



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
[www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)



## ARTIGO CIENTÍFICO

# Implementação de atendimento ambulatorial para dor crônica: resultados preliminares



Silvana de Castro <sup>a,\*</sup>, Ismar Lima Cavalcanti <sup>b</sup>, Louis Barrucand <sup>c</sup>,  
Cecília Izidoro Pinto <sup>c</sup>, Alexandra Rezende Assad <sup>b</sup> e Nubia Verçosa <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em 9 de julho de 2018; aceito em 14 de janeiro de 2019

Disponível na Internet em 31 de maio de 2019

### PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária  
à saúde;  
Instituições  
de assistência  
ambulatorial;  
Dor crônica;  
Analgesia;  
Tratamento da dor

### Resumo

**Justificativa e objetivos:** A dor é um dos motivos mais comuns para procurar atendimento médico. Este estudo teve como objetivo analisar pacientes com dor crônica atendidos em Maricá, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

**Métodos:** Estudo transversal retrospectivo com 200 pacientes, atendidos em ambulatório de um hospital público no período de junho de 2014 a dezembro de 2015. As variáveis analisadas foram: intensidade da dor, tipo de dor, localização anatômica, diagnóstico e tratamento. Os dados foram submetidos à análise estatística, aplicou-se o teste exato de Fisher, e o valor  $p$  foi significativo quando  $\leq 0,05$ .

**Resultados:** Analisamos 200 pacientes com dor crônica, sendo a maioria mulheres (83%). A média de idade foi de  $58,6 \pm 13,01$  anos. Os pacientes foram classificados em seis grupos de acordo com a faixa etária, com dez anos de diferença entre eles. O grupo principal foi entre 50-59 anos, com 49 mulheres (32%) e cinco homens (15%). Dos pacientes, 65,5% apresentaram dor intensa (Escala Visual Numérica 9,01). A dor mista foi prevalente, afetou 108 pacientes (92 mulheres e 16 homens, o que representa 55% e 47% do total de mulheres e homens, respectivamente). A dor anatômica mais prevalente (159 pacientes, 131 mulheres e 28 homens) foi nos membros inferiores. A dor na parte inferior das costas estava presente em 113 das 200 pessoas analisadas (94% mulheres e 19% homens). Nos grupos entre 30-39, 50-59 e 60-69 anos, os resultados para a localização da dor foram significativos:  $p=0,01$ ,  $p=0,0069$ ,  $p=0,0003$ , respectivamente.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [s.lellouchecastro@gmail.com](mailto:s.lellouchecastro@gmail.com) (S. de Castro).

## KEYWORDS

Primary health care;  
Ambulatory care  
facilities;  
Chronic pain;  
Analgesia;  
Pain management

**Conclusão:** A prevalência de dor crônica foi associada ao sexo feminino na faixa de 50–59 anos e à dor mista intensa. A dor foi localizada principalmente nos membros inferiores e na região lombar. O diagnóstico mais frequente foi de lombalgia seguida de fibromialgia. Os pacientes foram informados sobre suas doenças e tratamento.

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Implementing a chronic pain ambulatory care: preliminary results

### Abstract

**Background and objectives:** Pain is one of the most common reason for seeking medical care. This study aimed to analyze patients with chronic pain in Maricá, Rio de Janeiro State, Brazil.

**Methods:** A transversal retrospective study with 200 patients, who were treated in ambulatory care in a public hospital from June 2014 to December 2015. The variables analyzed were: pain intensity, type of pain, anatomical location, diagnosis and treatment. The data were submitted to statistical analysis, the Fisher's exact test was applied, and the probability  $p$  was significant when  $\leq 0.05$ .

**Results:** We analyzed 200 patients with chronic pain, most of them female (83%). Mean age was  $58.6 \pm 13.01$  years old. The patients were classified in groups by age, six groups with ten years of difference between them. Main age range was the 50-59 years old group, with 49 females (32%) and 5 males (15%). About 65.5% of the total of patients (131) had severe pain (Numeric Rating Scale was 9.01). Mixed pain was predominant, affecting 108 patients (92 females and 16 males, what represents 55% and 47% of the total of females and males, respectively, that participate in the study). The most prevalent anatomical pain (159 patients, 131 females and 28 males) was in the lower limbs. Lower back pain was present in 113 of the 200 patients (94 females and 19 males). In the 30-39, 50-59, 60-69 years old group, the results for pain locations were significant:  $p = 0.01$ ,  $p = 0.0069$ ,  $p = 0.0003$ , respectively.

**Conclusion:** The prevalence of chronic pain was associated with females in 50–59 years old and severe mixed pain. It was located mainly in lower limbs and lumbar region. The most frequent diagnosis was low back pain followed by fibromyalgia. The patients were informed about their disease and treatment.

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

A dor crônica está entre as demandas mais comuns na procura de atendimento médico. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain* – IASP) define a dor crônica como uma dor sem valor biológico aparente que persiste além do tempo normal de cicatrização do tecido, cujo tempo normalmente considerado é de três meses. A dor crônica é reconhecida mundialmente como um grave problema de saúde. Aproximadamente 60 milhões de pessoas sofrem de dor crônica, correspondente a cerca de 10% da população mundial.<sup>1</sup> Estudos prévios<sup>1,2</sup> determinam a prevalência de dor crônica em cerca de 20% a 25% dos adultos. Um estudo brasileiro mostrou prevalências no Rio de Janeiro, em São Paulo, Florianópolis e Salvador de 31%, 29%, 26% e 40%, respectivamente.<sup>3</sup> Embora existam poucas estimativas da prevalência global de dor crônica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 10% dos adultos sejam diagnosticados a cada ano.<sup>1</sup>

A prevalência de dor crônica ainda é pouco conhecida, mesmo em países desenvolvidos, onde vários estudos

epidemiológicos foram feitos. No Brasil, a dor crônica é a principal causa de demanda no atendimento ambulatorial da dor. São necessários estudos mais detalhados, que certamente contribuirão muito para o estabelecimento de políticas sociais, de saúde e de metas para a prevenção e tratamento adequado da dor.<sup>4</sup>

A dor crônica deve ser entendida como uma doença, e não apenas como um sintoma. É um fenômeno multidimensional que promove impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional e social, com sérias consequências nas condições físicas, psicológicas e comportamentais.<sup>5</sup>

O entendimento da dor crônica requer não apenas o conhecimento dos mecanismos biológicos da dor, mas também a avaliação de outros fatores associados à doença, tais como idade, gênero, etnia e peso. Além do comportamento psicossocial, como depressão, ansiedade, tabagismo e consumo excessivo de álcool, e condições socioeconômicas, como estado civil, nível de escolaridade, emprego e atividade física.<sup>6</sup>

Uma revisão sistemática feita por Fayaz et al. no Reino Unido, constatou que a prevalência de dor crônica aumenta progressivamente com o aumento da idade, afetando 62% da população com mais de 75 anos.<sup>7</sup>

Uma abordagem terapêutica interdisciplinar é necessária para o alívio da dor e a restauração física, social e emocional do paciente. De acordo com as Diretrizes Normativas da OMS sobre o Relatório de Gerenciamento da Dor,<sup>8</sup> a abordagem deve ser estabelecida por uma equipe multiprofissional.

Um número significativo de terapias farmacológicas e não farmacológicas está disponível para o tratamento da dor crônica. As Diretrizes Normativas da OMS endossam a combinação terapêutica denominada terapia multimodal.<sup>8</sup>

Este estudo teve como objetivo descrever as características do perfil de dor (intensidade, tipo, localização anatômica, diagnóstico e tratamento), bem como o perfil etário e gênero dos primeiros 200 pacientes com dor crônica consultados na primeira Clínica da Dor do Hospital Municipal Conde Modesto Leal, principal financiador deste estudo, na cidade de Maricá (127.461 habitantes), no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Anteriormente, Maricá não possuía tais instalações médicas. A inauguração do atendimento ambulatorial na Clínica da Dor trouxe diversos benefícios para a população, abordada neste trabalho.

## Métodos

O estudo foi aprovado em 27/9/2017 pela direção do Hospital Municipal Conde Modesto Leal, em Maricá, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, nº CAAE: 80142617.2.0000.5257 (aprovado em 21/12/2017). Os pacientes não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, pois os dados foram obtidos dos prontuários do hospital.

Este estudo transversal retrospectivo foi realizado com os primeiros 200 pacientes atendidos no hospital, entre junho de 2014 e dezembro de 2015 para dor crônica.

Os prontuários dos 200 pacientes estavam no arquivo médico da instituição. Os dados coletados referem-se a: idade (em faixas etárias), sexo e aspectos relacionados à dor, tais como a intensidade da dor medida por escala numérica de avaliação (*Numerical Rating Scale* – NRS), tipo, localização anatômica, diagnóstico e tratamento da dor.

O critério para classificação da dor crônica foi uma duração superior a seis meses. A NRS<sup>9</sup> foi usada para quantificar a intensidade da percepção da dor dos indivíduos, foi graduada de acordo com os escores ordinais: sem dor (0), leve (1–3), moderada (4–6) e grave (7–10). O paciente escolheu o número que melhor representava a intensidade subjetiva de sua dor. A intensidade da dor foi

avaliada no fim da primeira consulta médica na Clínica da Dor Crônica.

Os episódios relacionados à intensidade, tipo (nociceptiva, neuropática e mista), localização anatômica, diagnóstico e tratamento da dor, bem como o total de cada gênero para cada faixa etária, foram comparados pelo teste exato de Fisher para tabela de contingência de  $2 \times 2$ . A probabilidade  $p$  (bicaudal) foi reconhecida como significativa quando  $\leq 0,05$ . A tabela de porcentagens foi obtida multiplicando-se a soma de cada gênero ou variável por 100 e dividindo-se o quociente pela soma total de cada gênero ou variável.

## Resultados

Dos 200 pacientes com dor, 166 eram do sexo feminino e 34 do masculino. A média de idade foi de  $58,66 \pm 13,01$  anos. Os pacientes foram classificados em seis grupos de acordo com a faixa etária, com dez anos de diferença entre eles (20–29; 30–39; 40–49; 50–59; 60–69,  $70 \geq$ ).

Em relação à intensidade da dor, a NRS mostrou que 107 mulheres (65%) e 24 homens (71%) apresentaram dor intensa (NRS 7–10), total de 131 pacientes (média do escore NRS de 9,01). A dor moderada (NRS 4–6) foi achada em 66 pacientes: 57 mulheres (34%) e nove homens (9%). A dor leve (NRS 1–3) não alcançou muita expressão, pois contou com apenas três pacientes. A faixa principal foi a de 50–59 anos, com 54 pacientes: 49 mulheres (32%) e cinco homens (15%). Os homens tiveram uma representação principal na faixa de 60–69 anos com 57 pacientes: 41 mulheres (26%) e 16 homens (47%). A faixa de 40–49 anos teve 33 pacientes: 27 mulheres (7%) e seis homens (18%) (tabela 1).

Os tipos de dor (nociceptiva, neuropática e mista) foram localizados em 108 pacientes: 92 mulheres (55%) e 16 homens (47%). A dor neuropática em 45 pacientes: 40 mulheres (24%) e cinco homens (15%). A dor nociceptiva em 47 pacientes: 34 mulheres (21%) e 13 homens (38%). A faixa de 50–59 anos incluiu 54 pacientes: 49 mulheres (30%) e cinco homens (15%). A faixa de 60–69 anos foi composta por 57 pacientes: 41 mulheres (25%) e 16 homens (47%) (tabela 2).

Em relação às localizações anatômicas da dor, houve 10 regiões, com 663 locais - 558 para mulheres e 105 para homens. Os membros inferiores incluíram 159 locais de dor: 131 para mulheres (23%) e 28 para homens (27%). Lombalgia com 113 locais, 94 para mulheres (17%) e 19 para homens (18%), foi a segunda região mais comum, seguida pelos

**Tabela 1** Intensidade da dor medida com a escala numérica (*Numerical Rating Scale* – NRS)

| Nível da dor (NRS) | Gêneros (F/M) distribuídos por faixa etária de 10 anos |              |              |              |              |                  | Total                | Porcentagem |
|--------------------|--------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|----------------------|-------------|
|                    | 20–29<br>F/M                                           | 30–39<br>F/M | 40–49<br>F/M | 50–59<br>F/M | 60–69<br>F/M | $\geq 70$<br>F/M | 20– $\geq 70$<br>F/M | %<br>F/M    |
| Leve (1–3)         | 0/0                                                    | 0/0          | 0/0          | 1/1          | 1/0          | 0/0              | 2/1                  | 1/3         |
| Moderada (4–6)     | 3/0                                                    | 3/0          | 8/2          | 17/2         | 13/4         | 13/1             | 57/9                 | 34/26       |
| Grave (7–10)       | 2/0                                                    | 7/0          | 19/4         | 31/2         | 27/12        | 21/6             | 107/24               | 65/71       |
| Total              | 5/0                                                    | 10/0         | 27/6         | 49/5         | 41/16        | 34/7             | 166/34               |             |
| Porcentagem (%)    | 3/0                                                    | 6/0          | 7/18         | 32/15        | 26/47        | 22/21            |                      |             |

F, feminino; M, masculino; nenhum resultado significativo pelo teste exato de Fisher.

**Tabela 2** Tipos de dor

| Tipo de dor     | Gêneros (F/M) distribuídos por faixa etária de 10 anos |       |       |       |       |       | Total  | Porcentagem |
|-----------------|--------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------------|
|                 | 20-29                                                  | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | ≥70   |        |             |
|                 | F/M                                                    | F/M   | F/M   | F/M   | F/M   | F/M   |        |             |
| Nociceptiva     | 1/0                                                    | 1/0   | 5/1   | 6/2   | 13/6  | 8/4   | 34/13  | 21/38       |
| Neuropática     | 2/0                                                    | 5/0   | 10/1  | 9/0   | 12/3  | 2/1   | 40/5   | 24/15       |
| Mista           | 2/0                                                    | 4/0   | 12/4  | 34/3  | 16/7  | 24/2  | 92/16  | 55/47       |
| Total           | 5/0                                                    | 10/0  | 27/6  | 49/5  | 41/16 | 34/7  | 166/34 |             |
| Porcentagem (%) | 1/0                                                    | 6/0   | 16/17 | 30/15 | 25/47 | 20/21 |        |             |

F, feminino; M, masculino; nenhum resultado significativo pelo teste exato de Fisher.

**Tabela 3** Localização anatômica da dor

| Localização anatômica da dor | Gêneros (F/M) distribuídos por faixa etária de 10 anos |                   |       |                     |                     |        | Total   | Porcentagem |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|-------|---------------------|---------------------|--------|---------|-------------|
|                              | 20-29                                                  | 30-39             | 40-49 | 50-59               | 60-69               | ≥70    |         |             |
|                              | F/M                                                    | F/M               | F/M   | F/M                 | F/M                 | F/M    |         |             |
| Cervical                     | 2/0                                                    | 1/0               | 8/3   | 17/1                | 11/3                | 6/0    | 45/7    | 8/7         |
| Torácica                     | 1/0                                                    | 5/0               | 3/1   | 10/                 | 8/2                 | 8/0    | 35/4    | 6/4         |
| Lombar                       | 0/0                                                    | 4/0               | 21/3  | 27/4                | 23/8                | 19/4   | 94/19   | 17/18       |
| Cabeça                       | 4/0                                                    | 4/0               | 6/0   | 13/1                | 4/2                 | 2/0    | 33/3    | 6/3         |
| Membros superiores           | 2/0                                                    | 4/0               | 8/3   | 32/3                | 23/6                | 21/3   | 90/15   | 16/14       |
| Ombros                       | 1/0                                                    | 0/0               | 6/1   | 14/2                | 11/1                | 12/3   | 44/7    | 8/7         |
| Mãos                         | 0/0                                                    | 2/0               | 3/2   | 4/0                 | 2/1                 | 3/0    | 14/3    | 3/3         |
| Membros inferiores           | 2/0                                                    | 6/0               | 21/5  | 40/3                | 31/14               | 31/6   | 131/28  | 23/27       |
| Joelhos                      | 0/0                                                    | 0/0               | 4/2   | 11/1                | 12/6                | 12/3   | 39/12   | 7/11        |
| Pés                          | 0/0                                                    | 1/0               | 4/1   | 10/0                | 8/3                 | 10/3   | 33/7    | 6/7         |
| Total                        | 12/0                                                   | 27/0 <sup>a</sup> | 84/21 | 178/16 <sup>b</sup> | 133/46 <sup>c</sup> | 124/22 | 558/105 |             |
| Porcentagem (%)              | 2/0                                                    | 5/0               | 15/20 | 32/15               | 24/44               | 22/21  |         |             |

F, feminino; M, masculino;  $p \leq 0,05$  significativo.

<sup>a</sup>  $p = 0,01$ , 30-39 anos.

<sup>b</sup>  $p = 0,0069$ , 50-59 anos.

<sup>c</sup>  $p = 0,0003$ , 60-69 anos.

membros superiores, com 105 locais, 90 para mulheres (16%) e 15 para homens (14%). A faixa de 50-59 anos foi representada por 194 localizações anatômicas: 178 para mulheres (32%) e 16 para homens (15%),  $p = 0,0069$ . A faixa de 60-69 anos teve 179 locais: 133 para mulheres (24%) e 46 para homens (44%),  $p = 0,0003$ . Na faixa de 30-39 anos, 27 mulheres (5%) apresentaram locais de dor, mas não houve locais de dor em homens,  $p = 0,01$  (tabela 3).

O número total de diagnósticos foi de 421: 377 para mulheres e 44 para homens. A dor ciática lombar foi excepcional com 122 diagnósticos: 107 para mulheres (28%) e 15 para homens (34%). A fibromialgia chegou a 67 diagnósticos: 64 para mulheres (17%) e três para homens (7%). A cervicobraquialgia, 58 diagnósticos: 50 para mulheres (13%) e oito para homens (18%). Artrite, 51 diagnósticos: 45 para mulheres (12%) e seis para homens (14%). Dorsalgia, 41 diagnósticos: 37 mulheres (10%) e quatro homens (9%). A dor de cabeça somou 35 casos: 32 mulheres (8%) e três homens (6%). O número de outros diagnósticos, como neuropatias neuropáticas, pós-zóster e trigêmeo e síndrome de dor complexa regional, caiu drasticamente, já que a soma de cada um deles foi inferior a 10. A faixa de 50-59 anos teve 123 diagnósticos: 116 para mulheres (31%) e sete para

homens (16%). A faixa de 60-69 anos somou 112 diagnósticos: 90 para mulheres (24%) e 22 para homens (50%).

Foram usados 720 medicamentos para o primeiro tratamento, 579 para mulheres e 141 para homens. Os medicamentos usados foram: analgésicos, opioides, relaxantes musculares, antidepressivos e anticonvulsivantes. Dipirona e paracetamol tiveram 185 prescrições: 151 para mulheres (26%) e 34 para homens (24%), seguidos por antidepressivos, com 165 prescrições: 137 para mulheres (24%) e 28 para homens (20%). Os anticonvulsivantes somaram 115 prescrições: 92 para mulheres (16%) e 23 para homens (16%). Os relaxantes, 154 prescrições: 122 para mulheres (21%) e 32 para homens (2%). Apenas 40 pacientes receberam prescrição de opioides: 29 para mulheres (5%) e 11 para homens (8%). O total de 158 medicamentos para a faixa etária de 50-59 anos foi de: 136 para mulheres (24%) e 22 para homens (16%). A faixa de 60-69 anos teve 210 medicamentos: 141 para mulheres (24%) e 69 para homens (49%),  $p = 0,0001$ .

Foram 110 métodos de intervenção: 100 para mulheres e 10 para homens. O agulhamento a seco (agulha de acupuntura) em ponto-gatilho foi o mais usado, com 27 mulheres (27%) e nenhum homem. Lidocaína a 1% em ponto-gatilho foi usada em 26 aplicações: 22 em mulheres (22%) e quatro em homens (40%), seguida de bloqueio paravertebral com

lidocaína a 1%, com 26 casos: 25 para mulheres (25%) e um para homens (10%). O bloqueio peridural com 80 mg de Depo-Medrol (Metilprednisolona) chegou a oito administrações: cinco em mulheres (5%) e três em homens (3%),  $p=0,042$ . Outras intervenções feitas foram as infiltrações periarticulares, com 21 aplicações: 19 em mulheres (19%) e duas em homens (20%), e bloqueio do gânglio estrelado em duas mulheres (2%) e nenhum homem.

## Discussão

A implantação de uma clínica da dor crônica para pacientes ambulatoriais no município de Maricá foi muito relevante, pois proporcionou o diagnóstico e o início de um tratamento adequado da dor crônica em pacientes que antes não tinham acesso a esse tipo de tratamento. É importante notar que a maioria dos pacientes já havia sido atendida por médicos de diversas especialidades, mas continuava a se queixar de dor. Uma dificuldade era esperada em relação ao treinamento de profissionais de saúde não especializados em tratamento da dor. Rondinelli et al. alertam sobre a necessidade de educação permanente em saúde, quanto à fisiopatologia, ao tratamento e à estruturação de uma dor. Essas ações fortaleceriam a interação entre profissionais e pacientes.<sup>10</sup>

Embora a dor crônica grave possa surgir em uma idade relativamente jovem, nossos resultados mostraram que a dor é mais frequente nos grupos de pacientes mais velhos e as mulheres são mais afetadas que os homens. Na faixa de 50–59 anos, as mulheres (32%) tiveram mais dor que os homens, enquanto eles foram afetados principalmente na faixa de 60–69 anos (47%). Muitos estudos corroboram esses resultados quando afirmam que a dor crônica torna-se mais comum com o aumento da idade, principalmente em mulheres,<sup>4,7,11,12</sup> e concluem que os episódios são mais frequentes e de maior duração nas mulheres do que nos homens.<sup>4</sup> Fayaz et al. mostraram que a prevalência de dor crônica na faixa de 65–74 anos foi menor do que a prevalência na faixa de 55–64 anos; a estratificação por gênero em seu estudo demonstra que essa queda se deve à redução do relato de dor por participantes do sexo masculino na faixa de 65–74 anos.<sup>7</sup>

Estudos recentes sugerem que a participação dos hormônios gonadais na modulação neuroimunológica da dor pode representar uma importante causa dessa diferença na presença de dor entre os gêneros.<sup>13–15</sup> Essa diferença também pode estar relacionada à perda de massa muscular um pouco mais tarde nos homens, em comparação com as mulheres.<sup>16</sup> Não foram encontrados estudos que comparassem sarcopenia (perda progressiva de massa muscular) relacionada ao envelhecimento e gênero na dor crônica.

Em relação à dor crônica, outros fatores devem ser considerados, como a resposta comportamental à dor, inclusive o componente cognitivo.<sup>14</sup> O atendimento ambulatorial mostrou que a dor intensa foi predominante em relação à dor moderada e leve, tanto no sexo feminino quanto no masculino. Vale ressaltar que muitos idosos não relatam sua dor, pois acreditam erroneamente que a dor é esperada ou consequência normal do processo de envelhecimento.<sup>11</sup> Entretanto, estudos têm questionado que uma das razões para um declínio da dor após os 65 anos pode ser uma redução das vias nociceptivas nos idosos.<sup>17</sup> Finalmente,

a questão é se essa diferença entre os gêneros está relacionada apenas aos mecanismos biológicos da dor ou associada a uma contribuição dos fatores psicológicos e sociais.

No presente estudo, houve predomínio de dor mista (uma combinação de mecanismos nociceptivos e neuropáticos), semelhantemente aos resultados de Bouhassira et al.<sup>18</sup> As mulheres apresentam alto risco de dor neuropática em comparação aos homens, segundo estudos feitos por Fayaz et al.<sup>7</sup> e Fillingim et al.<sup>19</sup> Esses resultados também foram obtidos em nosso estudo.

Autores confirmaram a prevalência de dor muscular esquelética em idosos.<sup>20</sup> Mobilidade reduzida, comprometimento da atividade física regular, quedas, depressão, ansiedade, distúrbios do sono e isolamento são fatores associados à dor. Outro fator que influencia o aparecimento da dor no idoso é a falta de relações familiares e sociais.<sup>17,20</sup>

Cipriano et al. e Fillingim et al. descobriram maior prevalência de dor no sistema musculoesquelético, o que coincidiu com o nosso resultado.<sup>4,19</sup> No estudo que realizamos, a maioria das queixas de dor veio de mulheres na faixa de 50–59 anos. Outros estudos concluíram que mulheres entre 45 e 60 anos tiveram aumento na incidência de dor articular e espinhal no período denominado perimenopausa.<sup>20,21</sup>

Goldberg observa que a dor é uma doença amplamente citada como sintoma. Devido a esse conceito equivocado, o sistema de saúde havia considerado o tratamento da dor.<sup>1</sup> É muito importante sensibilizar os gestores de saúde pública para essa questão.<sup>1,5</sup> O diagnóstico é de suma importância, uma vez que a eficiência do tratamento depende dele. Em nosso estudo, o diagnóstico mais prevalente foi o de dor ciática lombar, seguido de fibromialgia. Não encontramos resultado similar para comparar.

Em relação ao tratamento, os pacientes receberam exclusivamente medicamentos analgésicos, opioides, relaxantes musculares, antidepressivos e anticonvulsivantes. Dipirona e paracetamol se destacaram com 185 prescrições.

A faixa de 60–69 anos mostra um aumento mais expressivo da necessidade de tratamento da dor crônica em homens do que em mulheres ( $p=0,0001$ ), uma relação que se opõe à faixa de 50–59 anos, na qual a porcentagem de mulheres excedeu a dos homens, mas sem atingir significância. Esses resultados estão de acordo com as mesmas faixas etárias na análise da localização anatômica. Fillingim et al.<sup>22</sup> afirmam que o gênero de um indivíduo não tem influência direta na dor, mas que as diferenças de gênero na dor refletem os efeitos de outros processos biológicos e psicossociais (p. ex.: hormônios sexuais, respostas inflamatórias, papéis de gênero, enfrentamento da dor). Embora as diferenças de idade na dor e as diferenças de gênero na percepção da dor tenham sido amplamente relatadas, as diferenças de gênero comparadas entre os grupos etários não foram determinadas. No estudo feito por Campbell et al.<sup>23</sup> observou-se que as diferenças entre os gêneros surgiram para a maioria das medidas de dor e não houve interações de gênero por idade. Isso sugere que as diferenças de gênero na percepção da dor foram relativamente consistentes entre as faixas etárias.

A falta de medicamentos para o tratamento da dor é uma barreira prejudicial. Pouco progresso foi feito nessa área e dez milhões de pessoas precisam suportar a dor ou suas consequências devido à falta de tratamento.<sup>24</sup> É necessário educar pacientes, profissionais de saúde e gestores sobre o

uso e a distribuição de medicamentos. É muito importante ressaltar que os pacientes com dor crônica de difícil tratamento devem ter acesso a todas as opções diagnósticas, bem como às modalidades terapêuticas: farmacológicas, fisioterapêuticas, psicológicas, cirúrgicas, procedimentos intervencionistas, fisioterapia, entre outros.<sup>12</sup>

No presente estudo, a intervenção foi conduzida por agulhamento a seco em ponto-gatilho seguido de bloqueio paravertebral e injeções em ponto-gatilho para mulheres. Para os homens, o bloqueio epidural com Depo-Medrol®, bloqueio periarticular com lidocaína e dexametasona e bloqueio paravertebral com lidocaína ganharam importância. De acordo com as diretrizes europeias,<sup>25</sup> que estudaram especificamente a lombalgia inespecífica, nenhum tratamento invasivo único, semelhante aos listados em nosso estudo, mostrou resultados significativos. Estudos de alta qualidade são necessários para examinar a eficácia desses procedimentos.

## Conclusão

A prevalência da dor crônica foi associada a mulheres na faixa de 50–59 anos e à dor mista intensa. A dor foi localizada principalmente nos membros inferiores e na região lombar. O diagnóstico mais frequente foi de lombalgia seguida de fibromialgia. Os pacientes estavam conscientes sobre sua doença e tratamento.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia e Anestesiologia, RJ, Brasil, proporcionou importante suporte para esta pesquisa.

Este estudo foi financiado pelo Hospital Municipal Conde Modesto Leal, Centro de Diagnóstico e Tratamento (CDT), Secretaria Municipal de Saúde, Maricá, RJ, Brasil.

Este estudo foi apresentado em pôster no Congresso Anual de Anestesiologia da CBA em Belém do Pará, Brasil, de 10 a 14 de novembro de 2018.

## Referências

- Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11:770.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280:147–51.
- Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Res Manag*. 2017; 46:43830.
- Cipriano A, Almeida DB, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor*. 2011;12:297–300.
- Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesth Analg*. 2004;99:510–20.
- Rice NE, Lang IA, Henley W, et al. Common health predictors of early retirement: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2011;40:54–61.
- Fayaz A, Croft P, Langford RM, et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016;6:e010364.
- WHO Normative guidelines on pain management report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO, Geneva; 2007. [Online]. Disponível: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf). [acesso 16.02.17].
- Pain Intensity Instruments, National Institutes of Health – Warren Grant Magnuson Clinical Center; July 2003.
- Rondinelli MC, Antunes JM, Sampaio WC, et al. Implementation of pain control program in a traumatology and orthopedics hospital. *Rev Dor*. 2016;17:141–4.
- Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54:36–41.
- Breivik H, Eisenberg E, O'Brien. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*. 2013;13:1229.
- Rosen S, Ham B, Mogil JS. Sex differences in neuroimmunity and pain. *J Neurosci Res*. 2017;95:500–8.
- Melchior M, Poisbeau P, Gaumont I, et al. Insights into the mechanisms and the emergence of sex differences in pain. *Neuroscience*. 2016;338:63–80.
- Maurer AJ, Lissounov A, Knezevic I, et al. Pain and sex hormones: a review of current understanding. *Pain Manag*. 2016;6:285–96.
- Kirchengast S, Heber J. Gender and age differences in lean soft tissue mass and sarcopenia among healthy elderly. *Antropol Anz*. 2009;67:139–51.
- Karp JF, Shega JW, Morone NE, et al. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth*. 2008;101:111–20.
- Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136:380–7.
- Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, et al. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009;10:447–85.
- Kozinoga M, Majchrzcki M, Piotrowska S. Low back pain in women before and after menopause. *Prz Menopauzalny*. 2015;14:203–7.
- Gao HL, Lin SQ, Wei Y, et al. The effect of age and menopausal status on musculoskeletal symptoms in Chinese women aged 35–64 years. *J Clin*. 2013;16:639–45.
- Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the Mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017;158 Suppl. 1:S11–8.
- Campbell C, Edwards R, Hastie B, et al. Age and sex differences in pain perception: the role of gender role stereotypes. *J Pain*. 2005;6:S60.
- Lohman D, Schleirfer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med*. 2010;8:8.
- European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl. 2:S192–300.