



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LETÍCIA TAYNARA TSUZUKI

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
SEIS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO
DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO, FATORES
ASSOCIADOS E TRATAMENTO**

Londrina
2024

LETÍCIA TAYNARA TSUZUKI

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
SEIS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO
DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO, FATORES
ASSOCIADOS E TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina-UEL, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Coorientador: Prof.^a. Dr. Paulo Henrique de Araújo Guerra

Londrina
2024

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

L648d Tsuzuki, Leticia Taynara.
DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SEIS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO DO PARANÁ: : CARACTERIZAÇÃO, FATORES ASSOCIADOS E TRATAMENTO / Leticia Taynara Tsuzuki. - Londrina, 2024.
117 f. : il.

Orientador: Mathias Roberto Loch.
Coorientador: Paulo Henrique de Araújo Guerra.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Dor musculoesquelética - Tese. 2. Dor crônica - Tese. 3. Atenção primária à saúde - Tese. 4. Cidades pequenas - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Guerra, Paulo Henrique de Araújo. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

LETÍCIA TAYNARA TSUZUKI

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
SEIS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO ESTADO
DO PARANÁ: CARACTERIZAÇÃO, FATORES
ASSOCIADOS E TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina-UEL como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Paulo Henrique de Araújo Guerra
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dra. Flavia Guilherme Gonçalves
Ziegler
Centro Universitário Filadélfia-UNIFIL

Londrina, 28 de fevereiro de 2024.

Dedico esse trabalho ao meu avô Shinsho Tsuzuki (*in memorian*) e a minha amiga Bruna Fernandes de Oliveira (*in memorian*), com todo meu amor e saudade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me sustentado neste processo.

À minha família: mãe, pai, irmão e irmã expresso minha gratidão pela paciência e compreensão durante esta jornada, por todo o apoio e cuidado sempre. Aos demais familiares, tias e avós, gratidão pelo carinho e oração constante.

Ao meu namorado, Bruno William, expresso minha profunda gratidão pela incessante companhia, incentivo e amor.

À minha psicóloga, Rose Correia, agradeço por me ajudar a continuar, por estar ao meu lado em cada choro e crise, sempre me apoiando.

Ao Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a todos os professores, por me inspirarem e me guiarem nesta jornada acadêmica. À minha turma de mestrado, obrigada por tornar esta caminhada mais leve, compartilhando seus aprendizados e experiências ao longo do percurso.

Expresso minha gratidão especial ao meu orientador, Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, pela paciência infinda, educação e disposição.

Grata também ao Ministério da Saúde e à Fundação Araucária pelo financiamento que tornou possível a realização desta pesquisa.

Meu muito obrigada especial aos coordenadores do projeto, Prof. Dr. Silvano da Silva Coutinho e Profa. Dra. Lucélia Justino Borges, pela liderança e eficiência que foram essenciais para a elaboração desta pesquisa.

Aos colaboradores Sílvia Karla Azevedo Vieira e João Felipe Marques da Silva, obrigada pelo apoio e mediação essencial no acesso aos municípios envolvidos.

Meu reconhecimento aos Secretários de Saúde dos municípios: Laila Maria Alves Giota, Viviane Granado Barreira da Silva, Amauri Klossowski, Jaderson Luiz Molinari, Bruna Cristina Markevicz e Jociel Wacilkoski pela receptividade, pois a colaboração de todos foi imprescindível para o êxito desta pesquisa.

Estendo meus agradecimentos aos entrevistadores dos municípios, cuja disposição e cuidado demonstrados para com a população foram notáveis. E a todos os entrevistados, agradeço a participação e auxílio no desenvolvimento deste estudo.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para este estudo.

“A dor do luto é proporcional à intensidade do amor vivido na relação que foi rompida pela morte, mas também é por meio desse amor que conseguiremos nos reconstruir.”
(Ana Claudia Quintana Arantes)

RESUMO

TSUZUKI, Leticia Taynara. **Dor musculoesquelética crônica em usuários da atenção primária à saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná: Caracterização, fatores associados e tratamento.** 2024. p.117. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

A dor musculoesquelética crônica é caracterizada como uma dor persistente que afeta diretamente o(s) osso(s), articulação(ões), músculo(s) ou tecido(s) mole(s) relacionado(s). O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de dor musculoesquelética crônica em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios de pequeno porte do estado do Paraná e seus fatores associados. Foi realizado um estudo transversal, de amostragem intencional, no qual foram realizadas 1878 entrevistas com usuários com ≥ 18 anos, da APS de seis municípios com menos de 20 mil habitantes no Paraná. Para identificar os usuários com dor musculoesquelética crônica, foi realizada a pergunta: "Você sente algum tipo de dor muscular há seis meses ou mais?", caso a resposta fosse positiva, havia questões para caracterização da dor. Variáveis sociodemográficas e de saúde foram consideradas variáveis independentes. Para a análise descritiva, usou-se a frequência absoluta e relativa, razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8%. Considerando as análises ajustadas, observou-se maior prevalência entre as mulheres (RP=1,30; IC=1,17-1,43), entre os sujeitos com 25 a 39 anos (RP=1,25; IC=1,01-1,55), com 40 a 59 anos (RP=1,80; IC=1,46-2,21) e com mais de 60 anos (RP=2,12; IC=1,69-2,66) em comparação aos de 18 e 24 anos, em usuários com ensino superior e especialização (RP=0,72; IC=0,61-0,84) a razão de prevalência foi menor, em comparação aos usuários com até o nível fundamental incompleto. Ademais, observou-se associação com autopercepção negativa de saúde (RP=1,51; IC=1,38-1,64), diagnóstico de hipertensão (RP=1,16; IC=1,06-1,26), diabetes (RP=1,19; IC=1,08-1,30), hipercolesterolemia (RP=1,10; IC=1,01-1,21), doenças reumáticas (RP=1,41; IC=1,31-1,53) e depressão (RP=1,28; IC=1,18-1,39). Apresentam alta prevalência de dor moderada ou intensa (84,9%) e a dor interferia de maneira moderada ou extrema nas atividades diárias de 72,7%. A região lombar foi a apontada como sendo o local mais frequente de dor com maior prevalência (22,5%). Os resultados indicam alta prevalência de dor crônica nos usuários da APS dos municípios de pequeno porte investigados, portanto, é necessário a promoção de ações e políticas públicas voltadas as especificidades desses municípios.

Palavras-chaves: Dor musculoesquelética, Dor crônica, Atenção Primária à Saúde, Cidades pequenas.

ABSTRACT

TSUZUKI, Letícia Taynara. **Chronic musculoskeletal pain in primary health care users in six small cities in the state of Paraná: Characterization, associated factors and treatment.** 2024. p.117. Dissertation (Master) – Postgraduate Program in Collective Health, State University of Londrina, Londrina, 2024.

Chronic musculoskeletal pain is characterized as persistent pain that directly affects the bone(s), joint(s), muscle(s) or related soft tissue(s). The aim of this study was to verify the presence of chronic musculoskeletal pain in Primary Health Care (PHC) users in six small cities in the state of Paraná and their associated factors. A cross-sectional, purposive sampling study was carried out, in which 1878 interviews were conducted with Primary Health Care users aged ≥ 18 years in six cities with less than 20,000 inhabitants in the state of Paraná. To identify users with chronic musculoskeletal pain, this question was made: "Have you had any kind of muscle pain for six months or more?" If the answer was positive, other questions to characterize pain were applied. Sociodemographic and health variables were considered independent variables. To descriptive analysis absolute and relative frequencies were used, as well as crude and adjusted prevalence ratios, which were obtained using Poisson regression with robust variance. The prevalence of muscular pain was 55.8%. Considering the adjusted analyses, there was a higher prevalence among women (PR=1.30; CI=1.17-1.43), among subjects aged 25 to 39 (PR=1.25; CI=1.01-1.55), aged 40 to 59 (PR=1.80; CI=1.46-2.21) and over 60 years old (PR=2.12; CI=1.69-2.66) compared to those aged between 18 and 24, users with higher education and specialization (PR=0.72; CI=0.61-0.84) the prevalence ratio was smaller compared to users with incomplete primary education. There was also an association with negative self-perception of health (PR=1.51; CI=1.38-1.64), diagnosis of hypertension (PR=1.16; CI=1.06-1.26), diabetes (PR=1.19; CI=1.08-1.30), hypercholesterolemia (PR=1.10; CI=1.01-1.21), rheumatoid arthritis (PR=1.41; CI=1.31-1.53) and depression (PR=1.28; CI=1.18-1.39). High prevalence of moderate or severe pain (84.9%) and pain interfered moderately or extremely with daily activities in 72.7%. The lumbar region was indicated as the most frequent site of pain with the highest prevalence (22.5%). The results indicate a high prevalence of chronic pain among Primary Health Care users in the small municipalities investigated, so it is necessary to promote actions and public policies aimed at the specificities of these municipalities.

Keywords: Musculoskeletal pain, Chronic pain, Primary Health Care, Small cities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Fatores que influenciam a dor crônica.....	26
Figura 2 -	Mapa das 22 regionais de saúde do Paraná, destacando as quatro regionais estudadas.....	36
Figura 3 -	Fluxograma do número de abordagens, recusas e entrevistas da pesquisa.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais informações dos estudos encontrados sobre dor crônica em municípios de pequeno porte brasileiros.....	32
Tabela 2 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos usuários da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).....	49
Tabela 3 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).....	50
Tabela 4 - Associação entre as variáveis de saúde e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).....	51
Tabela 5 - Descrição das variáveis relacionadas a dor musculoesquelética crônica dos usuários e tratamentos da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1048).....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quantidade de equipes multiprofissionais dos seis municípios de pequeno porte do Paraná.....	29
Quadro 2- Dados demográficos selecionados dos municípios de pequeno porte participantes do estudo.....	37
Quadro 3 - Quadro de síntese das variáveis de dor musculoesquelética crônica- variável dependente.....	103
Quadro 4 - Quadro de síntese das variáveis sociodemográficas- variáveis independentes.....	106
Quadro 5 - Quadro de síntese das variáveis de saúde geral- variáveis independentes.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A δ	Alfa-Gama
AINES	Analgésicos e anti-inflamatório não esteroidal
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitês de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
XIX	Século Dezenove
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAP	Equipe de Atenção Primária
EGDC	Escala Graduada da Dor Crônica
ENASF-AB	Equipe Núcleo Ampliado Saúde da Família Atenção Primária
ESF	Equipe de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de massa corpórea
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IC	Intervalo de Confiança
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PIC's	Práticas integrativas e complementares
PIB	Produto Interno Bruto
Km ²	Quilômetro quadrado
RP	Razões de Prevalência
R\$	Reais

SUS	Sistema Único de Saúde
SBED	Sociedade Brasileira de Estudos da Dor
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste
UFPR	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DEFINIÇÃO DE DOR.....	23
2.2 FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DE DOR.....	24
2.3 CATEGORIZAÇÃO DA DOR.....	26
2.4 DOR CRÔNICA NO SUS.....	27
2.5 AVALIAÇÃO E TRATAMENTOS DA DOR NO SUS.....	28
2.6 CUSTOS COM A DOR CRÔNICA.....	31
2.7 PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA.....	32
3. JUSTIFICATIVA.....	34
4. OBJETIVOS.....	35
4.1 OBJETIVO GERAL.....	35
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
5. METODOLOGIA.....	36
5.1 DELINEAMENTO.....	36
5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	36
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
5.4 INSTRUMENTO.....	38
5.5 VARIÁVEIS.....	41
5.5.1 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	40
5.5.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	40
5.6 COLETA DE DADOS.....	41
5.7 ANÁLISE DE DADOS.....	42
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	43
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE A- Instrumento completo utilizado na coleta de dados.....	72

APÊNDICE B- Quadro de síntese das variáveis de dor musculoesquelética crônica- variável dependente.....	104
APÊNDICE C- Quadro de síntese das variáveis sociodemográficas- variáveis independentes.....	107
APÊNDICE D- Quadro de síntese das variáveis de saúde geral- variáveis independentes.....	109
ANEXOS	110
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP.....	111
ANEXO B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	116

APRESENTAÇÃO

Nesta dissertação, intitulada “Dor musculoesquelética crônica em usuários da atenção primária à saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná: Caracterização, fatores associados e tratamento”, aborda-se a dor musculoesquelética crônica, especificamente buscando investigar a sua prevalência em municípios de pequeno porte, alguns fatores associados, aspectos ligados ao seu tratamento e seu impacto na realização de atividades diárias em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS).

Inicialmente, este trabalho é composto de introdução e referencial teórico, onde busca-se trazer alguns elementos históricos da construção do conceito de dor, bem como sua fisiopatologia, classificações e categorizações. Além disso, aborda a questão das políticas públicas e o papel da APS e busca-se sumarizar algumas informações sobre trabalhos realizados nesta temática que foram realizados com moradores de municípios de pequeno porte.

Esta dissertação também é composta por justificativa, objetivo geral, objetivos específicos e metodologia. Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo, que será submetido à uma revista científica, e por fim, as considerações finais da dissertação.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente a dor está presente na vida do ser humano, sendo considerada inclusive um importante desafio para a ciência e para a saúde pública (Matos, 2012). A *International Association for the Study of Pain* (IASP) conceitua a dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial,” e acrescentou notas explicativas, incluindo a etimologia (Raja *et al.*, p.02 2020).

De forma geral, a dor pode ser classificada de duas formas, com base no tempo de evolução dos sintomas: dor aguda e dor crônica (Ferreira *et al.*, 2011). A dor aguda é um alerta e está relacionada a afecções traumáticas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios, com a duração máxima de três meses (Calil e Pimenta, 2005). Já a dor crônica é definida como persistente mesmo após o tempo normal de cicatrização, normalmente persiste por mais de três a seis meses (Smith *et al.*, 2019).

Assim, com o objetivo de criar um sistema de classificação aplicável na Atenção Primária a Saúde (APS), e, em ambientes clínicos para o tratamento especializado da dor, em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a IASP, adotaram sete categorias de dor crônica, que foram incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) de dor crônica, sendo elas: Dor crônica primária, Dor crônica do câncer, Dor pós-traumática e dor pós-operatória crônica, Dor neuropática crônica, Dor de cabeça/cefaleia crônica e dor orofacial, Dor visceral crônica e Dor musculoesquelética crônica (Barke *et al.*, 2022).

Este trabalho irá abordar especificamente a dor musculoesquelética crônica, que é definida como: “dor persistente ou recorrente que surge como parte de um processo de doença que afeta diretamente o(s) osso(s), articulação(ões), músculo(s) ou tecido(s) mole(s) relacionado(s)” (Barke *et al.*, 2022). Esta categoria está, portanto, limitada à dor nociceptiva e não inclui a dor que é somente percebida nos tecidos musculoesqueléticos, como a dor da compressão neuropática ou dor somática referida (Raja *et al.*, 2020).

A dor crônica tem impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos e, ao ser constante e prolongada, pode afetar a capacidade de realizar atividades diárias, incluindo o trabalho (Castro *et al.*, 2011), os exercícios físicos (Meucci *et al.*, 2018),

tarefas domésticas (Ferreira *et al.*, 2011), cuidados pessoais e lazer (Lini *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2016). Além do mais, a dor crônica também pode causar distúrbios do sono (Castro *et al.*), dependência de medicação ou/e automedicação (Lini *et al.*, 2016), dependência física e financeira da família (Oliveira *et al.*, 2023), depressão do sistema imune, tornando-o mais susceptibilidade à doenças, transtornos mentais como: depressão, ansiedade e isolamento social (Rice; Smith e Blyth, 2016).

Ademais, pelo grande número de casos, alto custo, tanto com diagnóstico quanto tratamento, a dor crônica acarreta importantes custos para a saúde pública e gera absenteísmo, inclusive no contexto brasileiro (Souza *et al.*, 2017; Prudente *et al.*, 2020). Alguns fatores estão frequentemente associados como: o sexo feminino (Castro *et al.*, 2011; Ferreira *et al.*, 2011; Lini *et al.*, 2016; Meucci *et al.*, 2018; Malta *et al.*, 2019; Rocha; Alfieri e Silva, 2021), o aumento da idade (Cordeiro; Khouri e Corbett, 2008; Cabral *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2019; Rocha; Alfieri e Silva, 2021), sobrepeso ou obesidade (Malta *et al.*, 2019; Rocha; Alfieri e Silva, 2021), baixa escolaridade (Amorim *et al.*, 2014; Cabral *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2019), comorbidades (Cabral *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2019; Rocha; Alfieri e Silva, 2021), percepção ruim de saúde (Ferreira *et al.*, 2011; Lini *et al.*, 2016; Rice; Smith e Blyth, 2016; Rodrigues *et al.*, 2016), ansiedade e depressão (Castro *et al.*, 2011; Cabral *et al.*, 2014; Rice; Smith e Blyth, 2016; Meucci *et al.*, 2018;), dificuldade em realizar atividades diárias (Lini *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2016), atividade física (Lini *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2016; Meucci *et al.*, 2018), entre outros.

A dor crônica é uma condição de alta prevalência globalmente, que envolve sofrimento, incapacidade e alto custo (Phillips, 2009; Vlainich *et al.*, 2010). Segundo a OMS, cerca de 10% da população mundial sofre de dor crônica (Goldberg e Mcgee, 2011; OMS, 2012). Uma revisão sistemática e meta-análise, que incluiu 12 estudos com dados de oito países em desenvolvimento, observou que a prevalência de dor crônica tem grande variação, entre 13% e 51%. Esta variação se deve à grande heterogeneidade em relação à definição de dor crônica nos estudos selecionados, à variabilidade da definição de idade adulta, podendo ser de 16 a 18 anos de acordo com cada país, às diferenças metodológicas, como a coleta de dados, inclusive com alguns estudos realizados a partir de contato telefônico e outros presenciais (Sá *et al.*, 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED), aproximadamente 37% da população brasileira, cerca de 60 milhões de pessoas, relatam dores crônicas (Souza *et al.*, 2017). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que houve um aumento no percentual de indivíduos com problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas, pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco, passando de 18,5 % em 2013 para 21,6% em 2019 (IBGE,2013; IBGE,2019). No Brasil, diversos estudos têm buscado identificar a prevalência de dor crônica e seus fatores associados (Kreling; Cruz; Pimenta, 2006; Ruviano e Filippin, 2012; Santos *et al.*, 2015). Trabalho que buscou revisar os estudos que foram realizados com amostras brasileiras e incluiu 35 estudos e observou que a prevalência de dor crônica variou entre 23,0% e 76,2%. Estas diferenças podem ser explicadas pelas distintas definições em relação ao tempo de dor crônica nos estudos selecionados, variando entre três e seis meses, além das características de cada amostra (Aguiar *et al.*, 2021). Apenas três trabalhos incluídos nesta revisão foram realizados em sujeitos moradores de municípios de pequeno porte. Lini *et al.* (2016) realizaram um estudo de base populacional, no município de Estação-RS, por meio de inquérito domiciliar e verificaram a prevalência de 54,7% em sua amostra de 416 idosos. Rodrigues *et al.* (2016) fizeram um estudo de base populacional, em Coxilha-RS, entrevistaram 158 idosos em seus domicílios e observaram que 43,7% referiram a dor crônica. Meucci *et al.* (2018) efetuaram um estudo de base populacional, com os adolescentes entre 13 e 19 anos, do município de Caracol-PI, foram entrevistados 1112 adolescentes em seus domicílios, e 10,7% citaram dor crônica.

Além destes estudos citados na revisão de Aguiar *et al.* (2021), outros dois estudos que investigaram a prevalência de dor crônica em municípios de pequeno porte foram encontrados. Cordeiro, Khouri e Corbett (2008) fizeram um estudo em Serra dos Aimorés-MG, com 1.306 usuários acima de 12 anos da APS e a dor musculoesquelética crônica foi relatada por 10,6% dos usuários, sendo a queixa mais prevalente que motivou consulta médica. Rocha, Alfieri e Silva (2021) concretizaram um estudo em Irani-SC, com 409 participantes maiores de 20 anos, e a prevalência de dor crônica foi de 56%. Assim, ainda que a dor crônica seja um tema bem descrito na literatura, a busca por estudos em municípios de pequeno porte mostra que existe uma lacuna nestas localidades.

Cidades de pequeno porte podem ser definidas como localizações com uma

população de até 20 mil habitantes, e representam cerca de 70% dos municípios do Brasil (IBGE, 2019). No Paraná, dos 399 municípios, 312 (78,1%) municípios são de pequeno porte (IBGE, 2019). Pinafo et al (2020) citam que, em geral, os municípios de pequeno porte possuem algumas especificidades, como: pouca autonomia para a gerir os orçamentos municipais, menor capacidade de arrecadação fiscal, que, conseqüentemente, leva a menor alocação de recursos orçamentários; e, ainda, dificuldade de fixação de profissionais da saúde, principalmente médicos. Estas especificidades podem influenciar a realidade dos serviços de saúde e a forma como os profissionais dos serviços relacionados à dor crônica atenderão os usuários (Lini et al.,2016).

Em relação ao tratamento para dor crônica, podemos citar os tratamentos farmacológico e não farmacológico. O tratamento farmacológico proposto pela OMS preconiza a utilização da Escada Analgésica. Ou seja, para a dor de baixa intensidade (primeiro degrau), administra-se analgésico não opioide e um anti-inflamatório não esteroideal (AINES). Para a dor de moderada intensidade (segundo degrau), administra-se analgésico associado a um opioide fraco. Já para dor intensa (terceiro degrau), indica-se opioides fortes, como morfina, além de antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos e oxicodona. A mudança de tratamento para o próximo degrau ocorre caso não seja observada melhora da dor após uma semana (Cunha e Mayrink,2011; OMS,2012; Prudente et.al.,2020). Salientamos que a prescrição medicamentosa pode oferecer riscos, dessa forma, é indispensável conhecer as estruturas químicas, mecanismo de ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. É necessário sempre avaliar e reavaliar a eficácia de cada intervenção medicamentosa (Souza et al., 2017; Sá et al., 2019; Birkinshaw et al., 2023).

Além do tratamento farmacológico, a literatura tem apontado que tratamentos não farmacológicos têm mostrado bons resultados na redução da medicação, diminuindo efeitos colaterais (Bersani; Moraes e Santos,2016), reduzindo a dor e aumentando a funcionalidade (Queiroz et al., 2012; Matos et al., 2018). Como também, há uma ampla gama de tratamentos não farmacológicos, como por exemplo, as práticas integrativas e complementares (PIC's) (Marquez, 2011; Cheung, 2017; Pinheiro et al., 2021), atividade física (Souza, 2009), fisioterapia (Moretto et al., 2009; Desconsi et al., 2019), pilates (Machado et al., 2021), hidroterapia (Cirilo, 2020),

alongamento (Câmara-Gomes *et al.*, 2022) e exercícios de fortalecimento muscular (Mapa; Rocha e Duarte, 2022).

Neste sentido, é importante que sejam realizados estudos em municípios de pequeno porte, reconhecendo as especificidades da realidade do sistema de saúde deles, visto que a maioria dos estudos sobre dor crônica tem sido realizada em municípios com maior densidade populacional, o que pode influenciar a prevalência e o manejo da dor crônica, provocando uma lacuna de conhecimento em relação às cidades de menor população.

Portanto, investigar a prevalência da dor crônica em pessoas residentes em municípios de pequeno porte, bem como seus fatores associados e aspectos ligados ao seu tratamento, pode ser importante para o planejamento de ações e políticas públicas de saúde e que possam contribuir para o enfrentamento do problema de dor crônica, que, certamente, pode ser considerado uma questão relevante de saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DEFINIÇÃO DE DOR

Desde o princípio o ser humano procurou razões para a dor e maneiras para livrar-se dela, mas apesar da percepção da dor ser universal, foi descrita de diferentes formas de acordo com cada cultura, ao longo do tempo (Posso *et al.*, 2017). Na pré-história, a dor era associada aos espíritos, aos demônios, eram feitos oferendas e rituais por meio de curandeiros e feiticeiros para que, por meio do perdão e a expulsão dos demônios, pudesse haver cura das dores (Warfield, 1988).

Na antiguidade, papiros egípcios mostraram a atribuição da dor aos espíritos e deuses. Nesta época, ervas, emplastos e compressas também eram usados para o tratamento da dor. Em relação à literatura da dor, Castro (1999) cita filósofos clássicos importantes da Grécia Antiga. Platão mencionava que dor e prazer são comuns aos seres humanos e o prazer decorreria do alívio da dor. Aristóteles dizia que a dor era uma sensação, que advinha dos estímulos gerados na pele, e o coração seria o local de processamento deste estímulo. Textos gregos afirmam que eles acreditavam que havia dois tipos de nervos, um para movimentar e outro para processar as sensações.

Durante a Idade Média houve o desenvolvimento da medicina medieval baseado nos filósofos da Grécia, Egito, Índia, China e Pérsia, e havia ainda a popularização da astrologia e magia negra, onde amuletos, sangrias, plantas, banhos de ervas eram utilizados para o tratamento da dor (Teixeira e Okada, 2003).

Durante o Período do Renascimento Cultural, com a invenção do microscópio, o conhecimento da biologia humana foi se aprimorando. Nesta época, a preocupação estava em aliviar a dor, com foco principalmente nas terapias físicas, eletroterapia e massagens, o qual era difundido principalmente no Japão, com a técnica de Shiatsu para o alívio da dor (Castro, 1999).

A partir do século XIX, foram desenvolvidas as anestésias, acompanhando o progresso das técnicas operatórias, como também foram realizadas amputações sem dor, apenas utilizando-se de baixas temperaturas e compressão nervosa, inclusive no campo de batalha da Segunda Guerra Mundial, a partir do aprimoramento das técnicas de imagem e laboratório, que levaram também ao conhecimento da anatomia e fisiologia da dor (Livingston, 1935). William K. Livingston concluiu que a dor não era apenas uma resposta mecânica, e que ela surgia pela ativação dos receptores

sensitivos dos tecidos que veiculavam a dor até a medula espinhal a qual processava a dor (Sande, 1944). Passou-se então a ter a necessidade de se estabelecer parâmetros e uma definição que fosse aceita mundialmente. Assim, por dois anos, 102 estudiosos da dor, associados à OMS, deliberaram sobre o assunto e, no primeiro Simpósio Internacional de Estudos da Dor, nos Estados Unidos, onde foi criada a IASP.

No Brasil também houve um crescente interesse dos médicos brasileiros por estudar e tratar a dor. Em 1979, a OMS, influenciada pela IASP, planejou um grande estudo mundial, no qual o Brasil foi um dos países participantes, avaliando a situação da dor na população brasileira, criando, assim, o primeiro estudo populacional de dor (Posso *et al.*, 2017). No entanto, somente em 1984, a SBED foi reconhecida pela IASP e com o passar dos anos, diversos profissionais das mais variadas áreas uniram forças para estudar a dor no Brasil (Castro, 1999).

Em 1979, a IASP definiu a dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”(IASP, 1979), definição esta que foi usada por 41 anos, quando novamente a IASP chegou a definição de dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial,” e acrescentou notas explicativas incluindo a etimologia (Raja *et al.*, 2020,p.02)

Ao longo da história, a compreensão e o tratamento da dor evoluíram consideravelmente, refletindo as concepções culturais e científicas de diferentes épocas. Desde a pré-história, até as descobertas mais recentes sobre os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, a jornada para definir e abordar a dor tem sido multifacetada. Esta evolução contínua reflete a constante busca por compreender a magnitude e a grandeza de como este fenômeno afeta as populações e as culturas ao longo do tempo.

2.2 FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DE DOR

A fisiopatologia da dor pode ser dividida em quatro etapas (Guyton e Hall, 2017). A primeira etapa é a nociceptiva, que ocorre quando os estímulos provocam a ativação dos nociceptores nócicos, que são terminações nervosas que detectam estímulos potencialmente nocivos, podem ser somáticos também, estão presentes na

pele, nos músculos, ossos, e podem ser viscerais, estando presentes nos órgãos e tecido conjuntivo. Os nociceptores nócicos modulam a energia dos estímulos nociceptivos em impulsos nervosos, também chamado de transdução, para conduzi-los até à medula espinhal.

A segunda etapa é do processo chamado de transmissão, os estímulos podem ser estímulos térmicos e mecânicos, conduzidos pelas fibras A δ de menor calibre, que possuem uma condução mais rápida, geralmente associadas à dor aguda. Em contrapartida, os estímulos mecânicos, químicos ou térmicos de intensidade nociva, são transmitidos pelas fibras C, que são amielínicas e conduzem a dor crônica com uma velocidade de transmissão mais lenta, também participam desta fase. Ambas as fibras transmitem os sinais dolorosos da periferia até o corno dorsal da medula, e, posteriormente, para os tratos espinhais até o córtex cerebral. A terceira fase é a modulação da dor por meio das vias nervosas na medula espinhal. A quarta e última fase é a percepção da dor, ocorrendo quando a medula espinhal transmite os sinais de dor para o córtex cerebral (Melo, 2012; Teixeira e Forni, 2019).

Deste modo, a percepção da dor acontece quando o impulso é percebido por meio dos estímulos nocivos, porém, a via de percepção da dor pode ser alterada durante o processo. Portanto, a dor é classificada de acordo com os mecanismos fisiopatológicos subjacentes, como dor nociceptiva, neuropática ou nociplástica (Ferreira, 2006; Teixeira e Forni, 2019).

A dor nociceptiva ocorre quando há estimulação prolongada em que o processo de recepção e transmissão central ocorre de maneira adequada, mas o estímulo contínuo resulta em persistência da dor, na pele, este estímulo está ligado aos músculos, ossos, e podem ser viscerais (Martelli e Zavarize, 2013). A dor nociceptiva, geralmente, responde aos analgésicos convencionais (Teixeira, 2001).

A dor neuropática, por outro lado, decorre de lesões ou disfunções neurais em várias regiões do sistema nervoso, incluindo o periférico, central ou autônomo. Pode resultar de danos nos nervos periféricos, desde compressões da bainha de mielina até alterações na neuroplasticidade (Torrance *et al.*, 2006). Além disso, respostas inflamatórias, como na degeneração do disco intervertebral, também podem desencadear essa dor. Diferentemente da dor nociceptiva, a dor neuropática responde menos aos analgésicos convencionais, mas pode ser controlada com antidepressivos e anticonvulsivantes (Miranda, Seda e Pelloso, 2016).

Por fim, na categoria de dor nociplástica, pode ser caracterizada como uma

sensibilização do sistema nervoso central, amplificando a sinalização dos neurônios nociceptivos. Porém, a dor nociplástica não necessariamente está ligada a um dano estrutural. Em relação aos sintomas, em geral, os indivíduos apresentam dor difusa ou generalizada, sintomas somáticos e hipersensibilidade. Geralmente, não respondem a anestésicos locais (Shraim *et al.*, 2022).

2.3 CATEGORIZAÇÃO DA DOR

A resposta a um estímulo doloroso varia de acordo com cada indivíduo, em diferentes dimensões, sejam elas, subjetivas, cognitivas, afetivas e sociais. Cada uma das dimensões desempenham um papel e podem levar a incapacidade física, sofrimento e dependência (Sardá Jr, 2015)

Figura 1. Fatores que influenciam a dor crônica.



Fonte: Sardá Jr, 2015.

A dor é complexa, em que pode haver diversas causas, podem ser afetados diversos tecidos e/ou locais, com diferentes tempos de duração. Por isso, para classificar a dor é possível fazê-la por meio do tempo de duração, localização e a eventual associação a alguma patologia ou trauma (Guyton e Hall, 2017).

Quanto ao tempo de duração, a dor pode ser classificada como aguda ou crônica. A dor aguda é definida como, uma dor de início recente e duração limitada ao tempo máximo de três meses, sendo importante para o diagnóstico de diversas doenças (Marquez, 2011; Müller, 2022). A dor crônica é definida como uma dor de

tempo prolongado, com duração superior a três meses clinicamente, que persiste após a cura da lesão originária (Kurita e Pimenta, 2003; Moretto et al., 2009; Aguiar et al., 2021). Para este estudo foi utilizado a “*Classification of Chronic Pain*” que, apesar de aceitar para diagnóstico clínico a dor crônica com o tempo de duração a partir de três meses, recomenda, para fins de pesquisas populacionais, que se utilize duração maior ou igual a de seis meses como critério para caracterizá-la (Merskey, 1986).

Em 2019 a OMS e a IASP incluíram na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) de dor crônica, sete categorias: Dor crônica primária, Dor crônica do câncer, Dor pós-traumática e dor pós-operatória crônica, Dor neuropática crônica, Dor de cabeça/cefaleia crônica e dor orofacial, Dor visceral crônica e dor musculoesquelética crônica (Smith et al., 2019; Raja et al., 2020)

Portanto, este trabalho abordará especificamente a dor musculoesquelética crônica, que é definida como: “dor persistente ou recorrente que surge como parte de um processo de doença que afeta diretamente o(s) osso(s), articulação(ões), músculo(s) ou tecido(s) mole(s) relacionado(s)” (Barke et al., 2022)

Embora a prevalência de dor crônica possa variar de acordo com o desenho do estudo, a definição de dor e a população estudada, existe um consenso na afirmação de que este é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, e, quando a dor passa a ser crônica, deixa de ser um sinal ou sintoma e passa a ser uma patologia, com CID e classificações próprias (Lima e Trad, 2008).

2.4 DOR CRÔNICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A dor é inerente ao ser humano, entretanto, a tarefa de descrever a dor ao profissional da saúde é um grande desafio, e para o profissional, captar a experiência do outro também é uma tarefa difícil. E tem se tornado uma queixa recorrente na APS (Cordeiro; Khouri e Corbett, 2008).

No âmbito do SUS tem havido esforços para a implementação de uma linha de cuidado, que inclua serviços da atenção primária, secundária e terciária. Pois, atualmente, os usuários que procuram um serviço de saúde com queixa de dor crônica são tratados de forma fragmentada, encaminhados para diversas especialidades que nem sempre estão integradas dentro do sistema de saúde (Prudente et al., 2020)

A Lei de nº 12.401, de 28 de abril de 2011, determina algumas mudanças,

incorporações e alocação dos investimentos, no qual, devem ser incluídos na política pública de saúde, com formato explícito de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os respectivos programas de saúde, considerando a universalidade do cuidado em saúde (Brasil, 2011).

O Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica foram estabelecidos por meio da Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012, elaborado pelo Ministério da Saúde, para direcionar estados e municípios no manejo e na regulação dos indivíduos com esse agravo, atualizando os conceitos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes indivíduos. Porém, este documento não discute toda a organização do serviço ou desenvolvimento da linha de cuidado completa para estes usuários. Apenas, sintetiza, levemente, questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento adjuvante com antidepressivos e relaxantes musculares. Ao tratamento não medicamentoso, cita apenas exercícios terapêuticos e associação entre essas terapias e medicamentos (Brasil, 2012). Desta forma, apresenta uma lacuna em relação ao tratamento da dor crônica, demonstrando a necessidade de melhorias nesta política pública.

Apesar dos avanços, ainda encontramos diversas limitações, principalmente nos municípios de pequeno porte, no qual existe escassez dos recursos humanos, principalmente médico e financeiros, por possuírem uma receita menor dos que os grandes municípios, somadas ao aumento da demanda por conta do envelhecimento populacional e outras condições que geram dor crônica (Pinafo *et al.*, 2020). Neste sentido, são necessárias estratégias que possam aumentar o acesso aos serviços e facilitar a inserção efetiva e cumprimento das políticas públicas (Cordeiro; Khouri e Corbett, 2008).

2.5 AVALIAÇÃO E TRATAMENTOS DA DOR NO SUS

A avaliação, classificação e tratamento da dor são fundamentais dentro dos serviços de saúde. A *Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations* (JCAHO), em 2000, preconizou que a dor fosse avaliada e registrada como o quinto sinal vital. Pois, deste modo, a dor é valorizada e respeitada, assegurando ao usuário acesso ao tratamento específico de dor (Araujo e Romero, 2015).

Desta forma, a avaliação e mensuração da dor são grandes desafios, pois a dor é autorrelatada e é composta pelas experiências de cada um. A abordagem da

dor, tanto em relação à avaliação, quanto ao controle e tratamento, necessita de um trabalho multiprofissional, onde exista diálogo entre os profissionais focando na melhora do usuário (Souza *et al.*, 2017). Visto que, quando a dor se torna crônica, passa de um sinal para uma doença com CID próprio, contudo, é indiscutível que avaliá-la auxilia no acompanhamento e evolução do quadro doloroso (Lima e Trad, 2008; Araujo e Romero, 2015).

Em suma, é necessário incentivar o tratamento não farmacológico, com a participação em grupos de atividade física (alongamento, exercício aeróbio, fortalecimento) bem como, o uso de práticas integrativas (acupuntura, auriculoterapia, meditação) e promover programas educativos para os usuários, desenvolvidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) são alternativas para prevenir e tratar a dor crônica. Neste sentido, a APS é a fundamental, como principal porta de entrada e potente no atendimento aos usuários com dor crônica (Kurita e Pimenta, 2003).

No âmbito da APS, uma estratégia potente é o trabalho em equipes multiprofissionais. Conforme mencionado no caderno de Atenção Básica de Demanda Espontânea, recomenda-se que o atendimento aos usuários com dor crônica na APS seja realizado com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2013). O NASF, estabelecido em 2008, é composto por equipes multiprofissionais, cujo principal objetivo é apoiar as equipes de Saúde da Família (eSF) na APS por meio de um processo de trabalho centrado em atividades compartilhadas, interdisciplinares e colaborativas (Brasil, 2010).

Em 2017, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, o NASF passou por importantes modificações, tendo inclusive seu nome modificado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB), ampliando seu escopo de atuação para além da eSF, incluindo outras equipes (Brasil, 2017).

Posteriormente, em 2019, foi implementado o programa Previne Brasil, promovendo mudanças significativas no modelo de financiamento da APS. Neste novo modelo, os recursos federais passaram a ser repassados aos municípios com base no número de pessoas cadastradas e no desempenho, conforme indicadores selecionados, deixando de haver um repasse fixo relacionado à presença da eSF e eNASF-AB (Brasil, 2020). Assim, a manutenção das equipes ficou a critério dos gestores cada município e, na prática, isso poderia levar ao fim de muitas equipes NASF-AB.

Em maio de 2023, por meio da Portaria GM/MS Nº 635, foi instituído e definido

um incentivo financeiro federal para implantação, custeio e desempenho das modalidades de equipes Multiprofissionais (e-Multi) na APS, semelhantes as antigas equipes eNASF-AB. Estas equipes passaram a receber repasses fixos e variáveis, dependendo do desempenho, conforme indicadores próprios, por equipes vinculadas e teleatendimento (Brasil, 2023).

Ao serem examinados, os planos municipais dos seis municípios de pequeno porte pesquisados não revelaram qualquer ação ou programa que incorporasse estratégias para o tratamento específico da dor crônica. O quadro, a seguir, apresenta o número de equipes multiprofissionais, em cada município, em setembro de 2023.

Quadro 1. Quantidades de equipes multiprofissionais dos seis municípios de pequeno porte do Paraná.

CIDADE	ESF	ENASF- AB	EAP
Paula Freitas	2	1	1
Paulo Frontin	2	1	1
Porecatu	4	1	0
Rebouças	5	1	0
Tamarana	4	1	0
Teixeira Soares	4	0	0

ESF - Equipe de Saúde da Família; ENASF-AB - Equipe Núcleo Ampliado Saúde da Família Atenção Primária; EAP - Equipe de Atenção Primária.

Fonte: DATASUS.

Apesar dos estudos e esforços dedicados, a dor crônica ainda causa controvérsia em relação ao tratamento não farmacológico, mas é possível afirmar que a prevenção e o trabalho multiprofissional são o melhor caminho (Kurita e Pimenta, 2003; Prudente *et al.*, 2020). Também a produção de mais estudos relacionados a dor é importantes para o desenvolvimento de políticas públicas claras e robustas que levem ao alívio da dor dos usuários.

Destaca-se que o tratamento farmacológico também é um importante aliado, todavia, a prescrição deve ser adequada às necessidades de cada caso, respeitando a farmacodinâmica de cada agente e as contraindicações peculiares a cada indivíduo. (Teixeira *et al.*, 2001).

Em 1985, a OMS preconizou, para tratamento da dor, a escada analgésica, como o nome mesmo sugere, são degraus que progridem, aumentando a medicação,

onde o primeiro degrau representa analgésicos e anti-inflamatório não esteroidal (AINES), o segundo degrau avança para analgésico associado a um opioide fraco e o último degrau indica-se opioides fortes, como morfina e metadona (Costa e Napoli, 2022).

Em 2000, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná criou o Programa Paraná Sem Dor, um programa específico para tratamento da dor, onde são disponibilizados medicamentos específicos aos usuários, de acordo com o estabelecido pela escada analgésica, permitindo a adequação ao tratamento conforme a necessidade do usuário (Ministério da Saúde, 2000). O acesso aos opioides se dá por meio das Farmácias das UBS de cada município ou nas Farmácias das Regionais de Saúde, por meio da Portaria de nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, que aprova a assistência farmacêutica especializada e o financiamento de morfina, codeína, gabapentina e metadona, bem como a aquisição, armazenamento, distribuição e controle, destes medicamentos. Há se destacar, a relevância deste programa, favorecendo o acesso aos medicamentos, porém, é necessário ressaltar que também apresenta uma lacuna em relação ao tratamento não medicamentoso (Brasil, 2009).

Inferimos que a avaliação e reavaliação constante das necessidades de cada usuário é essencial para o sucesso do tratamento da dor, embora o tratamento farmacológico seja importante neste processo, é crucial que a prescrição seja cuidadosamente ajustada, levando em consideração a farmacodinâmica específica de cada agente e suas contraindicações (Teixeira *et al.*, 2001; Prudente *et al.*, 2020). Assim, a oferta de medicamentos específicos, a partir escada analgésica, garante um tratamento adequado às necessidades individuais dos usuários, promovendo o alívio da dor e melhora na qualidade de vida dos usuários.

2.6 CUSTOS COM A DOR CRÔNICA

A dor crônica é um problema de saúde pública, ela afeta o usuário nas esferas clínica, social e econômica, pois, a dor crônica gera baixa produtividade, aposentadorias e afastamentos (Phillips, 2009,). Ademais, pode haver despesa com consultas, exames, procedimentos, internação e medicamentos. Vlainich et al (2010), realizaram um estudo para avaliar a média de custos mensais de indivíduo com dor crônica clínica, com ponto de corte de três meses e observou que a média foi de R\$ 127,74, sendo o mínimo de R\$ 5,00 e máximo de R\$ 780,00. Alguns estudiosos

classificam os custos como diretos, indiretos e intangíveis. No qual, o custo direto está associado aos cuidados médicos e medicamentos, enquanto, os indiretos estão associados a diminuição de capacidade produtiva, os intangíveis, são associados ao sofrimento e piora da qualidade de vida (Lessard, Contandriopoulos e Beaulieu, 2009; Robertson, Lang e Hill, 2003; Phillips, 2009). Mais ainda, as condições musculoesqueléticas foram associadas aos mais altos custos, considerando todo o processo de diagnóstico e tratamento (Teixeira *et al.*, 2001).

Entretanto, na APS, os custos são incertos, mas as decisões em relação ao manejo da dor são importantes, porque devem trazer efetividade, não só em relação a intensidade, mas, em relação a funcionalidade e qualidade de vida dos usuários (Queiroz *et al.*, 2012).

2.7 PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA

Há revisões bibliográficas que abordam a temática da dor crônica no Brasil, entretanto, foram analisados, para este trabalho, exclusivamente os estudos conduzidos em municípios de pequeno porte (Aguilar *et al.*, 2021). Adicionalmente, foram identificados e incluídos, na tabela 1, mais dois estudos pertinentes ao tema (Cordeiro; Khouri e Corbett, 2008; Rocha; Alfieri e Silva, 2021).

Tabela1. Principais informações dos estudos encontrados sobre dor crônica em municípios de pequeno porte brasileiros.

Referências	Coleta de dados	Instrumento	Tamanho amostral	População	Fatores associados	Fatores não associados	Prevalência de dor crônica	Local de maior prevalência	Sexo de maior prevalência
Cordeiro, El Khouri e Corbett, 2008	Entrevista domiciliar	Informações clínicas	1.306 indivíduos	A população atendida pelo projeto Bandeira Científica da FMUSP, que buscaram atendimento médico em Serra dos Aimorés-MG	Sexo masculino e prevalências maiores nas faixas etárias de idade mais avançada	-	10,64%	-	Masculino 14,74%
Rodrigues <i>et al.</i> , 2016	Entrevista domiciliar	Questionário SABE (adaptado).	331 indivíduos	Idosos residentes de Coxilha-RS	Não praticar atividade física, autoavaliação de saúde negativa e dificuldade para realizar atividade básica de vida diária	Zona de moradia, trabalho atual, escolaridade, uso de fármaco, quedas no último ano e renda.	43,70%	Coluna Lombar 67,4%	Masculino
Lini <i>et al.</i> , 2016	Entrevista domiciliar	Questionário SABE	416 indivíduos	Idosos residentes de Estação-RS	Autoavaliação negativa de saúde, sexo feminino, dificuldade para atividades básicas de vida diária	Zona de moradia, faixa etária, situação conjugal, renda, reside sozinho, saber ler e escrever,	54,70%	Membros inferiores 82,5%	Feminino 64,8%
Rocha, Alfieri e Silva, 2021	Entrevista domiciliar	Escala EVA e questionário PEVI	409 indivíduos	População residente de Irani -SC e registrados em uma UBS da cidade	Sexo feminino, ser casado, residir na área urbana, idade mais avançada, mais anos trabalhados, maior número de filhos, menos períodos de férias no ano, baixa escolaridade, consumo de menos xícaras de café por dia, maior índice de massa corporal, maior número de comorbidades.	Etnia, Perfil de estilo de vida, situação de trabalho, fumante, consumo de bebida alcóolica,	56%	-	Feminino
Meucci <i>et al.</i> , 2018	Entrevista domiciliar	Questionário autoaplicável SRQ-20, questionário Nórdico	1112 indivíduos	Adolescentes de 13 a 19 anos residentes do município de Coracócol-PI	Sexo feminino, idades entes 18-19 anos, maior renda, estar trabalhando, presença de distúrbios psiquiátricos menores.	Nível de atividade física, IMC e tempo assistindo TV.	10,7%	Coluna lombar 10,7%	Feminino 53,3%

Fonte: Autoria própria

3 JUSTIFICATIVA

A dor crônica é um problema de saúde pública, que afeta, segundo a OMS, cerca de 10% da população mundial e tem um impacto importante na qualidade de vida da população, bem como na economia dos países (Goldberg e Mcgee, 2011; OMS,2012). Especialmente em municípios de pequeno porte, onde existem diversas especificidades, poucos estudos foram encontrados acerca do tema (Pinafo *et al.*, 2020).

Neste sentido, o estudo da dor musculoesquelética crônica em municípios de pequeno porte se faz importante, inclusive para se buscar um melhor entendimento sobre a temática. Desta forma, conhecer melhor a prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética crônica, pode auxiliar no desenvolvimento de ações e políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento da dor musculoesquelética crônica, nos municípios de pequeno porte do Paraná.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a prevalência de dor musculoesquelética crônica em usuários da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do estado do Paraná e seus fatores associados.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Traçar perfil sociodemográfico dos usuários participantes do estudo.
- Verificar possível associação entre variáveis demográficas e de saúde com a presença de dor crônica;
- Caracterizar a dor crônica dos usuários segundo sua intensidade, localização e interferência percebida na realização das atividades diárias;
- Verificar a prevalência dos tratamentos farmacológico e não farmacológico.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, essa pesquisa está inserida na terceira fase do projeto “Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”, que é um projeto multicêntrico coordenado por professores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) e Universidade Federal do Paraná (UFPR) e que foi desenvolvido em três etapas.

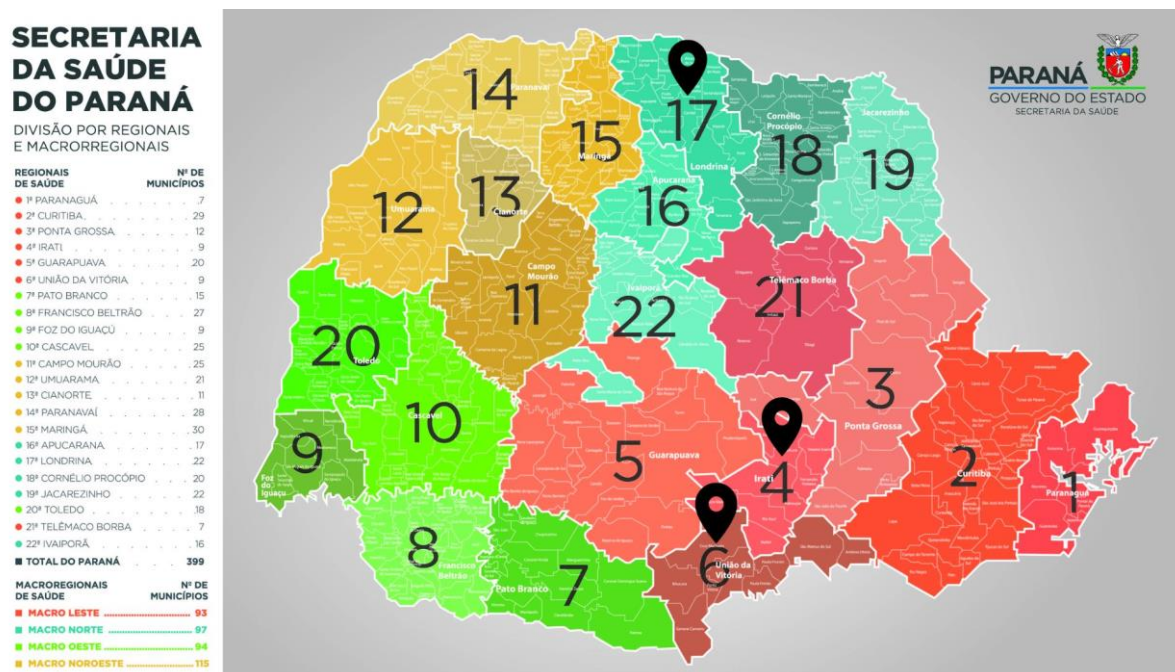
Na primeira etapa, foram consultados os relatórios públicos por meio da plataforma e-Gestor AB, identificando os estabelecimentos de saúde que receberam incentivo financeiro federal e pesquisou-se por meio da Plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), profissionais vinculados às equipes da APS. Na segunda etapa foram enviados questionários aos profissionais de saúde dos municípios de pequeno porte vinculados a seis regionais de saúde do Paraná, sendo investigadas principalmente questões relativas ao cotidiano do trabalho em equipe.

Os municípios que tiveram maior adesão e acesso facilitado por parte dos secretários de saúde e profissionais, foram selecionados para a terceira etapa seis municípios de pequeno porte do Paraná, nos quais foram coletados dados relacionados a saúde e utilização do serviço de saúde dos usuários.

5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em 11 unidades de saúde que atendem a APS nos municípios de Paula Freitas, Paulo Frontin, Rebouças, Teixeira Soares, Porecatu e Tamarana localizados no estado do Paraná, de setembro a novembro de 2022.

Figura 2. Mapa das 22 regionais de saúde do Paraná, destacando as três regionais estudadas.



Fonte: Secretaria de Saúde.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi selecionada de maneira intencional, em 11 unidades de saúde que atendem a APS dos seis municípios, enquanto os usuários aguardavam atendimento.

Foram incluídos no estudo usuários da APS, tendo aceitado participar da pesquisa voluntariamente, estando cientes e tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo eles de ambos os sexos, idade acima de 18 anos, residentes dos municípios de Paula Freitas, Paulo Frontin, Teixeira Soares, Porecatu e Tamarana. Foram excluídos do estudo usuários com menos de 18 anos de idade, incapazes de compreender e consentir com o estudo (Quadro 2).

Quadro 2. Dados demográficos selecionados dos municípios de pequeno porte participantes do estudo.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	REGIONAL DE SAÚDE	IDH-M	ÁREA TERRITORIAL	PIB per capita
Paula Freitas	5.942 pessoas	6ª Regional de Saúde- União da Vitória	0,717	421,409 km ²	R\$ 74.045,21
Paulo Frontin	7.418 pessoas	6ª Regional de Saúde- União da Vitória	0,708	363,351 km ²	R\$ 53.483,78
Porecatu	12.587 pessoas	17ª Regional de Saúde- Londrina	0,738	291,663 km ²	R\$ 44.031,43
Rebouças	14.991 pessoas	4ª Regional de Saúde- Irati	0,672	481,840 km ²	R\$ 35.785,75
Tamarana	15.277 pessoas	17ª Regional de Saúde- Londrina	0,621	472,155 km ²	R\$ 25.633,93
Teixeira Soares	12.761 pessoas	4ª Regional de Saúde- Irati	0,671	902,793 km ²	R\$ 48.305,51

IDH-M- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PIB per capita- Produto Interno Bruto/ número de habitantes do município.

Fonte: IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Fonte: Secretaria de Saúde.

5.4 INSTRUMENTO

Para a coleta de dados, foram utilizados smartphones com sistema operacional Android, nos quais estavam baixados o aplicativo ODK Collect®, onde foi inserido o questionário composto de 214 questões, após preenchidos, eram salvos offline. Assim que fosse possível o acesso à rede de internet, os dados eram transferidos no formato Google Planilhas para o Google Drive que é um serviço de armazenamento na nuvem do Google (APÊNDICE A).

O questionário foi dividido em três seções, sendo elas compostas das seguintes questões:

1) Variáveis de caracterização, eram questões relacionadas ao perfil sociodemográfico dos participantes, incluindo informações sobre cidade e UBS de referência, escolaridade, ocupação, sexo, idade, raça/cor, situação conjugal, zona de residência, principal meio de deslocamento, tempo de deslocamento até a UBS (APÊNDICE C).

2) Saúde geral, continham questões para investigar as condições de saúde dos usuários, as questões eram: como o usuário classificava o autopercepção de saúde,

diagnósticos profissionais de hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças reumáticas, neoplasia/ câncer, depressão, a quanto tempo possuíam o diagnóstico dessas DCNT, se realizavam acompanhamento/ tratamento para a DCNT referida e se o tratamento era realizado em uma UBS, altura e peso para cálculo do índice de massa corporal (IMC), que também foram usadas como variável independente (APÊNDICE D).

Inserido no bloco de saúde geral, que caracterizou a presença de dor musculoesquelética crônica, na qual eram questionados sobre a presença de dor muscular há seis meses, segundo orientações da IASP para trabalhos científicos (Smith *et. al.*, 2019), caso a resposta fosse negativa o usuário era imediatamente encaminhado para o bloco de atividade física. No bloco de dor musculoesquelética crônica classificava a intensidade média de dor nos últimos seis meses, com números de zero a dez, em que zero representa nenhuma dor e dez representa a pior dor que já sentiu, classificou a média de interferência da dor nas atividades diárias, também com números de zero a dez, em que zero representa nenhuma interferência nas atividades diárias e dez representa extrema interferência nas atividades diárias, conforme o questionário de Escala Graduada da Dor Crônica (EGDC) (Bracher,2008).

Para definir o local (is) da dor, utilizavam um diagrama corporal para identificar e apontar as partes do corpo que referiam dor e posteriormente a parte do corpo em que a dor foi mais incomoda, conforme o Breve Inventário de Dor (Toledo,2008). Sobre o histórico de dor, foram questionados há quanto tempo sentiam essa dor, sendo as opções a partir de seis meses a mais de anos. Em relação a tratamentos específicos para dor, foram questionado quanto ao uso de medicamento para alívio da dor, com que frequência faziam uso de medicamento para alívio da dor, se de modo contínuo, em momentos de maior dor ou não sabia responder, como tinham acesso a este medicamento, se de forma privada, pelo SUS ou em ambos, se realizavam tratamento específico para alívio da dor, como: fisioterapia, auriculoterapia, acupuntura, natação, hidroterapia, alongamento, pilates, fortalecimento muscular/ musculação, caminhada/ exercício aeróbio, grupo de dor, e/ou outro tratamento e de que forma realizavam esse(s) tratamento(s) se realizava no SUS, no sistema privado, em ambos ou sem acompanhamento profissional (APÊNDICE B).

Como se tratava de uma pesquisa de saúde geral, o foco principal não era a dor musculoesquelética crônica. Notavelmente, não foi possível incluir algumas perguntas como, a causa da dor crônica e atendimentos médicos especializados.

Consequentemente, as estimativas de prevalência relatadas aqui provavelmente estão subestimadas e correspondem apenas aos seis municípios de pequeno porte selecionados.

Ainda no bloco de saúde geral, foram coletadas informações sobre prática de atividade física, se os usuários realizavam atividade física no tempo livre na semana e a mais de seis meses, em quais locais realiza a atividade física, se a resposta fosse negativa, eram questionados se pretendiam começar a fazer atividade física no próximo mês ou semestre, foram questionados se haviam barreiras para a prática de atividade física como idade avançada, lesão, não gostar de fazer atividade física, sentir cansaço ou preguiça, falta de dinheiro, medo de se machucar, falta de companhia, falta de tempo livre, não existir local adequado para a prática de atividade física próxima ao domicílio.

3) No último bloco, foram investigadas sobre utilização dos serviços de saúde, que abordaram questões referentes a programas gratuitos de atividade física, participação nesses programas, frequência em que participavam dos programas, se a resposta fosse negativa, eram questionados sobre o principal motivo para não participarem dos programas, se possuíam plano de saúde, há quanto tempo era usuário da UBS, se passou por consulta nos últimos 12 meses, qual a quantidade de consultas médicas, se nessas consultas médicas houve escuta e atenção por parte do médico, se passou por consulta compartilhada, se nessas consultas compartilhadas houve escuta ou atenção por parte dos profissionais, se recebeu visita do agente de endemia nos últimos 12 meses, se participa ou já participou de alguma atividade em grupo organizado pela UBS.

Acesso nos últimos 12 meses a profissionais dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e/ou outros, e de que forma realizou este contato. Se possuía profissional de referência na UBS, foram questionados de como avaliavam o SUS, como avaliavam o atendimento na UBS, como avaliavam o último atendimento no SUS, se nos últimos 12 meses haviam recebido alguma orientação relacionada a alimentação e a prática de atividade física, também responderam se tinham dificuldade para agendar consulta médica e com outros profissionais.

Por fim, eram questionados a respeito do uso de práticas integrativas e complementares (PIC's) nos últimos 12 meses, como acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, meditação, plantas medicinais ou fitoterapia, terapia comunitária

integrativa, yoga e podiam citar outras práticas integrativas.

5.5 VARIÁVEIS

5.5.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente foi a dor musculoesquelética crônica autorreferida. A medida desta variável foi obtida por meio da pergunta: “Você sente algum tipo de dor muscular há seis meses ou mais?” As opções de respostas foram sim e não. Aqueles que responderam “sim” continuavam a seção de dor musculoesquelética crônica, enquanto os que respondiam “não” tinham suas perguntas direcionadas para a próxima seção (APÊNDICE B).

5.5.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Para as variáveis independentes foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: Raça/ cor autodeclarada, nível de escolaridade, tipo de ocupação, sexo, faixa etária, situação conjugal (APÊNDICE C).

E as variáveis de saúde geral: Autopercepção de saúde, diagnóstico autodeclarado de hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia; doenças reumáticas, neoplasia/câncer, depressão, IMC (Índice de massa corpórea) e prática de atividade física no tempo livre, maiores detalhes na tabela 4 (APÊNDICE D).

5.6 COLETA DE DADOS

O estudo piloto foi realizado com os 27 entrevistadores indicados por membros da equipe de pesquisa ou dos gestores municipais, sendo eles moradores dos respectivos municípios e todos com formação superior.

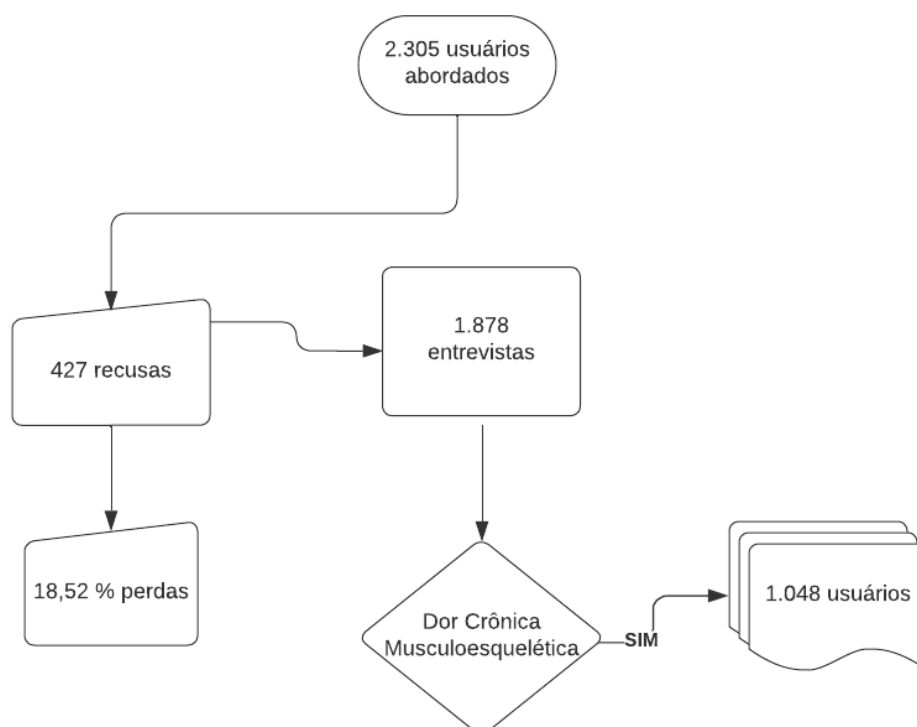
Passaram por treinamentos de forma remota, o qual foram informados sobre os aspectos centrais da pesquisa e orientados quanto a aplicação do questionário, melhor forma de abordagem dos usuários e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para padronizar o processo de coleta dos dados. Foram orientados e auxiliados na instalação e utilização do aplicativo ODK Collect©. As questões foram apresentadas uma a uma e as dúvidas foram esclarecidas.

Após as dúvidas serem esclarecidas e as orientações reforçadas, foi agendado o pré-teste nas unidades de saúde selecionadas para o estudo. Os entrevistadores aplicaram o questionário a alguns usuários da APS presentes no local. Os dados

coletados foram enviados para o Google Drive, organizados em uma Planilha Google, para que fosse possível verificar o uso correto do aplicativo e a transferência dos dados.

A seleção dos participantes foi intencional nas unidades de saúde que atendem a APS dos seis municípios de pequeno porte selecionados, enquanto aguardavam atendimento. O usuário que atendesse aos critérios de inclusão era convidado a participar da pesquisa, tendo lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciava a entrevista. O tempo médio de entrevista era de 12 minutos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do número de abordagens, recusas e entrevistas da pesquisa.



Fonte: Autoria própria.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise foi realizada com a plataforma de software estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão IBM 20.0. Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa. Para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e tipo de ocupação foram as variáveis ajustadas. Razões de Prevalência (RP) brutas e

ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson. O nível de significância estatística foi de $p < 0,05$. Variável de ajuste se $p\text{-valor} < 0,20$.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi norteada de acordo com a Resolução CNS no 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Passou pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) parecer número 4.414.235, obtendo autorização para a pesquisa sob o certificado de apresentação ética (CAAE) de número 39012820.8.0000.5231 (ANEXO A). Os participantes foram orientados sobre o projeto, o objetivo da pesquisa e sobre o caráter voluntário de sua participação, posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO

DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

RESUMO

Objetivou-se verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de seis municípios de pequeno porte do Paraná. Foi realizado estudo transversal com amostra de 1878 usuários da APS de seis municípios paranaenses com menos de 20 mil habitantes. Foram identificados os usuários com dor musculoesquelética crônica. Para a análise dos dados foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8%, associação significativa entre mulheres, maiores faixas etárias, que apresentavam autopercepção negativa de saúde e entre os usuários que referiram os seguintes diagnósticos: hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão. Nos usuários com maiores níveis de escolaridade a razão de prevalência foi menor. Entre as pessoas que referiram dor, a maior parte indicou intensidade moderada ou intensa (84,9%), que a dor afetava de maneira moderada ou extrema a realização das atividades diárias (72,7%) e a região lombar foi o local de dor mais frequente (22,5%). Em relação ao tratamento, a maioria (57,1%) referiu fazer somente tratamento farmacológico e 15,8% realizavam ambos os tratamentos.

Palavras-chaves: Dor musculoesquelética, Dor crônica, Atenção Primária à Saúde, Cidades pequenas.

CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN IN PRIMARY HEALTH CARE USERS IN SMALL CITIES IN THE STATE OF PARANÁ.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the presence of chronic musculoskeletal pain and their associated factors, as well as aspects related to treatment in Primary Health Care users in six small cities in the state of Paraná. A cross-sectional, study was carried out with samples of 1878 users of Primary Health Care aged in six municipalities with less than 20,000 inhabitants in the state of Paraná. Was identify users with chronic musculoskeletal pain. To analysis which were obtained using Poisson regression with robust variance. The prevalence of muscular pain was 55.8%, there was a higher prevalence among women, among the highest age groups, among those who had a negative self-perception of health and among users who reported the following diagnoses: hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, rheumatic diseases, and depression. In users with higher levels of education, the prevalence ratio was lower. Among the subjects with pain, most reported that it was of moderate or intense intensity (84.9%) and that the pain moderately or extremely affected the performance of daily activities (72.7%). The lumbar region was indicated as the most frequent (22.5%). Regarding treatment, the majority (57.1%) reported undergoing only pharmacological treatment and 15.8% underwent both treatments.

Keywords: Musculoskeletal pain, Chronic pain, Primary Health Care, Small cities

INTRODUÇÃO

Historicamente, a dor está presente na vida do ser humano, sendo considerada, inclusive, um importante desafio para a ciência e para a saúde pública¹. A *International Association for the Study of Pain* (IASP), conceitua a dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”².

De forma geral, a dor pode ser classificada em “aguda” e “crônica”, com base no tempo de evolução dos sintomas³. A dor crônica, mais especificamente, pode ser definida como persistente, mesmo após o tempo normal de cicatrização, normalmente estendendo-se por mais de três a seis meses⁴. Quando essa dor persistente ou recorrente surge como parte de um processo de doença que afeta diretamente o(s) osso(s), articulação(ões), músculo(s) ou tecido(s) mole(s) relacionado(s), é definida como dor musculoesquelética crônica⁵.

A dor crônica é uma condição de alta prevalência no mundo, que, por muitas vezes acarreta sofrimento, dificuldade ou mesmo incapacidade para a realização de atividades diárias, além de envolver um alto custo para as pessoas e sistemas de saúde^{6,7,8}. De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED), aproximadamente 37% da população brasileira relata apresentar algum tipo de dor crônica⁹. Dados não ajustados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que houve um aumento no percentual de indivíduos com dor musculoesquelética crônica passando de 18,5 % em 2013 para 21,6% em 2019^{10,11}.

No Brasil, diversos estudos têm buscado identificar a prevalência de dor crônica e seus fatores associados^{12,13,14}. Ainda que a dor crônica seja um tema bem descrito na literatura, parece haver uma lacuna dessa temática em municípios de pequeno porte. Esses municípios são definidos como municípios com uma população de até 20 mil habitantes e representam cerca de 70% dos municípios do Brasil⁹. Pinafo et al. (2020)¹⁵ citam que em geral os municípios de pequeno porte possuem algumas especificidades, como: pouca autonomia para gerir os orçamentos municipais, menor capacidade de arrecadação fiscal, que conseqüentemente leva a menor alocação de recursos orçamentários; e, ainda, dificuldade de fixação de profissionais da saúde, principalmente médicos.

Mesmo considerando, que é impossível se criar uma categoria homogênea para municípios de pequeno porte, uma vez que diversas características podem ser diferentes

entre estes, é plausível que existam especificidades em comum e estas podem influenciar a realidade dos serviços de saúde e a forma como os usuário com dor crônica serão atendidos.

Apenas cinco estudos sobre dor crônica em municípios de pequeno porte foram identificados, e foi observada uma grande variação na prevalência de dor crônica entre esses estudos (variando entre 10,7% e 56%), tendo como principais características dor na região lombar, e no sexo feminino¹⁶⁻²⁰. No entanto, observa-se uma disparidade nesses estudos, que pode ser atribuída à considerável heterogeneidade na definição de dor crônica adotada nos estudos, às diferenças metodológicas, e à diversidade da população estudada, já que alguns estudos foram conduzidos em grupos específicos, como pessoas idosas e adolescentes.

Neste sentido, é importante desenvolver estudos em municípios de pequeno porte, reconhecendo as especificidades da realidade do sistema de saúde nesses locais para compreender o acesso aos serviços de saúde, o tempo de espera para consultas e procedimentos, e a disponibilidade de tratamentos adequados para o manejo da dor crônica. Nesse sentido, iniciar a investigação pela prevalência da dor crônica nas pessoas que residem em municípios de pequeno porte pode ser importante norteador para o planejamento de ações e implementação de políticas públicas destinadas a enfrentar o problema da dor crônica. Ademais, entendendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para esses usuários, objetivou-se verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da APS de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná.

METODOLOGIA

Delineamento e População do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, que faz parte do projeto: “Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”, coordenado por professores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) e Universidade Federal do Paraná (UFPR).

O projeto foi dividido em três etapas: na primeira, foram consultados dados públicos para caracterizar os profissionais vinculados às equipes da APS dos 312

municípios do estado do Paraná que tinham menos de 20 mil habitantes em 2022. Na segunda, 797 profissionais de saúde de 52 municípios, vinculados à cinco diferentes regionais de saúde, responderam à um questionário com questões relativas ao trabalho em saúde. Na terceira etapa, foram selecionados seis municípios: Paula Freitas e Paulo Frontin (6ª RS União da Vitória), Teixeira Soares e Rebouças (4ª RS Irati), Porecatu e Tamarana (17ª RS Londrina) em que foram selecionadas as duas maiores unidades de saúde que atendem a APS de cada município, alocadas na zona urbana, exceto Paulo Frontin, em que só havia uma unidade de saúde localizada na zona urbana. As regionais foram escolhidas de maneira intencional, devido a maior taxa de resposta na etapa dois.

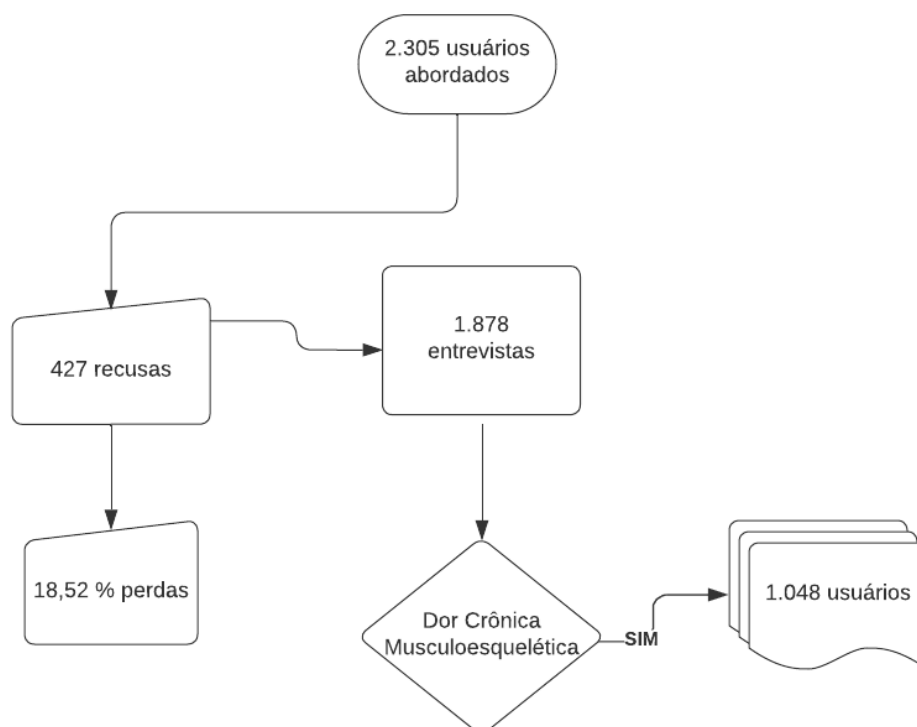
Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser usuário da APS aguardando atendimento e ser residente dos municípios selecionados. A amostra do estudo também foi selecionada de maneira intencional.

Após a abordagem inicial, os usuários que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciava-se a entrevista. O projeto foi aprovado pelo Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) parecer número 4.414.235, e certificado de apresentação ética (CAAE) de número 39012820.8.0000.5231.

Coleta de dados e Procedimentos

Para a coleta de dados, foi utilizado o aplicativo ODK Collect®, onde foi inserido o questionário, após preenchidos e enviados os dados eram transferidos no formato Google Planilhas para o Google Drive.

Figura 1. Fluxograma do número de abordagens, recusas e entrevistas da pesquisa.



Fonte: Autoria própria.

O questionário foi dividido em três seções: variáveis de caracterização, utilização dos serviços de saúde e saúde geral. No bloco de saúde geral foram incluídas perguntas de caracterização da presença de dor musculoesquelética crônica, no qual eram questionados sobre a presença de dor muscular há seis meses, segundo orientações da IASP para trabalhos científicos^{5,16,21,22}.

A variável dependente foi obtida por meio da pergunta: “Você sente algum tipo de dor muscular há seis meses ou mais?”. Caso a resposta fosse negativa, o usuário não respondia as demais perguntas relativas ao tema. Caso fosse positiva, o usuário respondia também questões relativas à intensidade média de dor percebida nos últimos seis meses (em uma escala de zero a 10, em que zero representava nenhuma dor e 10 representava a pior dor que já sentiu), a média de interferência da dor nas atividades diárias (também em uma escala de zero a 10, com zero sendo nenhuma interferência e 10 extrema interferência), conforme o questionário de Escala Graduada da Dor Crônica²³. Para o (s) local(is) da dor foi utilizado um diagrama corporal para identificar e apontar as partes do corpo que referiam dor e, posteriormente, a parte do corpo em que a dor foi mais

incômoda, conforme o Inventário Breve de Dor^{24,25}. Além disso, foram realizadas perguntas sobre os tratamentos específicos para dor, medicamentosos ou não medicamentosos (sendo investigados os seguintes procedimentos/tratamentos: fisioterapia, auriculoterapia, acupuntura, natação, hidroterapia, alongamento, pilates, fortalecimento muscular/ musculação, caminhada/ exercício aeróbio, grupo de dor, e/ou outro tratamento).

Para as variáveis independentes foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: raça/cor autodeclarada (branca/ amarela; preta/parda/indígena), nível de escolaridade (fundamental incompleto; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior completo), tipo de ocupação (empregado; desempregado; aposentado), sexo (masculino; feminino), faixa etária (18 a 24 anos; 25 a 39 anos; 40 a 59 anos; \geq 60 anos), situação conjugal (solteiro; casado/ união estável; divorciado/ separado; viúvo). As variáveis de saúde foram: autopercepção saúde (autopercepção positiva; autopercepção negativa), diagnóstico autodeclarado de hipertensão (sim; não), diabetes mellitus (sim; não), hipercolesterolemia (sim; não); doença reumática (sim; não), neoplasia (sim; não), depressão (sim; não), índice de massa corporal (peso normal; baixo peso; sobrepeso; obesidade) e prática de atividade física no tempo livre (sim; não).

Análise de dados

A análise foi realizada a partir do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão IBM 20.0. Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa. Para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e tipo de ocupação foram as variáveis utilizadas para o ajuste. Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson. O nível de significância estatística foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram abordados 2305 usuários e destes, 427 se recusaram a participar, totalizando então 1878 (81,5% de taxa de resposta) entrevistados (Figura 1 – Fluxograma).

A amostra foi composta, em sua maior parte, por pessoas do sexo feminino ($n=1334$; 71,0%), a pessoas com cor da pele branca/amarela (68,3%), pessoas casadas ou com união estável (62,1%) e pessoas que, no momento da entrevista, estavam empregadas

(57,5%). A faixa etária mais frequente foi acima de 40 anos (59,8%) e quanto à escolaridade, 47,7% não tinham ensino médio completo (n=896). A maior parte dos entrevistados referiu ter dor musculoesquelética crônica (n=1048; 55,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	n(%)
Sexo	
Masculino	544 (29,0)
Feminino	1334 (71,0)
Faixa Etária	
18 a 24 anos	190 (10,1)
25 a 39 anos	565 (30,1)
40 a 59 anos	699 (37,2)
≥ 60 anos	424 (22,6)
Raça/Cor da pele autodeclarada	
Branca e amarela	1282 (68,3)
Preta, parda e indígena	596 (31,7)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	563 (30,0)
Ensino médio incompleto	333 (17,7)
Ensino médio completo	739 (39,4)
Ensino superior completo	243 (12,9)
Situação Conjugal	
Solteiro	408 (21,7)
Casado/União Estável	1167 (62,1)
Divorciado/Separado	173 (9,2)
Viúvo	130 (6,9)
Tipo de Ocupação	
Empregado	1079 (57,5)
Desempregado	442 (23,5)
Aposentado	357 (19,0)
Dor musculoesquelética crônica	
Sim	1048 (55,8)
Não	830 (44,2)

Considerando a análise de razão de prevalência ajustada, observou-se maior prevalência de dor musculoesquelética crônica no sexo feminino (RP=1,30; IC=1,17-1,43), entre os usuários com 25 a 39 anos (RP=1,25; IC=1,01-1,55), com 40 a 59 anos (RP=1,80; IC=1,46-2,21) e com mais de 60 anos (RP=2,12; IC=1,69-2,66) em comparação aos de 18 e 24 anos, e prevalência menor em usuários com ensino superior completo (RP=0,72; IC=0,61-0,84), em comparação aos usuários que tinham até o nível

fundamental incompleto. Não se observaram associações entre raça/cor autodeclarada, situação conjugal e tipo de ocupação (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre as variáveis sociodemográficas e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	n(%)	P-VALOR *	DOR CRÔNICA RP bruta (IC 95%)	P-VALOR	DOR CRÔNICA RP ajustada (IC 95%)	P-VALOR
Sexo						
Masculino	273 (50,2)		1		1	
Feminino	775 (58,1)	0,002	1,16 (1,05-1,27)	0,003	1,30 (1,17-1,43)	0,000
Faixa Etária						
18 a 24 anos	68 (35,8)		1		1	
25 a 39 anos	244 (49,2)		1,21 (0,98-1,49)	0,083	1,25 (1,01-1,55)	0,043
40 a 59 anos	440 (62,9)		1,76 (1,44-2,15)	0,000	1,80 (1,46-2,21)	0,000
≥ 60 anos	296 (69,8)	0,000	1,95 (1,60-2,38)	0,000	2,12 (1,69-2,66)	0,000
Raça/Cor						
Branca e amarela	719 (56,1)		1		1	
Preta, parda e indígena	329 (55,2)	0,720	0,98 (0,90-1,07)	0,721	0,96 (0,88-1,05)	0,343
Escolaridade						
Fundamental incompleto	381 (67,7)		1		1	
Ensino médio incompleto	181 (54,4)		0,80 (0,72-0,90)	0,000	0,94 (0,84-1,05)	0,282
Ensino médio completo	383 (51,8)		0,77 (0,70-0,84)	0,000	0,94 (0,85-1,04)	0,203
Ensino superior completo	103 (42,4)	0,000	0,63 (0,54-0,73)	0,000	0,72 (0,61-0,84)	0,000
Situação Conjugal						
Solteiro	194 (47,5)		1		1	
Casado/União Estável	654 (56,0)		1,18 (1,05-1,32)	0,005	0,95 (0,84-1,07)	0,364
Divorciado/Separado	110 (63,6)		1,34 (1,15-1,56)	0,000	0,99 (0,84-1,15)	0,849
Viúvo	90 (69,2)	0,000	1,16 (1,25-1,70)	0,000	0,94 (0,80-1,11)	0,446
Tipo de Ocupação						
Empregado	566 (52,5)		1		1	
Desempregado	243 (55,0)		1,05 (0,95-1,06)	0,368	0,94 (0,85-1,04)	0,234
Aposentado	239 (66,9)	0,000	1,28 (1,16-1,40)	0,000	0,93 (0,82-1,04)	0,202

Dados expressos em frequência absoluta e percentual (%). RP= razão de prevalência; IC 95%= intervalo de confiança de 95%.*Teste de qui-quadrado.

Quanto à associação entre variáveis de saúde e dor musculoesquelética crônica, observaram-se associações com a autopercepção negativa de saúde (RP=1,51; IC=1,38-1,64), com diagnóstico de hipertensão (RP=1,16; IC=1,06-1,26), diabetes mellitus (RP=1,19; IC=1,08-1,30), hipercolesterolemia (RP=1,10; IC=1,01-1,21), doenças reumáticas (RP=1,41; IC=1,31-1,53) e depressão (RP=1,28; IC=1,18-1,39). Não se observaram associações com o diagnóstico de neoplasia, com o índice de massa corporal (IMC) e com a prática de atividade física no tempo livre (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre as variáveis de saúde e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1878).

VARIÁVEIS DE SAÚDE	n(%)	P-VALOR*	DOR CRÔNICA RP bruta (IC 95%)	P-VALOR	DOR CRÔNICA RP ajustada (IC 95%)	P-VALOR
Autopercepção de Saúde						
Positiva	477 (43,4)		1		1	
Negativa	571 (73,3)	0,000	1,69 (1,56-1,83)	0,000	1,51 (1,38-1,64)	0,000
DCNT						
Hipertensão						
Não	643 (49,8)		1		1	
Sim	405 (69,0)	0,000	1,39 (1,28-1,50)	0,000	1,16 (1,06-1,26)	0,001
Diabetes Mellitus						
Não	187 (75,1)		1		1	
Sim	861 (52,9)	0,000	1,42 (1,31-1,55)	0,000	1,19 (1,08-1,30)	0,000
Hipercolesterolemia						
Não	850 (53,2)		1		1	
Sim	198 (70,5)	0,000	1,32 (1,21-1,45)	0,000	1,10 (1,01-1,21)	0,036
Doença Reumática						
Não	858 (51,7)		1		1	
Sim	190 (87,2)	0,000	1,69 (1,58-1,81)	0,000	1,41 (1,31-1,53)	0,000
Neoplasia						
Não	1005 (55,3)		1		1	
Sim	43 (71,7)	0,012	1,30 (1,10-1,53)	0,002	1,15 (0,97-1,36)	0,110
Depressão						
Não	832 (52,7)		1		1	
Sim	216 (72,2)	0,000	1,37 (1,26-1,49)	0,000	1,28 (1,18-1,39)	0,000
IMC	N1869					
Peso normal	345 (52,0)		1		1	
Baixo peso	12 (60,0)		1,16 (0,80-1,66)	0,440	1,24 (0,86-1,79)	0,246
Sobrepeso	404 (55,8)		1,07 (0,97-1,18)	0,152	1,00 (0,91-1,11)	0,928
Obesidade	283 (61,4)	0,019	1,18 (1,07-1,31)	0,001	1,09 (0,99-1,21)	0,079
Atividade física**						
Sim	786 (41,9)		1		1	
Não	1092 (58,1)	0,417	1,03(0,95-1,12)	0,419	1,01 (0,93-1,09)	0,855

Dados expressos em frequência absoluta e percentual (%). RP= razão de prevalência; IC 95%= intervalo de confiança de 95%; IMC= índice de massa corporal (kg/m²). *Teste qui-quadrado. ** Atividade física no tempo livre.

Considerando somente dados dos usuários com dor musculoesquelética crônica, observou-se que 63,7% referiram dor em dois ou mais locais. As regiões mais apontadas como as mais incômodas foram: coluna lombar (22,5%), pernas (20,9%) e braços (13,5%). Quanto à intensidade média de dor, 84,9% referiram dor moderada ou intensa. Em relação a interferência nas atividades diárias, 72,7% referiram interferência moderada ou extrema da dor para realização das atividades diárias, sendo a extrema interferência

(41,1%) o maior percentual dentre as categorias. Em relação ao tratamento, a maioria (57,1%) referiu fazer somente tratamento farmacológico, 2,3% apenas tratamento não farmacológico e 15,8% realizavam ambos os tratamentos (Tabela 4).

Tabela 4. Descrição das variáveis relacionadas a dor musculoesquelética crônica dos usuários e tratamentos da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1048).

CARACTERIZAÇÃO DA DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA E DOS TRATAMENTOS	
	n(%)
Quantos locais de dor	N 1048 %
1 local de dor	380 (36,3)
2 locais de dor	238 (22,7)
3 locais de dor	165 (15,7)
4 locais de dor	103 (9,8)
5 ou mais locais de dor	162 (15,4)
Local da dor que mais incomoda	
Cabeça	61 (5,8)
Pescoço	22 (2,1)
Ombro	74 (7,1)
Braços	141 (13,5)
Mãos	27 (2,6)
Peito	24 (2,3)
Abdômen	20 (1,9)
Coluna torácica	73 (7,0)
Coluna lombar	236 (22,5)
Quadril/ Pelve	36 (3,4)
Pernas	219 (20,9)
Joelhos	57 (5,4)
Pés/ Tornozelo	45 (4,3)
Outros	13 (1,2)
Intensidade média de dor	
Sem dor	5 (0,5)
Dor leve	153 (14,6)
Dor moderada	418 (39,9)
Dor intensa	472 (45,0)
Interferência nas atividades diárias	
Sem interferência	92 (8,8)
Interferência leve	194 (18,5)
Interferência moderada	331 (31,6)
Extrema interferência	431 (41,1)
Tratamento farmacológico	
Sim	764 (72,9)
Não	284 (27,1)
Tratamento não farmacológico	
Sim	190 (18,1)
Não	858 (81,9)
Tratamento não farmacológico e	

farmacológico	
Nenhum tratamento	260 (24,8)
Somente tratamento farmacológico	598 (57,1)
Somente tratamento não farmacológico	24 (2,3)
Tratamento farmacológico e não farmacológico	166 (15,8)

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da APS de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná. Entre os principais achados do estudo estão: 1) A prevalência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8%; 2) Em relação à associação com variáveis demográficas, observou-se maior prevalência entre as mulheres, conforme aumentava a faixa etária e menor prevalência em maiores níveis de escolaridade; 3) Quanto à associação com variáveis de saúde, observou-se maior prevalência entre aqueles com pior autopercepção de saúde e entre os que referiram as seguintes doenças: hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão; 4) A coluna lombar como o local com maior prevalência de dor; 5) Entre os que referiram dor musculoesquelética crônica, a prevalência de dor moderada ou intensa foi elevada (84,9%), o mesmo sendo observado em relação à interferência nas atividades diárias, sendo que 72,7% consideraram que a dor afeta de maneira moderada ou intensa; 6) Em relação ao tratamento para a dor, a maioria 57,1% referiu fazer somente tratamento farmacológico.

A prevalência de dor musculoesquelética crônica encontrada neste estudo foi semelhante a encontrada por Rocha, Alfieri e Silva (2021)¹⁷, que observaram prevalência de 56% de dor crônica em Irani-SC, município com pouco mais de 10 mil habitantes. Segundo revisão sistemática de Jackson et al (2016)²⁶, que incluiu 68 estudos de 28 países, a prevalência de dor crônica variou de 13% a 49% no mundo. Pesquisa realizada em São Paulo, por meio de entrevistas domiciliares com 5.037 indivíduos, encontrou a prevalência de dor crônica em 31% da população²⁷. Diversos fatores podem influenciar na dor musculoesquelética crônica, entre os quais traumatismos, vícios posturais, esforços físicos frequentes e envelhecimento. No entanto, as amplas discrepâncias nas prevalências podem ser atribuídas a variações metodológicas, incluindo diferenças na classificação da dor crônica, nos métodos de coleta de dados e nas características das amostras estudadas.

A dor musculoesquelética crônica teve maior prevalência com o sexo feminino,

corroborando estudos anteriores²⁸⁻³¹. Os autores citados discutem que esta predominância pode ser devido às variações hormonais, fatores genéticos e psicológicos que tendem a gerar maior capacidade das mulheres em discriminar a dor e menor tolerância a dor, e ao fato de que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde em relação aos homens.

Além disso, observou-se no presente estudo maior prevalência de dor musculoesquelética crônica conforme a idade avançava, sendo este resultado esperado, pois já foi observado em outros estudos^{17,19,29,32}. O relato de dor pode ser em decorrência do processo natural de envelhecimento, no qual ocorrem algumas mudanças fisiológicas, aumentando assim o risco de doenças, principalmente ligados a estrutura óssea, articulações e músculos como osteoartrite, degeneração discal, osteoporose e outras doenças musculoesqueléticas crônicas que contribuem para a dor³¹.

Em relação à escolaridade, foi observada menor prevalência de dor musculoesquelética crônica entre aqueles com maior escolaridade, corroborando Malta et al. (2022)²⁸ e Santos et al. (2015),¹⁴ em que maiores níveis de escolaridade apresentaram menores chances de possuir dor crônica. Possivelmente, a baixa escolaridade está associada à maior probabilidade de desenvolver dor crônica, porque pessoas com baixa escolaridade tendem a ocupar mais cargos em serviços manuais^{17,28,31}. Além disso, outra razão pode ser a dificuldade de acesso e falta de conhecimento sobre os serviços de saúde^{33,34}.

De todas as variáveis independentes investigadas, a autopercepção de saúde foi a que teve maior associação com a dor, sendo que aqueles que referiram autopercepção negativa tiveram 51% maior prevalência do que os que referiram autopercepção positiva de saúde. A autopercepção de saúde é um importante indicador, pois abrange uma série de fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais. O relato de autopercepção de saúde negativa, retrata que os usuários consideram sua condição de saúde regular, ruim ou muito ruim, e pode ser justificado pelo fato dos usuários que possuem dor crônica terem um longo histórico de sofrimento e experiências negativas relacionados ao diagnóstico e tratamentos da dor crônica. Ainda, podem já possuir mais de um local de dor ou alguma doença, além de estar relacionado a falta de conhecimento e acesso aos serviços de saúde^{28,30,31,32,33}.

Houve associação com diagnóstico autorreferido de hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças reumáticas e depressão, corroborando os achados de Malta *et al* (2022)²⁸, que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde

de 2019, e após análise ajustada encontrou associação significativa da dor crônica com hipertensão e hipercolesterolemia.

Em relação ao diabetes mellitus, níveis de glicose elevada são tóxicos aos nervos e podem levar a neuropatia diabética, pé diabético, dentre outras afecções que causam dor a esses indivíduos³⁵. No caso das doenças reumáticas, podem ser causadas por degeneração ou inflamação das articulações, sendo sintomas comuns: dor, calor, rubor e perda de mobilidade articular³⁶. Como a dor é inferida com base nas informações dos usuários, no caso de haver algum transtorno mental como a depressão, a percepção da condição dolorosa pode ser alterada de acordo com fatores sociais e tratamento³⁷.

As DCNT são as maiores cargas de morbimortalidade no mundo, responsáveis por 63% das mortes globais³⁸, e as mudanças causadas pelo envelhecimento humano, além de hábitos não saudáveis, como sedentarismo, tabagismo, má alimentação, podem contribuir para o aumento da prevalência dessas doenças³⁹ e, portanto, aumento da dor musculoesquelética. Neste sentido, é importante que os municípios de pequeno porte criem ações estratégicas, uma vez que as DCNT impactam a dor crônica e existe o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, com evidências consolidadas de que a prática de exercício físico e a mudança de hábito são essenciais⁴⁰.

Não foram observadas associações entre a prática de atividade física no tempo livre e a dor musculoesquelética crônica. A literatura indica diversos benefícios da prática de atividade física, inclusive efeitos endógenos para o controle da dor⁴¹, e estudos anteriores observaram essa associação^{14,29}. No entanto, vale mencionar que os dois estudos citados usaram outros critérios para caracterizar a atividade física. Um deles¹⁴, considerou ativos aqueles que praticavam no mínimo 150 minutos de atividade física no lazer por semana, investigando pessoas idosas, enquanto o outro estudo²⁹, considerou atividades físicas intensas ou vigorosas, investigando indivíduos a partir de 15 anos. Essas diferenças de critério e população podem ser possíveis causas para a diferença nos resultados. Não se pode descartar também, que os resultados encontrados tenham relação com a causalidade reversa, uma vez que alguns indivíduos com dor crônica podem ser ativos no tempo livre justamente para ajudar no enfrentamento da sua dor musculoesquelética crônica.

Do mesmo modo, em relação à obesidade, estudos anteriores^{17,28}, apontaram que pessoas com obesidade tinham maior prevalência de dor musculoesquelética crônica, o que não foi encontrado no presente estudo. A obesidade pode sobrecarregar as

articulações e estruturas ósseas, além de causar diminuição da massa muscular. Entretanto, os mecanismos da obesidade são multifatoriais e podem envolver fatores biológicos, psicológicos, econômicos, políticos e sociais, os quais são diferentes para cada indivíduo⁴².

Nesse contexto, uma das formas de se avaliar a dor é de acordo com a intensidade, a qual pode ser comparada durante e ao fim do tratamento, sendo considerada um parâmetro individual²⁰. Entre os usuários que referiram dor musculoesquelética crônica, mais de 80% consideraram sua dor moderada ou intensa. Estudo de Souza, Häfele e Siqueira (2019)⁴³ também avaliou usuários de UBS e observou que 62,9% classificaram sua dor como forte.

Neste sentido, a dor crônica pode influenciar nas atividades diárias, como lazer, trabalho e sono^{44,45}. Em relação à influência da dor crônica nas atividades diárias, este estudo observou que entre os indivíduos que referiram dor musculoesquelética crônica, 72,7% referiram interferência moderada ou extrema da dor para realização das atividades diárias, semelhante a Rodrigues et al., 2016²⁰ em que 64,4% dos indivíduos que referiram dor crônica, relataram possuir dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária. Os estudos apontam a dor crônica como um dos motivos de isolamento social e causa de distúrbios mentais, como depressão^{27,46}.

O presente estudo revelou que 84,5 % dos entrevistados referiram dor em até quatro locais, sendo a coluna lombar apontada como o local de dor mais prevalente, com 22,5%, o que está em consonância com a investigação de Souza, Häfele e Siqueira (2019)⁴³, no qual a prevalência de dor na coluna lombar foi de 28,6%. Um estudo de revisão sistemática e meta-análise global mencionou que a presença de dor lombar foi mais prevalente¹⁷, demais estudos que também encontraram a dor lombar como mais prevalente, apontam fatores posturais, movimentos repetitivos, sobrecarga e falta de fortalecimento muscular, como possíveis causas da dor lombar^{18,20,45}.

Ainda, foi identificado que a maior parte dos indivíduos que referiram dor crônica faziam algum tipo de tratamento. Cerca de sete em cada 10 pessoas referiu uso de tratamento farmacológico. Estes resultados são semelhantes a Souza, Häfele e Siqueira (2019)⁴³, que encontraram a prevalência de 84,8% dos usuários que referiram fazer uso de analgésico, para alívio da dor crônica. Em relação ao uso de fármacos é necessário que haja cautela por parte dos profissionais⁴⁶, sempre avaliando e reavaliando a necessidade do uso de medicação, como preconizado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012⁴⁷, pois há uma necessidade de medicação específica

para cada tipo de dor relatada, além de possíveis efeitos colaterais ao uso de medicamentos e contraindicações aos fármacos⁴⁸.

Por outro lado, apenas 18,1% referiram uso de tratamento não farmacológico. Alguns estudos têm mostrado a eficácia de métodos não farmacológicos para dor crônica⁴⁹⁻⁵¹. Apesar de não haver um consenso sobre a técnica não farmacológica mais eficaz, é importante realizar o manejo adequado para não apenas promover o alívio da dor, mas também proporcionar maior funcionalidade e melhora na qualidade de vida dos usuários⁴⁹⁻⁵¹.

Dos indivíduos com dor crônica apenas 15,8% referiram fazer uso combinado do tratamento não farmacológico e farmacológico e 57,1% referiram o uso somente do tratamento farmacológico. Estes dados parecem reforçar a baixa utilização dos tratamentos não farmacológicos. Mas, há de se destacar que não estudamos neste trabalho a questão do acesso a estes tratamentos, mas é plausível imaginar que ainda, em geral, os tratamentos farmacológicos sejam de acesso mais fácil, além de em geral serem mais simples, pois os tratamentos não farmacológicos muitas vezes precisam que as pessoas tenham tempo, condições financeiras, dentre outros fatores para realizarem, por exemplo, atividades ligadas à fisioterapia, práticas corporais e atividades físicas, entre outras.

Há de se destacar que em geral, os municípios de pequeno porte enfrentam desafios específicos na estruturação das redes de atenção à saúde. Não é correto homogeneizar todos eles, pois cada município apresenta singularidades¹⁵. Dentre as especificidades podemos citar, a baixa densidade tecnológica para a alta complexidade dos diagnósticos e tratamentos. Outra dificuldade evidente é a instabilidade e a falta de vínculo de trabalho dos profissionais, principalmente médicos, a oferta de capacitação contínua e quantidade de equipes multiprofissionais de cada município^{52,53}.

Essas características também podem estar relacionadas à distância desses municípios em relação aos de maior porte, além da proporção de vulnerabilidade social e econômica que caracteriza essas localidades⁵³. Apesar de representarem a maioria dos municípios brasileiros, há escassez de estudos que analisem a APS nesses contextos específicos, tornando essencial a realização de mais pesquisas em municípios de pequeno porte para uma análise mais aprofundada.

Em relação às limitações deste estudo, destacam-se o fato de se tratar de um estudo transversal, que limita a inferência sobre a causalidade e que está sujeito à causalidade reversa, e que os seis municípios investigados não são representativos de todos os municípios paranaenses de pequeno porte. Além disso, este não foi um estudo

de base populacional, já que a unidade amostral foram os usuários que estavam em fila de espera para atendimento na APS. Assim, há de se ter cautela em relação à comparação da prevalência observada neste estudo com trabalhos de base populacional. Por outro lado, destacamos os cuidados metodológicos do estudo e o fato de serem escassos os estudos realizados nesta temática em municípios de pequeno porte, que apresentam especificidades importantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam alta prevalência de dor crônica nos usuários da APS dos municípios de pequeno porte investigados (55,8%). Esses dados reforçam a importância de se tratar a dor crônica como um problema de saúde pública, pois a APS pode exercer um papel fundamental no manejo da dor crônica, por meio de ações de prevenção e tratamento da dor crônica, as quais englobam tratamento medicamentoso, de acordo com a escada analgésica proposta pela OMS, além da abordagem não medicamentosa, que inclui exercícios físicos e alimentação saudável.

Além disso, considerando as análises ajustadas, observou-se maior prevalência da dor crônica entre as mulheres, aumentando a prevalência conforme a faixa etária aumentava, naquelas com autopercepção negativa de saúde, e diagnóstico autorreferido de hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão. Reforça-se, dessa forma, a importância da APS como porta preferencial da atenção à saúde, uma vez que o público com a maior prevalência da dor evidenciado nesse estudo costuma frequentar as Unidades de Saúde, não só pela dor crônica, mas também por outros motivos, inclusive os relacionados as DCNT e depressão, as quais potencializa a dor e sua percepção.

Não obstante, o manejo da dor crônica implica atuação multidisciplinar e interprofissional devido à complexidade multifatorial dessa condição, nesse sentido, faz-se necessária a qualificação dos profissionais de saúde de toda rede de atenção, especialmente aqueles da APS, para que possam qualificar o cuidado, o acolhimento, avaliação, prevenção, tratamento e acompanhamento dos usuários com dor crônica.

REFERÊNCIAS

1. MATOS, Ana Sofia da Silva. **Ansiedade, Depressão e Coping na dor crônica**. 2012. Tese de Doutorado. [sn].
2. RAJA, Srinivasa N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020.
3. FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, p. 31-36, 2011.
4. BARKE, Antonia et al. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. **Pain**, v. 163, n. 2, p. e310, 2022.
5. GOLDBERG, Daniel S.; MCGEE, Summer J. Pain as a global public health priority. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 1-5, 2011.
6. NETO¹, Aristeu de Almeida Camargo et al. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 428-33, 2010.
7. PAULA PRUDENTE, Marcella de et al. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 49945-49962, 2020.
8. SMITH, B. H. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. **PAIN**, v. 160, n. 1, p. 83, jan. 2019.
9. SOUZA, Juliana Barcellos de et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, 2017.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p.
12. KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 509-513, 2006.
13. RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, v. 13, p. 128-131, 2012.
14. SANTOS, Franco Andrius Ache dos et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 234-247, 2015.
15. PINAFO, Elisângela et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1619-1628, 2020.
16. LINI, Ezequiel Vitorio et al. Prevalence of self-referred chronic pain and intercurrents in the health of the elderly. **Revista Dor**, v. 17, p. 279-282, 2016
17. ROCHA, Aner Deanderson Xavier; ALFIERI, Fábio Marcon; SILVA, Natália Cristina de Oliveira Vargas. Prevalência de dor crônica e fatores associados em uma pequena cidade do sul do Brasil. **BrJP**, v. 4, p. 225-231, 2021.
18. MEUCCI, Rodrigo Dalke et al. Dor lombar em adolescentes do semiárido: resultados de um censo populacional no município de Caracol (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 733-740, 2018.
19. CORDEIRO, Quirino; EL KHOURI, Marcelo; CORBETT, Carlos Eduardo. Dor musculoesquelética na atenção primária à saúde em uma cidade do Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. **Acta fisiátrica**, v. 15, n. 4, p. 241-244, 2008.
20. RODRIGUES, Daniel et al. Prevalence of chronic pain among elderly living in a city of Northern Rio Grande do Sul. **Revista Dor**, v. 17, p. 201-204, 2016.
21. MERSKEY, Harold Ed. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. **Pain**, 1986.
22. SMITH, Blair H. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 83-87, 2019.
23. BRACHER, Eduardo Sawaya Botelho. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
24. MENEZES, Catarina Nívea Bezerra. Validação de uma versão brasileira do inventario breve de dor. 2011.
25. TOLEDO, Flávia Oliveira; SOBREIRA, Cláudia Ferreira da Rosa. Adaptação cultural do inventário breve da dor para a língua portuguesa no Brasil e teste de suas propriedades psicométricas. 2008.

26. JACKSON, Tracy et al. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low-and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. *Anesthesia & Analgesia*, v. 123, n. 3, p. 739-748, 2016.
27. PEREIRA, Flávia Garcia et al. Prevalence and clinical profile of chronic pain and its association with mental disorders. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017.
28. MALTA, Deborah Carvalho et al. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, p. e220032, 2022.
29. CABRAL, Dayane Maia Costa et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. **The Journal of Pain**, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014.
30. FERREIRA, Gustavo D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, p. 31-36, 2011.
31. DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 325-334, 2013.
32. SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Anacláudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 377-385, 2004.
33. AMORIM, Juleimar Soares Coelho de et al. Acesso aos serviços de fisioterapia e sua utilização por idosos com dor lombar. *ConScientiae Saúde*, v. 12, n. 4, p. 528-535, 2013.
34. SIMÕES, Taynãna César et al. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3991-4006, 2021.
35. NASCIMENTO, Osvaldo José Moreira do; PUPE, Camila Castelo Branco; CAVALCANTI, Eduardo Boiteux Uchôa. Neuropatia diabética. **Revista Dor**, v. 17, p. 46-51, 2016.
36. PRESTES, Yandra Alves et al. Doença reumática autorreferida e presença de dor em idosos no interior do Amazonas, Brasil. **Fisioterapia Brasil**, v. 24, n. 3, p. 265-273, 2023.
37. PINHEIRO, Ricardo Cardoso et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 213-219, 2014.
38. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.
39. VIEIRA, Luís Filipe Gonçalves. Dor e doenças crônicas não transmissíveis em usuários da atenção básica. 2019.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 / Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf> Acesso em: 01/02/2024
41. TEIXEIRA, SILVA et al. INVESTIGAÇÃO SOBRE O DANO MUSCULAR E A RESPOSTA AFETIVA ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO AERÓBICO EM INTENSIDADE IMPOSTA E AUTOSSELECIONADA EM MULHERES OBESAS. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, v. 30, n. 3, 2020.
42. PILLATT, Ana Paula et al. Influência da obesidade nos critérios de classificação de sarcopenia em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, 2021.
43. SOUZA, Daniele Fernandes da Silva de; HÁFELE, Vítor; SIQUEIRA, Fernando Vinholes. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1-10, 2019.
44. OLIVEIRA, Kácia Guedes de et al. Percepção de usuários de uma unidade básica de saúde sobre dor crônica musculoesquelética e estratégias de gerenciamento da dor. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 9, n. 22, p. 622-642, 2021.
45. DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucili Mattos. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade1. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, p. 235-242, 2012.
46. TEIXEIRA, Manoel Jacobsen et al. Tratamento farmacológico da dor musculoesquelética. **Revista de Medicina**, v. 80, p. 179-244, 2001.
47. BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html> Acesso em:30/10/2023.
48. MATOS, Amélia et al. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA PESSOA COM DOR: RESULTADOS SENSÍVEIS DA INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 3, p. 1198, 2018.
49. ZIEGLER, FLAVIA GUILHERME GONÇALVES. A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS POR IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA,2020.

- 50.KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 61, p. 416-425, 2003.
- 51.Bailey DL, Holden MA, Foster NE, Quicke JG, Haywood KL, Bishop A. Defining adherence to therapeutic exercise for musculoskeletal pain: a systematic review. **Br J Sports Med**. 2018; 0:111
- 52.NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 30-42, 2015.
- 53.SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1109-1120, 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da dor crônica ultrapassa o contexto biomédico, pois está arraigado na experiência humana. Reconhecendo que a dor crônica não se manifesta apenas como um sintoma físico, mas também pode estar relacionada a fatores psicológicos e sociais de cada ser humano. Nesse contexto, a investigação da dor crônica torna-se cada vez mais necessária, mesmo que represente um grande desafio à ciência. Buscando, assim, estratégias e tratamentos que possam contribuir para o manejo da dor desses indivíduos.

Este estudo, não apenas contribui para o avanço do conhecimento científico sobre a dor crônica, mas também fornece dados epidemiológicos que podem auxiliar na formulação de políticas de saúde, com estratégias adaptadas à realidade de cada município. Inclusive, porque apesar dos municípios de pequeno porte representarem a maior parte dos municípios do Brasil, existe uma escassez de estudos relacionados a eles. Este trabalho, realça a importância de se realizar mais estudos em municípios de pequeno porte, visto que os resultados apresentam alta prevalência de dor musculoesquelética crônica.

Os resultados, evidenciam a necessidade de se reconhecer a dor crônica como uma questão de saúde pública. Em que a APS pode exercer um papel fundamental, por meio de programas e ações específicas ao manejo da dor crônica nesses municípios, como a implementação de grupos específicos e apoio psicológico aos usuários e familiares. Outro aspecto crucial, é a importância da qualificação dos profissionais de saúde. Como sugestão, a Educação Permanente em Saúde para orientar e capacitar os profissionais em relação ao manejo adequado da dor crônica. Promover abordagens interprofissionais por meio das equipes e-multi, o que qualifica o cuidado garantindo prevenção e acompanhamento de forma eficaz e abrangente aos usuários com dor crônica.

Considerando que a prevenção nem sempre é viável, pois alguns fatores associados são biológicos, neste sentido o tratamento adequado, respaldado por diagnósticos ágeis e preciso, que proporcionam ao usuário perspectivas positivas. A partir deste estudo, esperamos estabelecer um ponto de partida para futuras pesquisas e intervenções na área da dor crônica.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**, v. 4, p. 257–267, 1 set. 2021.
- AMORIM, J. S. C. et al. Acesso aos serviços de fisioterapia e sua utilização por idosos com dor lombar. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 4, p. 528–535, 28 jan. 2014.
- ARAUJO, L. C. DE; ROMERO, B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. **Revista Dor**, v. 16, p. 291–296, dez. 2015.
- BARKE, A. et al. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. **Pain**, v. 163, n. 2, p. e310–e318, fev. 2022.
- BERSANI, Ana Laura Figueiredo; MORAES, Niele Silva de; SANTOS, Fania Cristina. Manejo da dor Crônica. In: Geriatria: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 190-226.
- BIRKINSHAW, H. et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2023.
- BRACHER, Eduardo Sawaya Botelho. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. (2010). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf> Acesso em: 14/03/2024
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 14/03/2024
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (2023). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>> Acesso em: 14/03/2023
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne

Brasil (2020). Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view > Acesso em: 14/03/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento á demanda espontânea/ Ministério da Saúde- 1.ed;1.reimpressão- Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_qu_eixas_comuns_cab28v2.pdf > Acesso em: 05/11/2023

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011a. Disponível em: < <https://legis.senado.leg.br/norma/585398/publicacao/15740895> >. Acesso em: 05/11/2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas : volume 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 604 p. : il. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-retificado-em-06-11-2015.pdf>>. Acesso em: 05/11/2023.

BRASIL. Portaria de nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332344988133Portaria%20GM%20MS%20n.%202981%20de%2026-11-2009.pdf> >. Acesso em: 05/11/2023.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def> >. Acesso em: 16/01/2024.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. DE M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 692–699, out. 2005.

CÂMARA-GOMES, L. F. et al. Mecanismos de exercícios de alongamento muscular para redução de dor lombar: revisão narrativa. **BrJP**, v. 5, p. 52–55, 16 fev. 2022.

CABRAL, D. M.C. et al. Chronic Pain Prevalence and Associated Factors in a Segment of the Population of São Paulo City. **The Journal of Pain**, v. 15, n. 11, p. 1081–1091, 1 nov. 2014.

CASTRO, Antônio Bento de. Tratamento da dor no Brasil: evolução histórica. In: **Tratamento da dor no Brasil: evolução histórica**. 1999. p. 270-270.

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. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, p. 126–129, 2011.

CIRILO, A. C. DE L. Hidroterapia na lombalgia crônica: uma revisão integrativa Hidroterapia. 26 jun. 2020.

CORDEIRO, Q.; KHOURI, M. E.; CORBETT, C. E. Dor musculoesquelética na atenção primária à saúde em uma cidade do Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. **Acta Fisiátrica**, v. 15, n. 4, p. 241–244, 9 dez. 2008.

COSTA, A. N. E.; NAPOLI, A. E. R. Revisão bibliográfica da abordagem do tratamento da dor crônica não oncológica, com base na escada analgésica da organização mundial de saúde: Bibliographic review of the non-cancer chronic pain treatment approach, based on the world health organization analgesic ladder. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 14365–14381, 16 ago. 2022.

CHEUNG, Chi Wai et al. Oral oxycodone for acute postoperative pain: a review of clinical trials. *Pain Physician*, v. 20, n. 2S, p. SE33, 2017.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, v. 12, p. 120-124, 2011.

DESCONSI, M. B. et al. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, p. 15–21, mar. 2019.

FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, p. 31–36, fev. 2011.

FERREIRA, K. A. S. L. Revisão. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 4, n. 2, 1 jun. 2006.

GUYTON, A.C. e Hall J.E.– Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p.1825-1858.

GOLDBERG, D. S.; MCGEE, S. J. Pain as a global public health priority. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 770, 6 out. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Brasileiro de 2010. Paraná: Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>> Acesso em:15/07/2023.

JIANG, Yan. Prevalence and Characteristics of body Pain in China—a National Study. In: APHA 2017 Annual Meeting & Expo (Nov. 4–Nov. 8). APHA, 2017.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. DE A. L. M. DA; PIMENTA, C. A. DE M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 509–513, ago. 2006.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. DE M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, p. 416–425, jun. 2003.

LAMPERT, L. © ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) 2012. [s.d.].

LESSARD, C.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; BEAULIEU, M.-D. The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. **BMC Family Practice**, v. 10, n. 1, p. 15, 11 fev. 2009.

LIMA, M. A. G. DE; TRAD, L. Dor crônica: objeto subordinado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 117–133, mar. 2008.

LINI, E. V. et al. Prevalence of self-referred chronic pain and interurrences in the health of the elderly. **Revista Dor**, v. 17, p. 279–282, dez. 2016.

LIVINGSTON, W. K. The Clinical Aspects of Visceral Neurology: With Special Reference to the Surgery of the Sympathetic Nervous System. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 82, n. 4, p. 481, out. 1935.

MACHADO, E. DE M. et al. A efetividade do método Pilates no tratamento da dor lombar crônica inespecífica: ensaio clínico randomizado. **Acta Fisiátrica**, v. 28, n. 4, p. 214–220, 31 dez. 2021.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 1 abr. 2019.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, v. 63, n. 2, p. 28–32, abr. 2011.

MARTELLI, A.; ZAVARIZE, S. F. Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. **UNICIÊNCIAS**, v. 17, n. 1, 2013.

MATOS, A. et al. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA PESSOA COM DOR: RESULTADOS SENSÍVEIS DA INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 3, p. 1198, 14 jun. 2018.

MATOS, A. S. DA S. **Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crônica**. masterThesis—[s.l.] [s.n.], 2012.

MELO CARDOSO, Mirlane Guimarães de. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. Manual de cuidados paliativos ANCP, p. 113, 2012.

MERSKEY, H. (ED.). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. **Pain**, v. Suppl 3, p. 226–226, 1986.

MEUCCI, R. D. et al. Dor lombar em adolescentes do semiárido: resultados de um censo populacional no município de Caracol (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 733–740, mar. 2018.

Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Elenco-Complementar-da-Assistencia-Farmaceutica>>. Acesso em : 05/10/2023

MORETTO, L. C. et al. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 13, p. 130–135, abr. 2009.

MIRANDA, Carla Ceres Villas; SEDA JUNIOR, Lauro de Franco; PELLOSO, Lia Rachel Chaves do Amaral. Nova classificação fisiológica das dores: o atual conceito de dor neuropática. *Revista Dor*, v. 17, p. 2-4, 20

MÜLLER, S. Dor Aguda. 21 set. 2022.

NETO¹, Aristeu de Almeida Camargo et al. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 428-33, 2010.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Guidelines for WHO Guidelines. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva, Switzerland. 2012. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf> Acesso em: 15/08/2023

OLIVEIRA, R. C. et al. Dor crônica e qualidade de vida: revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 4189–4206, 24 fev. 2023.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1619–1628, 8 maio 2020.

PINHEIRO, J. L. et al. Práticas integrativas associadas à educação em saúde na redução das dores crônicas osteomusculares: uma abordagem multiprofissional. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 124–133, 15 abr. 2021.

Posso, Irimar de Paula et al.,-Tratado de dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudos da dor/ 1.ed.-Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

PRUDENTE, M. DE P. et al. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde / Treatment of chronic pain in primary health care. **Brazilian Journal of Development**,

v. 6, n. 7, p. 49945–49962, 22 jul. 2020.

QUEIROZ, M. F. et al. QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOR CRÔNICA ATENDIDOS EM CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 1, n. 01, 19 dez. 2012.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **PAIN**, v. 161, n. 9, p. 1976, set. 2020.

RICE, A. S. C.; SMITH, B. H.; BLYTH, F. M. Pain and the global burden of disease. **PAIN**, v. 157, n. 4, p. 791, abr. 2016.

ROBERTSON, J.; LANG, D.; HILL, S. Use of pharmacoeconomics in prescribing research. Part 1: costs – moving beyond the acquisition price for drugs. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 28, n. 1, p. 73–79, 2003.

ROCHA, A. D. X.; ALFIERI, F. M.; SILVA, N. C. DE O. V. E. Prevalência de dor crônica e fatores associados em uma pequena cidade do sul do Brasil. **BrJP**, v. 4, p. 225–231, 8 out. 2021.

RODRIGUES, D. et al. Prevalence of chronic pain among elderly living in a city of Northern Rio Grande do Sul. **Revista Dor**, v. 17, p. 201–204, set. 2016.

RUVIARO, L. F.; FILIPPIN, L. I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, v. 13, p. 128–131, jun. 2012.

SÁ, K. N. et al. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Pain Reports**, v. 4, n. 6, dez. 2019.

SANDE, K. E. LIVINGSTON, LIEUTENANT COMMANDER W. K.: Pain Mechanisms. A Physiologic Interpretation of Causalgia and Its Related States. New York, MacMillan Company, 1943. **Psychosomatic Medicine**, v. 6, n. 1, p. 111, jan. 1944.

SANTOS, F. A. A. DOS et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 234–247, mar. 2015.

SARDA JÚNIOR, Jamir João. Avaliação Psicológica do paciente com dor. In: Dor. Manuais de Especialização. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.127-143.

Secretária de saúde. Disponível em:< <https://www.saude.pr.gov.br/Galeria-de-Imagens/Casos-sobem-40-em-uma-semana-e-alcancam-mais-de-70-dos-municipios>>. Acesso em:16/01/2023

SHRAIM, Muath A. et al. Features and methods to discriminate between mechanism-based categories of pain experienced in the musculoskeletal system: a Delphi expert consensus study. **Pain**, v. 163, n. 9, p. 1812-1828, 2022.

SMITH, B. H. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in

primary care. **PAIN**, v. 160, n. 1, p. 83, jan. 2019.

SOUZA, J. B. DE. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, p. 145–150, abr. 2009.

SOUZA, J. B. DE et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, p. e4643830, 26 set. 2017.

SOUZA RIBEIRO MAPA, G.; NAYARA ROCHA, J.; ESTÉFANE DUARTE, L. O fortalecimento do core na lombalgia crônica inespecífica. 2022.

TEIXEIRA, M.; FORNI, J. Fisiopatologia da Dor. 2019.

TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da Nocicepção e da Supressão da Dor. 2001.

TEIXEIRA, M. J. et al. Tratamento farmacológico da dor musculoesquelética. **Revista de Medicina**, v. 80, p. 179–244, 29 jun. 2001.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; OKADA, Massako. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. Dor: contexto interdisciplinar, 2003.

TOLEDO, Flávia Oliveira; SOBREIRA, Cláudia Ferreira da Rosa. Adaptação cultural do inventário breve da dor para a língua portuguesa no Brasil e teste de suas propriedades psicométricas. 2008.

TORRANCE, Nicola et al. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. **The Journal of Pain**, v. 7, n. 4, p. 281-289, 2006.

PHILLIPS, Ceri J. The cost and burden of chronic pain. **Reviews in pain**, v. 3, n. 1, p. 2-5, 2009.

VLAINICH, R. et al. Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, p. 402–405, ago. 2010.

WARFIELD, Carol A. A history of pain relief. Hospital practice (Office ed.), v. 23, n. 12, p. 121-122, 1988. DOI: • 10.1080/21548331.1988.11703595.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento completo utilizado na coleta de dados.**LOCAL DA COLETA****Cidade:**

- (1) Paula Freitas
- (2) Paulo Frontin
- (3) Porecatu
- (4) Rebouças
- (5) Tamarana
- (6) Teixeira Soares

A.1.Paula Freitas**A.1.1.Unidade de Saúde:**

- (1) Centro de Saúde de Paula Freitas
- (2) Centro de Saúde Rondinha

A.1.2.Entrevistador:

- (1) Alexsandro
- (2) Daniel
- (3) Lucileni
- (4) Marcela
- (5) Outro 1
- (6) Outro 2

A.2.Paulo Frontin**A.2.1.Unidade de Saúde:**

- (1) UBS Central
- (2) UBS 2

A.2.2.Entrevistador:

- (1) Karoline
- (2) Lúcia
- (3) Márcia
- (4) Neia
- (5) Tainara
- (6) Outro 1
- (7) Outro 2

A.3.Porecatu**A.3.1.Unidade de Saúde:**

- (1) Centro de Saúde Luiz Di Miguelli
- (3) UBS Maria Cristina Tavian

A.3.2.Entrevistador:

- (1) Barbara
- (2) Cris
- (3) Eloisa
- (4) Marines
- (5) Paula
- (6) Outro 1
- (7) Outro 2

A.4.Rebouças

A.4.1.Unidade de Saúde:

- (1) Central Atalábio
- (2) Vila Operária

A.4.1.Entrevistador:

- (1)Aguinaldo
- (2)Felipe
- (3) Flávio
- (4) Laura
- (5) Outro 1
- (6) Outro 2

A.5.Tamarana**A.5.1.Unidade de Saúde:**

- (1) UAPSF Padre Carmel Bezinna
- (2) UBS Plínio Pereira de Araújo

A.5.2.Entrevistador:

- (1) Cléia
- (2) Jéssica
- (3) Outro 1
- (4) Outro 2

A.6.Teixeira Soares**A.6.1.Unidade de Saúde:**

- (1) Marcia Marchinski (Antiga Clínica da Mulher)
- (2) Unidade Antônio Pires Pedroso

A.6.2.Entrevistador:

- (1) Alice
- (2) Jaqueline
- (3) Mariana
- (4) Paloma
- (5) Sabrina
- (6) Outro 1
- (7) Outro 2

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO**B) Sexo:***NÃO PRECISA PERGUNTAR*

- (1) Feminino
- (2) Masculino

C) Idade:**D) Situação Conjugal:**

- (1) Solteiro
- (2) Casado/ União Estável
- (3) Divorciado/ Separado
- (4) Viúvo

E) Qual é o grau de escolaridade do senhor(a)?

- (1)Sem escolaridade/analfabeto

- (2) Primário incompleto
- (3) Primário completo
- (4) Fundamental incompleto (antigo ginásio incompleto)
- (5) Fundamental completo (antigo ginásio completo)
- (6) Ensino médio incompleto (antigo 2º grau incompleto)
- (7) Ensino médio completo (antigo 2º grau completo)
- (8) Ensino superior incompleto
- (9) Ensino superior completo
- (10) Especialização ou mais

F) Você se considera da Cor ou Raça:

*PERGUNTAR COMO O ENTREVISTADO SE DECLARA
LER TODAS AS OPÇÕES*

- (1) Amarela
- (2) Branca
- (3) Indígena
- (4) Parda
- (5) Preta

G) Você reside na Zona Urbana ou Rural?

- (1) Urbana
- (2) Rural

H) Em relação ao trabalho, sua situação atual?

*NO CASO DE MAIS DE UMA FONTE DE RENDA, CONSIDERAR APENAS A
PRINCIPAL*

SE NECESSÁRIO, LEIA AS OPÇÕES

- (1) Empregado com carteira assinada
- (2) Trabalhador informal (sem carteira assinada)
- (3) Autônomo
- (4) Funcionário público
- (5) Agricultor ou produtor rural
- (6) Diarista ou faxineira
- (7) Aposentado(a)
- (8) Do lar
- (9) Desempregado
- (10) Outro

I) Se outro, cite qual:

J) Qual o principal meio de deslocamento que o(a) senhor(a) utiliza para vir até a UBS?

- (1) A pé
- (2) De carro
- (3) Transporte público
- (4) De bicicleta
- (5) Outros

↳ Se OUTRO, pule para a questão “K”

K) Se outro, cite qual:

L) Considerando este meio de deslocamento, quanto tempo o(a) senhor(a) demora para chegar até a Unidade de Saúde?

Não precisa ler as opções

- (1) Até 5 minutos
- (2) De 5 a 9 minutos
- (3) De 10 a 29 minutos
- (4) De 30 a 59 minutos
- (5) 1 hora ou mais

SAÚDE GERAL

Agora vou perguntar sobre a saúde do(a) senhor(a)

M) Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde:

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS.

N) Hipertensão Arterial/Pressão Alta?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão "O"

N.1. Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) De 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

N.1.1. O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

N.1.2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos

- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

O) Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão "P"

O.1. Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) De 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

O.1.1.O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

O.1.2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos
- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

P) Colesterol elevado?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão "Q"

P.1. Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) De 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

P.1.1.O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

P.1.2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade

de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos
- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

Q) Artrite / Artrose / Reumatismo?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão "R"

Q.1. Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) de 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

Q.1.1.O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

Q.1.2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos
- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

R) Algum tipo de Neoplasia/Câncer ?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

R.1. Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) de 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

R.1.1.O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

R.1.2.Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos
- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

S) Depressão?

ATENÇÃO, pois só deve relatar aquilo que um médico ou profissional da saúde já lhe informou que possui.

- (1) Sim
- (2) Não

S.1.Há quanto tempo tem o diagnóstico da doença referida?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) De 1 a 4 anos
- (3) de 4 a 9 anos
- (4) 10 anos ou mais

S.1.1.O(A) senhor(a) faz algum tipo de acompanhamento/tratamento para esta doença?

- (1) Sim, somente no SUS
- (2) Sim, somente no particular (plano de saúde ou pagamento)
- (3) Ambos
- (4) Não

S.1.2.Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem feito acompanhamento numa Unidade de Saúde do SUS para este problema de saúde?

- (1) menos de 6 meses
- (2) de 6 meses a 1 ano
- (3) de 1 a 4 anos
- (4) de 5 a 10 anos
- (5) 10 anos ou mais

IMC

T) Qual a sua altura?

MARCAR A ALTURA EM CENTÍMETROS, SEM VÍRGULA/PONTO.

U) Qual o seu peso atual?

MARCAR O PESO EM QUILOS

CARACTERIZAÇÃO DE DOR CRÔNICA

DOR 1) Você sente algum tipo de dor muscular há 6 MESES OU MAIS ?

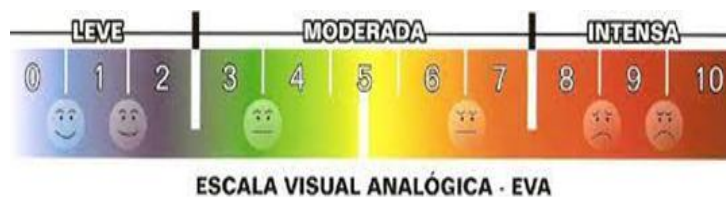
- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão AF1

DOR 2) Nos últimos 6 meses, em média, quão intensa foi a sua dor avaliada em uma escala de 0 a 10 (pensando que 0 é sem dor e 10 a pior dor que já sentiu)

MOSTRAR A ESCALA DE E.V.A

- (0) 0
- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (1) 10



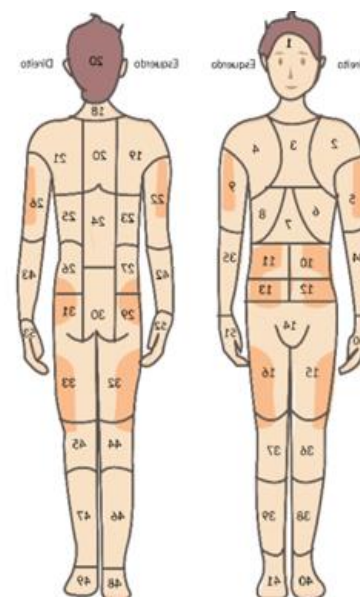
DOR 3) Em geral, quanto seu problema de dor interfere em suas atividades diárias? Como por exemplo: trabalho, sono, lazer, cuidado com a casa, cuidado com a família. (Pensando que "0 é sem interferência" e "10 extrema interferência")

- (0) 0
- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5
- (6) 6
- (7) 7
- (8) 8
- (9) 9
- (10) 10

DOR 4) Por favor aponte em qual(is) parte(s) do corpo o(a) senhor(a) sente essa(s) dor(es)

**MOSTRAR A FIGURA PARA O ENTREVISTADO
ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA**

- (1) Cabeça
- (2) Pescoço
- (3) Ombro
- (4) Braços
- (5) Mãos
- (6) Peito
- (7) Abdômen
- (8) Coluna torácica
- (9) Coluna lombar
- (10) Quadril/ Pelve
- (11) Pernas
- (12) Joelhos
- (13) Pés/ Tornozelo
- (14) Outros



↳ Se outros, pule para a questão DOR 5

DOR 5) Outro (por exemplo amputação):

DOR 6) Entre as dores que citou, qual delas mais incomodou nos últimos 6 meses

PERGUNTAR SOMENTE QUANDO HOUVER 2 OU MAIS RESPOSTAS NA QUESTÃO ANTERIOR

CASO TENHA APENAS UMA, ASSINALAR A MESMA OPÇÃO DA QUESTÃO ANTERIOR

- (1) Cabeça
- (2) Pescoço
- (3) Ombro
- (4) Braços
- (5) Mãos
- (6) Peito
- (7) Abdômen
- (8) Coluna torácica
- (9) Coluna lombar
- (10) Quadril/ Pelve
- (11) Pernas
- (12) Joelhos
- (13) Pés/ Tornozelo
- (14) Outros

DOR 7) Há quanto tempo sente ESSA dor?

- (1) de 6 meses a 1 ano
- (2) de 1 a 2 anos
- (3) de 2 a 3 anos
- (4) de 3 a 5 anos
- (5) de 5 a 7 anos
- (6) de 7 a 10 anos
- (7) há mais de 10 anos

DOR 8) Faz uso de medicamento para alívio da dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 9

DOR 8.1 Se sim, com qual frequência?

- (1) Sim, de maneira contínua.
- (2) Sim, em momentos de maior dor.
- (99) Não lembra/Não sabe responder

DOR 8.1.2. O acesso a este(s) medicamentos é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 8.1.3. Realiza algum tratamento específico para alívio da dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR

DOR 9) O(A) senhor(a) realiza FISIOTERAPIA para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 10

DOR 9.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 10) O(A) senhor(a) realiza AURICULOTERAPIA para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 11

DOR 10.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 11) O(A) senhor(a) realiza ACUPUNTURA para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 12

DOR 11.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 12) O(A) senhor(a) realiza NATAÇÃO para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 13

DOR 12.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 13) O(A) senhor(a) realiza HIDROTERAPIA para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 14

DOR 13.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 14) O(A) senhor(a) realiza ALONGAMENTO para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 15

DOR 14.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos
- (4) Realizo sem acompanhamento profissional
- (5)

DOR 15) O(A) senhor(a) realiza PILATES para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 16

DOR 15.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 16) O(A) senhor(a) realiza FORTALECIMENTO MUSCULAR/ MUSCULAÇÃO para tratar a sua dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 17

DOR 16.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos
- (4) Realizo sem acompanhamento profissional

DOR 17) O(A) senhor(a) realiza CAMINHADA/ OUTRO EXERCÍCIO AERÓBIO não citado anteriormente para tratar a sua dor?

OUTROS EXEMPLOS SÃO: CORRIDA, DANÇA.

- (1) Sim

(2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 18

DOR 17.1. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos
- (4) Realizo sem acompanhamento profissional

DOR 18) O(A) senhor(a) participa do GRUPO DE DOR para tratar a sua dor?
GRUPOS ESPECÍFICOS PARA TRATAR PESSOAS COM DOR CRÔNICA

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão DOR 19

DOR 18.1. Se, sim este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos

DOR 19) Realiza outro tratamento para dor?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão AF1

DOR 19.1. Qual tratamento ?

DOR 19.1.2. Se sim, este tratamento é realizado de que forma?

- (1) Inteiramente pelo SUS
- (2) Inteiramente privado
- (3) Em ambos
- (4) Realizo sem acompanhamento profissional

ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos falar sobre a prática de atividade física no seu TEMPO LIVRE/ LAZER.
NÃO CONSIDERAREMOS PRÁTICAS DE ATIVIDADE DOMÉSTICA, DE TRABALHO E DESLOCAMENTO

AF 1) Em uma semana normal o(a) senhor(a) faz algum tipo de atividade física no seu TEMPO LIVRE/ LAZER ?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão AF4

AF 2) O(A) senhor(a) faz atividade física regular há mais de 6 meses?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão AF 4

AF 3) Em quais lugares normalmente realiza estas práticas:

ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA

- (1) Academia/Clínica privada, campos, clubes, quadras ou outros espaços privados (com pagamento para utilizar)
- (2) Espaços públicos como praças, parques, campos/quadras
- (3) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos.)

AF 4) O(A) senhor(a) pretende começar a fazer atividade física regular nos próximos 30 dias?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se NÃO, pule para a questão AF 5

AF 5) O(A) senhor(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?

- (1) Sim
- (2) Não

CONHECIMENTO E ACESSO A PROGRAMAS PÚBLICOS DE ATIVIDADE FÍSICA

AC 1) O(A) senhor (a) conhece algum programa GRATUITO que ofereça atividade física no seu município?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão BR 1

AC 2) Este(s) programa(s) são:

- (1) Setor público (ex: oferecidos pela UBS, prefeitura, secretaria do esporte, etc.)
- (2) Setor privado (ex: farmácias, mercados, empresas, etc.)
- (3) Ambos
- (99) Não lembra/Não sabe responder

AC 3) O(A) senhor(a) participa desse(s) programa(s)?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão AC 5

AC 4) Quantas vezes por semana o(a) senhor(a) participa?

- (0) Ocasionalmente (menos de uma vez por semana)
- (1) Uma vez
- (2) Duas vezes

- (3) Três vezes
- (4) Quatro vezes ou mais

AC 5) Qual PRINCIPAL motivo de não participar?

NÃO LER AS QUESTÕES, AGUARDAR RESPOSTA DO ENTREVISTADO, E ASSINALAR ALTERNATIVA QUE MAIS SE APROXIMA.

- (1) Não é perto do meu domicílio
- (2) Não tenho tempo
- (3) Não tenho interesse nas atividades oferecidas
- (4) O espaço não é seguro/iluminado
- (5) Fui impedido de participar
- (6) Problemas de saúde ou incapacidade física
- (7) Não tem disponibilidade de tempo no horário em que o programa acontece
- (8) Não sei responder
- (9) Outro. Especifique

↳ Se outros, pule para a questão AC 6

AC 6) Outro. Especifique

BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE/LAZER

Agora vamos falar sobre possíveis fatores que dificultam a prática de atividade física no TEMPO LIVRE/LAZER do(a) senhor(a)

BR1) O(A) senhor(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe a prática de atividade física?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 2) O(A) senhor(a) se sente velho demais para a prática de atividade física?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 3) O(A) senhor(a) gosta de praticar atividade física?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 4) O(A) senhor(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 5) A falta de dinheiro atrapalha o(a) senhor(a) fazer atividades físicas?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 6) O(A) senhor(a) tem medo de se machucar fazendo atividade física?

- (1) Sim

(2) Não

BR 7) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) senhor(a) faça atividades físicas?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 8) O(A) senhor(a) tem tempo livre para fazer atividade física?

- (1) Sim
- (2) Não

BR 9) Existe local adequado para a prática de atividade física próximo ao seu domicílio?

- (1) Sim
- (2) Não

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora vamos falar um pouco sobre a utilização do(s) serviço(s) de saúde pelo(a) senhor(a)

UT 1) O(A) senhor(a) possui plano de saúde?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

UT 2) Há quanto tempo o(a) senhor(a) é usuário desta Unidade Básica de Saúde?

- (1) Menos de 6 meses
- (2) Entre 6 a 11 meses
- (3) Entre 1 e 3 anos
- (4) Mais de 3 anos

UT 3) Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) passou por alguma consulta médica? (Não apenas pelo SUS)

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão UT 4

UT 3.1. Quantas Consultas?

ANOTAR A QUANTIDADE DE VEZES QUE PASSOU POR CONSULTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES

- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3
- (4) 4
- (5) 5 ou mais

UT 3.1.2. Estas consultas foram:

- (1) Todas no SUS

- (2) Todas no sistema privado (pagamento direto ou plano de saúde)
- (3) Em ambos (público e privado)

UT 3.1.3. Em geral, com que frequência o(a) senhor(a) considera que nesta(s) consulta(s) médica(s), os(as) médicos(as) que fizeram o atendimento estavam atentos para escutar o que o(a) senhor(a) tinha para falar a respeito da sua saúde?

LER AS OPÇÕES

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Poucas vezes
- (4) Nunca
- (99) Não lembra/Não sabe responder

UT 4. Nos últimos 12 meses, o senhor(a) já foi consultado de forma COMPARTILHADA?

COM A PARTICIPAÇÃO DE DOIS OU MAIS PROFISSIONAIS NA MESMA CONSULTA AO MESMO TEMPO

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, pule para a questão UT 5

UT 4.1. Em geral, com que frequência o(a) senhor(a) considera que nesta(s) consulta(s) COMPARTILHADAS, o(s) profissionais que fizeram o atendimento estavam atentos para escutar o que o(a) senhor(a) tinha para falar a respeito da sua saúde?

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Poucas vezes
- (4) Nunca
- (99) Não lembra/Não sabe responder

UT 5) Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) recebeu alguma visita domiciliar de algum(ns) profissional(is) de saúde (qualquer profissional de saúde da UBS, inclusive Agentes comunitários de saúde)?

NÃO CONSIDERAR AGENTES DE ENDEMIAS/ DENGUE

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, pule para a questão UT 6

UT 5.1. Em geral, com que frequência o(a) senhor(a) considera que os profissionais que realizaram esta(s) visita(s) estavam atentos para escutar o que o sr(a) tinha para falar da sua saúde

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre

- (3) Poucas vezes
- (4) Nunca
- (99) Não lembra/Não sabe responder

UT 6) Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) recebeu alguma visita domiciliar de algum(ns) Agente(s) de Endemia/ Dengue?

- (1) Sim
- (2) Não

UT 7) ATUALMENTE o(a) senhor(a) participa de alguma atividade em grupo organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)?

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão UT 8

UT 7.1. De qual(is) grupo(s) o senhor(a) participa:

ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA

- (1) Grupo de caminhada
- (2) Grupo de gestante
- (3) Grupo de redução/controle de peso
- (4) Grupo de tabagistas
- (5) Grupo de diabéticos
- (6) Grupo de hipertensos
- (7) Grupo de práticas corporais/ atividade física
- (8) Grupo de dor
- (9) Outros:

↳ Se outros, pule para a questão UT.7.2.

UT.7.2. Cite o nome do grupo:

UT 8) ANTERIORMENTE o(a) senhor(a) já participou de alguma atividade em grupo organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)?

- 1. Sim
- 2. Não

↳ Se não, pule para a questão UT 9

UT 8.1. De qual(is) grupo(s) o senhor(a) participou:

ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA

- (1) Grupo de caminhada
- (2) Grupo de gestante
- (3) Grupo de redução/controle de peso
- (4) Grupo de tabagistas
- (5) Grupo de diabéticos
- (6) Grupo de hipertensos
- (7) Grupo de práticas corporais/ atividade física

(8) Grupo de dor

(9) Outros:

↳ Se outros, pule para a questão UT.8.1.2.

UT 8.1.2. Cite o nome do grupo:

ACESSO A OUTROS PROFISSIONAIS

OP 1) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com DENTISTA (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

(1) Sim

(2) Não

(99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 2

OP 1.1. Este contato foi:

(1) No Público

(2) No Privado

(99) Em ambos (público e privado)

OP 2) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com ENFERMEIRO(A) (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

(1) Sim

(2) Não

(99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 3

OP 2.1. Este contato foi:

(1) No Público

(2) No Privado

(3) Em ambos (público e privado)

OP 3) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com FARMACÊUTICO(A) (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

SÃO CONSIDERADOS APENAS SE HOVEREM ORIENTAÇÕES E/OU ACONSELHAMENTO.

SOMENTE A ENTREGA OU VENDA DE MEDICAMENTOS NÃO SÃO CONSIDERADOS.

(1) Sim

(2) Não

(99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 4

OP 3.1. Este contato foi:

- (1) No Público
- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 4) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com FISIOTERAPEUTA (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 5

OP 4.1. Este contato foi:

- (1) No Público
- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 5) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com FONOAUDIÓLOGO(A) (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 6

OP 5.1. Este contato foi:

- (1) No Público
- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 6) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com NUTRICIONISTA (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 7

OP 6.1. Este contato foi:

- (1) No Público

- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 7) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

CONSIDERA-SE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL EM ACADEMIA PRIVADA E/OU PERSONAL TRAINER

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 8

OP 7.1. Este contato foi:

- (1) No Público
- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 8) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com PSICÓLOGO(A) (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão OP 9

OP 8.1. Este contato foi:

- (1) No Público
- (2) No Privado
- (3) Em ambos (público e privado)

OP 9) Nos últimos 12 meses teve alguma consulta ou alguma orientação/ aconselhamento com OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO CITADO (exemplos: grupos de educação em saúde, palestras, etc.)

NÃO APENAS PELO SUS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/ não lembra pule para a questão RF

OP 9.1. Cite qual outro profissional?

NÃO APENAS PELO SUS

OP 9.1.2. Este contato foi:

- 1. No Público
- 2. No Privado

3. Em ambos (público e privado)

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

RF 1) Você tem algum profissional de saúde como referência nesta Unidade de Saúde?

CASO O ENTREVISTADO NÃO ENTENDA, EXPLIQUE QUE O PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA É AQUELE COM QUEM ELE TEM MAIOR CONTATO, AFINIDADE, CONFIANÇA.

- (1) Sim
- (2) Não

↳ Se não, pule para a questão RF 2

RF 1.1. Qual é este profissional:

- (1) Agente comunitário de saúde
- (2) Dentista
- (3) Enfermeiro(a)
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Fisioterapeuta
- (6) Fonoaudiólogo(a)
- (7) Médico(a)
- (8) Nutricionista
- (9) Profissional de Educação Física
- (10) Psicólogo(a)
- (11) Outros

↳ Se outro, pule para a questão RF 1.2

RF 1. 2. Qual:

RF 2) Em geral, como o(a) senhor(a) AVALIA O SUS (Considerando não apenas a UBS específica, mas toda a rede e serviços que conhece relacionados ao SUS):

LER AS OPÇÕES

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 3) Em geral como o(a) senhor(a) AVALIA O ATENDIMENTO nesta Unidade Básica/Centro/Posto de Saúde?

LER AS OPÇÕES

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 4) Em relação AO SEU ÚLTIMO ATENDIMENTO NO SUS (ANTERIOR À ESSE), o(a) senhor(a) o avalia como:

LER AS OPÇÕES

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 5) Nos últimos 12 meses em algum momento recebeu algum tipo de aconselhamento (orientação) para a prática de atividade física (realizado por profissional de saúde)

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 6) Nos últimos 12 meses em algum momento recebeu algum tipo de aconselhamento relacionado à alimentação (realizado por profissional de saúde)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 7) Considerando os últimos 12 meses, o(a) senhor(a) teve alguma dificuldade para MARCAR ALGUMA CONSULTA MÉDICA para você ?

NÃO CONSIDERAR OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA/CONHECIDOS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

RF 8) Considerando os últimos 12 meses o(a) senhor(a) teve alguma dificuldade PARA MARCAR CONSULTA COM ALGUM OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (QUE NÃO MÉDICO) para você?

NÃO CONSIDERAR OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA/CONHECIDOS

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As últimas perguntas desta pesquisa referem-se às PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, que são recursos utilizados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde baseados em conhecimentos tradicionais.

1- Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou ACUPUNTURA?

**Técnica que estimula pontos espalhados pelo corpo, por meio da inserção de finas*

agulhas.

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 2

1.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção "5 - indicação de profissionais" perguntar:

1.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

1.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

1.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se "Sim, todas as vezes", pular para questão 2.

1.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

2 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou AURICULOTERAPIA?

**Técnica que estimula as zonas neuro reativas localizadas na orelha por meio de agulhas, esferas ou sementes*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 3

2.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção "5 - indicação de profissionais" perguntar:

2.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

2.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

2.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se "Sim, todas as vezes", pular para questão 3.

2.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos

- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

3 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou HOMEOPATIA?

**Tratamento realizado com medicamento de dispensação farmacêutica obtido pela técnica de dinamização*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 4

3.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por: **Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se selecionar a opção “5 - indicação de profissionais” perguntar:

3.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso? **Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

3.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

3.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “Sim, todas as vezes”, pular para questão 4.

3.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

4 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou a prática de MEDITAÇÃO?

**Prática mental, que envolve a regulação da atenção e do foco no momento presente.*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 5

4.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção "5 - indicação de profissionais" perguntar:

4.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

4.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

4.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular para **questão 4**.

4.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

5 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou PLANTAS MEDICINAIS OU FITOTERAPIA?

**PLANTAS MEDICINAIS: planta seca ou fresca utilizada com propósito terapêutico, na forma de chás, banhos, compressas, tinturas, xaropes e etc. FITOTERAPIA: terapêutica que utiliza as plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, como cápsulas, comprimidos, pomadas, sprays e etc.*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 6

5.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção “**5 - indicação de profissionais**” perguntar:

5.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

5.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

5.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular para **questão 6**.

5.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

6 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou a prática de TAI CHI CHUAN, LIAN GONG OU QI GONG?

**Práticas corporais que trabalham os aspectos físico e energético do corpo*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 7

6.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção “**5 - indicação de profissionais**” perguntar:

6.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

6.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

6.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular para **questão 7**.

6.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

7 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA?

**Prática terapêutica coletiva, que funciona por meio de rodas de conversas onde todos são iguais e compartilham seus sofrimentos, ansiedades, conhecimentos e experiências de vida.*

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 8

7.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção “**5 - indicação de profissionais**” perguntar:

7.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista

- (6) Outros: _____
 (99) Não lembra/Não sabe responder

7.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
 (2) Para alívio da dor
 (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
 (4) Outro(s), especifique: _____

7.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
 (3) Sim, algumas vezes
 (2) Não
 (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular para **questão 8**.

7.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática? *

- (1) Sim, todos
 (3) Sim, alguns
 (2) Não
 (99) Não lembra/Não sabe responder

8 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou a prática de YOGA?

**Prática corporal e mental utilizada como técnica para controlar corpo e mente.*

- (1) Sim
 (2) Não
 (99) Não lembra/Não sabe responder

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 9

8.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por: *Pode marcar mais de uma opção

- (1) Vontade própria
 (2) Indicação de amigos
 (3) Indicação de familiares
 (4) Internet
 (5) Indicação de profissionais
 (6) Outros: _____
 (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção “**5 - indicação de profissionais**” perguntar:

8.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
 (2) Enfermeiro(a)
 (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem

- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

8.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

8.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular para **questão 9**.

8.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

9 - Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) utilizou alguma OUTRA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim**”, cite qual: _____

↳ Se não, não sabe/não lembra, pule para a questão 10

9.1 - O(A) senhor(a) começou a utilizar este tratamento/prática por:* *Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Vontade própria
- (2) Indicação de amigos
- (3) Indicação de familiares
- (4) Internet
- (5) Indicação de profissionais
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se opção “**5 - indicação de profissionais**” perguntar:

9.1.1 - Quais profissionais indicaram o uso?

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Médico(a)
- (2) Enfermeiro(a)
- (3) Técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- (4) Farmacêutico(a)
- (5) Dentista
- (6) Outros: _____
- (99) Não lembra/Não sabe responder

9.2 - Indique o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o(a) senhor(a) utilizou este tratamento/prática:

**Pode marcar mais de uma opção*

- (1) Para tratar alguma doença crônica
- (2) Para alívio da dor
- (3) Para promover bem-estar/para promoção da saúde
- (4) Outro(s), especifique: _____

9.3 - Este tratamento/prática foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (1) Sim, todas as vezes
- (3) Sim, algumas vezes
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

Se “**Sim, todas as vezes**”, pular a próxima pergunta.

9.4 - Pagou algum valor por este tratamento/prática?*

- (1) Sim, todos
- (3) Sim, alguns
- (2) Não
- (99) Não lembra/Não sabe responder

APÊNDICE B- Quadro de síntese das variáveis de dor musculoesquelética crônica - variável dependente.

Quadro 3. Quadro de síntese das variáveis de dor musculoesquelética crônica - variável dependente.

QUADRO DE SÍNTESE DAS VARIÁVEIS DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA CRÔNICA - VARIÁVEL DEPENDENTE			
VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTAS	CATEGORIZAÇÃO/ RECATEGORIZAÇÃO
CARATERIZAÇÃO DA DOR CRÔNICA Smith <i>et.al.</i> , 2019	1)Você sente algum tipo de dor muscular há 6 meses ou mais?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
INTENSIDADE DA DOR Bracher,2008 (EGDC)	2)Nos últimos 6 meses, em média, quão intensa foi a sua dor avaliada em uma escala de 0 a 10 (pensando que 0 é sem dor e 10 a pior dor que já sentiu)	(0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Sem dor (0) • Dor leve (1-3) • Dor moderada (4-6) • Dor intensa (7-10)
ATIVIDADES DIÁRIAS Bracher,2008 (EGDC)	3)Em geral, quanto seu problema de dor interfere em suas atividades diárias? Como por exemplo: trabalho, sono, lazer, cuidado com a casa, cuidado com a família. (pensando que "0 é sem interferência" e "10 extrema interferência")	(0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Sem interferência (0) • Interferência leve (1-3) • Interferência moderada (4-6) • Extrema interferência (7-10)
LOCAL DA DOR E NÚMERO DE ÁREAS DE DOR Oliveira <i>et.al.</i> , 2020 (BREVE INVENTÁRIO DA DOR)	4) Por favor aponte em qual(is) parte(s) do corpo o(a) senhor(a) sente essa(s) dor(es)	Diagrama corporal composto numericamente de 1 a 49 (admite-se mais de uma resposta)	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeça • Pescoço • Ombro • Braços • Mãos • Peito • Abdômen • Coluna torácica • Coluna lombar • Quadril/ pelve • Pernas • Joelhos • Pés/ tornozelo • Outros (por ex. Amputação)

LOCAL DA DOR Toledo,2008 (BREVE INVENTÁRIO DA DOR)	5) Dentre as dores que citou, qual delas mais incomodou nos últimos 6 meses	Diagrama corporal composto numericamente de 1 a 49 (admita-se apenas uma resposta)	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeça • Pescoço • Ombro • Braços • Mãos • Peito • Abdômen • Coluna torácica • Coluna lombar • Quadril/ pelve • Pernas • Joelhos • Pés/ tornozelo • Outros (por ex. Amputação) •
HISTÓRICO DA DOR	6) Há quanto tempo sente essa dor?	De 6 meses a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> • De 6 meses a 10 anos • Há mais de 10 anos
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO Toledo,2008 (BREVE INVENTÁRIO DA DOR)	7) Faz uso de medicamento para alívio da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
	8) Se sim, com qual frequência	<ul style="list-style-type: none"> • Sim, de maneira contínua. • Sim, em momentos de maior dor. • Não lembra/não sabe responder 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim, de maneira contínua. • Sim, em momentos de maior dor. • Não lembra/não sabe responder
	9) O acesso a este(s) medicamentos é realizado de que forma?	<ul style="list-style-type: none"> • Inteiramente pelo sus • Inteiramente privado • Em ambos 	<ul style="list-style-type: none"> • Inteiramente pelo sus • Inteiramente privado • Em ambos
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	10) Realiza algum tratamento específico para alívio da dor?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

	11) O(a) senhor(a) realiza _____ para tratar a sua dor?	<ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapia ● Auriculoterapia ● Acupuntura ● Natação ● Hidroterapia ● Alongamento* ● Pilates ● Fortalecimento muscular/ musculação* ● Exercício aeróbio* ● Grupo de dor ● Outro* 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não
	12) Este tratamento é realizado de que forma?	<ul style="list-style-type: none"> ● Inteiramente pelo sus ● Inteiramente privado ● Em ambos ● Realizo sem acompanhamento profissional 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inteiramente pelo sus ● Inteiramente privado ● Em ambos ● Realizo sem acompanhamento profissional

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE C- Quadro de síntese das variáveis sociodemográficas- variáveis independentes

Quadro 4. Quadro de síntese das variáveis sociodemográficas- variáveis independentes

QUADRO DE SÍNTESE DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS- VARIÁVEIS INDEPENDENTES			
VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTAS	CATEGORIZAÇÃO/ RECATEGORIZAÇÃO
SEXO	Sexo:	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Feminino 	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Feminino
FAIXA ETÁRIA	Qual a sua idade?	Resposta aberta	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 24 anos • 25 a 39 anos • 40 a 59 anos • ≥ 60 anos
RAÇA/ COR AUTODECLARADA	Você se considera da raça/cor:	<ul style="list-style-type: none"> • Amarela • Branca • Indígena • Parda • Preta 	<ul style="list-style-type: none"> • Branca e amarela • Preta, parda e indígena
ESCOLARIDADE	Qual é o grau de escolaridade do senhor(a)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem escolaridade/analfabeto 2. Primário incompleto 3. Primário completo 4. Fundamental incompleto (antigo ginásio incompleto) 5. Fundamental completo (antigo ginásio completo) 6. Ensino médio incompleto (antigo 2º grau incompleto) 7. Ensino médio completo (antigo 2º grau completo) 8. Ensino superior incompleto 9. Ensino superior completo 10. Especialização ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamental incompleto (1,2,3 e 4) • Ensino médio incompleto (5 e 6) • Ensino superior incompleto (7 e 8) • Ensino superior completo (9 e 10)
SITUAÇÃO CONJUGAL	Situação conjugal:	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro • Casado/ União Estável • Divorciado/ Separado • Viúvo 	<ul style="list-style-type: none"> • Solteiro • Casado/ União Estável • Divorciado/ Separado • Viúvo

TIPO DE OCUPAÇÃO	Em relação ao trabalho, sua situação atual?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empregado com carteira assinada 2. Trabalhador informal (sem carteira assinada) 3. Autônomo 4. Funcionário público 5. Agricultor ou produtor rural 6. Diarista ou faxineira 7. Aposentado(a) 8. Do lar 9. Desempregado 10. Outro 	<ul style="list-style-type: none"> • Empregado (1,2,3,4,5,6 e 10) • Desempregado (8,9 e 10) • Aposentado (7) <p>*A alternativa 10.Outros, foi analisada caso a caso.</p>
-------------------------	---	--	---

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE D- Quadro de síntese das variáveis de saúde geral- variáveis independentes

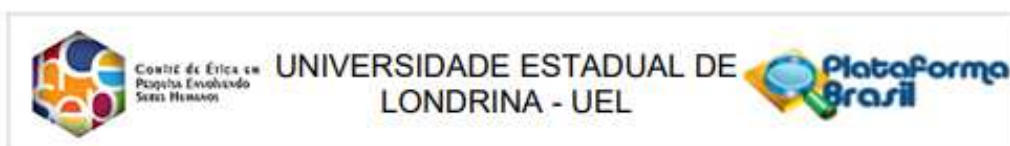
Quadro 5. Quadro de síntese das variáveis de saúde geral- variáveis independentes

QUADRO DE SÍNTESE DAS VARIÁVEIS DE SAÚDE GERAL-VARIÁVEIS INDEPENDENTES			
VARIÁVEL	PERGUNTA	RESPOSTAS	CATEGORIZAÇÃO/ RECATEGORIZAÇÃO
AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE	Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> • Autopercepção positiva (1,2) • Autopercepção negativa (3,4,5)
HIPERTENSÃO ARTERIAL	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com hipertensão arterial/ pressão alta	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
DIABETES MELLITUS	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com diabetes mellitus/ açúcar no sangue	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
HIPERCOLESTEROLEMIA	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com colesterol elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
DOENÇAS REUMÁTICAS	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com artrite/artrose/reumatismo	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
NEOPLASIA/CÂNCER	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com neoplasia/ câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
DEPRESSÃO	O(a) senhor(a) já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde com Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
IMC	$\frac{\text{PESO}}{(\text{ALTURA})^2}$	<ul style="list-style-type: none"> • < 18,49 • 18,50 – 24,99 • 25,00 – 29,99 • ≥ 30 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso (< 18,49) • Peso normal (18,50 – 24,99) • Sobrepeso (25,00 – 29,99) • Obesidade (≥ 30)
ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE	Em uma semana normal o(a) senhor(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre/ lazer ?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Fonte: Autoria própria.

ANEXOS

ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com DCNT, em municípios de pequeno porte do estado do Paraná.

Pesquisador: Mathias Roberto Loch

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39012820.8.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.414.235

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do programa de pós-graduação em saúde coletiva da UEL.

a pesquisa ocorrerá em três etapas: 1) será realizado o mapeamento dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde em municípios de pequeno porte. Esta etapa caracteriza-se como censo, sendo que o mapeamento será realizado a partir de dados do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde, que permite verificar os profissionais cadastrados em cada estabelecimento de saúde do país. 2) será realizada a partir da aplicação de um questionário, a ser respondido pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde em municípios de pequeno porte vinculados às três regionais de Saúde envolvidas. 3) Entrevista com usuários da Atenção Básica à Saúde diagnosticados com DCNT de município de pequeno porte do Paraná, vinculados às três regionais de Saúde

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Verificar o acesso ao atendimento multiprofissional e interprofissional e a adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em municípios de pequeno porte do Paraná.

Objetivos Específicos:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

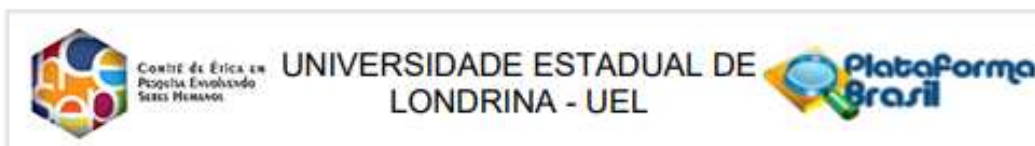
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.414.235

- a) Mapear a presença de profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde em municípios de pequeno porte do Paraná;
- b) Caracterizar os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde em municípios pequeno porte vinculados à três regionais de Saúde;
- c) Verificar o conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica à Saúde sobre o trabalho multiprofissional e interprofissional de municípios de pequeno porte vinculados à três regionais de Saúde;
- d) Verificar as características do trabalho multiprofissional e interprofissional na Atenção Básica à Saúde, segundo os profissionais de saúde que atuam em municípios de pequeno porte do Paraná vinculados à três regionais de Saúde;
- e) Verificar os problemas e desafios para a realização do trabalho interprofissional na Atenção Básica à Saúde, segundo a percepção dos profissionais de saúde que atuam em município de pequeno porte do Paraná vinculados à três regionais de Saúde;
- f) Verificar as potencialidades do trabalho interprofissional na Atenção Básica à Saúde, segundo a percepção dos profissionais de saúde que atuam em municípios de pequeno porte do Paraná;
- g) Verificar a prevalência de consultas ou algum outro tipo de contato (por exemplo: em atividades de educação à saúde, grupos de atividade física ofertados pela UBS, etc.) nos últimos 12 meses, com profissionais de diferentes áreas em usuários da Atenção Básica à Saúde, diagnosticados com DCNT de município de pequeno porte do Paraná vinculados à três regionais de Saúde;
- h) Verificar a prevalência de comportamentos relacionados à saúde em usuários da Atenção Básica à Saúde diagnosticados com DCNT de município de pequeno porte do Paraná vinculados à três regionais de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve riscos mínimos e eventuais como desconforto ou constrangimento em responder o questionário poderam ocorrer e neste caso o pesquisado poderá suspender o preenchimento do questionário e sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Benefícios:

Espera-se que este estudo tenha importantes contribuições técnico-científicas e seja inovador, no sentido de dar visibilidade ao trabalho multi e interprofissional em municípios de pequeno porte do Paraná, bem como compreender a relação entre este trabalho com o acesso e a adesão ao

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.414.235

tratamento das DCNT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância para a saúde da população na atenção primária, e trará inúmeros benefícios para os profissionais e usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou o TCLE (para os profissionais de saúde e usuários);
 Apresentou projeto detalhado;
 Apresentou folha de rosto devidamente assinada pela coordenação do Programa;
 Apresentou os instrumentos de coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências do parecer anterior referente ao detalhamento dos riscos do estudo no TCLE e dados pessoais do pesquisador foram sanadas, bem como a apresentação dos instrumentos de coleta. No entanto, foi solicitado ofício de autorização das regiões de saúde que farão parte da pesquisa, porém o pesquisador justificou que não se faz necessário visto que não serão utilizados dados restritos a estas regiões sendo que os dados são de domínio público destas regiões de saúde e serão apenas para delimitação, seleção e posterior sorteio dos municípios participantes, no entanto referem que no momento apropriado caso a pesquisa ocorra, entraram em contato com os municípios e comunicaram da pesquisa. Reforçando que a pesquisa se dará apenas se o estudo for contemplado no Edital de financiamento da Fundação Araucária.

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;

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 Evoluindo
Seus Processos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.414.235

- 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:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1640955.pdf	16/11/2020 09:53:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recursoparecer.pdf	16/11/2020 09:52:56	Mathias Roberto Loch	Aceito
Outros	Instrumento_Usuarios.pdf	16/11/2020 09:35:38	Mathias Roberto Loch	Aceito
Outros	Instrumento_Profissionais.pdf	16/11/2020 09:35:11	Mathias Roberto Loch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentoprofissionais.pdf	16/11/2020 09:32:58	Mathias Roberto Loch	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoomiteetica.pdf	08/10/2020 10:03:28	Mathias Roberto Loch	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	08/10/2020 10:02:40	Mathias Roberto Loch	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

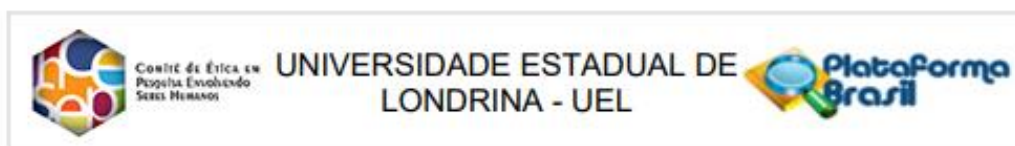
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.414.235

Não

LONDRINA, 23 de Novembro de 2020

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

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**Título da pesquisa**

“Acesso ao tratamento multiprofissional e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa **“Acesso ao tratamento multiprofissional e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”**, que tem como objetivo verificar o acesso ao atendimento multiprofissional e interprofissional e a adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em municípios de pequeno porte do Paraná. Você poderá contribuir com a terceira etapa da pesquisa, na qual pessoas diagnosticadas com alguma DCNT e atendidas na Atenção Básica à Saúde em municípios de pequeno porte (menor que 20 mil habitantes) vinculados às regionais de Saúde de Curitiba, Irati e Londrina, deverão responder um questionário contendo perguntas objetivas sobre comportamentos de saúde e sobre consultas que o(a) sr(a) teve com profissionais de saúde nos últimos 12 meses.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios decorrentes de sua participação será a importante contribuição técnico-científica, podendo dar visibilidade ao trabalho multi e interprofissional em municípios de pequeno porte do Paraná, bem como compreender a relação entre este trabalho com o acesso e a adesão ao tratamento das DCNT.

Quando houver a identificação de riscos e desconfortos decorrentes da

participação na pesquisa, os participantes afetados serão acolhidos orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Mathias Roberto Loch), pelo telefone (43) 3371-2398 no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, e-mail: mathiasuel@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Londrina, ___ de _____ de 202_.