



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LILIAN MAYUMI TANIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES USUÁRIOS DE UM  
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOR EM MUNICÍPIO DO  
NORTE DO PARANÁ**

---

Londrina

2023

LILIAN MAYUMI TANIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES USUÁRIOS DE UM  
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOR EM MUNICÍPIO DO  
NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

**Orientador:**

Prof. Dr. Edmarlon Giroto

Londrina

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

T164q Tanida, Lilian Mayumi.  
Qualidade de vida de pacientes usuários de um programa de controle da dor em município do norte do Paraná / Lilian Mayumi Tanida. - Londrina, 2023.  
100 f.

Orientador: Edmarlon Giroto.  
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2023.  
Inclui bibliografia.

1. Dor crônica - Tese. 2. Qualidade de vida - Tese. 3. Opioides - Tese. 4. Gabapentina - Tese. I. Giroto, Edmarlon. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. III. Título.

CDU 61

LILIAN MAYUMI TANIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES USUÁRIOS DE UM  
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOR EM MUNICÍPIO DO  
NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

**Orientador:**

Prof. Dr. Edmarlon Girotto

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Edmarlon Girotto

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Geresa Clazer Halila

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Joice Mara Cruciol

Londrina, 11 de setembro de 2023.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Ao Prof. Dr. Edmarlon Giroto, meu orientador, pela confiança, incentivo e paciência com a qual guiou meu aprendizado.

À minha família que sempre esteve ao meu lado apoiando e incentivando em todos os momentos nesta caminhada.

À minha colega de Mestrado, Regina Midori Tamari Silva, pela parceria durante a realização deste trabalho.

Aos professores do Mestrado em Ciências Farmacêuticas, que muito contribuíram durante todo este processo.

Aos pacientes entrevistados, pela contribuição e paciência durante as entrevistas.

À Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de cursar este Mestrado.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

TANIDA, Lilian Mayumi. **Qualidade de vida de pacientes usuários de um programa de controle da dor em município do norte do Paraná.** 2023. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

## RESUMO

**Introdução:** A dor crônica tem expressiva prevalência pelo mundo, comprometendo aspectos físicos e mentais dos indivíduos. O manejo da dor crônica busca otimizar o controle da dor, melhorar a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes. Ainda, envolve diferentes estratégias e é um desafio para os profissionais e para os responsáveis pelas políticas públicas. **Objetivo:** Este estudo teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes com dor crônica tratados com medicamentos do Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã no norte do Paraná. **Métodos:** A população de estudo foi composta por pacientes de 23 a 97 anos cadastrados no banco de dados do programa no mês de outubro de 2020. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a outubro de 2021, através de entrevistas utilizando um questionário composto por 24 perguntas sobre dados sociodemográficos, hábitos de vida, condição de saúde, qualidade do sono, consumo de medicamentos, percepção da dor e qualidade de vida. Para a percepção da dor foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica da Dor. Para mensuração da qualidade de vida foi utilizado o questionário *Short Form 12-item health survey* (SF-12) versão 2. **Resultados:** Foram entrevistados 216 pacientes, com a média de idade de 59,3 anos, sendo 71,8% mulheres, 55,5% dos entrevistados se declararam de cor branca, 59,7% dos pacientes possuíam ensino fundamental incompleto, 83,3% não eram tabagistas, 88,4% não consumiam bebida alcoólica e 76,8% não praticavam exercício físico. A pior qualidade de vida no componente físico esteve associada aos pacientes com 60 anos ou mais e com baixa escolaridade e foi significativo para as mulheres (RP 1,757; IC 95% 1,003-3,078), os que relataram que o medicamento não fez tanta diferença na percepção da dor (RP 2,265; IC 95% 1,319-3,890) e entre os pacientes que utilizavam apenas opioide (RP 1,698; IC 95% 1,070-2,695) quando comparado aos pacientes que utilizavam apenas gabapentina ou gabapentina e opioide. Por outro lado, a pior qualidade de vida no componente mental foi mais prevalente entre os pacientes com 59 anos ou menos, que relataram qualidade do sono ruim, entre os que relataram que o medicamento do programa não fez tanta diferença na percepção da dor e entre os pacientes que utilizavam apenas gabapentina ou gabapentina com opioide. As variáveis com associação significativa foram possuir diagnóstico de depressão e/ou ansiedade (RP 2,206; IC 95% 1,272-3,824), autoavaliar a saúde mental como ruim (RP 3,372; IC 95% 1,664-6,832), que a saúde não permite a prática de exercício físico (RP 2,152; IC 95% 1,317-3,516) e não ter relatado reação adversa ao medicamento do programa quando comparado aos que relataram reação adversa (RP 0,621; IC 95% 0,405-0,952). **Conclusões:** Os resultados reforçam que a função física do indivíduo com dor crônica possui estreita relação com o alívio de dor que os medicamentos do programa proporcionam e sugerem a importância de estratégias não farmacológicas que envolvam acompanhamento psicoterapêutico e multidisciplinar destes usuários.

**Palavras-chave:** Dor crônica; Qualidade de vida; Manejo da dor; Opioides; Gabapentina.

TANIDA, Lilian Mayumi. **Quality of life of patients using a pain management program in a municipality in northern Paraná.** 2023. 100f. Dissertation (Master's degree in Pharmaceutical Sciences) - State University of Londrina, Londrina, 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic pain has a significant global prevalence, affecting both the physical and mental well-being of individuals. The management of chronic pain aims to optimize pain control, improve functionality, and enhance patients' quality of life. Additionally, it involves various strategies and poses challenges for healthcare professionals and policymakers. **Objective:** This study aimed to evaluate the quality of life of patients with chronic pain treated with medications from the "Paraná Sem Dor" (Pain-Free Paraná) Program in the municipality of Ibiporã, located in northern Paraná. **Methods:** The study population consisted of patients aged 23 to 97 years who were registered in the program's database in October 2020. Data collection took place from February to October 2021 through interviews using a questionnaire comprising 24 questions that covered sociodemographic information, lifestyle habits, health conditions, sleep quality, medication consumption, pain perception, and quality of life. Pain perception was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) and the Numerical Pain Scale. The Short Form 12-item health survey (SF-12) version 2 was used to measure the quality of life. **Results:** A total of 216 patients were interviewed, with an average age of 59.3 years. Among them, 71.8% were women, 55.5% identified as white, 59.7% had incomplete elementary education, 83.3% were non-smokers, 88.4% did not consume alcoholic beverages, and 76.8% did not engage in physical exercise. The poorest quality of life in the physical component was associated with patients aged 60 and above and those with low education levels. This was also significant for women (RP 1.757; 95% CI 1.003-3.078), those who reported that medication did not make much difference in pain perception (RP 2.265; 95% CI 1.319-3.890), and patients using only opioids (RP 1.698; 95% CI 1.070-2.695) compared to those using only gabapentin or a combination of gabapentin and opioids. On the other hand, the poorest quality of life in the mental component was more prevalent among patients aged 59 or younger, those who reported poor sleep quality, those who reported that the program's medication did not make much difference in pain perception, and those using only gabapentin or gabapentin in combination with opioids. Significant associated variables included having a diagnosis of depression and/or anxiety (RP 2.206; 95% CI 1.272-3.824), self-assessment of poor mental health (RP 3.372; 95% CI 1.664-6.832), inability to engage in physical activity due to health (RP 2.152; 95% CI 1.317-3.516), and not reporting adverse reactions to the program's medication compared to those reporting adverse reactions (RP 0.621; 95% CI 0.405-0.952). **Conclusions:** The findings underscore the close relationship between the physical function of individuals with chronic pain and the pain relief provided by the program's medications. These results also suggest the significance of non-pharmacological strategies involving psychotherapeutic and multidisciplinary support for these users.

**Keywords:** Chronic pain; Quality of life; Pain Management; Opioids; Gabapentin.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Caracterização dos pacientes usuários do Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã – PR segundo dados sociodemográficos e hábitos de vida, 2020-2021. N=216.....	40
<b>Tabela 2 -</b>	Caracterização dos pacientes usuários do Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã – PR segundo percepções e situação de saúde, 2020-2021. N=216.....	41
<b>Tabela 3 -</b>	Caracterização dos pacientes usuários do Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã – PR segundo componente da escala SF-12, 2020-2021. N=216.....	43
<b>Tabela 4 -</b>	Prevalência de desfecho da qualidade de vida (componente FÍSICO) em pacientes que receberam os medicamentos do programa, segundo características demográficas dos participantes e de exposição, PRSDOR, 2020-2021.....	46
<b>Tabela 5 -</b>	Prevalência de desfecho da qualidade de vida (componente MENTAL) em pacientes que receberam os medicamentos do programa, segundo características demográficas dos pacientes e de exposição, PRSDOR, 2020-2021.....	48

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Medicamentos componentes do Programa Paraná sem Dor.....	21
<b>Quadro 2 -</b>	Escada Analgésica da OMS: Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista.....	22

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Anti-inflamatório não esteroides
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional do SUS
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DN	Dor neuropática
EVA	Escala Visual Analógica
FM	Fibromialgia
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LME	Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PIÁ	Paraná Inteligência Artificial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRSDOR	Paraná Sem Dor
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
RP	Razão de Prevalência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TER	Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
	2.1 Fisiopatologia da Dor.....	14
	2.2 Tratamento da Dor Crônica.....	15
	2.2.1. Tratamento Farmacológico da Dor Crônica.....	16
	2.2.2. Tratamento Não Farmacológico da Dor Crônica.....	18
	2.3 Programa Paraná Sem Dor.....	20
	2.4 Qualidade de Vida na Dor Crônica.....	22
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
	4.1 Objetivo Geral.....	26
	4.2 Objetivos Específicos.....	26
<b>5</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
	5.1 Delineamento do Estudo.....	27
	5.2 População e Local de Estudo.....	27
	5.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	27
	5.4 Coleta de Dados.....	28
	5.5 Variáveis de Estudo.....	29
	5.5.1 Variáveis Socioeconômicas e Demográficas.....	29
	5.5.2 Variáveis Relacionadas aos Hábitos de Vida.....	30
	5.5.3 Variáveis Segundo Percepções e Situação de Saúde.....	30
	5.5.4 Variáveis Segundo os Componentes da Escala SF-12.....	34
	5.5.5 Variável Dependente: Qualidade de Vida (PCS e MCS).....	37
	5.6 Processamento e Análise dos Dados.....	37
	5.7 Aspectos Éticos.....	38
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>

6.1	Caracterização Sociodemográfica e Hábitos de Vida.....	39
6.2	Caracterização de Percepções e Situação de Saúde.....	39
6.3	Avaliação da Qualidade de Vida (Escala SF-12).....	42
6.4	Fatores Associados à Qualidade de vida.....	44
6.4.1	Componente Físico.....	44
6.4.2	Componente Mental.....	45
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
7.1	Caracterização dos Pacientes.....	50
7.2	Caracterização de Percepções e Situação de Saúde.....	51
7.3	Fatores Associados à Qualidade de Vida.....	54
7.3.1	Componente Físico.....	54
7.3.2	Componente Mental.....	57
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	82
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	89
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>92</b>
	ANEXO A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã.....	93
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	95

## 1. INTRODUÇÃO

A dor é definida, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido” (IASP, 1979; RAJA et al., 2020). A dor pode ser aguda ou crônica, sendo a aguda de início súbito, curta duração e associada a uma causa definida (KENT et al., 2017). A dor crônica pode ser definida como aquela que possui duração de no mínimo três meses, possui etiologia incerta e pode ser descrita como contínua ou incidente (DELLAROZA et al., 2008). De acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia (2010), a dor crônica é aquela que tem duração prolongada além do tempo esperado de lesão e cicatrização habitual do tecido e que compromete adversamente a função ou o bem-estar do indivíduo.

A dor crônica pode ser classificada fisiologicamente em neuropática e nociceptiva. Segundo a IASP (2011), a dor neuropática é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Por outro lado, a dor nociceptiva surge de dano real ou ameaçado ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores. No entanto, a classificação de caráter fisiológico da dor não é focada de forma precisa na maioria dos trabalhos científicos pela dificuldade em definir o mecanismo associado a um tipo ou outro de dor (ATTAL et al., 2008). Há, com bastante frequência, o tipo de dor mista, em casos que geram sensibilização de nervos e raízes (neuropática) e compressão de estruturas musculoesqueléticas (nociceptivas) (IASP, 2011; SCHESTATSKY; NASCIMENTO, 2009).

A dor crônica generalizada é definida como dor com duração de 3 meses ou mais, localizada axialmente acima e abaixo da cintura, e nos lados esquerdo e direito do corpo e é a característica fundamental da fibromialgia (WOLFE et al., 1990). Revisão sistemática apontou que a prevalência global estimada de dor crônica generalizada é de 9,6% IC 95% (8,0-11,2%), com prevalência maior para as mulheres em relação aos homens, 11,2% e 7,2%, respectivamente (ANDREWS; STEULTJENS; RISKOWSKI, 2018).

Durante 2021, cerca de 20,9% dos adultos americanos civis (não institucionalizados) experimentaram dor crônica e 6,9% experimentaram a dor crônica de alto impacto, ou seja, aquela dor que limitava a vida diária ou atividades de trabalho na maioria dos dias ou todos os dias durante os últimos três meses (RIKARD et al., 2023). Na Europa, estudo aponta prevalência geral de 19,0% de dor crônica moderada a grave na população adulta (BREIVIK et

al., 2006). Na Índia, a prevalência de dor crônica entre os adultos é de 19,3% (SAXENA; JAIN; BHATNAGAR, 2018). Inoue e colaboradores (2015) concluíram que a prevalência de dor crônica em adultos no Japão é de 39,3% e a prevalência de dor crônica grave é de 17,4%. Relatam ainda que após análise de 14 estudos em diferentes países que consideraram a mesma definição de dor crônica como a IASP, concluíram que a prevalência média de dor crônica em adultos foi de 29,1%.

Souza e colaboradores (2017), em estudo de base populacional brasileiro, identificaram uma prevalência de dor crônica de 39% entre os entrevistados, com maior prevalência no sexo feminino. Ainda no Brasil, um estudo descritivo realizado em 2018, evidenciou que a prevalência de dor crônica em dez trabalhos publicados variou de 29,3 a 73,3%, números maiores do que encontrados na população mundial. Todavia, estes resultados refletem apenas dados regionais, assim não se pode afirmar que a prevalência de dor crônica da população brasileira seja de fato maior (VASCONCELOS; ARAUJO, 2018). Estes achados reforçam a necessidade de mais estudos representativos da população brasileira focados em uma amostragem ampliada, evitando-se por exemplo, estudos baseados em participantes de banco de dados de telefone celular, no qual a população mais idosa ou com menos recursos financeiros poderia não estar adequadamente representada.

Sendo assim, a dor crônica é um problema de saúde pública, gera morbidade, absenteísmo e incapacidade temporária ou até permanente acarretando elevados custos aos sistemas de saúde (PICAVET; SCHOUTEN, 2003). O tratamento da dor crônica envolve terapias farmacológicas e não farmacológicas, sendo o tratamento farmacológico com medicamentos não opioides e opioides frequentemente acompanhado de efeitos adversos que geram impactos na adesão, eficácia analgésica e qualidade de vida do paciente. Além de que a dor tratada inadequadamente gera consequências sociais e psicológicas e está relacionada com a baixa qualidade de vida (LABIANCA et al., 2012).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Fisiopatologia da Dor

Em condições normais, a dor relaciona-se a uma atividade elétrica nas fibras aferentes primárias nos nervos periféricos que podem sofrer estímulos mecânicos, térmicos e químicos. Muitas destas fibras são fibras C não-mielinizadas com baixa velocidade de condução e são conhecidos como nociceptores polimodais C (PMN). Outras consistem em delicadas fibras mielinizadas (A $\delta$ ), que conduzem mais rapidamente. Os corpos celulares das fibras aferentes nociceptivas medulares situam-se nos gânglios das raízes dorsais e as fibras penetram na medula espinhal através das raízes dorsais, terminando na substância cinzenta do corno dorsal. O mecanismo pelo qual estímulos periféricos nocivos são transmitidos ao sistema nervoso central é conhecido como nociceção. Os PMN podem induzir a dor também por sofrer estímulos químicos de neurotransmissores, como a bradicinina, 5-HT (5-hidroxitriptamina) e a capsaicina. Os PMN são sensibilizados pelas prostaglandinas, que não causam dor, mas potencializam acentuadamente os efeitos de outros agentes na produção de dor, como a 5-HT ou a bradicinina.

Geralmente, o estado da dor crônica está relacionado às alterações da via fisiológica normal, devido a vários tipos de modulações positivas e negativas na via nociceptiva, originando a hiperalgesia (maior intensidade da dor associado a um estímulo nocivo leve), à alodinia (dor evocada por um estímulo não-nocivo) ou a espasmos dolorosos espontâneos sem nenhum estímulo desencadeante. Na hiperalgesia envolve tanto a sensibilização nociceptiva periférica quanto a facilitação central da transmissão sináptica ao nível do corno dorsal e do tálamo. A transmissão no corno dorsal está sujeita a diversas influências moduladoras, como as vias descendentes provenientes do mesencéfalo e do tronco cerebral que exercem poderoso efeito inibitório. A inibição descendente é mediada principalmente por encefalinas, 5-HT, noradrenalina e adenosina. Os opioides causam analgesia por ativar estas vias descendentes, por inibir a transmissão no corno dorsal e por inibir a excitação das terminações nervosas sensoriais na periferia (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Os mecanismos fisiopatológicos da dor neuropática não estão bem esclarecidos, porém acredita-se que a atividade espontânea nos neurônios sensoriais lesados possa contribuir e que o sistema nervoso simpático tenha influência, pois os neurônios sensoriais lesados podem

expressar receptores alfa adrenérgicos e desenvolver sensibilidade à noradrenalina o que não acontece em situações normais (RANG; DALE; RITTER, 2001). Desta forma, a gabapentina atua de forma periférica suprimindo os estímulos aferentes nociceptivos dos neurônios lesionados em direção a medula espinhal e reduzindo a oscilação do potencial de membrana sublimiar (YANG et al., 2005).

## 2.2 Tratamento da Dor Crônica

Um objetivo importante no manejo da dor é a prestação de cuidado centrado na pessoa, que inclui uma avaliação apropriada para identificar causas potencialmente reversíveis de dor e estabelecer um diagnóstico e tratamento mensuráveis, que se concentram na melhora da função e qualidade de vida (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2019). A variedade de opções terapêuticas tem sido historicamente inacessível para muitos pacientes devido a fatores como educação, treinamento e orientação inadequada do clínico, falta de especialista em controle da dor, escassez de modalidades como terapia comportamental, falta de clareza sobre as evidências que suportam diferentes tratamentos para dor, entre outros (BECKER et al., 2017; JAMISON et al., 2014; SABIN; GREENWALD, 2012; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2019). Em parte, devido a estes fatores que limitam o acesso a uma ampla gama de modalidades de tratamento, por muitos anos os medicamentos como os opioides prescritos têm sido a base para tratar a dor, apesar das evidências muito limitadas para apoiar seus benefícios a longo prazo (CHOU et al., 2014; DAHLHAMER et al., 2021; INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2019). Neste contexto, a Diretriz de Prática Clínica do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para prescrição de opioides para dor - Estados Unidos (2022) traz as recomendações para profissionais que prestam cuidados com a dor, visando otimizar a prescrição adequada de opioides e minimizar os riscos relacionados (DOWELL et al., 2022).

Com evidências crescentes de que o tratamento baseado apenas na farmacoterapia é muitas vezes inseguro e/ou ineficaz no tratamento da dor crônica, as recomendações de consenso promovem cada vez mais uma estratégia de tratamento multimodal, incorporando tratamentos não farmacológicos visando a promoção do autogerenciamento do paciente (CHOU et al., 2009; DEBAR et al., 2012; INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; THE

MANAGEMENT FOR OPIOID THERAPY FOR CHRONIC PAIN WORKING GROUP, 2010; TURK; WILSON; CAHANA, 2011).

### **2.2.1. Tratamento Farmacológico da Dor Crônica**

Na dor nociceptiva, os analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES) geram boas respostas no tratamento sintomático. No entanto, na dor neuropática, medicamentos como paracetamol, dipirona, outros AINES e opioides fracos respondem pobremente. Para controlar as dores mais intensas, pode-se utilizar a classe de opioides fortes, como a morfina, por exemplo (RIPAMONTI; BANDIERI; ROILA, 2011).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dor Crônica do Ministério da Saúde (2012), o tratamento medicamentoso para as dores nociceptivas e mistas devem seguir os três degraus da Escada Analgésica proposta em 2009 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesta, inclui-se analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides fracos e fortes. Por outro lado, na dor neuropática, o tratamento envolve os medicamentos antidepressivos tricíclicos e antiepiléticos, na maioria dos casos (FINNERUP et al., 2005).

Revisão da literatura que avaliou o uso da Escada Analgésica da OMS e o manejo da dor crônica não oncológica aponta uma revisão da Escada Analgésica para quatro degraus, incorporando mais terapias integrativas a cada etapa, visando reduzir ou mesmo interromper o uso de analgésicos opioides (YANG et al., 2020). Os opioides podem ser medicamentos essenciais para o controle da dor, porém carregam um risco potencial considerável (DOWELL et al., 2022), como a tolerância e a dependência.

Define-se tolerância aos opioides o aumento da dose necessária para produzir determinado efeito farmacológico. Em contrapartida, dependência envolve dois componentes, a dependência física (relacionada à síndrome da abstinência) e a dependência psicológica (desejo mórbido pela droga) (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Os medicamentos opioides atuam na regulação da percepção da dor, ativam regiões de recompensa no cérebro que fundamentam a percepção de prazer e bem-estar (VOLKOW; MCLELLAN, 2016) e ainda mediam simultaneamente uma associação aprendida entre o recebimento da droga e os efeitos fisiológicos (MIGUEZ; LABORDA; MILLER, 2014). Com o tempo, o recebimento repetido de opioides fortalece essas associações e o desejo pelos efeitos

da droga, seja analgésico ou prazeroso, o que pode levar ao uso precoce e inapropriado do medicamento (EWAN; MARTIN, 2013). Assim, Volkow e McLellan (2016) alertam sobre os riscos associados ao desvio de opioides, overdose e dependência e recomendam mudanças práticas de prescrição e gerenciamento apoiadas pela ciência, maior treinamento em escolas de medicina sobre dor e dependência e maior pesquisa sobre dor.

Segundo McCabe e colaboradores (2007), a forma mais comum de desvio é o repasse de opioide entre paciente que obteve o medicamento através de prescrição médica legítima para familiares e amigos que buscam automedicar uma dor genérica. Neste aspecto, cabe ao farmacêutico um papel importantíssimo na orientação ao paciente no ato da dispensação, na avaliação da prescrição médica, visando o uso racional dos medicamentos, no seguimento farmacoterapêutico, no monitoramento de reações adversas, além de estar capacitado para interagir nas equipes multidisciplinares (RABELO; BORELLA, 2013).

Krebs e colaboradores (2018) avaliaram 234 usuários de medicamentos opioides e não opioides quanto à relação com a dor. Após 12 meses, o estudo apontou que os pacientes que usavam opioides experimentaram significativamente mais eventos adversos, mas não diferiram significativamente na função dor dos usuários de não opioides. Entretanto, na resposta à intensidade da dor (maior ou igual a 30% de melhora na gravidade) foi superior no grupo de não opioides em comparação com pacientes que utilizam opioides.

Estudo populacional brasileiro identificou que 75% dos entrevistados com dor crônica faziam uso de medicamento para dor, 12% relataram não procurar tratamento para a dor, 2% recorreram a terapias alternativas. Dentre as opções farmacológicas, houve a predominância dos analgésicos anti-inflamatórios, como diclofenaco, naproxeno, aspirina, ibuprofeno e cetorolaco, que foram escolha terapêutica para 53,1% dos entrevistados. Analgésicos não opioides (dipirona ou paracetamol) foram escolhas para 22,2%, antidepressivos para 12,7%, opioides para 10,3% e anticonvulsivantes para 1,6% dos entrevistados. Um quinto dos participantes relatou automedicação para o controle da dor (19,1%), 68,3% que utilizavam os medicamentos com prescrição médica e 4,7% que recorreram ao farmacêutico. Quase 50% dos participantes classificaram como ineficaz os tratamentos para dor (farmacológico e não farmacológico) (SOUZA, et al., 2017).

Revisão Cochrane de publicações de intervenções farmacológicas sistêmicas para adultos com lombalgia crônica, sobre a intensidade da dor e função física, identificou evidência moderada de que AINES seletivos e opioides fortes fornecem uma pequena melhora na intensidade da dor. Ainda, detectou-se evidência alta de que o tapentadol (opioide) fornece uma

pequena melhora e evidência moderada para nenhuma diferença entre placebo e antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina na melhora da intensidade da dor. Para o resultado da função física, identificaram evidências moderadas de que tanto os opioides fortes quanto o tramadol proporcionam pequena melhora (CASHIN et al., 2023). Resultado semelhante foi descrito em outra revisão que concluiu efeitos pequenos a moderados do tratamento farmacológico para dor lombar crônica no alívio da dor e função, além de curta duração em comparação ao placebo (KOES; BACKES; BINDELS, 2018). Diante da falta de consenso do que constitui um efeito clinicamente importante no manejo da dor, as perspectivas do paciente e médico devem estar alinhadas para definição de qual intervenção será adotada com considerações apropriadas sobre o benefício proposto, segurança, custos, riscos e inconvenientes da terapia (FERREIRA et al., 2013).

Sobre o tratamento farmacológico na fibromialgia, ensaios controlados randomizados mostram uma ampla gama de medicamentos utilizados, como antidepressivos, opioides, anti-inflamatórios não esteroides, sedativos, relaxantes musculares e antiepilépticos (SARZI-PUTTINI et al., 2008). Sumpton e Moulin (2014) identificaram que antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina e ligantes alfa 2-delta (gabapentina e pregabalina) são eficazes na redução da dor (maior ou igual a 30%) associada em pacientes com fibromialgia.

No Japão, pesquisa que avaliou a satisfação dos pacientes em uso de analgésicos orais para dor crônica, identificou que a proporção de pacientes com melhora no alívio da dor, nas atividades de vida diária e a boa comunicação médico-paciente foram numericamente superiores a satisfação do paciente relacionada apenas ao medicamento, sugerindo que a satisfação dos pacientes pode ser influenciada por múltiplos fatores (USHIDA et al., 2020).

### **2.2.2. Tratamento Não Farmacológico da Dor Crônica**

Embora as estratégias de tratamento apenas com medicamentos possam promover modos de enfrentamento passivos, os tratamentos não farmacológicos reforçam a autoeficácia do paciente, resolução ativa de problemas, como gerenciamento de sintomas, exercícios gerais, controle de distrações, pensamentos de derrota, conversa interna motivacional, relaxamento, mudança de crenças desadaptativas e estabelecimento de metas realistas e uma perspectiva funcional e reabilitadora (GATCHEL; ROLLINGS, 2008; THORSELL et al., 2011). Ensaio

clínico controlado randomizado evidenciou a eficácia do suporte ao autogerenciamento (introdução progressiva de metas a curto e longo prazo e estabelecimento de cronograma de atividades) da dor crônica com educação (entender a fisiologia da dor, as influências biológicas, psicológicas e sociais sobre dor, desenvolver os princípios cognitivo-comportamentais) e exercício (individualizado, supervisionado e funcionais) da ciência da dor com melhoria da função, dor, pensamento catastrófico, autoeficácia, conhecimento da dor, satisfação e mudança percebida quando comparado ao cuidado usual (MILLER et al., 2020).

Vários estudos demonstraram a eficácia de tratamentos não farmacológicos para dor crônica, por exemplo, fisioterapia (CHERKIN et al., 1998; HILL et al., 2011), terapia cognitivo-comportamental (KEEFE et al., 1990; LAMB et al., 2010), tratamento quiroprático (CHERKIN et al., 1998) e ioga (TILBROOK et al., 2011; WREN et al., 2011).

Revisão de literatura sobre tratamentos da fibromialgia mostra que os sintomas podem ser tratados de forma ampla, visto que além da dor generalizada, também é considerada um distúrbio de somatização. Dessa forma, intervenções que envolvem uma resposta à mente por meio do controle da dor, uma resposta ao corpo por meio da atividade física e resposta à dor por meio do tratamento farmacológico devem ser considerados (COHEN-BITON; BUSKILA; NISSANHOLTZ-GANNOT, 2022). Revisões sistemáticas e meta-análises encontram fortes evidências de que o exercício físico supervisionado reduz a intensidade da dor e melhora significativamente a qualidade de vida e o funcionamento físico e psicológico dos pacientes com fibromialgia (MASQUELIER; D'HAERYERE, 2021).

Ensaio clínico randomizado que avaliou os efeitos da redução do estresse baseada no treinamento em meditação *mindfulness* e ioga, terapia cognitivo-comportamental *versus* cuidados habituais para pacientes com dor lombar crônica e limitações funcionais, concluíram que após 26 semanas, o grupo que recebeu intervenção alternativa teve melhora na dor nas costas e limitações funcionais quando comparado ao grupo que teve cuidados habituais. Além disso, os resultados para saúde mental (depressão, ansiedade e componente mental da qualidade de vida) diferiram significativamente entre os grupos em 8 e 26 semanas (CHERKIN et al., 2016). Resultados que também foram evidentes na revisão sistemática e meta-análise que identificou efeitos pequenos à médios das terapias baseadas na aceitação na saúde física e mental dos pacientes com dor crônica, reforçando um caminho promissor para a integração da terapia de aceitação com a terapia comportamental para pacientes com dor crônica (VEEHOF et al., 2011).

Estudo de base populacional brasileiro realizado em 2015 e 2016 verificou que a maioria dos entrevistados fazia uso de terapias não farmacológicas como remédios caseiros (23%), fisioterapia (9,4%), relaxamento (7,8%), acupuntura (6,1%), medicina alternativa (2,0%), estimulação elétrica nervosa transcutânea (1,2%) ou outros tratamentos conservadores não especificados (50,4%). Quanto aos efeitos dos tratamentos no geral, 48,7% autoavaliaram o tratamento como “nenhum efeito/efeito menor”, 36,4% classificaram como “bom efeito” e apenas 14,9% como “muito bom/excelente” (SOUZA, et al., 2017). De forma geral, estudos mostram claramente que o tratamento da dor, para além do farmacológico, a necessidade de estratégias não farmacológicas, as quais contribuem não só para o alívio da dor, mas condições associadas, como depressão e qualidade de vida, por exemplo.

### **2.3 Programa Paraná Sem Dor**

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro acesso que o paciente tem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e visa o estabelecimento de um vínculo com o paciente, promover a cura de doenças, a prevenção e a reabilitação, e quando necessário encaminhar o paciente a um atendimento especializado. A distribuição de medicamentos na Atenção Básica à Saúde é parte integrante deste processo (BRASIL, 2014). A Assistência Farmacêutica no SUS é baseada em três Componentes: Básico, Estratégico e Especializado. Cada componente possui diferentes critérios de organização, acesso, elenco e financiamento. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) visa a ampliação de acesso aos medicamentos e da cobertura do tratamento medicamentoso, seja para ajustar as linhas de cuidado para as doenças já tratadas ou para ampliar para outras doenças por meio das diferentes linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2023).

O programa Paraná Sem Dor (PRSDOR) faz parte do elenco complementar da Assistência Farmacêutica, criado em 2000, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). O PRSDOR é um programa específico para tratamento da dor crônica financiado pela SESA/PR, no qual são disponibilizados os medicamentos apresentados no Quadro 1 abaixo (PARANÁ, 2021a).

A SESA/PR, via Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), é responsável pela seleção, aquisição e distribuição dos medicamentos. As Centrais de Abastecimento Farmacêutico das Regionais de Saúde do Estado do Paraná encaminham os medicamentos aos

municípios para que eles se responsabilizem pela dispensação aos pacientes. O fluxo de estoque e dispensação dos medicamentos ocorre através do site [www.sismedex.paraná.gov.br](http://www.sismedex.paraná.gov.br), no qual

**Quadro 1.** Medicamentos componentes do Programa Paraná sem Dor.

Denominação genérica	Concentração	Apresentação
Codeína	30 mg	Comprimido
Gabapentina	300 mg	Cápsula
Metadona	10 mg	Comprimido
Metadona	10 mg/mL	Solução injetável
Morfina	10 mg	Comprimido
Morfina	30 mg	Comprimido
Morfina	10 mg/mL	Solução injetável

Fonte: SESA, 2021

é emitido o comprovante de fornecimento dos medicamentos que deve ser assinado pelo paciente ou pessoa autorizada a retirar o medicamento. O programa prevê o cadastro prévio de médicos, farmácias municipais do SUS, pacientes, além de definir as Classificações Internacionais de Doenças (CIDs) previstos para o programa (CID R52.1 ou R52.2) (PARANÁ, 2021b).

Para adesão ao Programa, o paciente deve apresentar cópia do documento de identidade, cópia do comprovante de residência, prescrição médica, cópia do cartão nacional do SUS (CNS), Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) e Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) do Programa PRSDOR. Estes documentos são entregues, normalmente, nas farmácias públicas dos municípios de residência do paciente para avaliação e, se aprovado pelo farmacêutico avaliador, a dispensação do medicamento é realizada. Após seis meses, é necessário fazer a renovação do processo. Durante o período de vigência do processo, o paciente deve apresentar a prescrição médica e documento de identificação para a retirada do medicamento nas Farmácias Municipais ou similares (PARANÁ, 2021a; PIÁ, 2023).

Segundo o PCDT da Dor Crônica (2012), os critérios para inclusão são os pacientes que relatam dor de intensidade superior a 4 na Escala Visual Analógica (EVA) e com duração superior a 30 dias, além da necessidade de apresentar os escores da escala de dor *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS) para definição do tipo de dor. Sendo dor nociceptiva e mista, a Organização Mundial da Saúde define o escalonamento abaixo (Quadro 2).

Os fármacos adjuvantes citados no escalonamento são destinados ao tratamento das comorbidades, como antidepressivos ou relaxantes musculares. A passagem para o degrau seguinte poderá ser realizada, caso os analgésicos não atenuem os sintomas de forma esperada após uma semana com a utilização das associações preconizadas na dose máxima (BRASIL, 2012).

**Quadro 2.** Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde: Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista.

<b>Degraus</b>	<b>Fármacos</b>
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fortes

Fonte: WHO (2009); BRASIL (2012)

No tratamento da dor neuropática, os medicamentos antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos são os preconizados na maioria dos casos, sendo os opioides reservados apenas para pacientes com dor a eles refratária. Na ausência de resposta ao tratamento, associações devem ser realizadas obedecendo a sequência abaixo (FINNERUP et al., 2005):

1. Antidepressivos tricíclicos
2. Antidepressivos tricíclicos + antiepilépticos tradicionais
3. Antidepressivos tricíclicos + gabapentina
4. Antidepressivos tricíclicos + gabapentina + morfina.

## 2.4 Qualidade de Vida na Dor Crônica

A qualidade de vida pode ser definida como “um bem-estar geral que compreende descritores objetivos e subjetivos de avaliação física, material, social e bem-estar emocional junto com a extensão do desenvolvimento pessoal e atividade proposital, tudo ponderado por um conjunto de valores pessoais” (FELCE; PERRY, 1995).

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades” (WHO, 2014). A qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) pode ser definida como “quão bem uma pessoa funciona em sua vida e sua percepção de bem-estar físico, mental e domínios sociais de saúde” (HAYS; REEVE, 2010).

Atualmente há um consenso de que a saúde de uma população deve ser avaliada também pelo senso de bem-estar das pessoas e não só análise das estatísticas de mortalidade e morbidade (WALTON et al., 2015). Tal reconhecimento está diretamente ligado ao conceito de qualidade de vida relacionado à saúde, no qual uma pontuação representando dimensões individuais ou domínios de QVRS pode ser fornecida por questionários de estado de saúde (COONS et al., 2000; GROUP, 1998). Desta forma, a qualidade de vida do paciente, tanto mental quanto física, pode ser uma medida das repercussões negativas da dor (LANGLEY et al., 2011). A dor, quando tratada de maneira inadequada, gera consequências ao indivíduo, no desempenho no trabalho, na família, ao sistema de saúde e na sociedade (SIMON, 2012).

No Japão, pesquisa identificou entre os fatores de risco para dor crônica: ser mulher mais velha, estar desempregada, morar sozinha e não praticar exercícios diários; e que indivíduos com dor crônica apresentam qualidade de vida significativamente menor e escores de sofrimento psicológico mais altos do que aqueles sem dor crônica (INOUE et al., 2015). Pesquisa envolvendo quinze países europeus e Israel avaliou, por inquérito telefônico, 46.394 adultos, e destes, 19% relataram dor crônica de intensidade moderada a grave com comprometimento da qualidade de vida social e profissional (BREIVIK et al., 2006). Outro estudo evidenciou que 44% dos soldados de infantaria do Exército dos Estados Unidos relataram sentir dor crônica após o combate, tendo relação significativa com transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático (TOBLIN et al., 2014).

Meta-análise avaliando estudos sobre analgésicos não opioides, opioides fracos e opioides fortes quanto a funcionalidade e qualidade de vida, evidenciou que os não opioides e opioides fracos tiveram uma tendência a melhorar a função física dos pacientes que os utilizavam. Os opioides fracos e fortes tenderam a melhorar a qualidade do sono, mas não influenciaram a qualidade de vida geral associada à saúde (REINECKE et al., 2015).

Em outro estudo, ao investigarem a qualidade de vida de pacientes dependentes de prescrições de opioides, verificou-se pior qualidade de vida física em pacientes com dor crônica, dado coerente uma vez que pessoas com dor crônica possuem mais problemas físicos (GRIFFIN et al., 2015). Leadley e colaboradores (2014), em revisão de estudos que avaliaram a relação da qualidade de vida e dor crônica, obtiveram evidências de uma relação significativa entre a gravidade da dor e a qualidade de vida em condições de dor crônica, o que corrobora com a possibilidade de que a redução da dor melhorará a qualidade de vida e a prevenção e o tratamento da dor crônica podem apoiar significativamente no aumento da expectativa de vida saudável.

Trabalho que envolveu pacientes com diagnóstico de dor crônica, usuários frequentes do departamento de emergência e participantes de um Programa de Dor Crônica, com uma abordagem de tratamento integrado que incluiu terapias complementares, como massagem, quiropraxia e acupuntura, evidenciou o reconhecimento na melhoria da qualidade de vida pelos pacientes como resultado do envolvimento com o programa. Esta melhora ocorreu devido ao alívio da dor, menor dependência de medicamentos e pelo Programa permitir maior capacidade de realizar atividades importantes (DONOVAN et al., 2017).

De forma geral, a dor crônica pode levar à diminuição da qualidade de vida, como consequência de diversos fatores, tais como redução da capacidade funcional, alterações emocionais, isolamento social, dificuldades no trabalho, tratamentos sem sucesso até dependência de medicamentos (ELLIOTT; RENIER; PALCHER, 2003; BLYTH et al., 2003). Sendo assim, mensurar as variáveis intensidade da dor e qualidade de vida podem contribuir para o direcionamento dos tratamentos mais adequados (STEFANE et al., 2013).

### 3. JUSTIFICATIVA

A dor crônica tem expressiva prevalência pelo mundo, comprometendo o bem-estar físico e mental dos indivíduos, além de impacto negativo na vida diária, social e no trabalho. O manejo da dor crônica é complexo, busca otimizar o controle da dor, minimizar custos desnecessários, melhorar a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes. Ainda, envolve diferentes estratégias e é um desafio para os profissionais e para os responsáveis pelas políticas públicas.

No Estado do Paraná, o Programa PRSDOR permitiu acessibilidade aos medicamentos opioides e a gabapentina aos pacientes com dor crônica, porém, é de extrema importância conhecer a eficiência destes medicamentos associada à qualidade de vida dos pacientes. Neste sentido, é importante conhecer a efetividade dos medicamentos e se estão contemplados com a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e quais fatores estão associados apoiando prescritores e profissionais envolvidos na análise da farmacoterapia. Ademais, são escassos os estudos da população brasileira com dor crônica envolvendo avaliação da qualidade de vida com questionário validado.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

- ✓ Avaliar a qualidade de vida de pacientes com dor crônica tratados com medicamentos do Programa Paraná Sem Dor em um município de médio porte.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar os pacientes do programa quanto aos dados sociodemográficas e hábitos de vida;
- ✓ Caracterizar as percepções e situação de saúde da população estudada;
- ✓ Determinar a percepção de saúde física, emocional e social vinculada a análise da qualidade de vida;
- ✓ Verificar fatores associados à pior qualidade de vida relacionada à saúde dos componentes físico e mental dos pacientes do programa.

## 5. MÉTODOS

### 5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, individualizado, de delineamento transversal.

### 5.2 População e local de estudo

A população do estudo foi de pacientes cadastrados no Programa PRSDOR do município de Ibiporã. Ibiporã está localizada no norte do Paraná e possui uma população estimada em 55.688 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023). Os pacientes que compõem a população de estudo estão cadastrados em um banco de dados do sistema Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), gerenciado pela Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná (Celepar).

Foram excluídos os pacientes com menos de 18 anos. Foram considerados os pacientes cadastros no sistema CEAF – Programa Paraná Sem Dor no mês de outubro de 2020.

### 5.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta foi composto por 24 questões sobre dados sociodemográficos, hábitos de vida, condições de saúde, qualidade do sono, consumo de medicamentos, além da percepção da dor, com uso da EVA (Escala Visual Analógica) e Escala Numérica da Dor e qualidade de vida (APÊNDICE A).

Para a mensuração da qualidade de vida foi utilizado o questionário *Short Form 12-item health survey* (SF-12) versão 2, derivado do questionário SF-36 (CAMELIER, 2004; WARE JR; KOSINSKI; KELLER, 1996). No Brasil, o SF-12 teve sua versão traduzida para o português validada em 2004 em uma população com doença pulmonar obstrutiva crônica e trata-se de um questionário genérico, preciso, mais curto, de fácil aplicação e compreensão (CAMELIER, 2004). O instrumento SF-12 gera uma pontuação para o componente físico

(PCS12) e uma para o componente mental (MCS12) do indivíduo, no qual cada componente é pontuado em uma escala de 0 a 100. Os escores mais altos representam melhor saúde. O PCS12 enfoca na saúde geral dos participantes, limitações de mobilidade, trabalho e outras atividades físicas, bem como limitações devido à dor e o MCS12 abrange limitações em atividades sociais e estado emocional (CHEAK-ZAMORA; WYRWICH; MCBRIDE, 2009).

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que usualmente mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. Em outras palavras, não existe um instrumento padrão (único e invariável) que permita a um observador externo de forma objetiva mensurar essa experiência interna, complexa e genuinamente pessoal (FIELDS, 1999). Ainda assim, para este estudo, foi utilizada a EVA, a qual consiste em escore de aferição da intensidade de dor pelo paciente. A EVA é constituída por uma linha de 10 cm que tem, em geral, como extremos os termos “leve e intensa”. Por conta do contexto da pandemia do vírus SARS-COV-2, os questionários também foram preenchidos via telefone, assim, o paciente foi orientado sobre as opções da escala de dor numérica, quando necessário, utilizando 0 como nenhuma dor e 10 como dor máxima, conforme Escala Numérica da Dor.

#### **5.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi por meio de uma entrevista realizada por duas farmacêuticas e uma estudante do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Londrina que padronizaram o processo de coleta de dados. O instrumento de pesquisa possuía questões semiestruturadas e foi realizada pesquisa complementar em prontuário eletrônico sobre uso de medicamentos fora do programa, como analgésicos e antidepressivos retirados na Farmácia Municipal, além de consulta de dados pessoais dos pacientes. O questionário foi inicialmente testado entre a equipe de trabalho e aprovado.

O sistema CEAF permitiu emissão de um relatório com a lista dos usuários do programa daquele período, número do CNS e qual o medicamento do programa que retirava. A esta lista foi incluído o endereço e telefone de contato de cada paciente, buscando a informação no Sistema de Informação Lucedata da Secretaria de Saúde do município de Ibiporã ou sistema Sismedex Paraná (CEAF). Estas informações foram transferidas para um arquivo de Excel e

nele eram realizadas as anotações necessárias, como recusa a participar, entrevista concluída, paciente com dificuldade de comunicação, entre outras.

A maioria das entrevistas foi realizada por telefone e as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ocorreram na retirada dos medicamentos na Unidade de Saúde ou o pesquisador foi até a residência do entrevistado para obtê-la. O período de coleta de dados estendeu-se de fevereiro a outubro de 2021, sendo realizadas tentativas de contato em dias e horários diferentes para evitar perdas. Foi considerado perda quando o entrevistado não atendia as ligações, se recusava a participar da entrevista, não estava morando no município, fazia mais de três meses que não utilizava medicamentos do programa, possuía dificuldade de comunicação e em caso de óbito.

## **5.5 Variáveis de estudo**

A descrição mais detalhada das variáveis e suas categorias está disponível no instrumento de coleta utilizado (APÊNDICE A).

### **5.5.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas**

- *Sexo*
  - Feminino
  - Masculino
  
- *Idade (contínua)*
  - Nas análises de associação a idade foi categorizada em “59 anos ou menos” e “60 anos ou mais”.
  
- *Raça/Cor*
  - Branca
  - Parda
  - Preta
  - Amarela
  - Indígena

- *Escolaridade*
  - Não alfabetizado
  - Fundamental incompleto
  - Fundamental completo
  - Ensino médio incompleto
  - Ensino médio completo
  - Superior ou mais

Para análise de associação, considerou-se escolaridade como "fundamental incompleto ou menos" (não alfabetizado e fundamental incompleto) e "fundamental completo ou mais" (fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e superior ou mais).

### **5.5.2 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida**

- *Tabagismo*
  - Sim
  - Não
  
- *Ingestão de bebida alcoólica*
  - Sim
  - Não
  
- *Pratica exercício físico*
  - Não pratica
  - Pratica uma vez por semana
  - Pratica de duas e três vezes por semana
  - Pratica quatro ou mais vezes por semana

### 5.5.3 Variáveis segundo percepções e situação de saúde

- *Diagnóstico de depressão e/ou ansiedade*

- Sim
- Não

- *Qualidade do sono*

- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito ruim

Para a análise de associação, agrupou-se qualidade do sono “muito boa/boa” e “ruim/muito ruim”.

- *Autoavaliação da saúde mental*

- Ótima
- Boa
- Não me sinto bem às vezes
- Ruim
- Péssima

Para análise de associação optou-se por trabalhar com a junção de “Ótima/Boa” e “Não me sinto bem às vezes/Ruim/Péssima”.

- *Pensamentos negativos sobre a vida ou sentimento de culpa*

- Sempre
- Às vezes, mas logo passa
- Não tenho

- *Acompanhamento psicológico*
  - Sim
  - Não
  - Não, mas acho que deveria
  - Já, participei
  
- *Participa de sessões de acupuntura*
  - Sim
  - Não
  - Não, mas acho que deveria
  - Já, participei
  
- *Participa de sessões de fisioterapia*
  - Sim
  - Não
  - Não, mas acho que deveria
  - Já, participei
  
- *Condição de saúde permite a prática de exercício físico*
  - Permite
  - Permite parcialmente
  - Não permite

Para análise de associação considerou-se “Permite/Permite parcialmente” como uma categoria e a outra categoria “Não permite”.

- *Autoavaliação da qualidade de vida*
  - Muito boa
  - Boa
  - Nem ruim e nem boa
  - Ruim
  - Muito ruim

- *Satisfação com a sua saúde*
  - Muito satisfeito
  - Satisfeito
  - Nem satisfeito nem insatisfeito
  - Insatisfeito
  - Muito insatisfeito
  
- *Efeito adverso com medicamento do Programa Paraná sem Dor*
  - Sim
  - Não
  
- *Avaliação sobre efeito adverso na vida*
  - Não interfere, não faz diferença
  - Não me sinto bem às vezes
  - Péssimo
  - Não percebi nenhum efeito negativo
  
- *Percepção do uso dos medicamentos do Programa Paraná sem Dor*
  - Uma melhora acentuada
  - Melhorou um pouco
  - Não fez muita diferença
  - Piorou

Na análise de associação agrupou-se “Melhorou um pouco, Não fez muita diferença e Piorou” em uma única categoria.

- *Medicamentos do Programa PRSDOR*
  - Gabapentina
  - Codeína
  - Morfina
  - Metadona

Para as análises de associações, agrupou-se em “Apenas opioides” e “Apenas gabapentina ou gabapentina e opioide”. Optou-se por estes agrupamentos de medicamentos devido à prevalência do desfecho analisado nestas categorias.

#### 5.5.4 Variáveis segundo os componentes da escala SF-12

O questionário SF-12 é composto por 12 perguntas que proporcionam uma avaliação dos domínios PCS e MCS conforme abaixo (CAMELIER, 2004):

- *Percepção de saúde em geral*
  - Excelente
  - Muito boa
  - Boa
  - Ruim
  - Muito ruim
  
- *Devido à sua saúde, possui dificuldade para fazer atividades moderadas (tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa)*
  - Sim. Dificulta muito.
  - Sim. Dificulta um pouco.
  - Não. Não dificulta nada.
  
- *Devido à sua saúde, possui dificuldade para subir vários lances de escada*
  - Sim. Dificulta muito.
  - Sim. Dificulta um pouco.
  - Não. Não dificulta nada.
  
- *Realizou menos tarefas do que você gostaria, por consequência de sua saúde física*
  - Todo o tempo
  - A maior parte do tempo
  - Alguma parte do tempo

- Uma pequena parte do tempo
  - Nenhuma parte do tempo
- 
- *Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades, por consequência de sua saúde física*
    - Todo o tempo
    - A maior parte do tempo
    - Alguma parte do tempo
    - Uma pequena parte do tempo
    - Nenhuma parte do tempo
- 
- *Realizou menos tarefas do que gostaria, por consequência de algum problema emocional*
    - Todo o tempo
    - A maior parte do tempo
    - Alguma parte do tempo
    - Uma pequena parte do tempo
    - Nenhuma parte do tempo
- 
- *Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz, por consequência de algum problema emocional*
    - Todo o tempo
    - A maior parte do tempo
    - Alguma parte do tempo
    - Uma pequena parte do tempo
    - Nenhuma parte do tempo

- *Quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)*
  - De maneira alguma
  - Um pouco
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Extremamente
  
- *Quanto do tempo a saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)*
  - Todo o tempo
  - A maior parte do tempo
  - Alguma parte do tempo
  - Uma pequena parte do tempo
  - Nenhuma parte do tempo
  
- *Quanto do tempo se sentiu calmo ou tranquilo*
  - Todo o tempo
  - A maior parte do tempo
  - Alguma parte do tempo
  - Uma pequena parte do tempo
  - Nenhuma parte do tempo
  
- *Quanto tempo você se sentiu com muita energia*
  - Todo o tempo
  - A maior parte do tempo
  - Alguma parte do tempo
  - Uma pequena parte do tempo
  - Nenhuma parte do tempo

- *Quanto tempo se sentiu desanimado e abatido*
  - Todo o tempo
  - A maior parte do tempo
  - Alguma parte do tempo
  - Uma pequena parte do tempo
  - Nenhuma parte do tempo

### **5.5.5 Variável dependente: Qualidade de vida (PCS e MCS)**

O SF-12 utilizado para mensurar a qualidade de vida apresenta um componente físico e um mental. Inicialmente, seguindo algoritmos de estudos anteriores definiu-se os valores de PCS e MCS de cada paciente (CAMELIER, 2004; WARE JR; KOSINSKI; KELLER, 1995). Posteriormente, obteve-se o quartil destes dados e em seguida o percentil 25%, o qual correspondeu a categoria Pior Qualidade de Vida e os outros valores enquadraram-se na categoria Melhor Qualidade de Vida.

### **5.6 Processamento e Análise dos Dados**

Os dados foram digitados em planilha criada no programa Microsoft Excel, onde foram depurados com exclusão de variáveis discrepantes. Em seguida, a planilha foi importada para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0, com o qual realizou-se a análise dos dados.

Foi realizada também a Regressão de Poisson com variância robusta para analisar a relação entre as variáveis independentes (sexo, escolaridade, faixa etária, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, relato de depressão e/ou ansiedade, qualidade do sono, autoavaliação da saúde mental, prática de exercício físico, percepção do uso dos medicamentos do Programa PRSDOR, medicamento do Programa PRSDOR e reação adversa aos medicamentos do Programa PRSDOR) e as variáveis dependente (qualidade de vida – dimensões física e mental), com cálculo da razão de prevalência e respectivo intervalo de confiança de 95%. Uma análise bruta e ajustada foi realizada. Na análise ajustada, foram utilizadas todas as variáveis

independentes testadas. Foram consideradas significativas as análises com valor de  $p < 0,05$  (5,0%).

### **5.7 Aspectos éticos**

O instrumento de coleta foi aplicado aos pacientes por ligações telefônicas após explicação do projeto e seus objetivos e devida anuência do paciente com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A assinatura do Termo ocorreu na retirada do medicamento na Unidade de Saúde ou o pesquisador foi até a residência do entrevistado para obtê-la.

Este trabalho obedeceu a todos os preceitos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, conforme Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Para a condução do estudo, ele foi previamente autorizado pela Secretaria de Saúde Municipal (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (ANEXO B).

## 6. RESULTADOS

Dos 361 pacientes cadastrados no Programa PRSDOR no ano de 2020, 216 (59,8%) foram entrevistados. Entre os que não participaram do estudo (N=145), 13 (3,6%) se recusaram, com 26 (7,2%) não foi possível contato após várias tentativas, 16 (4,4%) possuíam dificuldade de comunicação, 4 (1,1%) mudaram-se de município, 74 (20,5%) tinham interrompido a utilização dos medicamentos do programa há mais de três meses, apesar de ainda estarem cadastrados no programa e 12 (3,3%) por óbitos ocorridos durante o período de coleta.

### 6.1 Caracterização Sociodemográfica e Hábitos de Vida

A média de idade dos participantes foi de 59,3 (DP±12,5) anos, mínima 23 e máxima 97 anos. Entre os entrevistados, 155 (71,8%) eram mulheres e 120 (55,5%) se declararam de cor branca. Mais da metade dos pacientes (N=129; 59,7%) possuía ensino fundamental incompleto, 180 (83,3%) não fumavam e 191 (88,4%) declararam não consumir bebida alcoólica. A maioria dos entrevistados (76,8%) não praticava exercício físico, 1,9% praticavam uma vez por semana, 13,9% duas a três vezes por semana e 7,4% praticavam de quatro ou mais vezes por semana (Tabela 1).

### 6.2 Caracterização de Percepções e Situação de Saúde

Metade dos pacientes relataram ter diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. A qualidade do sono no último mês foi avaliada como muito boa e boa por 10,2% e 38,4% dos pacientes, respectivamente. A saúde mental foi autoavaliada como ótima ou boa para 51,4% dos pacientes entrevistados. Mais da metade (54,2%) afirmaram não ter pensamentos negativos sobre a vida, ou sentimento de culpa por atos realizados ou que deixou de realizar. Durante o estudo, apenas 7,0% relataram estar sendo acompanhado por atendimento psicológico e 22,7% relataram já ter participado (Tabela 2).

Para 48,0% dos participantes, a condição de saúde não permitia a prática de exercício físico. Na autoavaliação da qualidade de vida, 51,8% relataram ser muito boa ou boa, enquanto

a satisfação com a saúde foi afirmada como muito satisfeita ou satisfeita por 40,2% dos pacientes. Os medicamentos do programa causaram algum efeito adverso para 29,2% dos pacientes, destes, 23 (37,1%) relataram *não me sinto bem às vezes* e 18 (29,0%) *péssimo*. A percepção de melhora acentuada da dor após os medicamentos do Programa foi afirmada por 41,7% dos pacientes. Outros detalhes sobre percepções e situação de saúde dos pacientes podem ser verificados na tabela 2. Quanto aos medicamentos do Programa PRSDOR utilizados, 72,2% (N=156) e 50,9% (N=110) utilizavam gabapentina e codeína, respectivamente. Pouco mais de 2,0% dos pacientes utilizavam metadona (N=2) ou morfina (N=3). O uso apenas de gabapentina foi de 47,2% e apenas de opioide de 27,8%. Um quarto dos pacientes (N=54) utilizavam gabapentina e opioides concomitantemente.

**Tabela 1** - Caracterização dos pacientes usuários do Programa PRSDOR do município de Ibiporã – PR segundo dados sociodemográficos e hábitos de vida, 2020-2021. N=216

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	155 (71,8)
Masculino	61 (28,2)
<b>Raça/cor</b>	
Branca	120 (55,5)
Parda	79 (36,6)
Preta	9 (4,2)
Amarela	6 (2,8)
Indígena	2 (0,9)
<b>Escolaridade</b>	
Não alfabetizado	18 (8,3)
Fundamental incompleto	129 (59,7)
Fundamental completo	15 (7,0)
Ensino médio incompleto	10 (4,6)
Ensino médio completo	36 (16,7)
Superior ou mais	8 (3,7)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	36 (16,7)
Não	180 (83,3)
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>	
Sim	25 (11,6)
Não	191 (88,4)
<b>Prática de exercício físico</b>	
Não praticam	166 (76,8)
Uma vez por semana	4 (1,9)
Duas a três vezes por semana	30 (13,9)
Quatro ou mais vezes por semana	16 (7,4)

**Fonte:** a própria autora.

**Tabela 2** - Caracterização dos pacientes usuários do Programa PRSDOR do município de Ibiaporã – PR segundo percepções e situação de saúde, 2020-2021. N=216

<b>Percepções e situação de saúde</b>	<b>N (%)</b>
<b>Relato de depressão e/ou ansiedade</b>	
Sim	108 (50,0)
Não	108 (50,0)
<b>Qualidade do sono</b>	
Muito boa	22 (10,2)
Boa	83 (38,4)
Ruim	79 (36,6)
Muito ruim	32 (14,8)
<b>Autoavaliação da saúde mental</b>	
Ótima	24 (11,1)
Boa	87 (40,3)
Não me sinto bem às vezes	71 (32,9)
Ruim	24 (11,1)
Péssima	10 (4,6)
<b>Pensamentos negativos ou sentimento de culpa</b>	
Sempre	30 (13,9)
Às vezes, mas logo passa	69 (31,9)
Não tenho	117 (54,2)
<b>Acompanhamento psicológico</b>	
Sim	15 (7,0)
Não	131 (60,6)
Não, mas acho que deveria	21 (9,7)
Já participei	49 (22,7)
<b>Participa de sessões de acupuntura</b>	
Sim	12 (5,6)
Não	91 (42,1)
Não, mas acho que deveria	20 (9,3)
Já participei	93 (43,0)
<b>Participa de sessões de fisioterapia</b>	
Sim	30 (13,9)
Não	33 (15,3)
Não, mas acho que deveria	20 (9,2)
Já participei	133 (61,6)
<b>Condição de saúde permite prática de atividade física</b>	
Permite	35 (16,2)
Permite parcialmente	77 (35,6)
Não permite	104 (48,0)
<b>Autoavaliação da qualidade de vida</b>	
Muito boa	12 (5,5)
Boa	100 (46,3)
Nem ruim nem boa	65 (30,1)
Ruim	28 (13,0)
Muito ruim	11 (5,1)
<b>Satisfação com a saúde</b>	
Muito satisfeito	10 (4,6)
Satisfeito	77 (35,6)

Nem satisfeito nem insatisfeito	41 (19,0)
Insatisfeito	58 (26,9)
Muito insatisfeito	30 (13,9)
<b>Efeito adverso com medicamento do Programa PRSDOR</b>	
Sim	63 (29,2)
Não	153 (70,8)
<b>Avaliação sobre efeito adverso na vida</b>	
Não interfere, não faz diferença	17 (27,4)
Não me sinto bem às vezes	23 (37,1)
Péssimo	18 (29,0)
Não percebi nenhum efeito negativo	4 (6,5)
<b>Percepção do uso dos medicamentos do Programa PRSDOR</b>	
Uma melhora acentuada	90 (41,7)
Melhorou um pouco	98 (45,4)
Não fez muita diferença	28 (12,9)
Piorou	0 (0,0)

PRSDOR: Paraná Sem Dor **Fonte:** a própria autora.

### 6.3 Avaliação da Qualidade de Vida (Escala SF-12)

Entre os componentes da escala do instrumento SF-12, a percepção de saúde foi avaliada como excelente, muito boa ou boa para 50,0% dos entrevistados, 65,7% relataram ter muita dificuldade para realizar atividades moderadas devido à saúde e 72,7% afirmaram muita dificuldade em subir vários lances de escada. Devido a saúde física nas últimas quatro semanas, 61,5% relataram ter realizado menos tarefas do que gostariam todo o tempo ou a maior parte do tempo e 62,5% estiveram limitados no seu tipo de trabalho todo o tempo ou a maior parte do tempo por consequência de sua saúde física. Como consequência de problemas emocionais nas últimas quatro semanas, 38,9% relataram ter realizado menos tarefas que gostariam todo o tempo ou a maior parte do tempo e 36,1% o tempo todo ou na maior parte do tempo não trabalhou ou fez atividades com tanto cuidado como geralmente faz. Do total de entrevistados, 59,3% referiram que a dor interferiu bastante ou extremamente nas últimas quatro semanas. Para 57,0% dos pacientes sua saúde física e emocional interferiram o tempo todo ou a maior parte do tempo nas suas atividades sociais. Quanto a se sentirem calmo ou tranquilo, 42,6% afirmaram se sentir assim uma pequena ou nenhuma parte do tempo, 57,9% relataram se sentir com muita energia uma pequena ou nenhuma parte do tempo e 44,4% relataram se sentir desanimado e abatido todo o tempo ou a maior parte do tempo na últimas quatro semanas (Tabela 3).

**Tabela 3** – Caracterização dos pacientes usuários do Programa PRSDOR do município de Ibiporã – PR segundo componente da escala SF-12, 2020-2021. N=216

<b>Componente da escala SF-12</b>	<b>N (%)</b>
<b>Percepção de saúde em geral (N=216)</b>	
Excelente	3 (1,4)
Muito boa	7 (3,2)
Boa	98 (45,4)
Ruim	77 (35,6)
Muito ruim	31 (14,4)
<b>Devido à sua saúde, possui dificuldade para fazer atividades moderadas (N=216)</b>	
Sim. Dificulta muito.	142 (65,7)
Sim. Dificulta um pouco.	51 (23,6)
Não. Não dificulta nada.	23 (10,7)
<b>Devido à sua saúde, possui dificuldade para subir vários lances de escada</b>	
Sim. Dificulta muito.	157 (72,7)
Sim. Dificulta um pouco.	33 (15,3)
Não. Não dificulta nada.	26 (12,0)
<b>Realizou menos tarefas do que você gostaria, por consequência de sua saúde física</b>	
Todo o tempo	50 (23,1)
A maior parte do tempo	83 (38,4)
Alguma parte do tempo	28 (13,0)
Uma pequena parte do tempo	20 (9,3)
Nenhuma parte do tempo	35 (16,2)
<b>Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades, por consequência de sua saúde física</b>	
Todo o tempo	56 (25,9)
A maior parte do tempo	79 (36,6)
Alguma parte do tempo	30 (13,9)
Uma pequena parte do tempo	19 (8,8)
Nenhuma parte do tempo	32 (14,8)
<b>Realizou menos tarefas do que gostaria, por consequência de algum problema emocional</b>	
Todo o tempo	30 (13,9)
A maior parte do tempo	54 (25,0)
Alguma parte do tempo	21 (9,7)
Uma pequena parte do tempo	38 (17,6)
Nenhuma parte do tempo	73 (33,8)
<b>Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz, por consequência de algum problema emocional</b>	
Todo o tempo	25 (11,6)
A maior parte do tempo	53 (24,5)
Alguma parte do tempo	20 (9,2)
Uma pequena parte do tempo	36 (16,7)
Nenhuma parte do tempo	82 (38,0)
<b>Quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)</b>	
De maneira alguma	14 (6,5)
Um pouco	35 (16,2)
Moderadamente	39 (18,0)
Bastante	92 (42,6)
Extremamente	36 (16,7)

**Quanto do tempo a saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)**

Todo o tempo	60 (27,8)
A maior parte do tempo	63 (29,2)
Alguma parte do tempo	19 (8,8)
Uma pequena parte do tempo	29 (13,4)
Nenhuma parte do tempo	45 (20,8)

**Quanto do tempo se sentiu calmo ou tranquilo**

Todo o tempo	34 (15,7)
A maior parte do tempo	50 (23,2)
Alguma parte do tempo	40 (18,5)
Uma pequena parte do tempo	57 (26,4)
Nenhuma parte do tempo	35 (16,2)

**Quanto tempo você se sentiu com muita energia**

Todo o tempo	16 (7,4)
A maior parte do tempo	28 (13,0)
Alguma parte do tempo	47 (21,7)
Uma pequena parte do tempo	76 (35,2)
Nenhuma parte do tempo	49 (22,7)

**Quanto tempo se sentiu desanimado e abatido**

Todo o tempo	37 (17,1)
A maior parte do tempo	59 (27,3)
Alguma parte do tempo	43 (19,9)
Uma pequena parte do tempo	37 (17,1)
Nenhuma parte do tempo	40 (18,6)

Fonte: a própria autora.

## 6.4 Fatores Associados à Qualidade de vida

### 6.4.1 Componente físico

A pior qualidade de vida no componente físico foi maior nos pacientes com ensino fundamental incompleto ou menos, naqueles com 60 anos ou mais e nos pacientes que referiram que os medicamentos do Programa PRSDOR não faziam muita diferença na percepção de melhora da dor. Na análise ajustada, verificou-se que ser mulher teve associação estatisticamente significativa com a pior qualidade de vida do componente físico (RP 1,757; IC 95% 1,003-3,078), assim como os pacientes que relataram que os medicamentos do programa não faziam muita diferença na dor (RP 2,265; IC 95% 1,319-3,890) e entre os pacientes que utilizavam apenas opioide (RP 1,698; IC 95% 1,070-2,695) quando comparado aos pacientes que utilizavam apenas gabapentina ou gabapentina e opioide (Tabela 4).

### ***6.4.2 Componente mental***

A pior qualidade de vida no componente mental foi maior nos pacientes com 59 anos ou menos, que referiram possuir depressão e/ou ansiedade, qualidade do sono ruim ou muito ruim, autoavaliação da saúde mental ruim ou péssima, nos pacientes que referiram que a condição de saúde não permite a realização de exercício físico, nos pacientes que relataram que os medicamentos do Programa PRSDOR não faziam muita diferença na percepção de melhora da dor e entre os pacientes que utilizavam apenas gabapentina ou gabapentina com opioide. Na análise ajustada, apresentaram associação estatisticamente significativa com a pior qualidade de vida no componente mental, os pacientes que referiram diagnóstico de depressão e/ou ansiedade (RP 2,206; IC 95% 1,272-3,824), autoavaliação da saúde mental ruim ou péssima (RP 3,372; IC 95% 1,664-6,832), que a condição de saúde não permitia a prática de exercício físico (RP 2,152; IC 95% 1,317-3,516) e não ter relatado reação adversa ao medicamento do programa (RP 1,000) quando comparado aos que relataram reação adversa (RP 0,621; IC 95% 0,405-0,952) (Tabela 5).

**Tabela 4.** Prevalência de desfecho da qualidade de vida (componente FÍSICO) em pacientes que receberam os medicamentos do programa, segundo características demográficas dos participantes e de exposição, PRSDOR, 2020-2021.

Variáveis independentes	Qualidade de vida (componente físico)			
	Melhor N (%)	Pior N (%)	RP (IC 95%) Bruta	RP (IC 95%) Ajustada
<b>Sexo</b>				
Feminino	113 (72,9)	42 (27,1)	1,377 (0,780-2,433)	1,757 (1,003-3,078)*
Masculino	49 (80,3)	12 (19,7)	1,000	1,000
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto ou menos	104 (70,7)	43 (29,3)	1,835 (1,010-3,334)*	1,607 (0,878-2,942)
Fundamental completo ou mais	58 (84,1)	11 (15,9)	1,000	1,000
<b>Faixa etária</b>				
59 anos ou menos	101 (80,2)	25 (19,8)	1,000	1,000
60 anos ou mais	61 (67,8)	29 (32,2)	1,624 (1,024-2,576)*	1,343 (0,817-2,207)
<b>Tabagismo</b>				
Sim	27 (75,0)	9 (25,0)	1,000	1,195 (0,667-2,140)
Não	135 (75,0)	45 (25,0)	1,000 (0,538-1,859)	1,000
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>				
Sim	21 (84,0)	4 (16,0)	1,000	1,000
Não	141 (73,8)	50 (26,2)	1,636 (0,646-4,143)	1,024 (0,396-2,647)
<b>Relato de depressão e/ou ansiedade</b>				
Sim	81 (75,0)	27 (25,0)	1,000	1,000
Não	81 (75,0)	27 (25,0)	1,000 (0,630-1,587)	1,042 (0,667-1,627)
<b>Qualidade do sono</b>				
Muito boa / boa	79 (75,2)	26 (24,8)	1,000	1,093 (0,701-1,704)
Ruim / muito ruim	83 (74,8)	28 (25,2)	1,019 (0,642-1,617)	1,000
<b>Autoavaliação saúde mental</b>				
Ótima / boa	81 (73,0)	30 (27,0)	1,182 (0,742-1,884)	1,359 (0,839-2,201)
Ruim / péssima	81 (77,1)	24 (22,9)	1,000	1,000
<b>Condição de saúde permite prática de exercício físico</b>				
Permite/ Permite parcialmente	88 (78,6)	24 (21,4)	1,000	1,000
Não permite	74 (71,2)	30 (28,8)	1,346 (0,845-2,145)	1,387 (0,874-2,200)

**Percepção do uso dos medicamentos do Programa PRSDOR**

Melhora acentuada	76 (84,4)	14 (15,6)	1,000	1,000
Não fez muita diferença	86 (68,3)	40 (31,7)	2,041 (1,183-3,520)**	2,265 (1,319-3,890)**
<b>Medicamento do Programa PRSDOR</b>				
Apenas Opioide	40 (66,7)	20 (33,3)	1,529 (0,961-2,433)	1,698 (1,070-2,695)*
Apenas Gabapentina ou Gabapentina+Opioide	122 (78,2)	34 (21,8)	1,000	1,000
<b>Reação adversa aos medicamentos do Programa PRSDOR</b>				
Sim	44 (69,8)	19 (30,2)	1,318 (0,820-2,120)	1,202 (0,753-1,920)
Não	118 (77,1)	35 (22,9)	1,000	1,000

\*p<0,05; \*\*p<0,01.

RP: Razão de Prevalência; IC: intervalo de confiança

PRSDOR: Paraná Sem Dor

**Fonte:** a própria autora.

**Tabela 5.** Prevalência de desfecho da qualidade de vida (componente MENTAL) em pacientes que receberam os medicamentos do programa, segundo características demográficas dos participantes e de exposição, PRSDOR, 2020-2021.

Variáveis independentes	Qualidade de vida (componente mental)			
	Melhor N (%)	Pior N (%)	RP (IC 95%) Bruta	RP (IC 95%) Ajustada
<b>Sexo</b>				
Feminino	111 (71,6)	44 (28,4)	1,732 (0,932-3,217)	1,237 (0,743-2,060)
Masculino	51 (83,6)	10 (16,4)	1,000	1,000
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto ou menos	110 (74,8)	37 (25,2)	1,022 (0,621-1,681)	1,221 (0,784-1,902)
Fundamental completo ou mais	52 (75,4)	17 (24,6)	1,000	1,000
<b>Faixa etária</b>				
59 anos ou menos	88 (69,8)	38 (30,2)	1,696 (1,011-2,847)*	1,633 (0,990-2,693)
60 anos ou mais	74 (82,2)	16 (17,8)	1,000	1,000
<b>Tabagismo</b>				
Sim	25 (69,4)	11 (30,6)	1,279 (0,733-2,233)	1,090 (0,647-1,836)
Não	137 (76,1)	43 (23,9)	1,000	1,000
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>				
Sim	19 (76,0)	6 (24,0)	1,000	1,000
Não	143 (74,9)	48 (25,1)	1,047 (0,500-2,193)	1,089 (0,594-1,997)
<b>Relato de depressão e/ou ansiedade</b>				
Sim	65 (60,2)	43 (39,8)	3,909 (2,132-7,167)***	2,206 (1,272-3,824)**
Não	97 (89,8)	11 (10,2)	1,000	1,000
<b>Qualidade do sono</b>				
Muito boa / boa	91 (86,7)	14 (13,3)	1,000	1,000
Ruim / muito ruim	71 (64,0)	40 (36,0)	2,703 (1,564-4,671)***	1,536 (0,948-2,489)
<b>Autoavaliação saúde mental</b>				
Ótima / boa	103 (92,8)	8 (7,2)	1,000	1,000
Ruim / péssima	59 (56,2)	46 (43,8)	6,079 (3,013-12,263)***	3,372 (1,664-6,832)**
<b>Condição de saúde permite prática de exercício físico</b>				
Permite/ Permite parcialmente	97 (86,6)	15 (13,4)	1,000	1,000
Não permite	65 (62,5)	39 (37,5)	2,800 (1,644-4,768)***	2,152 (1,317-3,516)**
<b>Percepção do uso dos medicamentos do Programa PRSDOR</b>				
Melhora acentuada	74 (82,2)	16 (17,8)	1,000	1,000

Não fez muita diferença	88 (69,8)	38 (30,2)	1,696 (1,011-2,847)*	1,387 (0,896-2,146)
<b>Medicamento do Programa PRSDOR</b>				
Apenas Opioide	51 (85,0)	9 (15,0)	1,000	1,000
Apenas Gabapentina ou Gabapentina+Opioide	111 (71,2)	45 (28,8)	1,923 (1,003-3,687)*	1,459 (0,865-2,459)
<b>Reação adversa aos medicamentos do Programa PRSDOR</b>				
Sim	48 (76,2)	15 (23,8)	0,934 (0,556-1,568)	0,621 (0,405-0,952)*
Não	114 (74,5)	39 (25,5)	1,000	1,000

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001.

RP: Razão de Prevalência; IC: intervalo de confiança

PRSDOR: Paraná Sem Dor **Fonte:** a própria autora.

## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Caracterização dos pacientes

A proporção de mulheres (71,8%) identificada neste estudo é bem superior à de homens (28,2%). Um estudo de meta-análise que envolveu 19 países apontou a prevalência de dor crônica generalizada nas mulheres superior a prevalência nos homens (ANDREWS; STEULTJENS; RISKOWSKI, 2017). Há limitações acerca dos mecanismos que contribuem para as diferenças entre os sexos na resposta à dor, porém, vários estudos apontam maior prevalência de dor entre as mulheres quando comparado aos homens (MEUCCI; FASSA; FARIA, 2015) e sugerem interferência de múltiplos mecanismos biopsicossociais para esta disparidade, incluindo hormônios sexuais, efeitos interativos dos hormônios gonadais com ativação dos receptores opioides cerebrais que refletem na sensibilidade à dor, fatores genéticos (interação entre genótipo e sexo na sensibilidade nociceptiva), e diferenças comportamentais (mulheres se envolvem com catastrofismo com mais frequência e homens normalmente demonstram maior autoeficácia - afirmação de capacidade) (BARTLEY; FILLINGIM, 2013).

Foi observada uma alta proporção de pacientes com ensino fundamental incompleto (59,7%) no presente estudo. Investigação realizada por Bergman (2005) identificou que o menor nível de escolaridade é um fator de risco para o desenvolvimento de dor crônica generalizada. Um estudo de meta-análise correlacionou a prevalência de dor crônica generalizada com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma vez que este avalia não só a expectativa de vida e renda *per capita*, mas também o nível da educação e assim, concluiu que em países com menor IDH, houve maior prevalência da dor crônica generalizada, o que corrobora o presente estudo (ANDREWS; STEULTJENS; RISKOWSKI, 2017). Na China uma pesquisa também identificou associação significativa entre dor crônica e níveis educacionais mais baixos (CAO et al., 2021). O nível educacional tem relação com o componente financeiro do indivíduo, sendo o presente estudo realizado entre inscritos em um programa do governo para fornecimento de medicamentos gratuitos, o que pode ter influenciado esta variável.

A maioria dos pacientes não consumia bebida alcoólica e não fumava, porém neste estudo não houve avaliação do histórico de cessação destes hábitos. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil vem apresentando uma expressiva queda no tabagismo nas últimas décadas,

resultado de ações relacionadas à Política Nacional de Controle do Tabaco. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), os dados de 2019 apontam uma prevalência de 12,6% de adultos fumantes no Brasil. Em relação a região Sul, os homens somam 17,0% e as mulheres 12,5%, semelhante ao percentual de fumantes representados neste estudo (16,7%). Nesse mesmo ano, a PNS observou um aumento no consumo de bebidas alcoólicas (26,4%) em relação ao ano de 2013 (23,9%), que são dados bem superiores aos encontrados entre os entrevistados deste estudo (11,6%).

Contudo, o etanol atua como depressor do sistema nervoso central e seu consumo associado ao medicamento opioide não é recomendado devido aos riscos da potencialização deste efeito (RANG; DALE; RITTER, 2001). Desta forma, especialmente no que tange ao consumo de bebidas alcoólicas, pode ter havido uma subestimação da informação, pois os pacientes podem ter tido receio em afirmar o consumo por estarem consumindo medicamentos controlados para tratamento da dor, além do fato de o próprio uso destes medicamentos ser um motivo para redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas.

A maioria dos pacientes (76,8%) não praticava exercício físico. Resultado semelhante foi encontrado por Dansie e colaboradores (2014), em um estudo nos Estados Unidos, no qual se identificou que as contagens médias de exercícios por minuto e o tempo gasto em exercícios físicos moderados a vigorosos foram significativamente menores para o grupo de pacientes com dor crônica generalizada do que o grupo sem dor crônica. A vida sedentária está associada a várias condições crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e afetam negativamente, com o passar dos anos, devido a um risco aumentado de deficiências físicas e cognitivas, a qualidade de vida do indivíduo (STUBBS et al., 2013). Sendo assim, a prática do exercício físico é uma estratégia para melhorar o estado de saúde física e psicológica e aumentar sua autonomia funcional (BOOTH et al., 2017), mesmo naqueles com limitações físicas devido à dor crônica. Revisão com 381 estudos constatou que as intervenções de exercícios produzem efeitos positivos de pequeno a moderado na intensidade da dor e na função física, o que contribui na qualidade de vida (GENEEN et al., 2017).

## **7.2 Caracterização de Percepções e Situação de Saúde**

No presente estudo, metade dos entrevistados relataram ter diagnóstico de depressão, ansiedade ou algum distúrbio psicológico/psiquiátrico. Dado coerente com outros estudos que

relatam uma prevalência estimada entre 30% e 50% de sintomas depressivos nos pacientes com dor crônica (BAIR et al., 2003; BREIVIK et al., 2006; SALAZAR et al., 2013; SULLIVAN et al., 2008), mas superior da população em geral (ALONSO et al., 2004; BRASIL, 2022; HARO et al., 2006).

A relação causal entre dor crônica e distúrbio psicológico/psiquiátrico não pode ser determinada a partir deste tipo de estudo. A dor crônica tem importante relação com distúrbios mentais, como concluiu Mossey e Gallagher (2004). Esses autores, em estudo longitudinal feito nos Estados Unidos, apontam que os sintomas depressivos possuíam relação significativa para a previsão de comprometimento físico associado a dor crônica. Na Arábia Saudita, estudo realizado em uma clínica de dor crônica em um hospital terciário, a prevalência de depressão foi de 71% em um total de 200 pacientes avaliados, reforçando que a depressão é comum entre os pacientes com dor crônica (AL-MAHARBI et al., 2018).

A maioria dos entrevistados avaliaram a qualidade do sono como ruim ou muito ruim. O distúrbio do sono está entre os fatores de risco para o desenvolvimento de dor crônica generalizada (AILI et al., 2018; DAVIES et al., 2008). Este fato também foi confirmado em outro estudo, que identificou entre os pacientes com dor crônica generalizada, um melhor estado de saúde em relação aos que não tinham problemas para dormir, avaliados após 12 e 21 anos (SYLWANDER et al., 2020).

Neste estudo, a maior parte dos entrevistados autoavaliaram sua saúde mental como ótima ou boa e a maioria afirmam não ter pensamentos negativos sobre a vida, ou sentimento de culpa por atos realizados ou que deixou de realizar. Os aspectos psicossociais relacionam-se intensamente com os quadros de dor crônica, o que justifica a importância do entendimento desta vertente para direcionamento inclusive do tratamento mais adequado (GOESLING; LIN; CLAUW, 2018). Apenas 7,0% dos entrevistados relataram estar sendo acompanhado por atendimento psicológico e 22,7% já ter participado deste tipo de atendimento. Estes dados podem ser consequência do período de pandemia, visto que os atendimentos por profissionais psicólogos nas unidades de saúde podem ter sido interrompidos. Entre os pacientes que afirmaram já ter participado, podem ter tido alta ou não pelo profissional, o que não foi aprofundado por este estudo. Situação semelhante pode ter ocorrido para os atendimentos por fisioterapeutas e acupunturista entre os pacientes participantes deste estudo.

Próximo de metade (48,0%) dos entrevistados no presente estudo referiram que sua condição de saúde não permitia a prática de exercício físico. Sendo assim, 52,0% teriam

condições mesmo que de forma parcial de realizar exercícios físicos, porém, apenas 23,2% as praticavam. Para alguns pacientes com dor crônica há uma relação com o medo e ansiedade, que surgem quando estímulos associados à dor são percebidos como uma ameaça e em resposta ao medo da dor, medo de movimento, medo de lesão geram alterações comportamentais de fuga e evitação (LEEUEW et al., 2007), reduzindo a prática de exercícios físicos nesta população. Entender sobre os comportamentos de evitação da dor que geram o sedentarismo é fundamental, pois além do funcionamento físico geral, o exercício pode ter benefícios na redução da gravidade da dor crônica e melhoria da saúde mental geral (GENEEN et al., 2017), como já mencionado anteriormente.

Os resultados desta pesquisa mostram que boa parte dos entrevistados (51,8%) autoavaliaram a qualidade de vida como muito boa ou boa e 40,2% classificaram a satisfação com a saúde como muito satisfeito ou satisfeito. Estes dados autorrelatados envolvem boa parte dos princípios e crenças individuais de cada entrevistado. Em 2011 e 2012, Cabral e colaboradores (2014) evidenciaram associação significativa entre dor crônica e pior autoavaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, resultado oposto ao identificado no presente estudo e coerente quanto a autoavaliação da saúde na população de São Paulo, no qual a maioria dos pacientes também relataram insatisfação com sua saúde. Na Austrália, estudo também identificou relação significativa da dor crônica com autoavaliação de saúde ruim (BLYTH et al., 2001). Importante pesquisa dinamarquesa sobre saúde e morbidade de 2000, demonstrou forte associação entre o relato de dor crônica e autoavaliação de saúde ruim e aumento significativo do risco de afastamento do emprego por motivos de saúde, além de, em média, 25% mais utilização do sistema de saúde pela população com dor do que pela população em geral (ERIKSEN et al., 2003)

O tratamento farmacológico com os medicamentos do programa induziu uma melhora acentuada para 41,7% dos pacientes. Dados parecidos foram identificados na Europa, onde 45,0% dos entrevistados relataram que os medicamentos prescritos eram muito eficazes, sendo 23,0% tratados com opioides fracos, 5% com opioides fortes e a maioria (44,0%) com anti-inflamatórios não esteroidais (BREIVIK et al., 2006). Em outro estudo de base populacional brasileiro, apenas 14,9% dos indivíduos com dor crônica classificaram o efeito de seu tratamento farmacológico ou não como muito bom ou excelente, sendo 12,7% dos entrevistados tratados com antidepressivos e opioides (SOUZA et al., 2017). O manejo da dor crônica tem buscado na terapêutica farmacológica resultados eficazes e, em associação de

terapêuticas não farmacológicas, diminui a necessidade de medicamentos, minimizando o risco de efeitos colaterais (DELLAROZA et al., 2008).

Em relação aos efeitos adversos aos medicamentos do programa, 29,2% dos entrevistados relataram algum efeito adverso, destes grande parte não se sente bem às vezes ou se sente péssimo. Uma revisão sistemática de ensaios randomizados de opioides orais para dor crônica não maligna indicou que cerca de 50% dos pacientes apresentaram um efeito adverso e mais de 20% descontinuaram o tratamento por este motivo (MOORE; MCQUAY, 2005). Os pacientes muitas vezes equilibram o controle da dor com os efeitos adversos a longo prazo e este manejo é um grande desafio clínico, visto que os médicos precisam pesar cuidadosamente os riscos do tratamento em relação aos benefícios (LABIANCA et al., 2012).

### **7.3 Fatores Associados à Qualidade de vida**

#### ***7.3.1 Componente físico***

Para este estudo utilizou-se a escala SF-12 para medir a qualidade de vida dos pacientes nos âmbitos físico e mental. No presente trabalho, a pior qualidade de vida no componente físico prevaleceu entre os pacientes com ensino fundamental incompleto ou menos, nos pacientes com 60 anos ou mais e nos que relataram que o medicamento não fazia muita diferença na dor, neste último caso, com associação significativa. Além disto, ser mulher e utilizar apenas opioide também foram variáveis significativas para pior qualidade de vida do componente físico.

Da mesma forma, outros estudos já identificaram que idade avançada e menor escolaridade são preditores de maior prevalência e intensidade de dor e incapacidade associada (DORNER et al., 2011; GROL-PROKOPCZYK, 2017). A dor crônica tem fortes efeitos negativos na qualidade de vida dos idosos, pois dificulta a independência funcional nas atividades cotidianas, restringe interações sociais e dificulta atividades de lazer (ACHTERBERG, 2019; SANTOS et al., 2015).

Semelhante a estes dados, estudo realizado na Noruega avaliou a qualidade de vida (SF-12) relacionada à saúde de pessoas que recebiam apoio da assistência social para manutenção de sua renda por não se enquadrarem no grupo com direito ao seguro social. O grupo dos

beneficiários com dor crônica eram mais velhos em relação aos que não tinham dor crônica e concluíram associação significativa da dor crônica com pior saúde no componente físico (LOYLAND et al., 2010). Resultados reforçam os efeitos negativos da dor crônica na função física (BINGEFORS; ISACSON, 2004; JENSEN; THOMSEN; HOJSTED, 2006; RASHIG; DICK, 2009) e que o desempenho físico diminui com a idade (RUSTOEN et al., 2004).

As pacientes do sexo feminino com dor crônica tiveram associação significativa para pior qualidade de vida relacionado ao componente físico quando comparado ao sexo masculino. Estudo de base populacional brasileiro evidenciou que a intensidade da dor crônica e a interferência nas atividades diárias foram significativamente maiores entre as mulheres em relação aos homens (SOUZA et al., 2017). Conforme mencionado anteriormente, há na literatura diferentes hipóteses dos fatores associados a prevalência de dor crônica entre as mulheres (BARTLEY; FILLINGIM, 2013). Além do mais, no presente estudo, não foram realizadas análises relacionando o tipo e intensidade da dor crônica e o estado de saúde física geral antes do tratamento, o que pode ter influenciado esta associação, inclusive, por algumas patologias serem mais prevalentes em mulheres. Porém, uma revisão sistemática da literatura sobre a investigação das diferenças entre os sexos nos estilos de enfrentamento da dor crônica, concluiu que as mulheres são passivas e mal adaptativas, enquanto os homens são mais adaptativos (EL-SHORMILISY et al., 2015).

Todavia, um estudo realizado entre coreanos com 65 anos ou mais com dor crônica musculoesquelética, identificou que a limitação funcional afetou significativamente mais a qualidade de vida dos homens do que das mulheres. De forma especial, os homens na Coreia desempenham há muito tempo uma função social de forma ativa através de atividades profissionais quando comparado as mulheres, o que pode ter influenciado na pior qualidade de vida devido as consequências negativas das limitações físicas (JEONG; LEE, 2020). Assim, mais pesquisas são necessárias para confirmar como homens e mulheres lidam com as adversidades sociais e físicas no contexto da dor crônica e como isso está relacionado à qualidade de vida física e mental.

Nos casos de pacientes que possuem a prescrição de opioides, os escores de intensidade da dor e a qualidade de vida relacionada à saúde são dois dos melhores indicadores para avaliar os benefícios dos opioides, visto que na dor crônica não há marcadores clínicos objetivos para se mensurar (HAYES et al., 2018). Pesquisa realizada em um Centro Multidisciplinar de Dor na Dinamarca concluiu que após 10 anos os pacientes com dor crônica que faziam uso de opioides tiveram pior qualidade de vida relacionada à saúde, pior *status* ocupacional e

depressão em relação aos pacientes com dor crônica que não utilizavam opioides. Tais fatos trazem duas reflexões, pois como o estudo dinamarquês foi retrospectivo, não foi possível avaliar se estes pacientes tinham uma qualidade de vida e *status* ocupacional mais baixos antes do uso do opioide ou se os opioides não aliviaram a dor a ponto de recuperarem sua qualidade de vida e capacidade de trabalho (JENSEN; THOMSEN; HOJSTED, 2006).

Neste estudo, identificou-se associação significativa entre os pacientes que relataram que o medicamento do programa não fez muita diferença na dor e pior qualidade de vida no componente físico. Reforçando este dado sobre a associação do tratamento farmacológico com a melhora da função física, metanálise sobre diferentes terapias farmacológicas para lombalgia crônica evidenciou que os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), seletivos para COX2, e os opioides fortes foram mais eficazes do que o placebo para a melhora da função física (JIANG et al., 2022).

Curiosamente, em trabalho de coorte retrospectivo, que avaliou a qualidade de vida de pacientes norte-americanos com dor crônica não oncológica, também pelo SF-12, evidenciou que os componentes físico e mental não foram significativamente diferentes entre aqueles que usavam opioides de forma crônica ou não crônica em comparação com aqueles que não usavam opioides (HAYES et al., 2018). Em outro estudo, observou-se também que as métricas de incapacidade e estado de saúde não melhoraram entre os usuários de opioides (SITES; BEACH; DAVIS, 2014). Há evidências limitadas para apoiar melhorias significativas no estado funcional e na qualidade de vida entre os usuários de analgésicos opioides e os pacientes geralmente não são informados sobre o grau de alívio da dor esperado o que pode comprometer a adesão (STEIN; REINECKE; SORGATZ, 2010).

Coorte prospectiva realizada em Portugal, com pacientes que apresentavam dor crônica não oncológica de quatro clínicas multidisciplinares de dor crônica, evidenciou que mesmo com um aumento nas prescrições de opioides não houve melhora nos resultados funcionais e na qualidade de vida destes pacientes. Entretanto, os autores relataram maior satisfação com a qualidade dos resultados do tratamento, o que poderia destacar a importância do controle da dor percebida na vida destes pacientes, apesar do seu alívio limitado (VEIGA et al., 2019).

Outro medicamento pertencente ao programa é a gabapentina, considerada um importante analgésico, segundo a OMS. Segundo Wiffen e colaboradores (2017), a gabapentina fornece bons resultados na redução da dor neuropática. Ainda segundo esses autores, a redução de pelo menos 50% da intensidade da dor neuropática é útil nos tratamentos

dos pacientes que utilizam a gabapentina, pois a redução da dor causa efeitos benéficos importantes na qualidade do sono, fadiga, depressão e qualidade de vida (WIFFEN et al., 2017). Marchand e colaboradores (2022), ao realizarem metanálise sobre a eficácia da gabapentina na dor pélvica crônica feminina sem outro diagnóstico, identificaram que este fármaco reduziu significativamente a dor quando comparado ao placebo. Ensaio clínico controlado mostrou que apesar de eventos adversos frequentes, cerca de um terço das pessoas que tomam gabapentina sentiram alívio das dores neuropáticas. Ademais, os eventos adversos presentes, mostram-se toleráveis pelos pacientes em comparação com a melhora da dor (MOORE et al., 2014).

Desta forma, apesar de estudos evidenciarem limitações nos medicamentos para melhora da qualidade de vida relacionada à saúde na dor crônica, o presente estudo mostra que os melhores índices de qualidade de vida relacionada ao funcionamento físico estão diretamente relacionados à percepção de melhora acentuada na dor após o tratamento farmacológico do programa.

Um outro ponto de destaque neste estudo está relacionado com a associação significativa de pior qualidade de vida do componente físico com os pacientes que utilizavam apenas opioide quando comparado ao grupo que utilizava gabapentina ou gabapentina e opioide. A quantidade de pacientes que utilizavam apenas opioides foi de 27,8%, sendo uma porcentagem muito pequena os que utilizavam os opioides fortes, como morfina e metadona. Considerando que o estudo tem delineamento transversal, não é possível uma abordagem mais detalhada dos fatores que poderiam estar influenciando este resultado, no entanto, diferentes hipóteses podem ser enumeradas, como tempo do início do tratamento, cumprimento da posologia prescrita, entre outros. Por outro lado, a prescrição da gabapentina está relacionada a dor neuropática ou mista conforme recomendação no PCDT da dor crônica e a associação da gabapentina com o opioide é realizada para os casos de dor mais intensa. Segundo Freynhagen e Baron (2009), a presença de um componente de dor neuropática está associada a sintomas de dor mais grave. Contudo, pacientes com estas prescrições tendem a sofrerem mais com a dor, o que pode repercutir negativamente na qualidade de vida física (FREYNHAGEN; BARON, 2009). Desta forma, estes resultados confirmam a importância de mais estudos com abordagem longitudinal sobre o manejo da dor crônica e qualidade de vida.

### ***7.3.2 Componente mental***

De forma oposta ao componente físico, os pacientes com 59 anos ou menos tiveram maior prevalência para pior qualidade de vida no componente mental. Este resultado é consistente com outros estudos, em que adultos mais jovens com dor crônica referiram maiores níveis de depressão, ansiedade e humor negativo do que adultos mais velhos com dor crônica (MANOGHARAN et al., 2017; ZIADNI et al., 2020). Um motivo potencial para este menor impacto em adultos mais velhos pode ser devido a uma maior resiliência geral (GOODING et al., 2012; LÖCKENHOFF; CARSTENSEN, 2004).

Por outro lado, de acordo com dados do Vigitel Brasil (2021), o diagnóstico de depressão entre adultos de 25 a 34 anos foi de 9,8%, 35 a 44 anos foi de 11%, 45 a 54 anos foi de 12%, 55 a 64 anos foi de 13,2% e 65 ou mais foi de 12,8%, não representando grande variação entre depressão relacionado à idade na população geral. Estudo realizado no Hospital Universitário da Bahia analisou pacientes com dor crônica em um grupo com menos de 45 anos e outro com 45 anos ou mais e não houve associação significativa com nenhum domínio do SF-36 utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (CASTRO et al., 2011).

Igualmente a este trabalho, Silwander e colaboradores (2020) evidenciaram em um estudo de coorte de 12 e 21 anos, que não ter problemas para dormir foi um preditor de melhor saúde em relação à saúde mental do SF-36 nos dois seguimentos entre pacientes com dor crônica generalizada realizado na Suécia. Na Inglaterra, outro estudo prospectivo também confirmou quão importante é o sono restaurador na redução dos sintomas de dor crônica generalizada (DAVIES et al., 2008). Desta forma, Hamilton, Catley e Karlson (2007) sugeriram que o sono de boa qualidade ou restaurador atua minimizando a carga alostática, ou seja, a quantidade de energia metabólica necessária para que determinado mecanismo fisiológico mantenha seu equilíbrio.

Os pacientes que relataram não sentir mudança na percepção da dor após o início da utilização dos medicamentos do programa tiveram valores mais baixos de qualidade de vida no componente mental, porém não foram significativos. Esta ausência de significância estatística pode ser consequência da estreita relação entre a sensibilidade da dor e aos fatores físicos do indivíduo. Igualmente, metanálise que avaliou estudos sobre tratamento farmacológico, funcionalidade e qualidade de vida, concluiu que medicamentos não opioides

e opioides fracos tiveram uma tendência a melhorar a função física dos pacientes que utilizavam (REINECKE et al., 2015).

Pacientes que autoavaliaram a saúde mental como ruim apresentaram associação significativa com pior qualidade de vida no componente mental. Semelhante a este estudo, Suso-Ribera e colaboradores (2016) evidenciaram, na Espanha, que a maioria das crenças irracionais, incluindo a catastrofização (avaliação de um evento negativo pior do que realmente ele deveria ser), baixa tolerância a frustração e autodepreciação (se preparar para o fracasso) possuem relação significativa com a saúde mental em pacientes com dor crônica e não se estendeu à saúde física.

Ainda segundo Sullivan e colaboradores (1995), a catastrofização da dor é definida como uma descrição negativa exagerada relacionada aos estímulos e à experiência da dor. Em estudo realizado em uma clínica multidisciplinar na Holanda, os pacientes com dor crônica apresentaram a catastrofização da dor como variável mais fortemente associada aos domínios da qualidade de vida (especialmente o funcionamento social, vitalidade, saúde mental e saúde geral), inclusive superando a variável intensidade da dor, idade, sexo e escolaridade. Tal evidência reforça que terapia cognitiva-comportamental para alguns casos é uma importante estratégia quando se busca melhor qualidade de vida em pacientes com dor crônica (LAMÉ et al., 2005).

No presente estudo, os pacientes que relataram diagnóstico de depressão ou algum distúrbio psicológico/psiquiátrico tiveram associação significativa com pior qualidade de vida no componente mental. Evidência encontrada por Montag et al (2023) aponta que o tratamento bem-sucedido da depressão mediou a relação entre a catastrofização da dor basal e a mudança na qualidade de vida mental após um ano, o que reforça que melhorias nos sintomas depressivos predizem melhores resultados de dor e aumento na qualidade de vida (HOFMANN et al., 2017; SCOTT et al., 2016).

Há na literatura estudos que ressaltam que embora se possa supor que os pacientes com dor mais intensa sejam menos ativos, os níveis de depressão e a maneira como os pacientes lidam com a dor devem ser considerados (HASENBRING et al., 2006; RYAN et al., 2010). Estudo transversal de pacientes com dor crônica no dorso, o nível de dor não foi preditivo da quantidade de tempo que os pacientes passaram na posição vertical, mas sim significativamente preditivo para o nível de angústia, ou seja, aumento de depressão (RYAN et al., 2010) o que

reforça os dados deste estudo, sobre o peso da saúde mental na qualidade de vida dos pacientes com dor crônica.

Um trabalho realizado na Dinamarca avaliou a presença de depressão, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) associada à dor em pacientes com fibromialgia (FM) e dor neuropática (DN). Nos grupos de FM e DN as pontuações foram mais altas para sofrimento mental e sintomas de depressão e ansiedade, bem como uma QVRS inferior aos pacientes do grupo controle sem dor. No entanto, apenas no grupo com FM foi observado correlação significativa entre a intensidade da dor e os sintomas mentais, o que sugere diferenças na fisiopatologia ligada à dor e sintomas mentais para FM e DN (GORMSEN et al., 2010).

Analisando a prática de exercício físico e qualidade de vida nos pacientes com dor crônica, o estudo de Majlesi (2019), conduzido na Turquia, verificou que pacientes com dor crônica musculoesquelética que apresentaram baixo nível de exercício físico apresentaram escores significativamente mais baixos para saúde física (SF-36). Hayden e colaboradores (2005) concluíram, em estudo com metanálise, que a terapia com exercícios para pacientes com dor lombar crônica parece diminuir ligeiramente a dor e melhorar a funcionalidade em adultos, particularmente em grupos de ambientes de cuidados de saúde.

Os resultados desta pesquisa mostraram que pacientes cuja condição de saúde não permite a prática de exercício físico tiveram associação significativa com pior qualidade de vida apenas no componente mental. Os pacientes com dor persistente e marcante sofrem com comportamentos de evitação da dor, dificultando a realização ou manutenção do exercício físico, o que afeta o funcionamento físico e psicológico (MEULDERS, 2019; VAN DAMME; KINDERMANS, 2015). Esses achados condizem com os resultados deste trabalho, no qual os pacientes com piores índices de qualidade de vida do componente mental estão significativamente relacionados aos pacientes que não realizam exercício físico. São necessárias, assim, estratégias motivacionais específicas para alcançar a mudança comportamental e a constância no exercício físico (MEULDERS, 2019).

Além disto, o exercício físico pode influenciar mecanismos biopsíquicos subjacentes à dor crônica. A contração muscular, por exemplo, gera o aumento da liberação de opioides endógenos, classificados como endorfinas, produzidos pelo próprio organismo que se ativam nos núcleos do tronco encefálico bloqueando os receptores opioides no sistema nervoso central,

diminuindo a sensibilidade à dor, além de estarem também envolvidos por efeitos comportamentais (RICE et al., 2019; THOREN et al., 1990).

Dessa forma, alterações estruturais no nível cerebral que surgem quando a dor é perpetuada (RODRIGUEZ-RAECKE et al., 2009), parecem estar envolvidas na disfunção das vias inibitórias descendentes (DAENEN et al., 2013; WOOLF, 2011), alterações do controle motor (HODGES; TUCKER, 2011; TSAO; GALEA; HODGES, 2018) e surgimento de fenômenos neurais de potencialização de longa duração (SALTER, 2002), além do comportamento de evitação do medo (LEEuw et al., 2007). Assim, as diretrizes de prática clínica mais recentes recomendam a educação do paciente e o exercício físico em unidades primárias de saúde como primeira linha de ação como abordagem terapêutica para melhorar estas alterações (BABATUNDE et al., 2017; FOSTER et al., 2018; QASEEM et al., 2017; STOCHKENDAHL et al., 2018; WONG et al., 2017).

Surpreendentemente, foi verificada associação significativa de pior qualidade de vida do componente mental entre os pacientes que não relataram ter tido reação adversa ao medicamento do programa. Moore e colaboradores (2014) descreveram que a gabapentina é prescrita para tratamento de dores neuropáticas e proporcionam alívio da dor de alto nível em cerca de um terço das pessoas que a utilizam, porém, pode ocorrer pelo menos um evento adverso (66,0%) e desistência do tratamento devido ao evento adverso (12,0%). Entre os eventos adversos, destacaram-se tontura (21,0%), sonolência (16,0%) e edema periférico (8,0%). Do mesmo modo, a terapia da dor crônica com opioides pode causar eventos adversos em diferentes sistemas, como constipação, distúrbios respiratórios do sono, fraturas e desregulação hipotálamo-hipófise-adrenal, o que pode causar redução na qualidade de vida relacionada à saúde (BALDINI; VON KORFF; LIN, 2012). Assim, o tratamento com opioides deve visar o equilíbrio favorável de benefícios em relação aos danos com monitoramento dos efeitos adversos, seja na prevenção ou gestão dos efeitos adversos por parte do profissional prescritor (CHOU et al., 2009).

Apesar disto, é possível supor que para este estudo, ter a reação adversa não direcionou a uma pior qualidade de vida no componente mental, uma vez que o grupo com pior qualidade de vida no componente mental esteve associado significativamente a quem não teve reação adversa aos medicamentos do programa. De forma hipotética e conforme relatado anteriormente, espera-se uma pior qualidade de vida para os pacientes que possuem reação adversa a longo prazo quando comparado aos que não possuem reação adversa, no entanto,

neste estudo transversal, identificou-se que entre os pacientes com pior e melhor qualidade de vida pode haver percepções diferentes para a reação adversa.

É preciso destacar alguns aspectos metodológicos deste estudo. A proposta inicial do estudo era a realização de entrevistas pessoais, face-a-face, contudo, a pandemia causada pela Covid 19 gerou a necessidade de reorganização no processo, assim, entrevistas passaram a ser via contato telefônico. Outra fragilidade é o questionário com muitas questões autorrelatadas, o que pode ter gerado viés de informação, além disto, o período de pandemia vivido pode ter influenciado em algumas respostas do questionário, principalmente os relacionados a fatores emocionais e sociais. Por fim, o estudo abrangeu apenas os pacientes cadastrados no Programa PRSDOR de um município de médio porte e apresenta um delineamento transversal, não sendo possível a identificação de causa e efeito da qualidade de vida em relação as variáveis analisadas. Entretanto, um ponto forte é que foi utilizado um questionário validado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e é um dos poucos estudos que avaliam pacientes integrantes de um programa público de tratamento da dor crônica.

## 8. CONCLUSÕES

Os pacientes do estudo possuíam uma média de 59,3 anos, com a maioria do sexo feminino, não fumantes, da cor branca, com menos de oito anos de estudo, que não consumiam bebida alcoólica e que não praticavam exercícios físicos.

A pior qualidade de vida, no componente físico, esteve associada aos pacientes de 60 anos ou mais e com baixa escolaridade, pacientes em que a utilização dos medicamentos do Programa PRSDOR não fez muita diferença no controle da dor, e foi significativo após os ajustes para as mulheres, para os que utilizaram apenas opioide e os que relataram que o medicamento do Programa PRSDOR não fez tanta diferença na percepção da dor, confirmando que a função física do indivíduo possui estreita relação com o alívio de dor que os medicamentos proporcionam.

A pior qualidade de vida no componente mental foi mais prevalente entre os pacientes com 59 anos ou menos, que relataram depressão e/ou ansiedade, qualidade do sono ruim, que autoavaliaram saúde mental ruim ou péssima, que a condição de saúde não permite a prática de exercícios físicos, entre os que o medicamento do Programa PRSDOR não fez tanta diferença na percepção da dor e para os pacientes que utilizavam apenas gabapentina ou gabapentina e opioide. As variáveis com associação significativa após os ajustes realizados foram possuir diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, autoavaliar a saúde mental como ruim ou péssima, não ter reação adversa ao medicamento do Programa PRSDOR e que a condição de saúde não permite a prática de exercício físico, reforçando a importância do acompanhamento psicoterapêutico e multidisciplinar destes usuários.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes com dor crônica possuem vulnerabilidade na sua percepção de saúde, funcionalidade, estado emocional o que influencia na sua qualidade de vida. A dor crônica acomete tanto a saúde física quanto a mental do indivíduo, gerando consequências médicas e econômicas consideráveis na sociedade. É uma das razões mais comuns pelo qual as pessoas buscam atendimento médico e está relacionada a taxas de absenteísmo e muitas vezes aposentadoria por invalidez. Neste estudo, os resultados denotam a importância de se conhecer as características individuais dos pacientes e promover estratégias personalizadas buscando melhor saúde e qualidade de vida.

Neste sentido, para que o paciente com dor crônica tenha melhores condições de qualidade de vida, além dos critérios preconizados nas diretrizes clínicas que envolvem o tratamento farmacológico para orientar os profissionais, o paciente deve participar de todo o processo, alinhando as expectativas do tratamento proposto, se comprometendo com mudança de hábitos de vida, além da integração com tratamentos não farmacológicos muitas vezes indicado.

Deste modo, é de suma importância estudos que avaliem a que custo vivem estes pacientes com dor crônica e os fatores associados à qualidade de vida. Assim sendo, os resultados deste estudo permitem aos administradores de saúde a implementação de práticas de saúde mais eficazes, além de contribuir para outros estudos mais conhecimento que envolvam a qualidade de vida e o manejo da dor crônica.

Vale ressaltar que o PCDT da dor crônica (BRASIL, 2012) contempla todos os critérios relacionados ao tratamento farmacológico, desde esquemas de administração, tempo de tratamento, monitorização, entre outros. Estratégias sobre a disponibilização e a descentralização da dispensação dos medicamentos envolvidos no manejo da dor crônica facilitaram o acesso ao tratamento farmacológico aos pacientes, porém, conforme mencionado no estudo, muitas vezes os pacientes com dor crônica possuem susceptibilidades emocionais, comportamentais e físicas que precisam estar amparadas por acompanhamento com profissionais capacitados e que incluam estratégias não farmacológicas no tratamento do paciente. Assim, administradores podem incentivar educação continuada da equipe multidisciplinar, disponibilizar recursos para ampliação de diferentes estratégias não

farmacológicas, definir protocolos, objetivos e metas a nível individual e coletivo focado na melhoria da qualidade de vida física e mental destes pacientes.

Ademais, tratamentos não farmacológicos a serem considerados envolvem vários profissionais da equipe de saúde como, médico, profissional de educação física, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, entre outros. A equipe médica deve estar qualificada quanto as estratégias disponíveis e integrada aos outros profissionais da saúde para o acompanhamento do paciente. O profissional de educação física é o responsável pela prescrição de exercício físico de forma supervisionada, favorecendo a adesão dos grupos mais vulneráveis e evitando lesões desnecessárias. O acompanhamento pelo fisioterapeuta garante uma avaliação e orientação quanto a causas mecânicas e busca o reequilíbrio dos grupos musculares auxiliando na percepção das dores crônicas. O nutricionista pode orientar mudanças no hábito alimentar, contribuindo de maneira efetiva para a promoção da saúde, já que muitas patologias envolvem dor crônica e alimentação desfavorável. O trabalho do psicólogo envolve o acompanhamento do paciente no âmbito emocional, comportamental e psicossocial. E o farmacêutico, realiza a dispensação de forma orientada, faz o acompanhamento farmacoterapêutico e promove o uso racional visando à melhoria da qualidade de vida.

Por fim, as práticas desenvolvidas pelos profissionais devem objetivar o respeito dos aspectos físico, mental e social individual, no contexto de que ações prestadas sejam integrativas ao ambiente do paciente. Inclusive com vários benefícios devido ações preventivas evitando o agravamento dos quadros algícos, mais efetividade nos tratamentos, melhor qualidade de vida do paciente e redução de custos desnecessários à administração.

## REFERÊNCIAS

ACHTERBERG, W. P. How can the quality of life of older patients living with chronic pain be improved? **Pain Manag**, v. 9, n. 5, p. 431–433, 2019.

AILI, K, et al. Sleep problems and fatigue as predictors for the onset of chronic widespread pain over a 5- and 18-year perspective. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 19, n. 1, p. 390, 2018.

AL-MAHARBI, S. et al. Prevalence of depression and its association with sociodemographic factors in patients with chronic pain: A cross-sectional study in a tertiary care hospital in Saudi Arabia. **Saudi J of Anaesth**, v. 12, n. 3, 2018.

ALONSO, J. et al. Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. **Acta Psychiatr. Scand**, v. 420, p. 47–54, 2004.

ANDREWS, P., STEULTJENS, M., RISKOWSKI, J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. **Eur J Pain**, v. 22, n. 1, p. 5-18, 2018.

ATTAL, N. et al. Neuropathic pain: are there distinct subtypes depending on the etiology on anatomical lesion? **Pain**, v. 138, n. 2, p. 343-53, 2008.

BABATUNDE, O. O. et al. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. **PLoS One**, v. 12, n. 6, p. e0178621, 2017.

BAIR, M. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Arch. Intern. Med**, v. 163, v. 20, p. 2433–2445, 2003.

BALDINI, AnGee; VON KORFF, Michael; LIN, Elizabeth HB. A review of potential adverse effects of long-term opioid therapy: a practitioner's guide. **The primary care companion for CNS disorders**, v. 14, n. 3, p. 27252, 2012.

BARTLEY, E. J., FILLINGIM, R. B. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. **Br J Anaesth**, v. 111, n. 1, p. 52-58, 2013.

BECKER, W. C. et al. Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. **BMC Fam Pract**, v. 18, n. 41, 2017.

BERGMAN, S. Psychosocial aspects of generalized chronic pain and fibromyalgia. **Disabili Rehabil**, v. 27, p. 675-683, 2005.

BINGEFORS, K.; ISACSON, D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. **Eur J of Pain**, v. 8, n. 5, p. 435–450, 2004.

BLYTH, F. M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **J Pain**, v. 89, n. 2, p. 127-134, 2001.

BLYTH, F. M. et al. Chronic pain, work performance and litigation. **Pain**, v. 103, n. 1-2, p. 41-47, 2003.

BOOTH, J. et al. Exercise for chronic musculoskeletal pain: a biopsychosocial approach. **Musculoesquelético Care**, v. 15, n. 4, p. 413–421, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. 2014. p.1-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf>>. Acesso em 06 mai. 2023.

BREIVIK, H. et al. Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. **Eur. J. Pain**, v. 10, n. 4, p. 287–333, 2006.

CABRAL, D. M. C. et al., Chronic Pain Prevalence and Associated Factors in a Segment of the Population of São Paulo City. **J Pain**, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014.

CAMELIER, A. A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: Estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2004.

CAO, X. et al. Co-occurrence of Chronic Pain, Depressive Symptoms, and Poor Sleep Quality in a Health Check-up Population in China: A Multicenter Survey. **J of Affective Disorders**, v. 281, p. 792-798, 2021.

CASHIN, A. G. et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2023.

CASTRO, M. M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Arch Clin Psychiatry**, v. 38, n. 4, 2011.

CHEAK-ZAMORA, N. C.; WYRWICH, K. W.; MC BRIDE, T.D. Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey. **Qual. Life Res**, v. 18, p. 727-735, 2009.

CHERKIN, D. C. et al. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. **New Eng J of Med**, v. 339, n. 15, p. 1021-1029, 1998.

CHERKIN, D. C. et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. **Jama**, v. 315, n. 12, p. 1240-1249, 2016.

CHOU, R. et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. **J Pain**, v. 10, n. 2, p. 113–130, 2009.

CHOU, R. et al. The effectiveness and risks of long-term opioid treatment of chronic pain. **Evid Report/technology Assessment**, n. 218, p. 1-219, 2014.

COHEN-BITON, L.; BUSKILA, D.; NISSANHOLTZ-GANNOT, R. Review of Fibromyalgia (FM) Syndrome Treatments. **Inter J of Env Research and Public Health**, v. 19, n. 19, p. 12106, 2022.

COONS, S. J. et al. A comparative review of generic quality-of-life instruments. **Pharmacoeconomics**, v. 17, p. 13-35, 2000.

DAENEN, L. et al. Dysfunctional pain inhibition in patients with chronic whiplash-associated disorders: an experimental study. **Clin Rheumatol**, v. 32, n. 1, p. 23–31, 2013.

DAHLHAMER, J. M. et al. Prescription opioid use among adults with chronic pain: United States, 2019. **Natl Health Stat Rep**, n. 162, p. 1–9, 2021.

DANSIE, E. J. et al. Association of generalized chronic pain with objectively measured physical activity in adults: national health and nutrition examination. **J Pain**, v. 15, n. 5, p. 507-515, 2014.

DAVIES, K. A. et al. Restorative sleep predicts the resolution of chronic widespread pain: results from the EPIFUND study. **Rheumatology**, v. 47, n. 12, p. 1809–1813, 2008.

DEBAR, L. et al. A primary care-based interdisciplinary team approach to the treatment of chronic pain utilizing a pragmatic clinical trials framework. **Transl Behav Med**, v. 2, n. 4, p. 523–530, 2012.

DELLAROZA, M. S. et al. Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DONOVAN, E. et al. Beliefs About a Complementary and Alternative Therapy–Based Chronic Pain Management Program for a Medicaid Population. **Pain Med**, v. 18, n. 9, p. 1805–1816, 2017.

DORNER, T. E. et al. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. **Eur J Pain**, v. 15, n. 1, p. 103-109, 2011.

DOWELL, D. et al. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. **MMWR Recomm Rep**, v. 71, n. 3, p. 1-95, 2022.

EL-SHORMILISY, Nina et al. Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: a systematic review. **Pain Research and Management**, v. 20, p. 48-55, 2015.

ELLIOTT, T. E.; RENIER, C. M.; PALCHER, J. A. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. **Pain Med**, v. 4, n. 4, p. 331-339, 2003.

ERIKSEN, J. et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. **Pain**, v. 106, n. 3, p. 221-228, 2003.

EWAN, E. E.; MARTIN, T. J. Analgesics as reinforcers with chronic pain: Evidence from operant studies. **Neuroscience letters**, v. 557, p. 60-64, 2013.

FELCE, D.; PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. **Research in Develop Disab**, v. 16, n. 1, p. 51-74, 1995.

FERREIRA, M. L. et al. The smallest worthwhile effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and physiotherapy for chronic low back pain: a benefit–harm trade-off study. **J of Clin Epidem**, v. 66, n. 12, p. 1397-1404, 2013.

FIELDS, H. L. Pain: An unpleasant topic. **Pain (Supplement)**, v. 6, p. S61-S69, 1999.

FINNERUP, N. B. et al. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. **Pain**, n.118, n. 3, p. 289-305, 2005.

FOSTER, N. E. et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. **Lancet**, v. 391, n. 10137, p. 2368–2383, 2018.

FREYNHAGEN, R.; BARON, R. The evaluation of neuropathic components in low back pain. **Current pain and headache reports**, v.13, n. 3, p. 185-190, 2009.

GATCHEL, R. J.; ROLLINGS, K. H. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. **The Spine J**, v. 8, n. 1, p. 40-44, 2008.

GENEEN, L. J., et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, n. 4, 2017.

GOESLING, J.; LIN, L. A.; CLAUW, D. J. Psychiatry and Pain Management: at the Intersection of Chronic Pain and Mental Health. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 12, 2018.

GOODING, P. et al. Psychological resilience in young and older adults. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 262–270, 2012.

GORMSEN, L. et al. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. **Eur J of Pain**, v. 14, n. 127, p. 127.e1-8, 2010.

GRIFFIN, M. L. et al. Health-related quality of life among prescription opioid-dependent patients: Results from a multi-site study. **The Amer J on Add**, v. 24, n. 4, p. 308-314, 2015.

GROL-PROKOPCZYK, H. Sociodemographic disparities in chronic pain, based on 12-year longitudinal data. **Pain**, v. 158, n. 2, p. 313-322, 2017.

GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Med**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

HAMILTON, N. A.; CATLEY, D.; KARLSON, C. Sleep and the affective response to stress and pain. **Health Psychol**, v. 26, n. 3, p. 288-295, 2007.

HARO, J.M. et al. Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de Los Trastornos Mentales y Factores Asociados: Resultados Del Estudio ESEMeD-España. **Med. Clin**, v. 126, n. 12, p. 445-451, 2006.

HASENBRING, M. I. et al. The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: do pain-related coping modes act as moderator variables? **Eur J Pain**, v. 10, n. 8, p. 701-709, 2006.

HAYDEN, J. A. et al. Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain. **Ann Intern Med**, v. 142, n. 9, p. 765-775, 2005.

HAYES, C. J. et al. Health-Related Quality of Life among Chronic Opioid Users, Nonchronic Opioid Users, and Nonopioid Users with Chronic Noncancer Pain. **Health Services Research**, v. 53, n. 5, p. 3329, 2018.

HAYS, R. D.; REEVE, B. B. Measurement and modeling of health-related quality of life. **Epidem Publ Demog Health**. San Diego: Academic Press, p. 195-205, 2010.

HILL, J. C. et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 378, n. 9802, p. 1560-1571, 2011.

HODGES, P. W.; TUCKER, K. Moving differently in pain: a new theory to explain the adaptation to pain. **Pain**, v. 152, n. 3, p. S90-S98, 2011.

HOFMANN, S. G. et al. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. **Cogn Behav Ther**, v. 46, n. 4, p. 265-286, 2017.

IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**, v. 6, n. 3, p. 249, 1979.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Classification of Chronic Pain**, 2. ed. IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 2011. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>> Acesso em 03 jun. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNS 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>>. Acesso em: 26 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ibipora.html>>. Acesso em: 08 abr. 2023.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Prevalência do Tabagismo**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>>. Acesso em 26 nov. 2022.

INOUE, S. et al. Chronic Pain in the Japanese Community—Prevalence, Characteristics and Impact on Quality of Life. **J. Plos One**, 2015.

JAMISON, R. N. et al. Beliefs and attitudes about opioid prescribing and chronic pain management: survey of primary care providers. **J Opioid Manag**, v. 10, n. 6, p. 375–382, 2014.

JENSEN, M. K.; THOMSEN, A. B.; HOJSTED, J. 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilization. **Eur J of Pain**, v. 10, n. 5, p. 423-433, 2006.

JEONG, Hyesun; LEE, Yoonju. Sex-based differences in the quality of life of elderly Koreans with chronic musculoskeletal pain. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 3, p. 743, 2020.

JIANG, J. et al. Comparative Efficacy of Pharmacological Therapies for Low Back Pain: A Bayesian Network Analysis. **Front. Pharmacol.**, v. 13, 2022.

KEEFE, F. J. et al. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. **Behav Ther**, v. 21, n. 1, p. 49-62, 1990.

KENT, M. L. et al. The ACTION-APS-AAPM Pain Taxonomy (AAAPT) Multidimensional Approach to Classifying Acute Pain Conditions. **Pain Med**, v. 18, n. 5, p. 947-958, 2017.

KOES, B. W.; BACKES, D.; BINDELS, P. J.E. Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options. **Exp Opin on Pharmac**, v. 19, n. 6, p. 537-545, 2018.

KREBS, E. E. et al. Effect of opioid versus non-opioid drugs on pain related function in patients with chronic back pain or osteoarthritis pain in the hip or knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. **Jama**, v. 319, n. 9, p. 872-882, 2018.

LABIANCA, R. et al. Adverse Effects Associated with non-opioid and opioid treatment in patients with chronic pain. **Clin Drug Investig**, v. 32, n. 1, p. 53-63, 2012.

LAMB, S. E. et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. **The Lancet**, v. 375, n. 9718, p. 916-923, 2010.

LAMÉ, I. E. et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. **Eur J of Pain**, v. 9, n. 1, p. 15-24, 2005.

LANGLEY, P. et al. Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. **J of Med Econom**, v. 14, n. 5, p. 628-638, 2011.

LEADLEY, R. M. et al. Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. **Pain Pract**, v. 14, n. 6, p. 547-558, 2014.

LEEuw, M. et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. **J Behav Med**, v. 30, n. 1, p. 77-94, 2007.

LÖCKENHOFF, C. E.; CARSTENSEN, L. L. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. **J Pers**, v. 72, n. 6, p. 1395-1424, 2004.

LOYLAND, B. et al. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 10, p. 1457–1465, 2010.

MAJLESI, J. Patients with Chronic Musculoskeletal Pain of 3–6-Month Duration Already Have Low Levels of Health-Related Quality of Life and Physical Activity. **Curr Pain Headache Rep**, v. 23, n. 81, 2019.

MANOGHARAN, S. et al. Do older adults with chronic low back pain differ from younger adults in regards to baseline characteristics and prognosis?. **Eur J Pain**, v. 21, n. 5, p. 866-873, 2017.

MARCHAND, G. et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of gabapentin in chronic female pelvic pain without another diagnosis. **AJOG Global Reports**, v. 2, n. 1, 2022.

MASQUELIER, E.; D'HAERYERE, J. Physical activity in the treatment of fibromyalgia. **Joint Bone Spine**, v. 88, n. 5, p. 105202, 2021.

MCCABE, S. E. et al. Motives, diversion and routes of administration associated with nonmedical use of prescription opioids. **Addictive behaviors**, v. 32, n. 3, p. 562-575, 2007.

MEUCCI, Rodrigo Dalke; FASSA, Anaclaudia Gastal; FARIA, Neice Muller Xavier. Prevalência de dor lombar crônica: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, v. 49, p. 73-73, 2015.

MEULDERS, A. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: A state-of-the-art review. **Curr. Opin. Behav. Sci**, v.26, p. 130–136, 2019.

MIGUEZ, G.; LABORDA, M. A.; MILLER, R. R. Classical conditioning and pain: conditioned analgesia and hyperalgesia. **Acta psychologica**, v. 145, p. 10-20, 2014.

MILLER, J. et al. Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE) for people with chronic pain and multiple comorbidities: a randomized controlled trial. **Arch of Phys Med and Rehab**, v. 101, n. 5, p. 750-761, 2020.

MONTAG, L. T. et al. Examining the roles of depression, pain catastrophizing, and self-efficacy in quality of life changes following chronic pain treatment. **Canadian J of Pain**, v. 7, n. 1, 2023.

MOORE, R. A.; MCQUAY, H. J. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. **Arthritis Res Ther**, v. 7, n. 5, p. R1046- 1051, 2005.

MOORE, R. A. et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2014.

MOSSEY, J. M.; GALLAGHER, R. M. The Longitudinal Occurrence and Impact of Comorbid Chronic Pain and Chronic Depression over Two Years in Continuing Care Retirement Community Residents. **Pain Med**, v. 5, n. 4, p. 335-348, 2004.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. **Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<https://saude.mppr.mp.br/pagina-284.html>> Acesso em 05 jun. 2021b.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Elenco Complementar da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Elenco-Complementar-da-Assistencia-Farmacutica>>. Acesso em: 05 jun. 2021a.

PIA PARANÁ INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. Governo do Estado do Paraná. **Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná**. Disponível em: <<https://www.pia.pr.gov.br/servicos/Saude/Farmacia-do-Parana/Consultar-medicamentos-da-Farmacia-do-Parana-aPo4Dmom>>. Acesso em 06 mai. 2023.

PICAVET, H. S.; SCHOUTEN, J. S. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC-3 study. **Pain**, v. 102, n. 1-2, p. 167-78, 2003.

QASEEM, A. et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the american college of physicians. **Ann Intern Med**, v. 166, n. 7, p. 514, 2017.

RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Rev Dor**, v. 14, p. 58-60, 2013.

RAJA, S. N. et al. The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. *Farmacologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RASHIG, S.; DICK, B. D. Factors associated with chronic noncancer pain in the Canadian population. **Pain Research and Management**, v. 14, n. 6, p. 454–460, 2009.

REINECKE, H. et al. Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses. **Br J Pharmacol**, v. 172, n. 2, p. 324–333, 2015.

RICE, D. et al. Exercise-Induced hypoalgesia in pain-free and chronic pain populations: state of the art and future directions. **J Pain**, v. 20, n. 11, p. 1249–1266, 2019.

RIKARD, S. M. et al. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019-2021. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 72, n. 15, p. 379–385, 2023.

RIPAMONTI, C. I.; BANDIERI, E.; ROILA, F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**, v. 22, p. 69–77, 2011.

RODRIGUEZ-RAECKE, R. et al. Brain gray matter decrease in chronic pain as the consequence and not the cause of pain. **J Neurosci**, v. 29, n. 44, p. 13746–13750, 2009.

RUSTOEN, T. et al. Gender differences in chronic pain findings from a population study of Norwegian adults. **Pain Management Nursing**, v. 5, n. 3, p. 105–117, 2004.

RYAN, C. G. et al. The relationship between psychological distress and free-living physical activity in individuals with chronic low back pain. **Man Ther**, v. 15, n. 2, p. 185–189, 2010.

SABIN, J. A.; GREENWALD, A. G. The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma. **Am J Public Health**, v. 102, n. 5, p. 988–995, 2012.

SALAZAR, A. et al. Undiagnosed Mood Disorders and Sleep Disturbances in Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. **Pain Med**, v. 14, n. 9, p. 1416–1425, 2013.

SALTER, M. W. The neurobiology of central sensitization. **J Musculoskelet Pain**, v. 10, n. 1–2, p. 23–33, 2002.

SANTOS, F. C. et al. Chronic pain in long-lived elderly: Prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level. **Revista Dor**, v. 16, n. 3, p. 171–175, 2015.

SARZI-PUTTINI, P. et al. Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now?. In: **Seminars in arthritis and rheumatism**. WB Saunders, 2008. p. 353-365.

SAXENA, A. K.; JAIN, P. N.; BHATNAGAR, S. The Prevalence of Chronic Pain among Adults in India. **Indian J Palliat Care**, v. 24, n. 4, p. 472-477, 2018.

SCHESTATSKY, P.; NASCIMENTO, O. J. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? **Arq Neuropsiquiatr**, v. 67, n. 3A, p. 741-9, 2009.

SCOTT, E. L. et al. Beneficial effects of improvement in depression, pain catastrophizing, and anxiety on pain outcomes: a 12-month longitudinal analysis. **J Pain**, v. 17, n. 2, p. 215–222, 2016.

SIMON, Lee S. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research. **Journal of pain & palliative care pharmacotherapy**, v. 26, n. 2, p. 197-198, 2012.

SITES, B. D.; BEACH, M. L.; DAVIS, M. A. Increases in the use of prescription opioid analgesics and the lack of improvement in disability metrics among users. **Reg Anesth & Pain Med**, v. 39, n. 1, p. 6-12, 2014.

SOUZA, J. B. et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. **Pain Research and Manag**, v. 2017, p. 1-9, 2017.

STEFANE, T. et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta Paul de Enferm**, v. 26, p. 14-20, 2013.

STEIN, C.; REINECKE, H.; SORGATZ, H. Uso de opioides na dor crônica não oncológica: diretrizes revisitadas. **Curr Opin Anesthesiol**, v. 23, p. 598–601, 2010.

STOCHKENDAHL, M. J. et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. **Eur Spine J**, v. 27, n. 1, p. 60–75, 2018.

STUBBS, B. et al. Are Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain Less Active than Older Adults Without Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pain Med**, v. 14, n. 9, p. 1316–1331, 2013.

SULLIVAN, M. J. L.; BISHOP, S. R.; PIVIK, J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 4, p. 524–532, 1995.

SULLIVAN, M. J. L. et al. Stage of Chronicity and Treatment Response in Patients with Musculoskeletal Injuries and Concurrent Symptoms of Depression. **Pain**, v. 135, n. 1-2 p. 151–159, 2008.

SUMPTON, J. E.; MOULIN, D. E. Fibromyalgia. **Handbook of Clinical Neurology**, v. 119, p. 513-527, 2014.

SUSO-RIBERA, C. et al. There's More Than Catastrophizing in Chronic Pain: Low Frustration Tolerance and Self-Downing Also Predict Mental Health in Chronic Pain Patients. **J Clin Psychol Med Settings**, v. 23, n. 2, p. 192–206, 2016.

SYLWANDER, C. et al. The impact of generalized chronic pain on health status and long-term health predictors: a cohort study of the general population. **BMC Musculoskeletal disorder**, v. 21, n. 1, p. 36, 2020.

The Management for Opioid Therapy for Chronic Pain Working Group: **VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Opioid Therapy for Chronic Pain**. 2. ed. Washington: Office of Quality and Performance; 2010.

THORÉN, P. et al. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. **Med Sci Sports Exerc**, v. 22, n. 4, p. 417–28, 1990.

THORSELL, J. et al. A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. **The Clin J of pain**, v. 27, n. 8, p. 716-723, 2011.

TILBROOK, H. E. et al. Yoga for chronic low back pain: a randomized trial. **Annals of Internal Med**, v. 155, n. 9, p. 569-578, 2011.

TOBLIN, R. L. et al. Chronic pain and opioid use in US soldiers after combat deployment. **Jama Inte Med**, v. 174, n. 8, p. 1400-1401, 2014.

TSAO, H.; GALEA, M. P.; HODGES, P. W. Reorganization of the motor cortex is associated with postural control deficits in recurrent low back pain. **Brain**, v. 131, n. 8, p. 2161–2171, 2018.

TURK, D. C.; WILSON, H. D.; CAHANA, A. Treatment of chronic non-cancer pain. **Lancet**, v. 377, n. 9784, p. 2226–2235, 2011.

US Department of Health and Human Services. **Pain management best practices inter-agency task force report: updates, gaps, inconsistencies, and recommendations.** Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2019

USHIDA, T. et al. Cross-sectional study of patient satisfaction with oral analgesics in patients with chronic pain in Japan. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 21, n. 8, p. 983-991, 2020.

VAN DAMME, S.; KINDERMANS, H. P. J. A self-regulation perspective on avoidance and persistence behavior in chronic pain: New theories, new challenges? **Clin. J. Pain**, v. 31, n. 2, p. 115–122, 2015.

VASCONCELOS, F. H.; ARAUJO, G. C. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Br J Pain**, v. 1, n. 2, p. 176-9, 2018.

VEEHOF, M. M. et al. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. **Pain**, v. 152, n. 3, p. 533-542, 2011.

VEIGA, D. R. et al. Effectiveness of Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Two-Year Multicenter, Prospective Cohort Study With Propensity Score Matching. **The J of Pain**, v. 20, n. 6, p. 706-715, 2019.

VOLKOW, N. D.; MCLELLAN, A. T. Opioid abuse in chronic pain—misconceptions and mitigation strategies. **New Engl J of Med**, v. 374, n. 13, p. 1253-1263, 2016.

WALTON, M. K. et al. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research Task Force for Clinical Outcomes Assessment. Clinical Outcome Assessments: Conceptual Foundation-Report of the ISPOR Clinical Outcomes Assessment - Emerging Good Practices for Outcomes Research Task Force. **Value Health**, v. 18, n. 6, p. 741-752, 2015.

WARE JR, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales.** 2. ed. Health Institute, New England Medical Center, 1995.

WARE JR, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med Care**, v. 34, n. 3, p. 220-233, 1996.

WIFFEN, P. J. et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, p. 1465-1858, 2017.

WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. **Arthritis Rheum**, v. 33, n. 2, p. 160–172, 1990.

WONG, J. J. et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. **Eur J Pain**, v. 21, n. 2, p. 201–216, 2017.

WOOLF, C. J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. **Pain**, v. 152, n. 3, p. S2–S15, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. 48. ed. **Basic documents of the World Health Organization**. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model List of Essential Medicines – 16nd List**. Geneva, 2009.

WREN, A. A. et al. Yoga for persistent pain: new findings and directions for an ancient practice. **Pain**, v. 152, n. 3, p. 477-480, 2011.

YANG, J. et al. The modified WHO analgesic Ladder: Is it appropriate for chronic non-cancer pain? **J Pain Research**, v. 13, p. 411-417, 2020.

YANG, Rui-Hua et al. Effects of gabapentin on spontaneous discharges and subthreshold membrane potential oscillation of type A neurons in injured DRG. **Pain**, v. 116, n. 3, p. 187-193, 2005.

ZIADNI, M. S. et al. Emotions matter: The role of emotional approach coping in chronic pain. **Eur J Pain**, v. 24, n. 9, p. 1775– 1784, 2020.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados**

## QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )1-Feminino ( )2-Masculino

Raça/Cor: ( )1-Branca ( )2-Parda ( )3-Preta ( )4-Amarela ( )5- Indígena

Ocupação: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reside com: ( )1-Esposo/Esposa ( )2-Pai/Mãe ( )3-Avô/Avó ( )4-Filho(a) ( )5-Neto(a) ( )6-Sozinho(a) ( )7- Outros(as)

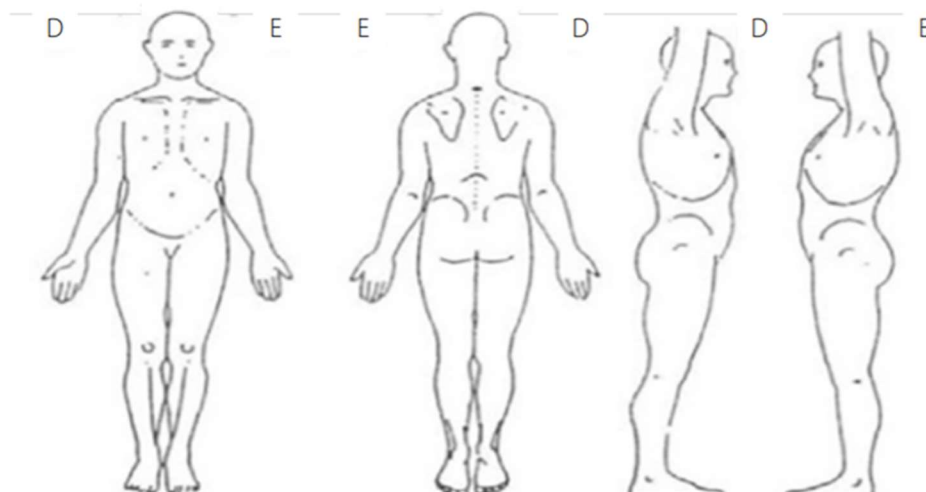
Fuma atualmente? ( )1-Sim ( )2-Não

Consome bebidas alcóolicas? ( )1-Sim ( )2-Não

Se **SIM**, com qual frequência: ( ) 1-Diariamente ( ) 2-Cinco a seis dias na semana ( ) 3-Três a quatro dias na semana ( ) 4-Dois dias ou menos na semana

Grau de instrução (estudou até que série): \_\_\_\_\_

**1-** Visualize e indique na figura abaixo o local onde sente/sentia dor que o levou a usar os medicamentos do Programa Paraná Sem dor:



**2-PERCEPÇÃO DE SAÚDE** - Em geral, você diria que sua saúde é:

1	2	3	4	5
Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim

**3-** Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

a. **Atividades moderadas**, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa.

1-Sim. Dificulta muito.

2-Sim. Dificulta um pouco.

3-Não. Não dificulta nada.

b. Subir **vários** lances de escada.

1-Sim. Dificulta muito.

2-Sim. Dificulta um pouco.

3-Não. Não dificulta nada.

**4-** Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
b. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4	5

**5-** Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (por exemplo, sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5

---

Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

---

**6-** Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

---

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---

**7-** Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

---

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

---

**8-** Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas:

---

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
--	--------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------

---

a. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

---

b. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

---

c. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

---

**9-** Faz uso de quais medicações regularmente?

\_\_\_\_\_ X ao dia

\_\_\_\_\_ X ao dia

\_\_\_\_\_ X ao dia  
 \_\_\_\_\_ X ao dia  
 \_\_\_\_\_ X ao dia  
 \_\_\_\_\_ X ao dia

**10-** Tem diagnóstico de depressão, ansiedade ou algum outro distúrbio psicológico/psiquiátrico?

1-Sim 2-Não

**11-** Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

1-Muito boa 2-Boa 3-Ruim 4-Muito Ruim

**12-** Qual a sua avaliação sobre sua saúde mental?

1-Ótima 2-Boa 3-Não me sinto bem às vezes 4-Ruim 5-Péssima

**13-** Tem pensamentos negativos sobre sua vida, ou sentimento de culpa por atos realizados ou que deixou de realizar?

1-Sempre 2-Às vezes, mas logo passa 3-Não tenho

**14-** Participa de reuniões ou terapia em grupo ou é acompanhado por atendimento psicológico?

1-Sim 2-Não 3-Não, mas acho que deveria 4-Já participei

**15-** Participa de sessões de acupuntura?

1-Sim 2-Não 3-Não, mas acho que deveria 4- Já participei

**16-** Participa de sessões de fisioterapia?

1- Sim 2-Não 3-Não, mas acho que deveria 4- Já participei

**17-** Sua condição de saúde permite a prática de atividade física?

1- Permite 2-Permite parcialmente 3-Não permite

**18-** Em uma semana típica, com qual frequência você pratica atividade física no seu tempo livre?

- 1- Não pratica    2-Uma vez por semana    3-Duas a três vezes por semana  
4-Quatro ou mais vezes por semana

**19-**Depois que começou usar os medicamentos do Paraná Sem Dor sentiu algo estranho com você?

- 1-Sim    2-Não

Se **Sim**, o quê? 1-mal estar    2-constipação    3-alucinações    4- esquecimento    5-falta de ar    6- dor abdominal ou lombar    7-febre  
8- diarreia    9- dor de cabeça    10-insônia    11- coceira

outra situação: \_\_\_\_\_

**20-**Qual sua avaliação sobre esses efeitos na sua vida?

- 1- Não interfere, não faz diferença  
2- Não me sinto bem às vezes  
3- Péssimo  
4-Não percebi nenhum efeito negativo

**21-** Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1-Muito boa    2-Boa    3-Nem ruim nem boa    4-Ruim    5-Muito ruim

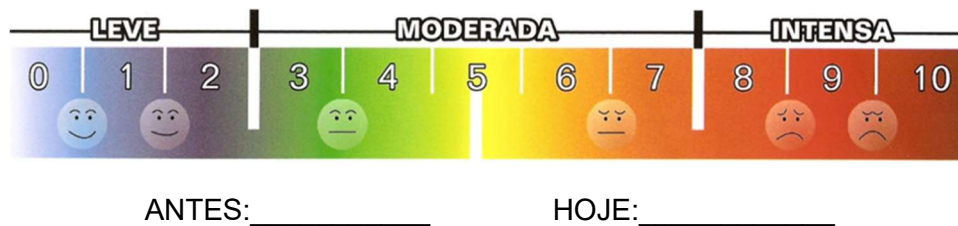
**22-** Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde??

- 1-Muito satisfeito    2-Satisfeito    3- Nem satisfeito nem insatisfeito  
4-Insatisfeito    5-Muito insatisfeito

**23-**Qual a sua percepção de condição após o início do uso dos medicamentos para dor em relação a melhora do quadro de dor:

- 1-Uma melhora acentuada  
2-Melhorou um pouco  
3-Não fez muita diferença  
4-Piorou

24-Comparando a escala visual analógica (EVA) de avaliação de dor. Qual a sua percepção de dor antes do tratamento (de 0 a 10), e hoje (de 0 a 10):



**Dados dos medicamentos do Programa Paraná Sem Dor**

Uso	Medicamento	Posologia (número de vezes por dia e comprimidos por dose)	Usa desde (mês e ano)
	Codeína 30MG comprimido	___ cpr ___ x/dia	
	Gabapentina 300MG comprimido	___ cpr ___ x/dia	
	Metadona 10MG comprimido	___ cpr ___ x/dia	
	Morfina 10MG comprimido	___ cpr ___ x/dia	
	Morfina 30MG comprimido	___ cpr ___ x/dia	

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “DOR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DE UM PROGRAMA ESTADUAL DE TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA” a ser realizada com portadores de Dor Crônica que fazem uso de medicamentos fornecidos pelo Programa Estadual “Paraná Sem Dor”, atendidos pela Farmácia Municipal de Ibiporã - Paraná.

O objetivo da pesquisa é analisar a influência da dor crônica na qualidade de vida e ocorrência de efeitos adversos dos medicamentos opioides e gabapentina fornecidos pelo programa. Sua participação é muito importante e a pesquisa consiste em responder perguntas sobre os medicamentos que utiliza, alguns hábitos cotidianos e se há ocorrência de efeitos indesejáveis e sua percepção de dor e a influência que tem na sua rotina de vida. Esta participação se dará por uma entrevista por meio de um questionário com 23 perguntas, as quais abordam qualidade de vida, dados sociodemográficos e percepção da dor, com respostas semiestruturadas (com opções de respostas) e com duração de aproximadamente 25 minutos, garantindo-se o esclarecimento sobre todas as perguntas e o seu sigilo pessoal.

Entre os benefícios esperados da pesquisa, destacam-se a possibilidade de nortear procedimentos e protocolos no manejo e prevenção dos agravos relacionados aos casos de dor crônica, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS. Ao término da pesquisa será assegurada a comunicação aos participantes dos resultados da pesquisa através de um relatório impresso entregue em mãos, por serviço postal ou eletrônico.

Quanto aos riscos do desenvolvimento desta pesquisa, entende-se que estes serão mínimos, e envolve basicamente questões de privacidade durante a entrevista, como por exemplo constrangimento ou desconforto ou até se sentirem ofendidos com a invasão de privacidade. Ainda, caso se sinta cansado pelo excesso de perguntas ou pelo tempo dispendido para responder o questionário, o(a) senhor(a) será prontamente atendido e amparado pelos pesquisadores.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) sr(a) recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer tempo, sem que isso

acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos também que suas informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, resguardado o sigilo, a confidencialidade e identidade do participante.

Esclarecemos que não haverá despesas ou remuneração por sua participação. Entretanto garantimos que se por ventura houver despesas devidas e decorrentes exclusivamente da participação da entrevista, as mesmas serão ressarcidas.

Caso o(a) Sr(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com a aluna Regina Midori Tamari Silva (pós-graduanda), que poderá ser encontrada na Farmácia Municipal – Centro de Saúde Eugênio Dal Molin – Av. Pe Vitoriano Valente 475, centro, Ibiporã-PR, nos telefones (43) 3178-0312 e (43) 99990-8426 ou pelo e-mail [regina.midori.tamari@uel.br](mailto:regina.midori.tamari@uel.br) ou procurar o CEP-UEL (Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL, LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação – sala 14 – Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970, Telefone: 43-3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br)

Eu, \_\_\_\_\_ estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos, procedimentos da pesquisa e de como será minha participação no trabalho e da responsabilidade da pesquisadora de manter meu nome em sigilo, quando da divulgação dos resultados, AUTORIZO a minha participação voluntária no estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura (ou impressão datiloscópica)

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ipirorã**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIPORÁ**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ofício N°. 470/2020-SMS

Ibiporá, 09 de Setembro de 2020

Prezado Senhor

Considerando a solicitação da servidora e estudante Regina Midori Tamará Silva para realização da pesquisa "Dor e Qualidade de Vida de Pacientes de um Programa Estadual de Tratamento da Dor Crônica", na Farmácia Municipal de Ibiporá, setor pertencente ao Centro de Saúde Eugênio Dal Molin.

Existe a autorização desde que seja realizada a pesquisa, conforme a aplicação dos termos apresentados:

- Termo de Confidencialidade e Sigilo (UEL);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (UEL);
- Questionário apresentado de coleta de dados (1 a 23 questões) (UEL).

Salientamos que a realização da pesquisa seja FORA das horas atividades laborais da servidora.

Ao final da pesquisa seja encaminhado o relatório para a Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporá através do e-mail [saudes@ibipora.pr.gov.br](mailto:saudes@ibipora.pr.gov.br).

No ensejo, renovo protestos de consideração.

Respeitosamente,

  
**Paulo Roberto Zapparoli**  
 Secretário Municipal de Saúde

Universidade Estadual de Londrina  
**Prof. Dr. Edmarion Girotto**  
 Londrina – PR

VAFG/SMS

**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**



Centro de Ética em  
Pesquisas Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DE UM PROGRAMA ESTADUAL DE TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

**Pesquisador:** REGINA MIDORI TAMARI SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 37996120.9.0000.5231

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.359.505

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1629302.pdf" de 22/10/2020.

Os medicamentos podem ter um papel determinante, dentro da concepção de cura ou supressão dos sintomas de dor, eximindo o indivíduo de alguma responsabilidade e envolvimento na sua condição física, o que por vezes deixa em segundo plano uma abordagem cognitiva comportamental da dor e as implicações psicológicas e emocionais dos processos algícos. Assim, este estudo tem por objetivo principal avaliar a qualidade de vida em pacientes com dor crônica tratados com medicamentos do Programa Paraná Sem Dor em município de médio porte. Para tal, será desenvolvido um estudo observacional, individualizado e com delineamento transversal com 400 pacientes do município de Ibiporã-PR cadastrados no Programa Paraná Sem Dor do Estado do Paraná. Será aplicado um questionário semiestruturado para avaliar a percepção da dor e do seu tratamento, qualidade de vida e outros aspectos relacionados aos hábitos de vida e aspectos sociodemográficos do paciente. Este trabalho foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de estudo. Espera-se contribuir na elaboração de processos de abordagem e tratamento, estudo de plano de cuidados com melhora terapêutica e minimização de efeitos adversos.

**Critério de Inclusão:**

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.359.505

Pacientes cadastrados no Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã-PR, integrantes do banco de dados do sistema CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos os que apresentam dificuldades cognitivas e de comunicação, principalmente a visual, que não permitem avaliação completa pelos instrumentos propostos, aqueles com 18 anos ou menos e os que não comparecerem para retirada dos medicamentos na Farmácia Municipal de Ibiporã durante o período de estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1629302.pdf" de 22/10/2020.

**Objetivo Primário:**

- Avaliar a qualidade de vida em pacientes com dor crônica tratados com medicamentos do Programa Paraná Sem Dor em município de médio porte.

**Objetivos Secundários:**

- Caracterizar os pacientes quanto suas características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde;
- Identificar as terapias farmacológica e não farmacológica utilizadas para o tratamento da dor crônica e outras condições de saúde apresentadas pelo paciente;
- Determinar a efetividade e segurança dos medicamentos inseridos no Programa Paraná Sem Dor utilizados pelo paciente;
- Identificar o impacto na qualidade de vida do paciente após o início do uso dos medicamentos inseridos no Programa Paraná Sem Dor.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1629302.pdf" de 22/10/2020.

Segundo a pesquisadora, entende-se que riscos serão mínimos, e envolve basicamente questões de privacidade durante a entrevista, como por exemplo constrangimento ou desconforto ou até se sentirem ofendidos com a invasão de privacidade. Para minimizar estes riscos, será garantido local reservado para a condução da entrevista, a qual será conduzida em sala localizada na UBS Centro de Saúde Dr. Eugênio Dal Molin, onde está localizada a Farmácia Municipal. Ainda, caso o participante sinta-se cansado pelo excesso de perguntas ou pelo tempo

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serem Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.259.505

dispendido para responder o questionário, o mesmo será prontamente atendido e amparado pelos pesquisadores.

Já os benefícios da pesquisa são elencados como:

- Observar que através do uso de medicamentos opióides e gabapentina e a supressão ou minimização dos processos dolorosos com ganho de autonomia e mobilidade, uma melhora na qualidade de vida dos pacientes com dor crônica.
- Contribuir para o desenvolvimento de protocolos atualizados ou resenhas para manejo dos portadores de dor crônica construído a partir dos resultados observados através da pesquisa.
- Dar subsídios para a construção de uma abordagem multiprofissional com tratamentos não farmacológicos e outras intervenções direcionado ao conceito de saúde como um bem estar mais amplo, não somente a ausência de doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Londrina.

Pesquisa relevante que objetiva, por meio de entrevistas e dos dados constados em prontuários das pessoas cadastradas no Programa Paraná Sem Dor do município de Ibiporã, compreender melhor a relação do uso prolongado dos medicamentos, seus efeitos adversos e sua influência na qualidade de vida dos usuários. Este programa permitiu acessibilidade aos medicamentos opióides e gabapentina aos pacientes portadores de dor crônica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: está preenchida adequadamente e assinada pelo coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.
- TCLE: apresentou e está adequado.
- Projeto de pesquisa completo: apresentou
- Declaração de instituição co-participante: apresentou documento da Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã devidamente assinado pelo Secretário de Saúde.
- Termo de sigilo de confidencialidade: apresentou
- Instrumento de coleta de dados: apresentou
- Orçamento: próprio, no valor de RS200,00 com fotocópias do instrumento de coleta de dados.
- Cronograma: adequado. Data prevista para início da coleta de dados: 01/01/2021.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep269@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisas Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.309.505

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Prezada pesquisadora, após análise desta versão do projeto de pesquisa, concluímos que todas as pendências citadas anteriormente foram atendidas e damos parecer favorável para continuidade da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.359.503

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS_DO_P ROJETO_1629302.pdf	22/10/2020 13:58:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal_Novo.pdf	22/10/2020 13:58:14	EDMARLON GIROTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Novo.pdf	22/10/2020 13:57:35	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasilRegina.pdf	15/09/2020 11:10:34	REGINA MIDORI TAMARI SILVA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	14/09/2020 17:15:19	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Outros	AutorizacaoSMSIbipora.pdf	14/09/2020 17:13:25	EDMARLON GIROTTO	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadeSigilo.pdf	14/09/2020 17:12:13	EDMARLON GIROTTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 25 de Outubro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Adriana Lourenço Soares Russo**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br