41(1):135-40.
15. Paiva EdS, Cuginotti V, Müller CS, Parchen CFR, Urbaneski F. Manejo da dor. *Rev Bras Reumatol* 2006 jul./ago.;46(4):292-6.
16. Kuphal KE, Fibuch EE, Taylor BK. Extended swimming exercise reduces inflammatory and peripheral neuropathic pain in rodents. *J Pain* 2007 Dec;8(12):989-97.
17. Lin T, Stump P, Kaziyama H, Teixeira M, Ima-mura M, Greve J. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Rev Med* (São Paulo) 2001 80(ed. esp. pt.2):245-55.
18. Turk DC, Dworkin RH, Burke LB, Gershon R, Rothman M, Scott J, et al. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2006 Dec 5;125(3):208-15.
19. Barcellos J, Charest J, Marchan S. École interactionnelle de fibromyalgie: description et évaluation *Douleur et Analgésie* 2007 20(213-8):
20. Charest J, Lavignolle B, Chenard J, Provencher M, Marchand S. École interactionnelle du dos *Rhumatologie* 1994 48(8):221-37.
21. Andersen L, Kjaer M, Sogaard K, Hansen L, Kryger A, Sjøgaard G. Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. *Arthritis Rheum* 2008 Jan 15;59(1):84-91.
22. Souza J, Bourgault P, Charest J, Marchand S. Long-term efficacy of the Interactional School of Fibromyalgia – a randomized controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 2008 In press



23. Valim V, Oliveira L, Suda A, Silva L, de Assis M, Barros Neto T, et al. Aerobic fitness effects in fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003 May;30(5):1060-9.
24. Ministério da Saúde M. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. . Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_15a.pdf.
25. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva* 2005 abr./jun.;10(2):323-31.
26. Teixeira C. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública* 2002 18(supl):153-62.
27. Garfin SR, Andersson G, Gronblad M, Rydevik B. The Bone and Joint Decade, 2000-2010, for Prevention and Treatment of Musculoskeletal Disorders. *Spine* (Phila Pa 1976) 1999 Jun 1;24(11):1055-7.
28. Ministério da Saúde. Programa nacional contra as doenças reumáticas 2004. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.
29. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica Brasília2000. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf.
30. Reis RJ, Pinheiro TM, Navarro A, Martin M M. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. *Rev Saúde Pública* 2000 jun.;34(3):292-8.