



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Guilherme Salcedo Areunete

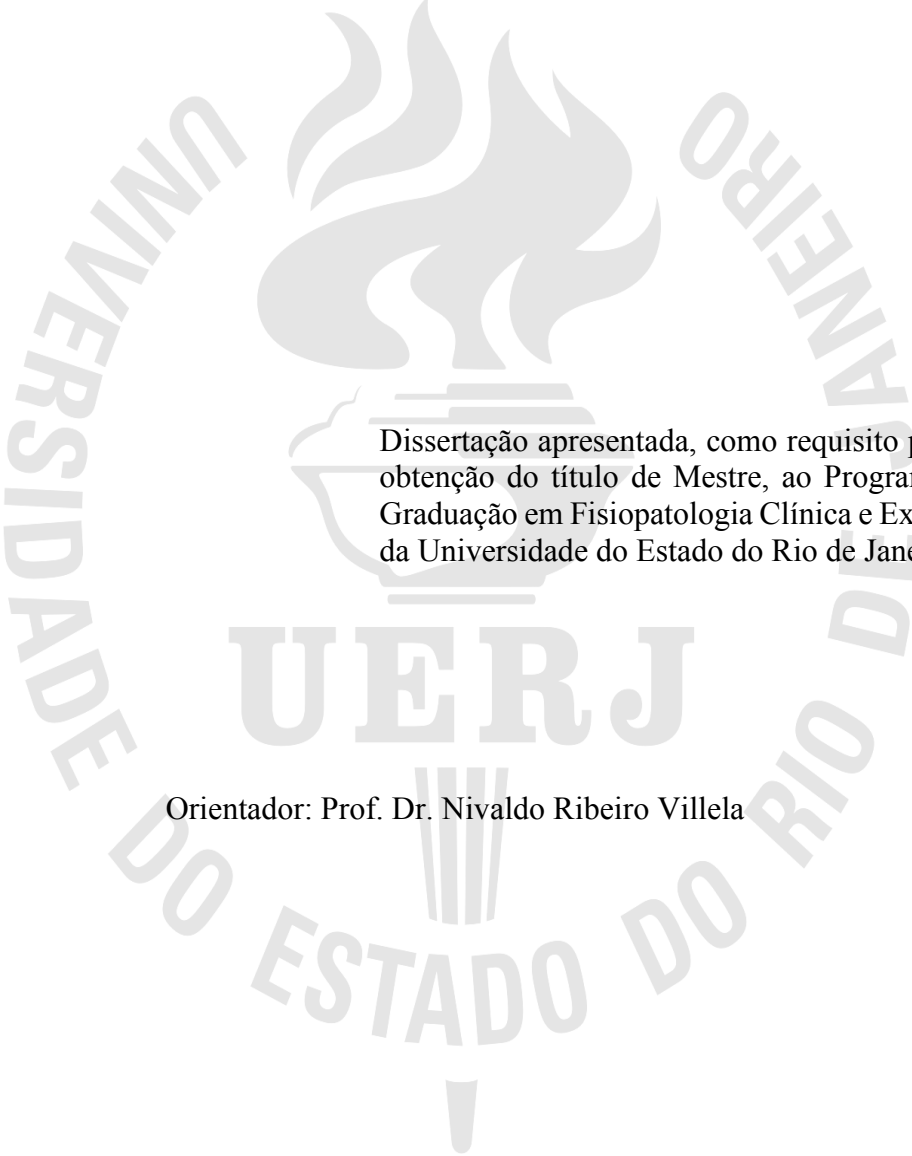
Características epidemiológicas e clínicas de pacientes com dor crônica oriundos da atenção primária: experiência de um hospital universitário em um país em desenvolvimento

Rio de Janeiro

2022

Guilherme Salcedo Areunete

**Características epidemiológicas e clínicas de pacientes com dor crônica oriundos da
atenção primária: experiência de um hospital universitário em um país em
desenvolvimento**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental,
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Villela

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

A683 Areunete, Guilherme Salcedo.
Características epidemiológicas e clínicas de pacientes com dor crônica oriundos da atenção primária: experiência de um hospital universitário em um país em desenvolvimento / Guilherme Salcedo Areunete – 2022.
46f.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Vilela

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental.

1. Dor crônica - Teses. 2. Atenção primária à saúde - Teses 3. Estudos epidemiológicos - Teses. 4. Hospitais universitários - Teses. I. Vilela, Nivaldo Ribeiro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Guilherme Salcedo Areunete

**Características epidemiológicas e clínicas de pacientes com dor crônica oriundos da
atenção primária: experiência de um hospital universitário em um país em
desenvolvimento**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental,
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de agosto de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Ribeiro Villela

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alex Christian Manhães

Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes – UERJ

Prof. Dr. Paulo de Tarso Veras Farinatti

Instituto de Educação Física e Desportos – UERJ

Prof. Dr.^a Beatriz Fátima Alves de Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família amada, minha esposa, Luciana, meus filhos João Pedro e Bernardo e meus pais Manoel (*in memoriam*) e Angela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Nivaldo Villela pela confiança no meu trabalho e pela oportunidade de desenvolver esse projeto. Obrigado por acreditar no meu potencial

À Prof. Dra. Beatriz Fátima Alves de Oliveira pela sua disponibilidade e imensa contribuição nesse estudo.

À amiga e fisioterapeuta de excelência Cláudia Zornoff Gavazza pela amizade, parceria e contribuições fundamentais para a realização desse projeto.

À Prof. Dra. Adalgisa Ieda Maiworm por me convidar para fazer parte do projeto do Atendimento Multidisciplinar em Dor Crônica

À Prof. Dra Laisa Liane Paineiras Domingos, Prof. Dra. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt, e aos competentes e especiais psicólogos: Simara Candido da Silva, Taiana Gomes Lima e Raphael de Oliveira do Amaral pela valorosa contribuição na coleta dos dados

À toda equipe médica, de enfermagem, de professores de Educação Física e secretárias do projeto de Atendimento Multidisciplinar em Dor Crônica por toda competência, apoio e incentivo nessa minha caminhada.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ainda ninguém pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

AREUNETE, Guilherme Salcedo. *Características epidemiológicas e clínicas de pacientes com dor crônica oriundos da atenção primária: experiência de um hospital universitário em um país em desenvolvimento*. 2022. 46 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A dor crônica é um problema de saúde com impacto significativo na qualidade de vida. No entanto, em países em desenvolvimento, estudos epidemiológicos sobre dor crônica em serviços de atenção primária são escassos. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos pacientes com dor crônica encaminhados da atenção primária ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Foram analisados dados de 906 pacientes adultos com dor crônica não oncológica durante sua primeira visita ao centro de dor do HUPE ao longo de 2019. O Inventário Breve de Dor (IBD) e a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) avaliaram a intensidade da dor e seu impacto na atividade diária e transtorno de humor, respectivamente. A população foi predominantemente feminina (68,8%), com mais de cinquenta anos (66,3%), com menos de 11 anos de estudo (86,5%), com sobrepeso ou obesidade (75,2%). A dor generalizada esteve presente em 43,6% dos pacientes. Além disso, 81,9% da amostra referiu a dor como moderada ou intensa, com alta interferência nas atividades diárias (>50%). O local mais acometido foi a região lombar seguida pelos membros inferiores (79,2%), membros superiores (56,1%) e coluna cervical (43,4%). Uma proporção elevada da população estudada tinha uma pontuação HAD > 9 para ansiedade (67,4%) e depressão (52,2%). Os pacientes com dor intensa eram predominantemente mulheres de meia-idade (77%) e indivíduos com altos níveis de ansiedade e depressão. A intensidade da dor também esteve associada à ansiedade e depressão. As características biopsicossociais associadas à dor crônica mostram a importância de direcionar políticas de prevenção e cuidado que contemplem uma abordagem multidisciplinar para fornecer avaliação e tratamento mais precisos e eficientes.

Palavras-chave: Dor crônica. Transtornos de humor. Epidemiologia. Estudos transversal.

.Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

AREUNETE, Guilherme Salcedo. *Epidemiological and clinical characteristics of patients with chronic pain originating from primary care: experience of a university hospital in a developing country*. 2022. 46 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Chronic pain is a health problem with a significant impact on quality of life. However, in developing countries, epidemiological studies on chronic pain in primary care services are scarce. This study aimed to describe the profile of patients with chronic pain referred from primary care to Pedro Ernesto University Hospital (HUPE, Rio de Janeiro, RJ, Brazil). Data from 906 adult patients with non-cancer chronic pain were analyzed during their first visit to the HUPE pain center throughout 2019. The Brief Pain Inventory (BDI) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) assessed the intensity of pain and its impact on daily activity and mood disorder, respectively. The population was predominantly female (68.8%), over fifty years old (66.3%), with less than 11 years of schooling (86.5%), overweight or obese (75.2%). Generalized pain was present in 43.6% of patients. In addition, 81.9% of the sample referred to pain as moderate or severe, with high interference in daily activities (>50%). The most affected site was the lumbar region, followed by the lower limbs (79.2%), upper limbs (56.1%) and cervical spine (43.4%). A high proportion of the study population had an HAD score > 9 for anxiety (67.4%) and depression (52.2%). Patients with severe pain were predominantly middle-aged women (77%) and individuals with high levels of anxiety and depression. Pain intensity was also associated with anxiety and depression. The biopsychosocial characteristics associated with chronic pain show the importance of directing prevention and care policies that include a multidisciplinary approach to provide more accurate and efficient assessment and treatment.

Keywords: Chronic pain. Mood disorders. Epidemiology. Cross-sectional study. Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Frequência absoluta de localização e interferência da dor nas atividades, de acordo com a intensidade da dor.....	24
Figura 2 -	Perfis dos pacientes com dor leve, moderada, intensa, segundo características sociodemográficas, saúde mental e interferência da dor nas atividades diárias.....	25
Figura 3 -	Razões de chances ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% para fatores associados à intensidade da dor crônica.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas, clínicas, de interferência da dor e de saúde mental da amostra do estudo.....	21
Tabela 2 -	Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde mental, de acordo com intensidade da dor.....	22
Tabela 3 -	Distribuição percentual das atividades diárias com interferência da dor média, acordo com intensidade da dor.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAD-ANS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - escore Ansiedade
HAD-DEP	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – escore Depressão
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IASP	<i>International Association for Study of Pain</i>
IBD	Inventário Breve de Dor
IC	Intervalo de Confiança
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	OBJETIVOS	15
1.1	Geral	15
1.2	Específicos	15
2	MÉTODOS	16
2.1	Desenho do estudo e população	16
2.2	Declarações éticas	16
2.3	Critérios de inclusão	16
2.4	Critérios de exclusão	17
2.5	Variáveis analisadas	17
2.5.1	<u>Variáveis demográficas e socioeconômicas</u>	17
2.5.2	<u>Massa corporal</u>	17
2.5.3	<u>Dor</u>	17
2.5.4	<u>Saúde mental (ansiedade e depressão)</u>	18
2.6.	Análises estatísticas	18
3	RESULTADOS	20
4	DISCUSSÃO	27
	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	41
	ANEXO B – Inventário Breve de Dor (frente)	44
	ANEXO C – Inventário Breve de Dor (verso)	45
	ANEXO D - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	46

INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial (NEAVE et al., 2013). É sempre uma experiência pessoal, influenciada em graus variados por fatores biológicos, psicológicos e sociais (JENSEN et al., 2011). Quanto à terminologia e definições utilizadas pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, em português, Associação Internacional para Estudo da Dor), os seguintes tipos de dores mais encontrados são (KOSEK et al., 2016):

- a) Dor nociceptiva: surge de dano real ou ameaçado ao tecido não neural e é devida à ativação de nociceptores. O termo é usado para descrever a dor que ocorre com um sistema nervoso somatossensorial funcionando normalmente;
- b) Dor neuropática: causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. A dor neuropática é uma descrição clínica que requer uma lesão demonstrável ou uma doença que satisfaça os critérios diagnósticos neurológicos estabelecidos;
- c) Dor nociplástica: surge da nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de dano tecidual real ou potencial, causando a ativação de nociceptores periféricos, ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial que causa a dor. O critério clínico utilizado para dor musculoesquelética nociplástica é a presença de dor com duração maior que três meses, com distribuição regional e sinais de hipersensibilidade, que não pode ser totalmente explicada pelos mecanismos nociceptivos e neuropáticos.

A dor aguda é dinâmica, geralmente em resposta a um trauma tecidual e processos inflamatórios; assim, essa dor possui um valor de sobrevivência e desempenha um papel na cura (COHEN; VASE; HOOTEN, 2021). No entanto, uma vez passado o período de perigo agudo, a dor não mais torna-se uma necessidade, mas um fardo - uma doença em si (CLAUW et al., 2019). Embora não haja um limite claro de quando a dor aguda se torna crônica, é geralmente aceito que quando persiste além do período de cicatrização esperado, em torno de três meses, assume contornos patológicos (TREEDE et al., 2019).

A dor crônica, caracterizada por ser persistente ou recorrente (STEINGRÍMSDÓTTIR et al., 2017) é um problema de saúde comum, multifatorial e complexo que traz um impacto significativo para os indivíduos, a sociedade e os sistemas de saúde (FAYAZ et al., 2016; MILLS; NICOLSON; SMITH, 2019). Estima-se que, globalmente, um em cada cinco adultos

sofram com dor e que um em cada 10 adultos são diagnosticados com dor crônica a cada ano, representando um significativo problema de saúde e acarretando ônus socioeconômico, particularmente aos sistemas de saúde (GOUCKE; CHAUDAKSHETRIN, 2018).

Pelo menos 10% da população mundial tem algum problema relacionado à dor crônica e existem dados que indicam prevalência de 20-25% em alguns países e regiões (JACKSON; STABILE; MCQUEEN, 2014). Um estudo realizado em 52 países estimou a prevalência de dor crônica, ponderada por idade e padronizada por sexo, em 27,5% na população adulta com mais de 25 anos de idade, com variação de 9,9 a 50,3% entre os países investigados (ZIMMER et al., 2021). Em países de baixa renda, como o Brasil, a prevalência variou de 23 a 76%, com média nacional de 45%, com as mulheres sendo a parcela mais afetada da população (AGUIAR et al., 2021).

Quando não tratada, a dor crônica pode reduzir a qualidade de vida, impactar negativamente as relações pessoais, diminuir a capacidade de trabalho, aumentar os índices de depressão e dobrar o risco de suicídio (SESSLE, 2011). Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, porque a experiência da dor decorre de processos fisiopatológicos, psicológicos e fatores sociais (DANY et al., 2016). Fatores psicológicos como catastrofização, ansiedade, medo e desamparo têm papéis-chaves no ajustamento da dor crônica (KEEFE et al., 2004). Além disso, a ansiedade e depressão associam-se a um pior prognóstico de pacientes por ela acometidos (BOERSMA; LINTON, 2006).

A dor crônica é uma das principais causas de incapacidades em várias regiões do mundo, incluindo países desenvolvidos e em desenvolvimento, caracterizadas pela redução da capacidade de se realizar atividades diárias e impactando na mobilidade dos indivíduos (VOS et al., 2015). No Brasil, dor na coluna vertebral, transtorno depressivo maior e ansiedade estão entre as cinco principais causas de incapacidade por anos vividos (SOUZA et al., 2017).

Em países em desenvolvimento, estudos epidemiológicos sobre dor crônica em serviços de atenção primária são escassos. Por outro lado, o melhor conhecimento das características da população com dor crônica é fundamental para direcionar as políticas de prevenção e cuidados, avaliações mais precisas e acompanhamento do impacto das intervenções (FAYAZ et al., 2016). Pesquisas de perfil epidemiológico em dor crônica fornecem importantes informações de prevalência e fatores associados com o início e a persistência do problema (VAN HECKE; TORRANCE; SMITH, 2013). Uma avaliação criteriosa é fundamental para classificação das condições desse grupo particular de pacientes (FILLINGIM et al., 2016).

A atenção primária é o primeiro cuidado acessível ao paciente com dor crônica. Em 1998, um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) relatou uma prevalência de 31% de

dor crônica entre pacientes da atenção primária da cidade do Rio de Janeiro (GUREJE et al., 1998). Logo, abordar essa condição em nível primário de intervenção em saúde pode oferecer o manejo adequado da dor no volume necessário, uma vez que o número de especialistas em dor disponíveis pode não suprir a demanda (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016). No entanto, podem existir várias barreiras possíveis para o gerenciamento eficaz da dor crônica na atenção primária, como a ausência de uma equipe multidisciplinar, dificuldade de acesso à medicação, sobrecarga de trabalho e falta de profissionais de saúde treinados para lidar com o problema (GOUCKE; CHAUDAKSHETRIN, 2018).

Portanto, identificar as características dos pacientes com dor crônica na atenção primária pode ser considerado um desafio e, conseqüentemente, revestir-se de natureza fulcral para a formulação de políticas públicas, inclusive na decisão sobre o orçamento da saúde, priorização e melhor compreensão de como lidar com essa população e melhorar o atendimento dos pacientes de maneira geral. É nesse contexto que se insere a presente Dissertação de Mestrado.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

O objetivo geral deste estudo é descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com dor crônica encaminhados pela atenção primária de saúde do estado do Rio de Janeiro para o Centro Multidisciplinar da Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

1.2 Específicos

- a) Caracterizar a dor crônica da população estudada;
- b) Caracterizar a saúde mental da população estudada, quanto aos transtornos de ansiedade e depressão;
- c) Caracterizar a interferência da dor crônica nas atividades diárias;
- d) Identificar fatores associados à intensidade da dor e distúrbio de humor.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo e população

Este estudo descritivo transversal foi realizado no Centro Multidisciplinar da Dor do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ), que recebe pacientes referenciados por diversos serviços de atenção primária da saúde do Estado do Rio de Janeiro. Foram coletados dados de pacientes admitidos pelo Centro da Dor durante o ano de 2019. Uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e médicos realizou a primeira avaliação. As informações foram armazenadas em banco de dados.

2.2 Considerações éticas

Todos os pacientes incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) cujo protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Protocolo nº 20220319.6.0000.5259) (ANEXO A)

2.3 Critérios de inclusão

Os participantes incluídos no estudo preencheram os seguintes critérios: a) Adultos (\geq 18 anos de idade) b) Diagnóstico de dor crônica de origem não oncológica

2.4 Critério de exclusão

Foram excluídos os pacientes incapazes de responder os questionários usados na avaliação.

2.5 Variáveis analisadas

2.5.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas

A idade foi categorizada em quatro grupos: menos de 39 anos; 40-50 anos; 50-60 anos; acima de 60 anos. O gênero foi dicotomizado em masculino ou feminino e a escolaridade foi expressa em anos de estudo, como inferior a 8 anos, 9 a 11 anos ou superior a 12 anos.

2.5.2 Massa corporal

O índice de massa corporal (IMC) foi definido como o peso (em quilogramas) dividido pela estatura ao quadrado (em metros). Os indivíduos foram pesados e medidos com o auxílio de balança antropométrica digital. O IMC foi classificado da seguinte maneira: a) normal - 18,5 a 24,9 kg/m²; b) sobrepeso - 25,0 a 29,9 kg/m²; c) obesidade - $\geq 30,0$ kg/m² (FLEGAL et al., 2005).

2.5.3 Dor

Os pacientes preencheram o inventário breve de dor (IBD, ANEXO B) sob orientação de um fisioterapeuta. O IBD (FERREIRA et al., 2011) é um questionário validado e traduzido para língua portuguesa, autoaplicável que avalia a dor crônica, fornecendo escores de intensidade e interferência da dor. A pontuação usa uma escala numérica de 0 a 10 (0: sem dor ou não interfere, 10: dor tão ruim quanto você pode imaginar ou interfere completamente).

O questionário compreende itens referentes à intensidade (pior dor, dor mínima, dor média e dor agora) e interferência da dor nos seguintes itens: atividade geral, humor, habilidade para caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida. Uma pontuação inferior a três classifica a dor como leve ou de baixa interferência; se o

paciente pontuar entre quatro e seis, isso indica dor moderada ou interferência média; uma pontuação maior que seis é classificada como dor intensa ou interferência alta. Além disso, o questionário registra os locais de dor e o tratamento ou medicamentos para a sua atenuação.

A localização da dor foi dividida por regiões do corpo em: coluna lombar; membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); abdômen; pelve; tórax; coluna cervical e cabeça. A dor generalizada foi considerada na presença de um ou mais locais de dor, nos quatro quadrantes do corpo, quais sejam: lado direito, lado esquerdo, região superior à linha de cintura e região inferior à linha de cintura.

O tratamento farmacológico para dor foi dividido nas seguintes categorias: analgésicos; anticonvulsivantes; antidepressivos; anti-inflamatórios não esteroidais; anti-inflamatórios esteroides; opioides fracos; opioides fortes; benzodiazepínicos.

2.5.4 Saúde mental (ansiedade e depressão)

Durante a avaliação, os pacientes preencheram a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD, ANEXO C), sob orientação de um psicólogo. A HAD (CASTRO et al., 2006) é uma escala validada e traduzida para língua portuguesa de 14 itens, que mede ansiedade e depressão em uma população não psiquiátrica. São avaliados 14 itens, dos quais 7 referem-se à ansiedade e 7 à depressão. Cada questão recebe pontuação de 0 a 3, dependendo da resposta do paciente. Quanto maior a pontuação, maior a probabilidade da presença do distúrbio. O escore máximo de pontuação nessa escala é de 21 pontos para ansiedade e 21 pontos para depressão. Adotou-se uma pontuação maior que nove como ponto de corte para alta probabilidade de depressão e ansiedade (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

2.6 Análise estatística

A análise exploratória dos dados foi realizada com a distribuição percentual das características sociodemográficas, clínicas e das condições de saúde mental. Utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla (AMC) para analisar o padrão da relação entre a intensidade da dor e fatores sociodemográficos, clínicos e de saúde mental. Os modelos de

regressão logística múltipla foram realizados para estimar a razão de chance entre a intensidade da dor e as variáveis-alvo. Todas as variáveis com significância de 10% ao teste Qui-quadrado (χ^2) foram incluídas na análise multivariada. A seleção das variáveis na análise multivariada utilizou o método *stepwise*, em que as variáveis com significância estatística de 5% ($p < 0,05$) permaneceram no modelo final. O modelo adequado foi escolhido como o menor critério de informação de Akaike (AIC). Todas as análises estatísticas utilizaram o pacote estatístico R, versão 3.4.3 (R Development Core Team, Viena, Áustria; <http://www.r-project.org>).

3 RESULTADOS

A Tabela 1 exibe as características sociodemográficas, clínicas, de dor e saúde mental da amostra. O estudo incluiu 906 pacientes, dos quais 66% tinham 50 anos ou mais e 68% eram do sexo feminino. Quanto ao nível de escolaridade, 44% cursaram apenas o nível fundamental (< 8 anos de estudo) e 13% tinham ensino superior (> 12 anos de estudo). Em geral, os pacientes apresentavam sobrepeso ou obesidade (75%). Os locais de dor mais frequentes foram a região lombar (82,1%), seguida de membros inferiores (79,2%), membros superiores (56,1%), cervical (43,4), tórax (24,7%), pelve (19,1%) e cabeça (18,4%).

Quadros de dor generalizada foram observados em 43% dos pacientes. Mais de 80% dos pacientes relataram a percepção média da dor como moderada ou intensa. A pior dor nas últimas 24 horas foi classificada como moderada ou intensa por 90% dos pacientes, enquanto mais de 50% atribuíram a mesma classificação para a menor dor. Mais da metade dos pacientes considerou que a condição de dor crônica interferia intensamente em sua atividade geral, humor, habilidade para caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida. Escores de ansiedade maiores que 9 pontos para ansiedade e depressão foram apresentados por 67% e 52% dos pacientes, respectivamente. Quanto ao uso regular de medicamentos, os pacientes relataram uso de analgésicos (41,4%), anticonvulsivantes (32,5%), antidepressivos (30,6%), anti-inflamatórios não esteroidais (20,9%), opioides fracos (14,7%), benzodiazepínicos (11,6). anti-inflamatórios esteroidais (3,8%) e opioides fortes (2%). Dezesesseis por cento dos pacientes não faziam uso de nenhum medicamento para dor.

Na Tabela 2 são exibidas características sociodemográficas, clínicas e de saúde mental associadas com a intensidade da dor (leve, moderada e intensa). Dentre os fatores sociodemográficos, observou-se uma associação entre sexo e escolaridade com a intensidade da dor. A dor intensa foi mais prevalente entre as mulheres (77%) e naqueles com nível escolar fundamental. Em relação ao local da dor, houve diferenças percentuais significativas entre intensidade da dor na região cervical, membros inferiores, membros superiores, pélvica e dor generalizada. A intensidade da dor associou-se com escalas de ansiedade, depressão e uso de medicamentos. Escores maiores que nove nas HAD-ANS e HAD-DEP e uso de antidepressivos tiveram relação estatisticamente significativa com a maior intensidade da dor média percebida.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas, de interferência da dor e saúde mental da amostra.

		N	%
Sociodemográfica			
Idade (n=906) (anos)	18 - 39	86	9,50
	40 - 49	220	24,3
	50 - 59	359	39,1
	≥ 60	246	27,2
Gênero (n=906)	Feminino	623	68,8
	Masculino	283	31,2
Escolaridade, anos de estudo (n=742)	< 8 anos	329	44,3
	9-11 anos	313	42,2
	>12 anos	100	13,5
Avaliação clínica			
IMC (n=600)	Normal	145	24,9
	Sobrepeso	215	36,9
	Obesidade	223	38,3
Localização da dor (n=906)	Coluna lombar	744	82,1
	Membros inferiores	718	79,2
	Membros superiores	508	56,1
	Dor generalizada	395	43,6
	Coluna cervical	393	43,4
	Tórax	224	24,7
	Pelve	173	19,1
	Cabeça	167	18,4
	Abdômen	96	10,6
Dor média (n=906)	Leve	164	18,1
	Moderada	325	35,9
	Intensa	417	46,0
Pior dor (n=906)	Leve	59	6,5
	Moderada	143	15,8
	Intensa	704	77,7
Dor mais fraca (n=863)	Leve	385	42,5
	Moderada	311	34,3
	Intensa	210	23,2
Medicação			
	Analgésicos	375	41,4
	Anticonvulsivantes	294	32,5
	Antidepressivos	277	30,6
	Anti-inflamatórios	189	20,9
	Nenhuma	149	16,4
	Opioides fracos	133	14,7
	Benzodiazepínicos	105	11,6
	Esteroides	34	3,8
	Opioides fortes	18	2,0
Interferência da dor			
Alta interferência:	Atividade geral (n=905)	632	69,8
	Humor (n=901)	613	68,0
	Habilidade de caminhar (n=899)	609	67,7
	Trabalho (n=899)	671	74,6
	Relacionamento com outras pessoas (n=903)	453	50,2
	Sono (n=901)	632	70,1
	Habilidade para apreciar a vida (n=898)	566	63,0
Saúde mental			
HAD-ANS (n=901)	> 9	607	67,4
HAD-DEP (n=901)	> 9	473	52,5

Legenda: IMC= Índice de Massa corporal, HAD-ANS = Escala Hospitalar Ansiedade, HAD-DEP = Escala Hospitalar Depressão.

Tabela 2 – Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde mental, de acordo com intensidade da dor

		Intensidade da dor média						P-valor
		Leve		Moderada		Intensa		
		N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (anos)	Até 39	17	10,4	40	12,3	29	7,0	0,089
	40 - 49	33	20,1	81	24,9	106	25,4	
	50 - 59	60	36,6	127	39,1	167	40,0	
	60 ou +	54	32,9	77	23,7	115	27,6	
Sexo	Feminino	95	57,9	207	63,7	321	77,0	< 0,0001
	Masculino	69	42,1	118	36,3	96	23,0	
Escolaridade	Primário/ Fundamental	47	34,3	117	44,7	165	48,1	0,006
	Ensino médio	60	43,8	117	44,7	136	39,7	
	Ensino superior	30	21,9	28	10,7	42	12,2	
IMC	Normal	12	27,3	46	23,2	18	25,0	0,005
	Sobrepeso	11	25,0	85	42,9	23	31,9	
	Obesidade	21	47,7	67	33,8	31	43,1	
Dor lombar	Não	35	21,3	56	17,2	36	17,1	0,440
	Sim	129	78,7	269	82,8	175	82,9	
Dor MMSS	Não	94	57,3	142	43,7	162	38,8	0,001
	Sim	70	42,7	183	56,3	255	61,2	
Dor MMII	Não	52	31,7	73	22,5	63	15,1	< 0,0001
	Sim	112	68,3	252	77,5	354	84,9	
Dor abdominal	Não	153	93,3	294	90,5	363	87,1	0,065
	Sim	11	6,7	31	9,5	54	12,9	
Dor pélvica	Não	145	88,4	267	82,2	321	77,0	0,005
	Sim	19	11,6	58	17,8	96	23,0	
Dor cabeça	Não	144	87,8	260	80,0	335	80,3	0,074
	Sim	20	12,2	65	20,0	82	19,7	
Dor torácica	Não	128	78,0	254	78,2	300	71,9	0,09
	Sim	36	22,0	71	21,8	117	28,1	
Dor cervical	Não	117	71,3	179	55,1	217	52,0	< 0,0001
	Sim	47	28,7	146	44,9	200	48,0	
Dor generalizada	Não	117	71,3	188	57,8	206	49,4	< 0,0001
	Sim	47	28,7	137	42,2	211	50,6	
HAD-ANS	<= 9	90	55,2	108	33,5	96	23,1	< 0,0001
	> 9	73	44,8	214	66,5	320	76,9	
HAD-DEP	<= 9	107	65,2	158	48,9	163	39,4	< 0,0001
	> 9	57	34,8	165	51,1	251	60,6	
Medicação	Não	34	20,7	56	17,2	59	14,1	0,139
	Sim	130	79,3	269	82,2	358	85,9	
Opioide fraco	Não	146	89,0	276	84,9	351	84,2	0,320
	Sim	18	11,0	49	15,1	66	15,8	
Opioide forte	Não	163	99,4	316	97,2	409	98,1	0,269
	Sim	01	0,06	09	2,8	08	1,9	
Analgésico	Não	104	63,4	187	57,5	240	57,6	0,385
	Sim	60	36,6	138	42,5	177	42,4	
Anti-inflamatório esteroide	Não	158	96,3	311	95,7	403	96,6	0,794
	Sim	06	3,7	14	4,3	14	3,4	
Anti-inflamatório não esteroide	Não	134	81,7	260	80,0	323	77,5	0,469
	Sim	30	18,3	65	20,0	94	22,5	
Anticonvulsivante	Não	122	74,4	215	66,2	275	65,9	0,118
	Sim	42	25,6	110	33,8	142	34,1	
Antidepressivo	Não	125	76,2	231	71,1	273	65,5	0,029
	Sim	39	23,8	94	28,9	144	34,5	

Benzodiazepínico	Não	153	93,3	285	87,7	363	87,1	0,09
	Sim	11	6,7	40	12,3	54	12,9	

Teste qui-quadrado. P-valores em negrito indicam as variáveis mais significativamente associadas à intensidade da dor média

A Tabela 3 apresenta a distribuição percentual das atividades diárias com interferência da dor média, de acordo com a intensidade. A dor apresentou relevante interferência no dia a dia da população estudada. Quanto mais intensa a sua percepção, maior a ingerência sobre a função, com destaque para a atividade geral do dia, atividade laborativa e sono, nas quais a dor média referida como mais intensa gerou grande interferência com percentuais superiores a 80%.

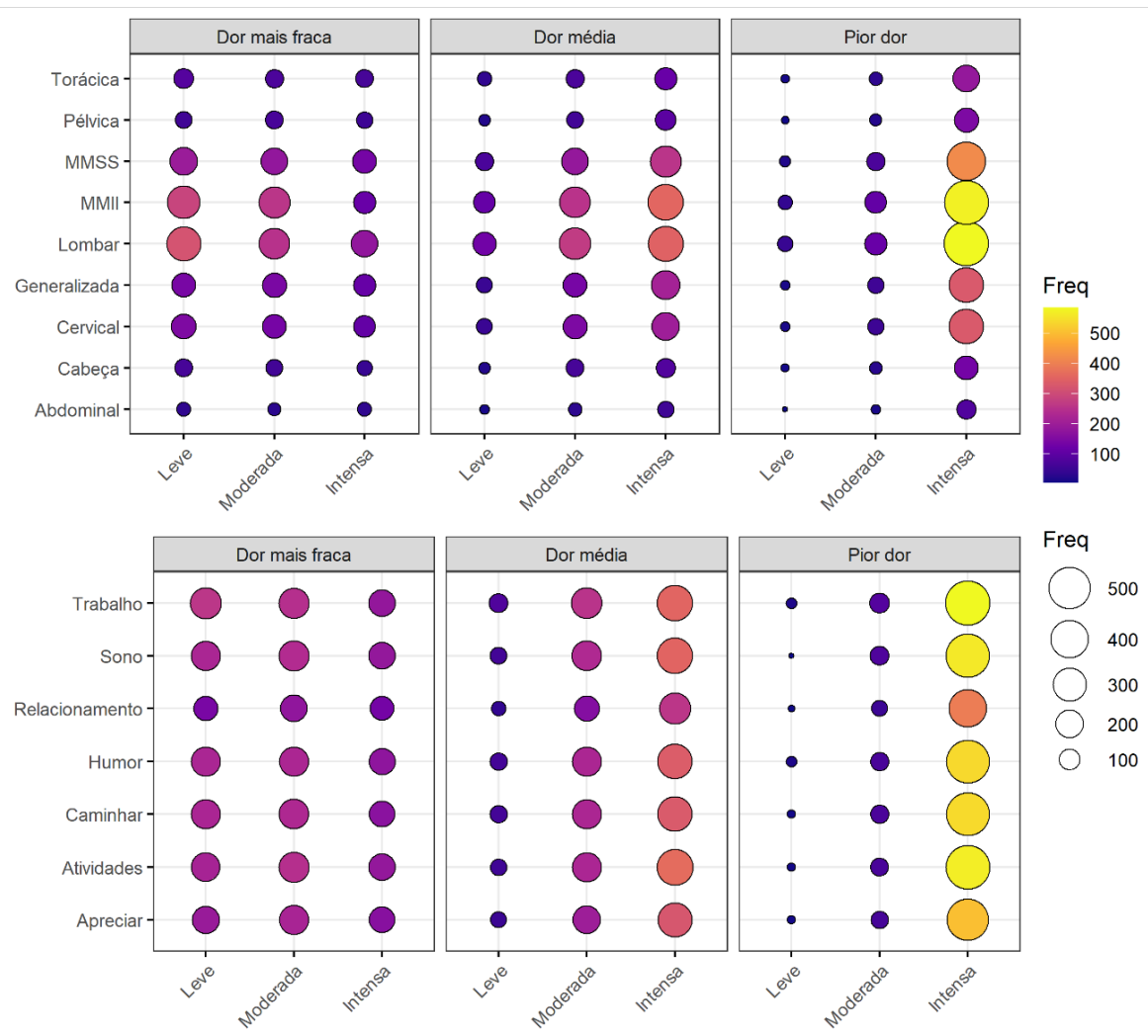
Tabela 3 – Distribuição percentual das atividades diárias com interferência da dor média, acordo com intensidade da dor

Interferência da dor		Intensidade da dor média						P-valor
		Leve		Moderada		Intensa		
		N	%	N	%	N	%	
Atividades gerais	Pouco	52	31,7	41	12,7	23	5,5	< 0,0001
	Regular	51	31,1	63	19,4	43	10,3	
	Muito	61	37,2	220	67,9	351	84,2	
Humor	Pouco	59	36,2	55	17,0	42	10,1	< 0,0001
	Regular	36	22,1	47	14,6	49	11,8	
	Muito	68	41,7	221	68,4	324	78,1	
Habilidade de caminhar	Pouco	58	35,6	38	11,8	30	7,3	< 0,0001
	Regular	37	22,7	64	19,8	63	15,3	
	Muito	68	41,7	68	68,4	320	77,5	
Trabalho	Pouco	47	28,7	37	11,6	47	11,3	< 0,0001
	Regular	33	20,1	36	11,2	28	6,7	
	Muito	84	51,2	247	77,2	340	82,0	
Relacionamento	Pouco	93	56,7	103	32,0	101	24,2	< 0,0001
	Regular	26	15,9	62	19,3	65	15,6	
	Muito	45	27,4	157	48,7	251	60,2	
Sono	Pouco	67	40,9	56	17,4	41	9,9	< 0,0001
	Regular	31	18,9	37	11,5	37	8,9	
	Muito	66	18,2	228	71,0	338	81,2	
Apreciação da vida	Pouco	75	45,7	80	24,8	57	13,8	< 0,0001
	Regular	33	20,1	45	14,0	42	10,2	
	Muito	56	34,1	197	61,2	313	76,0	

Teste qui-quadrado. P-valores em negrito indicam as variáveis mais significativamente associadas à intensidade da dor média

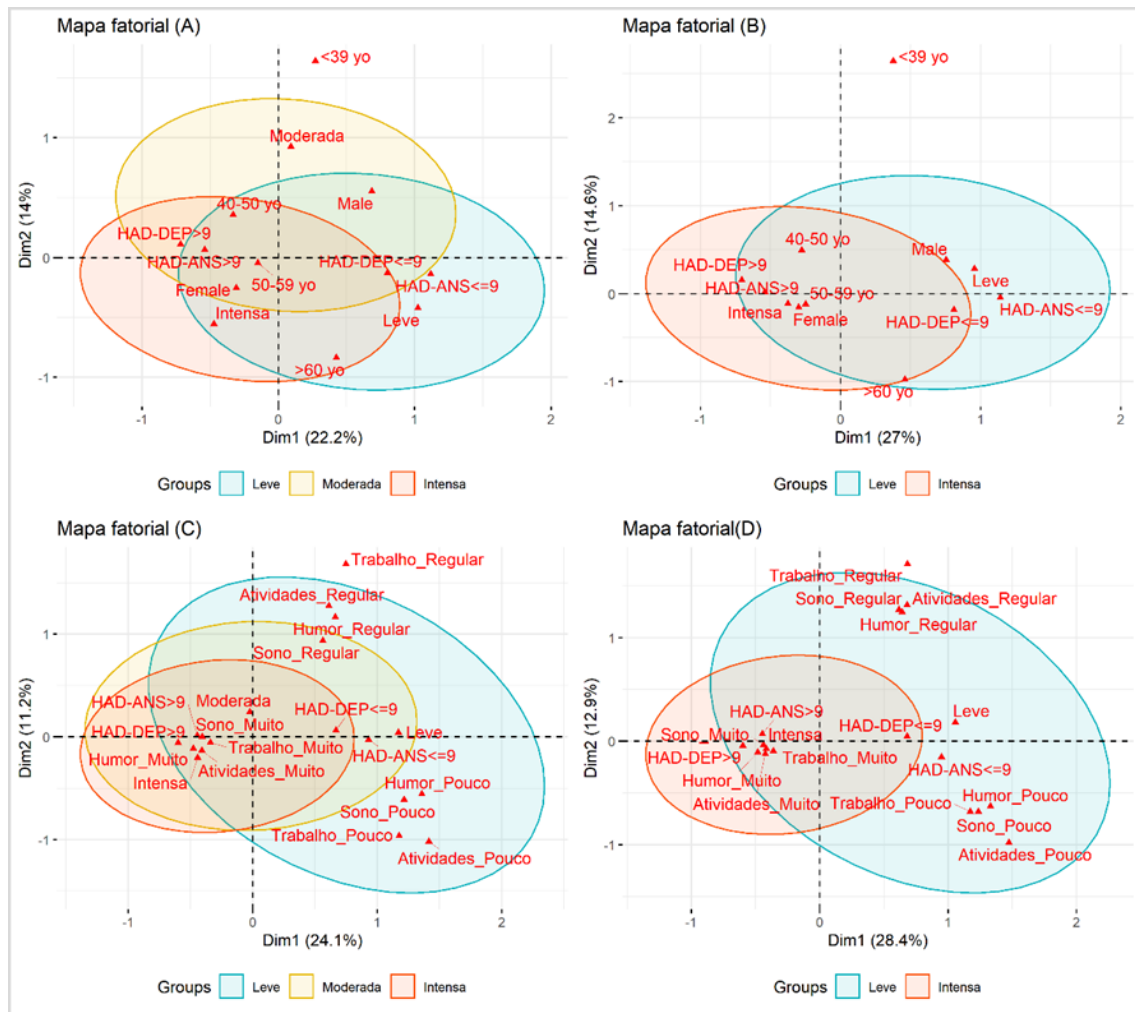
Os pacientes que relataram localização da dor na região lombar e membros inferiores e superiores classificaram sua dor média e pior dor nas últimas 24 h como intensas (escore ≥ 7 pontos na escala de intensidade da dor). Os pacientes que descreveram sua pior dor como intensa tiveram interferência mais frequente da dor em sua vida diária (Figura 1).

Figura 1 – Frequência absoluta de localização e interferência da dor nas atividades, de acordo com a intensidade da dor



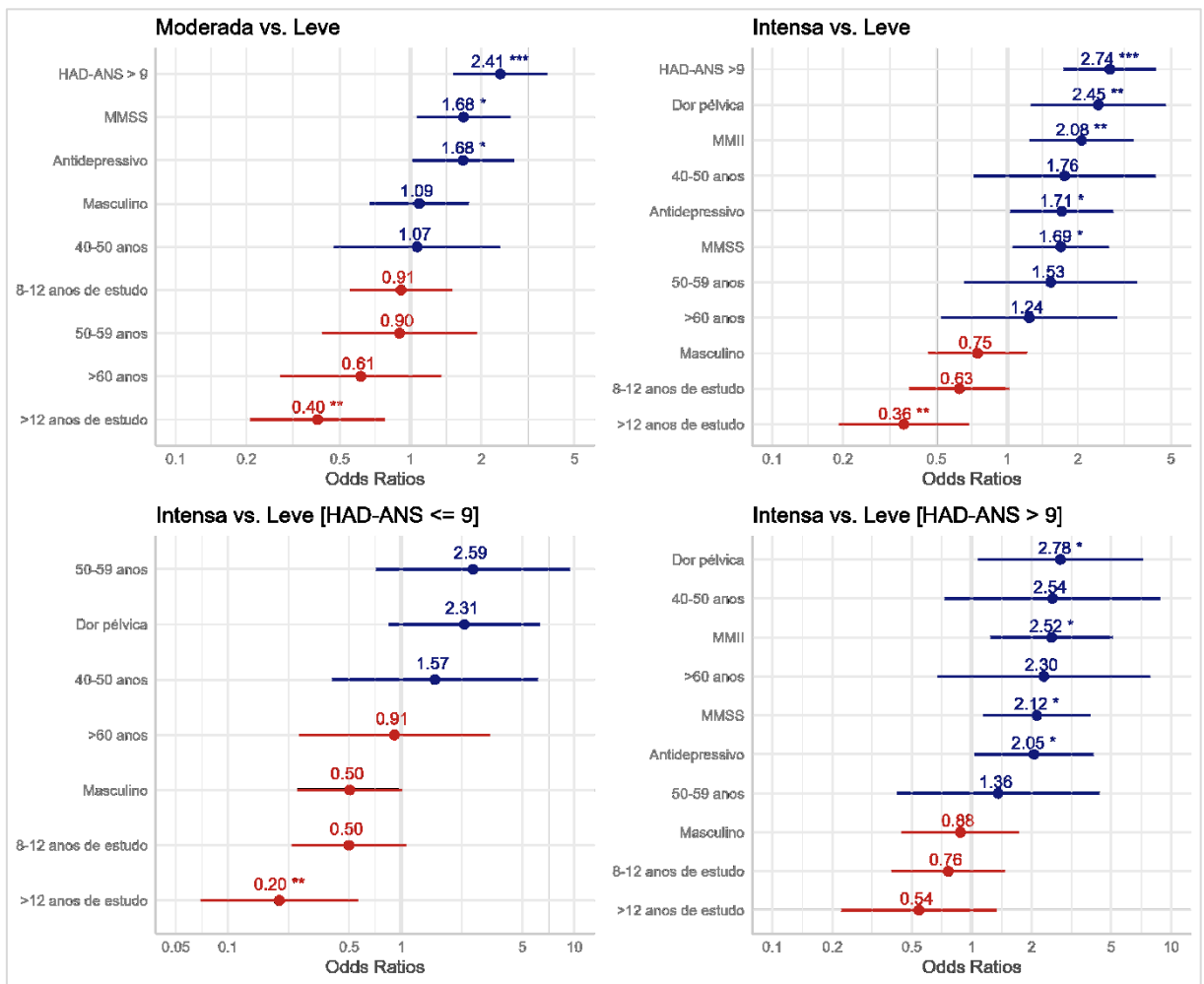
A Figura 2 apresenta o perfil do subgrupo de pacientes com dor intensa que compreendeu, predominantemente, mulheres de 40 a 60 anos com pontuação maior que nove nas escalas de ansiedade e depressão (Figura 2, mapa fatorial A). Por outro lado, pacientes do sexo masculino e que obtiveram escores de ansiedade e depressão menores que nove caracterizaram predominantemente o subgrupo de dor leve (Figura 2, mapa fatorial B). Quanto maior o escore das escalas de ansiedade e depressão, maior a intensidade da percepção da dor e maior o grau de interferência nas atividades diárias (Figura 2, mapas fatoriais C e D).

Figura 2 – Mapa fatorial dos perfis dos pacientes com dor leve, moderada, intensa, segundo características sociodemográficas, saúde mental e interferência da dor nas atividades diárias



A Figura 3 apresenta o resultado da regressão logística. A razão de chances ajustada para descrever a dor média como intensa vs. leve foi maior em indivíduos com ansiedade HAD-ANS > 9 pontos (OR: 2,74; IC 95% 1,74 – 4,32), com dor pélvica (OR: 2,45; IC 95% 1,26 – 4,75), dor nos membros inferiores (OR: 2,08; IC 95% 1,24 – 3,47), dor nos membros superiores (OR 1,69; IC 95% 1,06 – 2,72) e sob tratamento com antidepressivos (OR: 1,71; IC 95% 1,03 – 2,84). Nos indivíduos com ansiedade HAD-ANS > 9 pontos, a razão de chance ajustada para descrever a dor média como intensa foi maior naqueles com dor pélvica (OR:2,78; 95CI% 1,07 – 7,23), dor nos membros inferiores (OR:2,52; IC 95% 1,24 – 5,1), dor nos membros superiores (OR: 2,12; IC 95% 1,14 – 3,94), e em uso de antidepressivo (OR: 2,05; IC 95% 1,3 – 4,08). Além disso, a escolaridade de nível superior (> 12 anos) foi fator de proteção para dor média intensa apenas em pacientes com HAD ≤ 9 pontos (OR: 0,20; 95CI% 0,07 – 0,56).

Figura 3 - Razões de chances ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% para fatores associados à intensidade da dor crônica



Legenda: *P-valor<0,05; **P-valor<0,001; ***P-valor<0,000

4 DISCUSSÃO

Até onde foi nosso esforço de revisão da literatura, o principal mérito desse estudo é descrever, pela primeira vez no Brasil, as características dos pacientes que a atenção primária da saúde referenciou para um centro especializado em tratamento da dor crônica. No presente caso, a população com dor crônica encaminhada pela atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) ao HUPE-UERJ foi composta principalmente por pacientes do sexo feminino, com idade superior a 50 anos, baixos níveis de escolaridade e apresentando sobrepeso ou obesidade. Grande parte desses pacientes referiu a intensidade de suas dores como moderada ou intensa, com grande interferência nas atividades diárias, humor, habilidade para caminhar, capacidade de trabalho, relações com outras pessoas, sono e predisposição para apreciar a vida de maneira geral. Além disso, 16% não faziam uso de nenhum medicamento para o controle da dor, portanto carecendo de tratamento compatível com sua condição.

As principais localizações corporais da dor crônica relatadas foram a coluna lombar, membros inferiores e superiores, seguidos pela coluna cervical, tórax, cabeça e abdômen. Ademais, mais de 50% dos pacientes possuíam elevados escores de ansiedade e depressão. Adicionalmente, nossos achados demonstraram que mulheres com desordens de humor tendem a exibir risco mais elevado de descrever a dor média como severa, impactando assim de forma mais intensa em suas atividades diárias.

A prevalência aumentada de dor crônica entre os indivíduos do sexo feminino é demonstrada em diversos estudos de diferentes países. Nos EUA a prevalência entre as mulheres é de 34% e entre os homens é de 26% (JOHANNES et al., 2010). No Canadá, a dor crônica acomete 31% das mulheres (MOULIN et al., 2002). Estudo realizado na cidade de São Luiz (MA, Brasil) com 1597 participantes, também identificou maior prevalência de dor crônica entre as mulheres (DE MORAES VIEIRA et al., 2012). Um estudo de revisão sistemática concluiu que mulheres que vivenciam a experiência dolorosa apresentam maior probabilidade de usar estratégias mal adaptadas de enfrentamento da dor, as quais predispõem à dor crônica e baixa capacidade funcional (EL-SHORMILISY; STRONG; MEREDITH, 2015). As mulheres relatam maior nível de intensidade da dor e incapacidade funcional que os homens, com o dobro da procura de atendimento especializado em dor (BARTLEY; FILLINGIM, 2013; FERREIRA; SPECIALI, 2015). Fatores socioculturais parecem também afetar como os homens comunicam a dor, determinando igualmente a aceitabilidade social para o homem expressá-la (RACINE et al., 2012).

Em relação à faixa etária, a prevalência da dor crônica aumenta progressivamente com a idade (SMITH et al., 2001; LEVEILLE et al., 2005; WIJNHOFEN; DE VET; PICALET, 2006), bem como a sua intensidade (THOMAS et al., 2004). Com o avançar dos anos,

umentam as comorbidades e as probabilidades de se experimentar estímulos nocivos ou lesões que podem consistir no ‘gatilho’ para desenvolvimento da dor crônica (MILLS; NICOLSON; SMITH, 2019). Estudos prévios indicaram maior prevalência de dor musculoesquelética na população de 45 a 64 anos (PICAVET; SCHOUTEN, 2003). Entre a população estudada, a faixa etária entre 50 a 59 anos foi a mais acometida pela dor crônica. É possível que a presença de dor em adultos jovens e de meia idade esteja associada com as atividades de trabalho, uma vez que se trata da faixa economicamente ativa. Já a presença de dor crônica nas populações mais idosas pode decorrer de mudanças típicas do processo de envelhecimento e risco maior de desenvolvimento de doenças degenerativas crônicas.

Estudo transversal realizado na cidade de São Paulo relatou que as localizações corporais mais frequentes de dor crônica foram os membros inferiores, seguido por coluna lombar (FERREIRA et al., 2011). Outros estudos conduzidos nas cidades de Salvador e São Paulo encontraram a coluna lombar como a área corporal mais frequentemente acometida de dor crônica (SÁ et al., 2008; CABRAL et al., 2014). Entre a população brasileira, foi encontrada uma prevalência de dor crônica na região lombar em torno de 20% em pessoas de 20 a 59 anos de idade, aumentando para 25% naquelas com mais de 60 anos (MEUCCI; FASSA; XAVIER FARIA, 2015). No presente estudo que, a região lombar respondeu por 82% de prevalência, sendo a área corporal mais acometida pela dor crônica. Alguns fatores encontrados na população estudada podem justificar essa localização preferencial da dor: a obesidade promove sobrecarga das estruturas articulares da coluna lombossacra, enquanto a baixa escolaridade associa-se a ocupações laborais com maior demanda física, aumentando o risco de surgimento de dor lombar (HOY et al., 2012; MEUCCI et al., 2013).

Estudos transversais de base populacional mostram variabilidade significativa na prevalência de dor crônica no Brasil, com uma ampla faixa de 23-76% (AGUIAR et al., 2021). O Brasil é um país continental, com grande desigualdade social, o que torna complexo o acesso aos cuidados de saúde (BAQUI et al., 2020). Cerca de 70% da população brasileira tem acesso apenas à saúde pública (SOUZA JÚNIOR et al., 2021). A elevada prevalência de dor crônica sugere a necessidade de qualificar a atenção primária da saúde no manejo dessa condição. Nas primeiras duas décadas do século XXI, 80% da população mundial morava em países com pouco ou nenhum acesso ao tratamento da dor; 4% com acesso moderado e apenas 7% com acesso adequado (GOUCKE; CHAUDAKSHETRIN, 2018).

Nossos achados demonstraram que 43% dos pacientes oriundos da atenção primária do SUS apresentaram quadros de dor generalizada. Dor crônica generalizada é definida como aquela com duração maior de três meses, localizada axialmente, acima e abaixo da linha de

cintura e nos dois lados do corpo, associando-se a sintomas como fadiga, problemas de concentração e estresse psicológico (MANSFIELD et al., 2016). A distribuição corporal generalizada da hiperalgesia sugere que os mecanismos subjacentes se originam do sistema nervoso central (LEE et al., 2013), com a fadiga apontando para uma característica nociplástica da dor (KOSEK et al., 2021). O impacto da dor nociplástica no contexto biopsicossocial dos pacientes acometidos leva ao estresse psicológico e desordens de humor, principalmente ansiedade e depressão (FITZCHARLES et al., 2021).

Devido à variedade de experiências sintomáticas complexas e à necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento, tem sido argumentado que a dor crônica generalizada deve ser tratada na atenção primária (REID et al., 2001; GHAZAN-SHAHI; TOWHEED; HOPMAN, 2012). No entanto, os médicos clínicos gerais podem não saber reconhecê-la e diagnosticá-la (KUMAR; PULLAR, 2003; ARSHAD; OOI, 2007) ou podem ter recebido treinamento inadequado para manejá-la (BUSKILA et al., 1997; ARSHAD; OOI, 2007). Estudo realizado nos EUA revelou baixo reconhecimento da dor crônica generalizada na atenção primária da saúde, demonstrando a necessidade de formação específica para uma melhor abordagem desses pacientes, os quais provavelmente receberiam tratamento inadequado (p.ex. tratados apenas como exibindo múltiplos episódios de dor regional) (MANSFIELD et al., 2017). Isso pode levar a resultados ruins e contribuir desnecessariamente para a carga de trabalho na atenção primária, com consultas contínuas para sintomas não resolvidos. Não há razão para crer que o mesmo cenário não se repita no Brasil.

Depressão, ansiedade e crenças negativas sobre a dor associam-se não somente ao desenvolvimento da dor crônica, mas também a uma maior repercussão da dor na vida dos pacientes (BOERSMA; LINTON, 2006; VAN DER WINDT et al., 2007; NIJROLDER; VAN DER WINDT; VAN DER HORST, 2009). Uma análise com base em modelo bidirecional de ansiedade e depressão demonstrou que os escores referentes a cada um desses transtornos associar-se-iam significativamente à intensidade e gravidade da dor, assim como à maior prevalência de sintomas dolorosos em pacientes com transtorno de ansiedade, levando a prejuízos laborais e sociais (XIE et al., 2012). A relação entre dor crônica, ansiedade e depressão pode ser particularmente importante no ambiente de atenção primária de saúde, onde o paciente que apresenta dor pode ter transtornos de ansiedade ou depressão não diagnosticados e, por conta disso, frequentemente graves (MEANS-CHRISTENSEN et al., 2008). As evidências acumuladas na pesquisa em geral sugerem que a atenção primária não estaria sendo capaz de proporcionar prevenção ou tratamento compatível com as demandas desses pacientes (KUMAR; SHARMA, 2013).

Dentre a população estudada, apenas 30% dos pacientes faziam uso de medicação antidepressiva. Essa classe de medicamento recebeu aprovação regulatória para condições nociplásticas e é considerada a principal categoria a ser prescrita aos pacientes com dor crônica (FITZCHARLES et al., 2021). Dor, ansiedade, depressão e incapacidade funcional, quando não detectadas precocemente, limitam o prognóstico e levam à sobrecarga da atenção terciária da saúde, elevando os custos do tratamento com internações e cirurgias desnecessárias. Isso traz à tona a importância do reconhecimento desse tipo de dor na atenção primária, uma vez que responderá às terapias diferentes da dor nociceptiva, com diminuição da necessidade de terapias direcionadas periféricamente, como os anti-inflamatórios e opioides, ou ainda as cirurgias (FITZCHARLES et al., 2021).

Sabe-se que a prevalência da dor crônica se relaciona inversamente a fatores socioeconômicos (JANEVIC et al., 2017; MALY; VALLERAND, 2018). Fatores como baixa escolaridade, pouco acesso à cultura e suporte social deficiente também contribuem para quadros de dor crônica (COHEN; VASE; HOOTEN, 2021). A associação entre posição socioeconômica e dor pode estar relacionada a fatores ligados à renda, emprego, status social e educação (RISKOWSKI, 2014). Ademais, pessoas com baixos níveis de escolaridade e com maiores desigualdades sociais percebidas estão mais suscetíveis a exibir dor crônica de forma mais intensa do que aquelas com níveis escolares mais elevados e menores desigualdades sociais percebidas (BREKKE; HJORTDAHL; KVIEN, 2002). Já foi demonstrado que pacientes com escolaridade mais baixa (menos de oito anos de estudo) apresentam prevalência média de dor crônica duas vezes maior que aqueles com maior escolaridade (GROL-PROKOPCZYK, 2017). Alguns autores descrevem que a população com mais de 12 anos de estudos teria menor prevalência de dor crônica que indivíduos com menos tempo de escola (MIRÓ et al., 2007; SJÖGREN et al., 2009; CURROW et al., 2010). Em nossa amostra, a dor crônica foi mais prevalente em pessoas com menor grau de escolaridade. Pacientes com mais anos de estudo exibiram quadros menos frequentes de dor severa, sugerindo que a escolaridade poderia consistir em fator de proteção para intensidade da dor. Por outro lado, na presença de escores elevados de ansiedade (HAD-ANS >9), a escolaridade deixou de configurar fator de proteção para a severidade da dor. Isso poderia ser explicado pela ansiedade estar entre os preditores mais potentes da dor crônica (MEINTS; EDWARDS, 2018). Além do mais, pode-se pensar na hipótese de que, com a diminuição da ansiedade, menor atenção seria dada à dor, diminuindo-se a manifestação de emoções negativas que se refletiriam em percepção majorada da dor (MALFLIET et al., 2017).

Nossos resultados chamam a atenção para o fato que 70% dos pacientes relataram altas interferências da dor crônica no sono e que a abordagem farmacológica para insônia era escassa. Estudos epidemiológicos demonstraram que o sono de má qualidade e duração insuficiente estariam associados ao desenvolvimento da dor crônica (AFOLALU; RAMLEE; TANG, 2018). Além disso, existem fortes evidências de que um sono curto ou perturbado pode causar hiperalgesia, ou seja, aumento da sensibilidade à estimulação dolorosa (FINAN; GOODIN; SMITH, 2013). A alta prevalência de distúrbios de sono é uma comorbidade encontrada na dor nociplástica, o que reforça que as características da dor nesses pacientes pertencem à essa categoria (KOSEK et al., 2021). Além disso, as alterações do sono podem piorar o impacto da dor nas funções do dia a dia e na valorização da vida em pessoas com dor crônica na coluna vertebral (VAN LEEUWEN et al., 2006).

Outro fator relevante encontrado no presente estudo foi que cerca de 75% da amostra relatou altos níveis de interferência da dor crônica no trabalho. Vale ressaltar que a maioria da população atendida em nosso centro especializado encontra-se em idade economicamente ativa. Na atividade laborativa, a presença de dor gera diminuição da produtividade e aumento do absenteísmo (VAN LEEUWEN et al., 2006). Essa queda da produtividade e, muitas das vezes, a demora no retorno ao trabalho após licenciamento onera a sociedade com diminuição das receitas e aumento de custos com o tratamento (STEENSTRA et al., 2017).

Alguns pontos fortes devem ser destacados do presente estudo, que se propôs a agregar informações científicas e clínicas sobre os perfis de dor crônica de pacientes ambulatoriais atendidos na atenção primária de uma instituição pública de saúde de um país em desenvolvimento. Realizamos o estudo em um centro especializado em dor de um hospital universitário, contando com uma equipe multidisciplinar de profissionais que realizam procedimentos do modelo biopsicossocial na prática clínica. Incluímos um número relevante de pacientes com dor crônica, com apenas alguns dados ausentes na análise. No entanto, existem algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, deve-se ressaltar que a população estudada foi encaminhada para o serviço especializado de tratamento da dor por apresentar sintomas da presença de dor crônica. Assim, nossos achados podem diferir de estudos epidemiológicos investigando a população em geral.

Em segundo lugar, os dados de estudos transversais limitam nossa capacidade de concluir a direção dos efeitos.

Devido à sua complexidade e impacto multidimensional, a dor crônica deve ter um manejo holístico com abordagem biopsicossocial por equipes multidisciplinares, com o objetivo de minimizá-la e ensinar os pacientes a manejá-la para uma melhor qualidade de vida.

Esse apoio é baseado em intervenções medicamentosas, não medicamentosas e de autogerenciamento (MILLS; TORRANCE; SMITH, 2016). Portanto, há necessidade de educação, treinamento e recursos contínuos para as equipes de saúde de modo a gerenciar a dor crônica na atenção primária de forma mais eficiente, eficaz e baseada nas melhores evidências científicas existentes.

CONCLUSÃO

Os pacientes com dor crônica encaminhados pela atenção primária ao serviço especializado no tratamento da dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro durante o ano de 2019 foram predominantemente do sexo feminino (~70%), com idades superiores a 50 anos, baixos níveis de escolaridade (menos de oito anos) e apresentando sobrepeso e obesidade. As regiões corporais com maior prevalência de dor crônica foram a coluna lombar (82,1%) seguida pelos membros inferiores (79,2%), membros superiores (56,1%) e coluna cervical (43,4%). A intensidade da dor associou-se diretamente com escalas de ansiedade e depressão. De fato, a maioria dos pacientes apresentou transtornos de ansiedade e depressão, descrevendo sua experiência de dor crônica como intensa e relatando interferência nas atividades de vida diária, fossem elas no trabalho, lazer ou nas relações pessoais.

Nossos dados indicam que a dor crônica se relaciona a variáveis de diferentes origens, físicas, psicológicas, sociais, econômicas e à própria natureza do seu manejo terapêutico. Por isso, caracterizar essa população e os aspectos que podem influenciar a dor crônica no âmbito da atenção primária, é importante para a prevenção de fatores que reconhecidamente favorecem a perpetuação e agravamento do problema. Ademais, as equipes de saúde da atenção primária precisam estar capacitadas para o manejo mais adequado desses pacientes. O direcionamento das políticas de prevenção e cuidados deve incluir uma abordagem multidisciplinar para uma avaliação criteriosa da dor e seus determinantes, de maneira a favorecer a eficácia do tratamento. Estudos futuros podem investigar os efeitos de uma abordagem profissional multidisciplinar da população com dor crônica, nas unidades de atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- AFOLALU, E. F.; RAMLEE, F.; TANG, N. K. Y. *Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis* *Sleep Medicine Reviews*, 2018. .
- AGUIAR, D. P. et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *BrJP*, v. 4, p. 257–267, 2021.
- ARSHAD, A.; OOI, K. K. Awareness and perceptions of fibromyalgia syndrome: A survey of Southeast Asian rheumatologists. *Journal of Clinical Rheumatology*, v. 13, n. 2, 2007.
- BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 8, 2020.
- BARTLEY, E. J.; FILLINGIM, R. B. Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, v. 111, n. 1, 2013.
- BOERSMA, K.; LINTON, S. J. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis. *European Journal of Pain*, v. 10, n. 6, 2006.
- BREKKE, M.; HJORTDAHL, P.; KVIEN, T. K. Severity of musculoskeletal pain: Relations to socioeconomic inequality. *Social Science and Medicine*, v. 54, n. 2, 2002.
- BUSKILA, D. et al. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Family Practice*, v. 14, n. 3, 1997.
- CABRAL, D. M. C. et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *Journal of Pain*, v. 15, n. 11, 2014.
- CASTRO, M. M. C. et al. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, n. 5, 2006.
- CLAUW, D. J. et al. *Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management* *Postgraduate Medicine*, 2019. .
- COHEN, S. P.; VASE, L.; HOOTEN, W. M. *Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances* *The Lancet*, 2021. .
- CURROW, D. C. et al. Chronic pain in South Australia - population levels that interfere extremely with activities of daily living. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 34, n. 3, 2010.
- DANY, L. et al. Time perspective, socioeconomic status, and psychological distress in chronic pain patients. *Psychology, Health and Medicine*, v. 21, n. 3, 2016.

- DE MORAES VIEIRA, É. B. et al. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 44, n. 2, 2012.
- EL-SHORMILISY, N.; STRONG, J.; MEREDITH, P. J. *Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: A systematic review* *Pain Research and Management*, 2015. .
- FAYAZ, A. et al. Prevalence of chronic pain in the UK: A systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, v. 6, n. 6, 2016.
- FERREIRA, K. A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Supportive Care in Cancer*, v. 19, n. 4, 2011.
- FERREIRA, K. D. S.; SPECIALI, J. G. Epidemiology of chronic pain in the office of a pain specialist neurologist. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 73, n. 7, 2015.
- FILLINGIM, R. B. et al. *Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms* *Journal of Pain*, 2016. .
- FINAN, P. H.; GOODIN, B. R.; SMITH, M. T. *The association of sleep and pain: An update and a path forward* *Journal of Pain*, 2013. .
- FITZCHARLES, M. A. et al. *Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions* *The Lancet*, 2021. .
- FLEGAL, K. M. et al. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, v. 293, n. 15, 2005.
- GHAZAN-SHAHI, S.; TOWHEED, T.; HOPMAN, W. *Should rheumatologists retain ownership of fibromyalgia? A survey of Ontario rheumatologists* *Clinical Rheumatology*, 2012. .
- GOUCKE, C. R.; CHAUDAKSHETRIN, P. Pain: A neglected problem in the low-resource setting. *Anesthesia and Analgesia*, v. 126, n. 4, 2018.
- GROL-PROKOPCZYK, H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. *Pain*, v. 158, n. 2, 2017.
- GUREJE, O. et al. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, v. 280, n. 2, 1998.
- HOY, D. et al. *A systematic review of the global prevalence of low back pain* *Arthritis and Rheumatism*, 2012. .
- JACKSON, T. P.; STABILE, V. S.; MCQUEEN, K. A. K. The Global Burden Of Chronic Pain. *ASA Newsletter*, v. 78, n. 6, p. 24–27, 1 jun. 2014.
- JANEVIC, M. R. et al. Racial and Socioeconomic Disparities in Disabling Chronic Pain: Findings From the Health and Retirement Study. *Journal of Pain*, v. 18, n. 12, 2017.

- JENSEN, T. S. et al. *A new definition of neuropathic pain* *Pain*, 2011. .
- JOHANNES, C. B. et al. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. *Journal of Pain*, v. 11, n. 11, 2010.
- KEEFE, F. J. et al. *Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science* *Journal of Pain*, 2004. .
- KOSEK, E. et al. *Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states?* *Pain*, 2016. .
- KOSEK, E. et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, v. 162, n. 11, 2021.
- KUMAR, P.; PULLAR, T. Perceptions of fibromyalgia among rheumatologists in Scotland. In: *Rheumatology, Anais...* OXFORD UNIV PRESS GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND, 2003.
- KUMAR, R.; SHARMA, S. K. Role of Family Physicians in Healthcare System. Retrieved from [Link], 2013.
- LEE, Y. C. et al. The role of sleep problems in central pain processing in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, v. 65, n. 1, 2013.
- LEVEILLE, S. G. et al. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain*, v. 116, n. 3, 2005.
- MALFLIET, A. et al. *Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review* *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 2017. .
- MALY, A.; VALLERAND, A. H. *Neighborhood, Socioeconomic, and Racial Influence on Chronic Pain* *Pain Management Nursing*, 2018. .
- MANSFIELD, K. E. et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, v. 157, n. 1, 2016.
- MANSFIELD, K. E. et al. Identifying patients with chronic widespread pain in primary care. *Pain*, v. 158, n. 1, 2017.
- MEANS-CHRISTENSEN, A. J. et al. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression and Anxiety*, v. 25, n. 7, 2008.
- MEINTS, S. M.; EDWARDS, R. R. *Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes* *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2018. .
- MEUCCI, R. D. et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 14, 2013.
- MEUCCI, R. D.; FASSA, A. G.; XAVIER FARIA, N. M. *Prevalence of chronic low back pain: Systematic review* *Revista de Saude Publica*, 2015. .

MILLS, S. E. E.; NICOLSON, K. P.; SMITH, B. H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, v. 123, n. 2, 2019.

MILLS, S.; TORRANCE, N.; SMITH, B. H. *Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review* *Current Psychiatry Reports*, 2016. .

MIRÓ, J. et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*, v. 11, n. 1, 2007.

MOULIN, D. E. et al. Chronic pain in Canada - Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research and Management*, v. 7, n. 4, 2002.

NEAVE, H. W. et al. Pain and pessimism: Dairy calves exhibit negative judgement bias following hot-iron disbudding. *PLoS ONE*, v. 8, n. 12, 2013.

NIJROLDER, I.; VAN DER WINDT, D.; VAN DER HORST, H. Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care. *British Journal of General Practice*, v. 59, n. 561, 2009.

PICAVET, H. S. J.; SCHOUTEN, J. S. A. G. Musculoskeletal pain in the Netherlands: Prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. *Pain*, v. 102, n. 1–2, 2003.

RACINE, M. et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*, v. 153, n. 3, 2012.

REID, S. et al. Medically unexplained symptoms-GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, v. 18, n. 5, 2001.

RISKOWSKI, J. L. Associations of socioeconomic position and pain prevalence in the united states: Findings from the national health and nutrition examination survey. *Pain Medicine (United States)*, v. 15, n. 9, 2014.

SÁ, K. N. et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*, v. 139, n. 3, 2008.

SESSLE, B. J. *Unrelieved pain: A crisis* *Pain Research and Management*, 2011. .

SJØGREN, P. et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain*, v. 13, n. 3, 2009.

SMITH, B. H. et al. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*, v. 18, n. 3, 2001.

SOUZA, J. B. de et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Research and Management*, v. 2017, 2017.

- SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. suppl 1, 2021.
- STEENSTRA, I. A. et al. *Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain* *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2017. .
- STEINGRÍMSDÓTTIR, Ó. A. et al. *Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis* *Pain*, 2017. .
- THOMAS, E. et al. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, v. 110, n. 1–2, 2004.
- TREEDE, R. D. 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. .
- VAN DER WINDT, D. A. W. M. et al. Do psychological factors predict outcome in both low-back pain and shoulder pain? *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 66, n. 3, 2007.
- VAN HECKE, O.; TORRANCE, N.; SMITH, B. H. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, v. 111, n. 1, 2013.
- VAN LEEUWEN, M. T. et al. Chronic pain and reduced work effectiveness: The hidden cost to Australian employers. *European Journal of Pain*, v. 10, n. 2, 2006.
- VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, v. 386, n. 9995, 2015.
- WIJNHOFEN, H. A. H.; DE VET, H. C. W.; PICALET, H. S. J. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain*, v. 124, n. 1–2, 2006.
- XIE, J. et al. Positive and Negative Relationship between Anxiety and Depression of Patients in Pain: A Bifactor Model Analysis. *PLoS ONE*, v. 7, n. 10, 2012.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, v. 67, n. 6, p. 361–370, 1983.
- ZIMMER, Z. et al. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. *Pain*, 2021.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação e atendimento multidisciplinar para o autogerenciamento da dor em pacientes com dor crônica

Investigador principal: Prof. Dr. Nivaldo Villela (médico anestesiológico)

Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Laboratório de Atividade Física e Promoção de Saúde (LABSAU), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O Sr(a), está sendo convidado(a) para participar do projeto de **autogerenciamento da dor**, com pacientes com dor crônica, atendidos pela atenção primária de saúde no HUPE/UERJ. Antes de decidir participar é importante que fique claro para você o objetivo deste projeto e quais são os passos do projeto e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que pode lhe causar. Leia com calma as informações abaixo, esclarecendo todas as dúvidas.

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é avaliar e intervir de maneira multidisciplinar (médico, fisioterapia, psicologia e educação física) para a aprendizagem do autogerenciamento da dor crônica pelos pacientes atendidos pela atenção primária de saúde no HUPE.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: os pacientes serão selecionados após avaliação médica pela equipe da Clínica de Dor do HUPE. Em seguida, serão avaliados por psicólogos e fisioterapeutas, através de questionários, escalas e análises funcionais e teste de caminhada. O tempo gasto para preenchimento dos questionários e escalas será de cerca de 15 minutos e para a análise funcional e teste de caminhada de 5 minutos. Sendo elegíveis para ingressarem ao grupo de intervenção de autogerenciamento da dor, são encaminhados para os atendimentos multidisciplinar, 1 sessão por semana, com duração de 2 horas, num total de 6 sessões. Após as 6 sessões, os pacientes serão reanalisados por toda a equipe.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO: Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para você e nem será remunerada. Somente serão coletados dados a partir de seus registros médicos e avaliações feitas pela equipe multidisciplinar no HUPE.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Nenhum procedimento realizado pela equipe de autogerenciamento oferecerá riscos à sua saúde. Toda atividade realizada no projeto respeitará as limitações relacionadas à sua condição clínica e psicológica e sempre ocorrerá sob supervisão de profissionais da fisioterapia, educação física e psicologia. O curso de autogerenciamento permitirá que o Sr (Sr^a) obtenha informações sobre dor crônica, os fatores relacionados à piora e melhora da sua condição clínica e possibilitará o aprendizado de condutas e exercícios para melhora da dor e reabilitação física.

CONFIDENCIALIDADE: As normas brasileiras garantem o sigilo de seus dados. As informações deste estudo, as provenientes de registros médicos e dados pessoais são confidenciais. Sua identidade pessoal (nome, endereço e outros dados pessoais), permanecerão sob sigilo do nosso grupo de pesquisa e só serão utilizados para fins científicos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Sua participação é totalmente voluntária; você não é obrigado(a) a participar. Caso decida participar, receberá este termo de consentimento para assinar em duas vias. Uma ficará com você e outra com a nossa equipe. Você ainda tem liberdade para deixar o estudo a qualquer momento, sem precisar explicar porque decidiu sair. Caso você recuse participar deste projeto, você não será penalizado de nenhuma forma e sua decisão não prejudicará qualquer cuidado médico ao qual você tem direito.

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: O médico pesquisador responsável deste projeto é o Dr. Nivaldo Villela. Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos e fisioterapeutas poderão ser encontrados na Av. 28 de Setembro 87, no prédio do Ambulatório, 2º andar, telefone (21) 2868-8332. Os profissionais de educação física por sua vez, podem ser encontrados na Rua São Francisco Xavier, 524 – bloco F – 8121, CEP 20550-900, telefone: (21) 2334-0775 , ambos na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

-
- 1- Eu li, ou leram para mim o termo de consentimento livre e esclarecido para este estudo. Recebi todas as explicações sobre a natureza, objetivo e duração deste estudo. As minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente.
 - 2- Concordo em participar deste estudo.
 - 3- Entendo que minha participação no estudo é voluntária e que posso me recusar a participar ou posso sair do estudo a qualquer momento. Caso eu recuse participar deste estudo, não serei penalizado de nenhuma forma e minha decisão não prejudicará qualquer cuidado médico ao qual tenho direito.

Nome do Paciente:

.....

Assinatura do Paciente:

.....

Nome da Testemunha:

.....

Assinatura da Testemunha:

.....

Nome do Pesquisador que apresentou o TCLE:

Assinatura do Pesquisador que apresentou o TCLE:

.....

Data/...../.....

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Características da população assistida pelo Projeto de Atendimento Multidisciplinar de Pacientes com Dor Crônica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e avaliação do programa de autogerenciamento da dor crônica **Pesquisador:** Nivaldo Ribeiro Villela **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 20220319.6.0000.5259

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.705.992

Apresentação do Projeto:

Continuação do Parecer:

3.655.962

Objetivo da Pesquisa:

Continuação do Parecer: 3.655.962

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do Parecer: 3.655.962

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado

Continuação do Parecer: 3.705.992

- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Continuação do Parecer: 3.705.992

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1384219.pdf	06/11/2019 22:19:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_dor.doc	06/11/2019 22:16:53	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	06/11/2019 22:13:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	ciencia.pdf	05/08/2019 18:02:35	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/08/2019 18:01:56	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	IPAQVC.docx	25/06/2019 12:41:54	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	InventariodeAtitudes.pdf	24/06/2019 23:15:48	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	InventarioBrevedeDor.pdf	23/06/2019 13:56:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	Incapacidadeespecifica.pdf	23/06/2019 13:55:37	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito
Outros	Whoqol.PDF	23/06/2019 13:16:27	Nivaldo Ribeiro Villela	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Novembro de 2019

**Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))**

ANEXO B – Inventário Breve de Dor (frente)



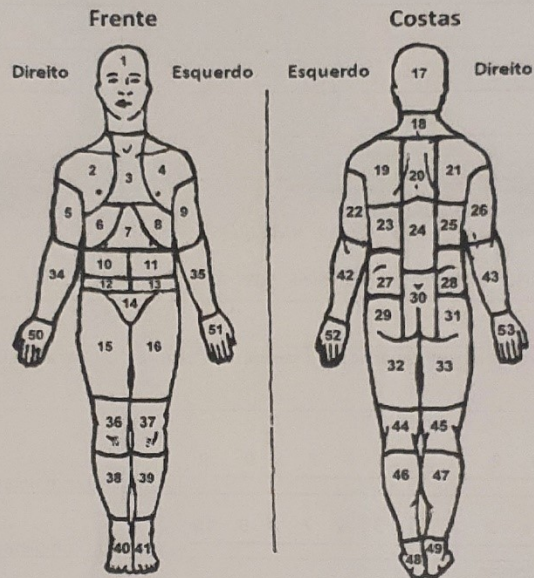
Nome: _____ Telefone: _____
 Data de Avaliação: _____ Código: _____ Prontuário: _____
 Cidade: _____ Bairro: _____ Data Nasc. _____
 Profissão: _____ Diag. Clínico: _____ Idade: _____

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?

1. Sim 2. 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

ANEXO D – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HU
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO

HAD

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ___

Escolaridade: _____

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

1. Eu me sinto tenso ou contraído.
 A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Nunca

2. Eu ainda sinto gosto (satisfação) das mesmas coisas de que costumava gostar
 Sim, do mesmo jeito que antes
 Não tanto quanto antes
 Só um pouco
 Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se fosse alguma coisa ruim fosse acontecer.
 Sim, de um jeito muito forte
 Sim, mas não tão forte
 Um pouco, mas isso não me preocupa
 Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.
 Do mesmo jeito que antes
 Atualmente um pouco menos
 Atualmente bem menos
 Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações
 A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Raramente

6. Eu me sinto alegre
 Nunca
 Poucas vezes
 Muitas vezes
 A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado
 Sim, quase sempre
 Muitas vezes
 Poucas vezes
 Nunca

8. Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas
 Quase sempre
 Muitas vezes
 De vez em quando
 Nunca

9. Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou aperto no estômago)
 Nunca
 De vez em quando
 Muitas vezes
 Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência
 Completamente
 Não estou mais me cuidando como eu deveria
 Talvez não tanto quanto antes
 Cuido-me do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar
 Sim, demais
 Bastante
 Um pouco
 Não me sinto assim

12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir
 Do mesmo jeito que antes
 Um pouco menos que antes
 Bem menos do que antes
 Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico
 A quase todo momento
 Várias vezes
 De vez em quando
 Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio ou quando leio alguma coisa
 Quase sempre
 Várias vezes
 Poucas vezes
 Quase nunca