

Análise da dor crônica e uso de anti-inflamatório não esteroidais e analgésicos

Vladimir Lopes de Souza

Doutorando em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0868-0269>

E-mail: vladilopes@hotmail.com

Ana Paula Duarte de Alvarenga Lima

Acadêmica de Farmácia, UBM

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5517-4823>.

E-mail: paulinha_alvarenga@hotmail.com

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo avaliar as características da dor crônica que apresentam distúrbios musculoesqueléticos e sua correlação com o uso indiscriminado de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides. Participaram da pesquisa 104 indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária de 30 e 90 anos, os quais realizaram tratamento Fisioterapêutico na clínica que presta atendimento para o Sistema Único de Saúde, localizada no interior do Médio Paraíba. Na metodologia proposta, foi utilizado um Inventário Resumido da Dor (BriefPainInventory – BPI), sendo avaliadas a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor, feito por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10). Os dados foram analisados estatisticamente e os resultados mostraram correlações significativas com outros estudos com uma equivalência da dor moderada a forte, entre os entrevistados, tanto na intensidade quanto na interferência da dor nas atividades gerais. A partir desse resultado, foi possível concluir que na falta de um tratamento adequado, a dor se torna incapacitante e os pacientes tendem a diminuir a procura por especialistas, ocasionando o uso irracional de medicamentos.

Palavras chave: Dor crônica; estratégias terapêuticas; intensidade da dor; uso irracional de medicamentos.

Abstract

The present study had to evaluate the characteristics of chronic pain that present musculoskeletal disorders and their correlation with the indiscriminate use of analgesics and non - steroidal anti - inflammatory. Participated in the study 104 individuals of both sexes, aged between 31 and 83 years, who underwent physiotherapeutic treatment at the clinic providing care for the Unified Health System, located in the interior of the Médio Paraíba. In the proposed methodology, a Brief Pain Inventory (BPI) was used. The existence, severity, location, functional interference, applied therapeutic strategies and efficacy of the pain treatment were evaluated by four items (maximum, minimum, average and at this moment) with numerical scales of classification (from 0 to 10). The data were statistically analyzed and the results showed significant correlations with other studies with a moderate to strong equivalence of pain between the interviewees in both intensity and pain interference. The results showed it is possible to conclude that the lack of adequate treatment of pain becomes

incapacitating and patients tend to reduce the demand for specialists, causing the irrational use of drugs.

Keywords: Chronic pain; pain intensity; applied therapeutic; irrational use of drugs.

Introdução

Segundo a International Association for the Study of Pain, a dor é considerada uma sensação ou experiência emocional desagradável, com associação a um dano real ou potencial. É um fenômeno complexo e subjetivo, envolvendo aspectos multifatoriais e, por isso, necessita ser tratada, respeitando-se a individualidade e os componentes envolvidos no contexto de vida de cada indivíduo (SOUZA, BOURGAUT, CHAREST, MARCHAND, 2009; KOPF, 2009; KURITA e PIMENTA, 2015).

O mecanismo da dor tem caráter essencial à vida. Levando em conta a sua evolução de acordo com o tempo, pode apresentar-se na forma aguda ou crônica. A dor aguda funciona como sinalizador do organismo e possui um tempo determinado, sendo eliminada com o tratamento da causa, enquanto a dor crônica persiste por tempo indeterminado, independente do potencial de regeneração dos tecidos. (LIMA, 2008 e KURITA e PIMENTA, 2015).

Quanto aos limites temporais da dor, não existe um consenso para se determinar a classificação da dor crônica; Segundo (IASP), esta se caracteriza com duração superior a 30 dias. Kurita e Pimenta (2015), relatam que a dor crônica é contínua ou recorrente com duração mínima de três meses. Já Merskey (1994), relata em seu estudo que a dor crônica é principalmente reconhecida quando sua duração ultrapassa seis meses.

Por ser duradoura, a dor crônica deixa de realizar a sua função de alerta e se torna incapaz de manter o equilíbrio corporal, gera um gasto financeiro e prejudica o funcionário do organismo. Esse tipo de quadro algico, independente da causa, interfere no bem estar do paciente tornando-o alvo dos profissionais de saúde. (DELLAROZA, et al 2008).

Em outubro de 2012, de acordo com uma portaria do Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, foi aprovado um protocolo clínico com diretrizes terapêuticas da dor crônica, baseando-se em artigos que envolvem ensaios clínicos bem conduzidos, revisões sistemáticas com e sem metanálise, sugerindo orientações para condutas terapêuticas na dor crônica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O protocolo clínico acima citado tem por objetivo conduzir o tratamento da dor crônica com o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e opioides que podem ser associados a medicamentos auxiliares, em casos de doenças simultâneas, para a melhora do quadro algico. O uso desses medicamentos tem como finalidade o alívio da dor, considerando sempre as reações adversas, como, por exemplo, a dependência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esses fármacos foram prescritos de acordo com a OMS 2009 que estabelece, para as dores consideradas fracas, o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos auxiliares como base; acrescentando-se os opioides fracos nos casos de dores moderadas e os opioides fortes nos casos de dores intensas (ARAÚJO, 2016).

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo avaliar as características da dor crônica em usuários que apresentam distúrbios musculoesqueléticos e sua relação com o uso indiscriminado de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides.

Fundamentação Teórica

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, em que foram selecionados 104 indivíduos, de ambos os sexos, entre 30 e 90 anos de idade, que apresentam dor crônica e realizam tratamento Fisioterapêutico em duas clínicas que prestam atendimento para o Sistema Único de Saúde, localizadas no interior do Estado do Rio de Janeiro, na região do Médio Paraíba.

Como critério de inclusão, os usuários deveriam apresentar distúrbio musculoesquelético com diagnóstico clínico a ser comprovado com encaminhamento para Fisioterapia, deveriam apresentar quadro sintomatológico de dor por mais de 06 (seis) meses e estar fazendo uso de analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteroides, com ou sem prescrição médica. Além disso, todos aceitaram ser avaliados durante a pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um Inventário Resumido da Dor (BriefPainInventory – BPI) por ser de fácil aplicação, rápido e simples, constituído de um método genérico prático de medição e avaliação da dor, numa perspectiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas, que vem sendo crescentemente utilizado no contexto clínico e de investigação.

Dessa forma, foram avaliadas a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Foi utilizado um item para a localização da dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10).

Foi feito um registro das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, por fim,

uma escala que avaliou a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver, constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10).

O instrumento foi utilizado por Freitas et al. (2008) em seus estudos sobre atenção farmacêutica para pacientes em politerapia: visita domiciliar e adaptado pela pesquisa atual. Ele busca avaliar os seguintes dados a respeito do medicamento utilizado:

1. Medicamento e concentração
2. Início do tratamento
3. Prescrição
4. Função do medicamento
5. Uso contínuo ou intermitente (Quantidade de comprimidos ingeridos por dia)
6. Intervalo de utilização do medicamento

Foram realizadas perguntas abertas ao participante sobre o medicamento em uso e análise das receitas prescritas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 104 indivíduos sendo que 21,15% eram homens e 78,84% eram mulheres. A idade média dos participantes variava entre 30 a 90 anos. Foi possível observar que todos os pacientes que responderam ao questionário BPI apresentavam quadro algico, havendo variação em relação ao local da dor. Verificou-se que as principais regiões do corpo mais acometidas pela dor crônica foram: dores associadas nos membros inferiores e coluna (23,3%) dos indivíduos, dores na coluna vertebral (17,3%) e a associação de dores nos membros superiores, inferiores e coluna vertebral (17,3%).

Para facilitar a classificação da intensidade da dor, esta foi dividida em categorias que são assim representadas: 0 – Sem dor; [1 – 3] Dor ligeira; [4 - 6] Dor moderada; [7 – 9] Dor intensa; 10 – Pior dor imaginável.

A classificação apresentada é a mais habitual, dado isso a sua adaptação para este estudo. Assim, a análise dos resultados mostrou que 50,0% dos indivíduos classificaram a sua dor máxima como intensa. Na intensidade mínima de dor, 44,23% dos indivíduos classificaram a sua dor de moderada a pior dor imaginável. No presente estudo, 45,19% do total dos participantes classificaram como moderada a intensidade que melhor descrevia a sua dor no momento da avaliação. 33,65% também classificaram sua dor como moderada, havendo assim, similaridade referente à intensidade dor, sendo classificada como moderada.

Foi possível observar que 29,8% apresentaram um alívio moderado na intensidade da dor com uso de tratamentos ou medicações, havendo uma variação pouco significativa em relação aos 26,92% que correspondiam ao alívio elevado. Ressaltando que 100% dos participantes mencionaram ter feito tratamentos/medicamentos para atenuar a sua dor.

Pode-se observar que a dor crônica demonstra a magnitude de sua gravidade quanto ao presente estudo relacionada à interferência da dor nas atividades diárias. Para isso, foram agrupadas em classes, sendo elas: 0 – Não interferiu, [1 – 3] – Interferiu Ligeiramente, [4 – 6] – Interferiu Moderadamente, [7 – 9] – Interferiu Intensamente, 10 – Interferiu Completamente.

A dor crônica pode interferir no comprometimento da: qualidade do sono, relação com as pessoas, atividade geral e disposição. Assim, todos esses fatores podem prejudicar diretamente a funcionalidade do indivíduo e a manutenção da sua própria autonomia. Foi possível verificar que numa escala de 7 a 9, a dor interferiu na atividade geral de 49,03% dos participantes; na disposição e na capacidade de andar a pé 39,42% dos participantes, no trabalho normal 45,19%

dos participantes e para 40,38% dos participantes não interferiu na relação com outras pessoas. Numa escala de 10, a dor interferiu no sono de 39,42% dos participantes, porém para 32,69% desses participantes, a dor não interferiu no prazer de viver.

O uso de medicação para tratamento da dor mostrou-se frequente, uma vez que todos os pacientes faziam uso de algum medicamento antiálgico. Sendo os medicamentos mais utilizados Torsilax, Dipirona, Ibuprofeno. Destes 104 pacientes, 23 faziam uso de medicamento, porém, não lembravam o nome do fármaco que utilizavam.

Os números coletados apontam que, em sua maioria, não trazem consigo a receita das medicações e não se recordam o nome do medicamento de uso diário e 61,53% não sabem a concentração do medicamento. Quanto à indicação pelo uso dos medicamentos, para 58,5% dos pacientes foi prescrita por um médico ortopedista e 37,5% afirmam fazer uso de outros medicamentos por conta própria (automedicação). A maioria dos pacientes (92,3%) confirma saber a função do medicamento, porém, só justificam que tal medicamento serve para dor e alívio da dor. O intervalo de ingestão de medicamento utilizado para dor crônica (36,53%) é ingerido no intervalo de 12/12h e 14,42% fazem uso mais vezes ao dia dependendo da dor. Todos os pacientes entrevistados apresentam dor há mais de 6 meses, sendo relatado o início de tratamento com diversas interrupções aos longos do tempo e 27,88% iniciaram tratamento há um ano.

Variável em Análise	Categoria das Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
	Não sabe a concentração do medicamento	64	61,53%
	Sabe a concentração do medicamento	40	38,46

CONCENTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	TOTAL	104	100
PRESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO	Ortopedista	61	58,65%
	Clínico Geral	2	1,92%
	Reumatologista	2	1,92%
	Automedicação	39	37,5%
	TOTAL	104	100
PARA QUE SERVE O MEDICAMENTO	Sim (Resposta: dor e alívio da dor)	96	92,3%
	Não	8	7,69%
	TOTAL	104	100
INTERVALO DE TEMPO ENTRE A INGESTÃO DO MEDICAMENTO	6h/6h	3	2,88%
	8h/8h	23	22,11%
	12h/12h	38	36,53%
	1 vez ao dia	25	24,03%
	depende da dor (toma mais vezes)	15	14,42%
	TOTAL	104	100
INÍCIO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	6 meses	5	4,8%
	7 meses	1	0,96%
	8 meses	3	2,88%
	9 meses	7	6,73%
	10 meses	2	1,92%
	1 ano	29	27,88%
	2 anos	15	14,42%
	3 anos	7	6,73%
	4 anos	6	5,76%

Tabela 1: Variável de caracterização da história farmacoterapêutica. Distribuição de frequências absolutas e relativas para a variável de concentração, prescrição, utilização, intervalo e início do tratamento medicamentoso. (n=104)

Diante dos resultados obtidos, foi possível observar que o processo algíco não se restringia apenas em uma região, ou seja, a relação ao local da dor pode estar conjugada em outras regiões. Alguns estudos mostram que a dor na coluna tem contribuído para maior incidência de desenvolvimento da dor crônica. Dos locais avaliados, as regiões da coluna em associação aos membros inferiores foram os mais indicados pelos pacientes, representando 23%.

Ferreira et al. (2010) cita, em seus estudos, que pesquisa sobre dores crônicas não específicas apresentam a dor lombar como sendo o local de maior prevalência na população adulta.

Estudo realizado por Cipriano et al. (2011), em que foi avaliado o perfil da dor crônica em pacientes atendidos em um ambulatório de dor, mostrou resultados que seguiram os nossos achados. A dor mais prevalente foi na região da coluna lombar, representando 21,5% da amostra, seguida das dores em membros inferiores, representando 15,8% da amostra e dores cervicais, representando 13,2% da amostra. Os demais resultados mostraram dores em membros superiores, generalizadas, cefaleias, dores orofaciais e dores abdominais, torácicas e em hemicorpo.

De acordo com Pesquisa Nacional de Saúde, ocorre uma maior prevalência da dor crônica na coluna em relação às estimadas pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2003 e 2008 (BARROS et al., 2006; ZANCHETTA; CESAR, 2011).

Rustoenet al. (2004), avaliaram as características e prevalências das dores crônicas na população geral, o resultado apontou que o local com maior periodicidade da dor foi a região lombar (52,4%), em seguida, a de membros inferiores (38,1%), coluna torácica (25,6%) e cabeça (22,7%).

No Reino Unido, as queixas principais dos pacientes avaliados foram: dor lombar, osteoartrose e lesão (PAPAGEORGIU et al., 1995).

Na pesquisa de Dellarozza (2000) foi observada uma maior prevalência de dor crônica na região dorsal (21,73%) e membros inferiores (21,5%). Estudos identificaram que a dor lombar é uma região de dor crônica de grande importância em estudos com adultos na cidade de Pelotas, assim como os estudos anteriores (SILVA et al., 2004). Em estudo epidemiológico de dor geral, James et al., (1991) identificou maior prevalência de dor nas articulações, seguida pela região lombar, cabeça e abdômen.

Um Inquérito de saúde no estado de São Paulo apontou 30% de dor lombar em indivíduos com mais de 60 anos, sem grandes detalhes na caracterização da dor (LIMA et al., 2009). Estudo do programa de saúde da família no sul do Brasil avaliou uma comunidade que apresentou um quadro algico em um período de 6 meses ou mais, em que a região mais frequente da dor crônica foi a região dorsal (21,73%) e membros inferiores (21,5%) locais onde mais geravam incomodo (PANAZZOLO et al., 2007).

No presente estudo houve essa similaridade quanto ao local da dor sendo, em ambos, uma dor recorrente de intensidade variada e com duração acima de 6 meses.

O fator preocupante é que a dor crônica de coluna é uma das causas mais comuns de incapacidades decorrentes de afecções do aparelho locomotor, limitando as atividades habituais, uma vez que essas limitações afetam a faixa etária economicamente ativa e reduz a capacidade funcional no trabalho e na realização das atividades diárias, interferindo na qualidade de vida (DELLAROZA, 2007).

Outras incapacidades decorrentes da dor podem ser nos membros inferiores, em que geram transtornos na marcha e quedas que podem ocasionar em fraturas, acarretando significativa autonomia nos idosos (CROOK et al., 1984). Os estudos de Côté et al. (2000) eram para dor cervical e o de Picavet et al. (2003) para regiões corporais. Ambos descobriram maior predominância de dor em adultos de 45 a 64 anos e 40 a 49 anos. Dessa forma, observou-se que a dor apresentada nos adultos (40 a 49 anos) pode estar relacionada às atividades trabalhistas, visto que a faixa etária é economicamente ativa, e a presença da dor crônica no idoso (acima de 60 anos) sucede do processo de envelhecimento que aumenta o risco de doenças crônico-degenerativas.

Na avaliação da caracterização da dor sentida, os participantes indicavam a percepção que eles tinham quanto à máxima, média e mínima dor sentida. Os

resultados mostraram que 50% dos participantes indicaram uma sensação dolorosa intensa em relação a caracterização da dor máxima e na caracterização das dores média e mínima, a sensação moderada que foi prevalente nos resultados, representando respectivamente 45,19% e 33,23% da amostra avaliada.

Outros estudos mostraram que a intensidade da dor crônica foi elevada (54,6% dos idosos com dor forte e pior possível), cujas proporções de dor intensa alcançaram mais de 50,0%. Na Espanha, a prevalência da intensidade de dor moderada a forte foi de 86,4%. No Brasil, chegou a 45,8% de dor moderada e 46,0% de dor forte e muito forte e, desses, metade referiu sentir dor diariamente (DELLAROZA et al., 2013; DÍAZ et al., 2009; WATKINS et al., 2008; VALLANO et al., 2006).

Alguns estudos mostraram que a caracterização da dor moderada a intensa eram as que geravam maior desconforto (SCUDDS, ROBERTSON; 2000).

Em Taiwan, foram realizadas pesquisas em que a dor moderada prevaleceu em relação à dor intensa, no qual esta foi relatada por mais de sete vezes na semana e em um período de duração de 60 minutos, sendo similares aos resultados obtidos (YU et al., 2006). De acordo com esses valores, a dor passa a ser um problema importante na vida das pessoas uma vez que essa condição interfere em sua qualidade de vida.

Estudos em Toronto e São Paulo apresentaram resultados semelhantes quanto ao quadro de dor em um período extenso e de intensidade elevada, sendo correlacionado com pior autopercepção de saúde (PERRUCIO et al., 2010; SILVA, MENEZES, 2007).

Diante da extensão do problema de dor crônica, pesquisas nacionais e internacionais indicam que devido ao aumento de queixas dolorosas entre indivíduos, percebe-se que por muitas vezes são ignorados ou tratados de maneira ineficiente (ALON, 2012). A persistência temporal da dor pode

desencadear uma série de consequências sobre os indivíduos interferindo nas suas atividades diárias.

Sem um tratamento adequado, a dor crônica pode ser incapacitante, prejudicando a qualidade de vida, reduzindo convívio social, interferindo na capacidade de realizar tarefas simples e tendo como consequência um aumento do absentismo do trabalho, perda de emprego ou ainda reforma antecipada, assim como problemas financeiros. (modelo de acompanhamento). Doenças crônicas geram dor que pode ser referida em locais que interferem na autonomia e independência, impondo limitação funcional.

Análises demonstram que a dor afetou o andar (32,7%), o sono (27%), o trabalho (27%) e o humor (18,3%). Esse agravamento requer uma atenção e um planejamento de ações que darão suporte à população e uma melhor qualidade de vida, de modo que esses achados alertem que o controle da dor precisa ser incluído a um programa de envelhecimento ativo.

Neville et al. (2008) realizou um estudo com habitantes em Israel que, vinculado a uma seguradora de saúde, atende 54% da população e notou-se que a intensidade e interferência da dor não houve diferença quando relatada a uma faixa etária de 25 a 50 anos e acima de 50 anos, porém, os mais velhos apresentam maior grau de interferência pela escala BPI, também utilizada no presente estudo, que inclui: atividade geral, disposição, capacidade de andar a pé, trabalho, relação com a pessoas, sono e prazer de viver.

As características da dor relacionadas com maior grau de interferência foram as de maior intensidade e duração. Oliveira et al. (2015) desenvolveram um estudo em que foram entrevistados 451 idosos no qual se observou a interferência da dor no sono (40%), humor (39,07%), lazer (36,74%) sendo as atividades diárias mais prejudicadas, limitando o desempenho dos indivíduos.

Na Holanda, houve a associação da dor crônica com a capacidade funcional e mobilidade em pessoas acima de 55 anos, sendo que a dor Lombar

influenciou: na capacidade de carregar sacolas de compras e a dor no joelho teve pior desempenho como: caminhadas, equilíbrio e levantar da cadeira (Di LORIO et al.,2007).

Devido à cronicidade da dor, alguns sintomas podem se acentuar, devendo ter uma atenção maior, como alterações de sono, disposição, manifestações de irritabilidade, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais.

Os aspectos emocionais também vão refletir no envolvimento com as tarefas cotidianas, caso não haja uma abordagem ampla de todos os fatores que geram incapacidade, logo a eficácia no atendimento tende a diminuir, uma vez que a dor interfere diretamente na incapacidade e sofre influência indireta dos fatores psicossociais (ALONSO et al., 2004; KOVACS et al., 2004; HALL, KALRA, 1991). Ao analisar-se as características da dor associadas a tratamentos ou medicações, foi possível observar que 29,80% dos indivíduos relataram uma diminuição do quadro álgico entre 40% a 60%, representando a maioria da amostra. Neste presente estudo, o tratamento medicamentoso da dor crônica foi o objeto da pesquisa.

O uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais são procedimentos mais utilizados para o alívio da dor, e estudos apontam o uso associado de mais de um medicamento (MONTINI, NEMAN, 2012).

Estudos mostram que 51,8% que apresentam quadro álgico possuem suas atividades do dia a dia comprometidas e a auto percepção de saúde (BRATTBER,1989; JAMES,1991). Observa-se que quanto pior a auto percepção de saúde, maior o uso desses medicamentos sendo feitas associações entre anti-inflamatórios e analgésicos.

Em um estudo com idosos, apenas 3,7% não fazem uso de nenhum medicamento para o alívio da dor; os demais 96,3% assumem uma atitude diante da dor sentida, fazendo algum tipo de tratamento: 33,3% tomam medicamentos;

33,3% fazem massagem e 29,7% passam Gelol, gel de arnica, pomada Cataflan. Em relação ao uso de medicação oral para o alívio da dor, 77,8% fazem uso contínuo; 22,2% buscam alternativas. Dos 77,8% que usam medicamento para o alívio da dor, 22,2% ingerem mais de um tipo de medicação de maneira intercalada. Diante desse estudo, foram observados os medicamentos mais ingeridos: diclofenaco de sódio (28,6%), piroxicam (23,8%), dipirona (19%), paracetamol e ibuprofeno (14,3%), atroveram e reumazim forte (9,5%) – este medicamento é proveniente do Paraguai – e Celebra 200mg, Doril, Buscopam Injetável, Calmador e Reumasil (3,7%) (CELICH, 2009).

De acordo com a OMS, a introdução de analgésicos deve ser feita em passos consecutivos, conforme a evolução da intensidade da dor. A dor leve deve ser administrar paracetamol ou dipirona que podem ser associados ou não a anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides, neurolépticos, cetamina, etc.

A dor moderada deve seguir o mesmo tratamento da dor, porém com a adição de um opioide pouco potente como cloridrato de tramadol ou codeína. A dor intensa deve fazer acréscimo concomitante de opioides potentes e outras medicações em regime multimodal. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica Brasileiro, os pacientes que não se adaptam ou não respondem de forma efetiva ao uso de AINES ou analgésicos simples como paracetamol e dipirona, os opioides são recomendados (BRASIL, 2012).

Amstras de outros estudos informaram que fármacos para dores de intensidade leve ou moderada com capacidade analgésicas são utilizadas como terapêutica para tratar dor crônica sendo elas: dipirona, 25%; o tramadol, 25%; o paracetamol, 20% a butilescopolamina; e 5% os AINES (BARROS et al., 2011).

O uso de anti-inflamatórios e analgésicos também foram associados aos idosos que relataram possuir artrite, artrose ou reumatismo. Sabe-se que o paracetamol em protocolos atuais é recomendado como primeira escolha de

analgésico para dor leve a moderada devido à osteoartrite de joelho e quadril (O'NEIL et al., 2012). Em pacientes em que o paracetamol não possui analgesia adequada ou pouco efeito anti-inflamatório, os AINES são usados como escolha (MARCUM; HANLON,2010).

Em um estudo de Shenet al. (2006), avaliaram-se pacientes que apresentavam osteoartrite de joelho utilizando paracetamol ou rofecoxib em um período de 3 meses. A redução dos sintomas nos pacientes que usavam rofecoxib atingiu 56% e do paracetamol 29%. Logo, ambos obtiveram alívio da dor.

Em outro estudo de ensaios clínicos randomizados, o paracetamol foi comparado a placebo e outros AINEs (ibuprofeno, diclofenaco, celecoxib, naproxeno, rofecoxib). Na comparação com os fármacos citados, o paracetamol obteve melhor resultado quanto à eficácia e em relação à segurança foi similar. Os pacientes tratados com paracetamol relataram sentir menos dor em repouso e em movimento, diferentemente dos tratados com placebo, porém, na função física e na rigidez foram similares (TOWHEED et al.; 2008).

Em relação aos estudos anteriores, a redução de dor correspondeu a 5%, com alteração de 4 pontos numa escala de 0 a 100. O Paracetamol foi menos eficaz que os AINEs testados para alívio da dor, articulação e bem estar geral do paciente. A dor, após tratamento com AINEs, diminuiu em mais 6 pontos, numa escala de 0 a 100. De acordo com os estudos anteriores, foi possível correlacionar os resultados quanto ao repouso e movimento no qual ambos favoreceram os AINEs.

Considerações Finais

Os estudos apresentados mostram a problemática que envolve a vivência da dor crônica em que grande parte dos entrevistados sente dor diária, contínua e de moderada intensidade se tornando o fator principal da limitação em

atividades cotidianas e na qualidade de vida.

O reconhecimento da dor como um agravo a ser avaliado, diagnosticado e tratado permitirá que sejam tomadas medidas para o seu controle, melhorando as condições de vida e saúde de muitas pessoas que sofrem desse quadro algico.

É primordial incluir na avaliação global a experiência dolorosa do paciente, buscando manutenção adequada, substituição ou complementação terapêutica analgésica nessa população. Portanto, identificar os fatores e características associados ao uso de medicamentos pode auxiliar no planejamento para o uso racional desses fármacos e com isso melhorar a qualidade de vida.

Referências

ALON, Eli. Chronic Pain: A Disease in its Own Right. **Newsletter**. 2012.

ALONSO, J. *et al.* Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the international quality of life assessment (IQOLA) Project. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 283-298, 2004.

ARAÚJO, Paula Carneiro Silva. PERCEPÇÃO DE PESSOAS ACERCA DA DOR CRÔNICA E PRÁTICAS UTILIZADAS NO SEU CONTROLE. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde, 2016.

BARROS, M.B.A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **CiencSaude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-26, 2006.

BARROS, M.B.A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **CiencSaude Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-68, 2011.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BRASIL, V.V. *et al.* Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Rev. Eletr. Enf**, v. 10, n. 2, p. 383-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de outubro de 2012.

BRATTBERG, G.; THORSLUND, M.; WIKMAN, A.; The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden. **Pain**. v. 37, p. 215-22, 1989.

CIPRIANO A; ALMEIDA DB; VALL J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Rev Dor**, v. 12, n. 4, p.297-300, 2011.

CELICH, K.L.S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev Bras GeriatrGerontol**, v.12, n. 3, p. 345-59, 2009.

COLVIN, H.; ROWBOTHAM, D.J. Assessment of patients with chronic pain.[Br J Anaesth](#), v. 111, n.1, p.19-25, 2013.

CÔTÉ P.; CASSIDY D.; CARROLL L. The factors associated with neck pain and its related disability in the Saskatchewan population. **Spine**, v. 25, n. 9, p. 1109-17, 2000.

CROOK, J.; RIDEOUT, E.; BROWNE, G. The prevalence of pain: complaints in a general population. **Pain**, v. 18, p. 299-314, 1984.

DELARROZA *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **RevAssocMedBras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DELARROZA M.S.G. *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 325-34, 2013.

DELARROZA M.S.G. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos servidores municipais da Londrina-Pr [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

DÍAZ, R.C.; MARULANDA, F.M.; SÁENZ, X. Estudio epidemiológico de dolor crónica en Caldas, Colombia (EstudioDolca). **Acta Méd Colomb.** V. 34, n. 3, p. 96-102, 2009.

DI LORI A. *et al.* From chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: the in chianti study. **Spine.** v. 32, n. 26, p. 809-15, 2007.

FERREIRA, K.A. *et al.* Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Support Care Cancer.** v. 19, n. 4, p. 505-11, 2011.

GARBOSSA, A.F. Automedicação com analgésicos e Anti-inflamatórios na cidade de Quedas do Iguaçu-PR.
Disponível em: http://www.sumarios.org/pdfs/673_3394.pdf. Acesso: 20 maio 2018.

HAETZMAN, M. *et al.* Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. **Fam Pract.** v. 20, n. 2, p. 147-54, 2003.

HALL, A.J; KALRA, L. Measuring quality of life: who should measure quality of life. **BMJ.** V. 322, n. 7299, p. 1417-20, 2001.

JAMES, F.R. *et al.* Epidemiology of pain in New Zealand. **Pain,** v. 44, p. 279-83, 1991.

KOPF, A. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos [Internet]. IASP.2009, p.418.
Disponível:http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf. Acesso: 15 abril 2018.

KOVACS, M.F. *et al.* Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low-back pain. **Spine.** V. 29, n. 2, p. 206-10, 2004.

KRAYCHETE, D.C. *et al.* Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – UFBA. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 27, n. 2, p. 95-185, 2003.

KRELING, M.C.G.D.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. bras. enferm.** v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

KULCAM I.C. *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 721-731, 2008.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 2, p. 416-25, 2003.

LEE, C. *et al.* A comparison of the efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory agents versus acetaminophen in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis. **Arthritis Rheum**, v. 51, n. 5, p. 746-754, 2004.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L. Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 15, n. 1, p. 117-33, 2008.

LIMA, M.G. *et al.* Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population based study. **Rev Panam Salud Publica**. v. 25, n. 4, p. 314-21, 2009.

LOYOLA FILHO, A.I. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.

MARCUM, Z.A.; HANLON, J.T. Recognizing the risks of chronic non-steroidal anti-inflammatory drug use in older adults. **Ann Longterm Care**, v. 18, n. 9, p. 24-7, 2010.

MARTINEZ, J.E.; MACEDO, A.C.; PINEHIRO, D.F.C. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. **Acta Fisiátrica**. v. 11, p. 67-71, 2004.

MERSKEY, N.B. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. **Seattle: IASP Press; 1994**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: dor crônica. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Retificada em 27 de maio de 2018 <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/Dor-Cr-nica---PCDT-Formatado--1.pdf>

MONTINI, F.T.; NEMAN, F.A. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. **Science in Health**, v. 3, n. 2, p. 74-86, 2012.

NEVILLE, A. *et al.* Chronic Pain: a population based study. **Isr Med Assoc J**. 2008; v. 10, n. 10, p. 676 -80, 2008.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saude**. v. 24, n. 2, p. 287-96, 2015.

O'NEIL, C.K.; HANLON, J.T.; MARCUM; Z.A. Adverse effects of analgesics commonly Used by older adults with osteoarthritis: focus on non-opioid and opioid analgesics. **Am J Geriatr Pharmacother**, v. 106, p. 331-42, 2012.

PANAZZOLO D. *et al.* Dor crônica em idosos moradores do conjunto Cabo Frio, cidade de Londrina/PR. **Rev Dor**. v. 8, n. 3, p. 1047-1041, 2007.

PAPAGEORGIU AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MIV, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population: evidence from the South Manchester back pain survey. *Spine* 1995; 20 : 1889-94.

PERRUCIO, A.V. *et al.* Characterizing self-rated health during a period of changing health status. **Soc Sci Med**. v. 71, p. 1636-43, 2010.

RUSTOEN T. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. **Eur J Pain**. v. 8, n. 6, p. 555-65, 2004.

SCUDDS, R.J.; ROBERTSON, J.M. Pain factors associated with physical disability in a sample of community- dwelling senior citizens. **J Gerontol**. v. 55, n. 7, p. 393-99, 2000.

SHEN, H. *et al.* Analgesic action of acetaminophen in symptomatic osteoarthritis of the knee. **Rheumatology (Oxford)** v. 45, n. 6, p. 765-770, 2006.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; VALLE, N.C.J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**. v. 20, p. 377-85, 2004.

SILVA, T.R.; MENEZES, P.R. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. **Rev Med**. v. 86, n. 1, p. 28-38, 2007.

SOUZA, J.B. *et al.* Programa de promoção da saúde em pacientes com fibromialgia : avaliação qualitativa e quantitativa. **Rev Dor.** v. 10, n. 2, p. 98–105, 2009.

TOEWHEED, T.E. *et al.* Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD004257. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**v. 12, n. 3 ,p. 345-359, 2009.

VALLANO A. *et al.* Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: A crosssectional study. **Eur J Pain.** v. 10, n. 8, p. 721-31, 2006.

WATKINS, E.A. *et al.* A population in pain: report from the Olmsted County Health Study. **Pain Med.** v. 9, n. 2, p. 166-74, 2008.

WEINER, D.K. *et al.* Do medical factors predict disability in older adults with persistent low back pain. v. 112, n. 1, p. 214-20, 2004.

WIERMANN *et al.* Consenso Brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica.** v. 10, n. 38, p. 132 – 143, 2014.

YU, Y.H. *et al.* Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. **Pain ManagNurs.** v. 7, n. 1, p. 2-11, 2006.