

Dor e qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral

Pain and quality of life in patients post vertebral column surgery

Rafaela dos Santos Nascimento¹, Lucas Fialka de Castro Leão¹, Débora Carvalho de Oliveira Macedo¹,
Raimundo Miranda de Carvalho¹, Dilma Costa de Oliveira Neves¹

Resumo Objetivo: Analisar comparativamente os scores de dor e qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral na Clínica dos Acidentados, Belém – PA, no ano de 2016. **Método:** Trata-se de um estudo analítico intervencional quali-quantitativo prospectivo, que utilizou as tabelas de avaliação de qualidade de vida (SF36) e de dor (VAS) que foram respondidas pelos pacientes no período pré-operatório e após 2 meses do procedimento cirúrgico, e um questionário estruturado para registro das variáveis inerentes ao perfil sócio demográfico do paciente. **Resultados:** A maioria dos entrevistados pertence ao sexo masculino, na faixa etária de 51 a 60 anos, casados, com o primeiro grau de escolaridade e ocupação de serviços gerais, raça parda, procedentes de Belém e obesos. Houve prevalência de não fumantes, sedentários e de pessoas que ingerem bebida alcoólica. Ocorreu melhoria na qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral, principalmente nos domínios de saúde mental e da vitalidade. **Conclusão:** Os pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral apresentaram melhoria na qualidade de vida, principalmente nos domínios de saúde mental e vitalidade.

Descritores: dor; qualidade de vida; intervenção cirúrgica.

Summary Purpose: To compare pain scores and quality of life in patients submitted to spinal surgery. **Methods:** Interventional analytical study using quality-of-life (SF36) and pain (VAS) questionnaires answered by patients in the preoperative period and 2 months after surgery. **Results:** The majority of the patients were men, in the age group of 51 to 60 years, married, obese, held an elementary school degree, working as janitors, of mixed race and coming from Belém-PA. There was a prevalence of nonsmokers, sedentary, alcohol consumers. There has been improvement in patients' quality of life mainly in the areas of mental health and vitality. **Conclusion:** Patients submitted to spinal surgery showed improvement in quality of life, especially in the areas of mental health and vitality.

Keywords: pain; quality of life; surgical intervention.

¹Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Março 16, 2019

Aceito: Abril 08, 2019

Trabalho realizado no Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, Belém, PA, Brasil.

 Copyright Nascimento et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

O comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como “[...] experiência sensitiva e emocional e desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”¹. A dor é subjetiva, cada indivíduo aprende a descrevê-la individualmente, com base em suas experiências. A definição, porém, é inapropriada, uma vez que não se aplica a crianças na fase pré-verbal, a indivíduos com transtornos cognitivos e a outras condições particulares. Tem, no entanto, o mérito de reforçar o conceito de que a dor inclui a participação de mecanismos relacionados aos aspectos discriminativos, às emoções e ao simbolismo das sensações em geral¹.

O conhecimento da “gestão geral da dor” é uma obrigação para todos os médicos que devem estar aptos a tratar a maioria dos doentes com dor e síndromes dolorosas comuns. Em sua terapêutica a dor é amplamente subtratada, causando sofrimento e perdas financeiras aos indivíduos e à sociedade. Essa experiência dolorosa faz com que o paciente procure ajuda médica. No entanto, o médico necessita de conhecimentos básicos sobre a fisiopatologia da dor e deve ser capaz de usar, pelo menos, um simples tratamento de primeira linha².

A dor é considerada crônica quando possui uma duração superior a três meses³. Em relação a sua fisiopatologia, a experiência dolorosa pode ser classificada em nociceptiva, neuropática ou mista. A dor nociceptiva surge quando ocorre ativação fisiológica de receptores ou da via de dor, estando associada a lesões de tecidos musculares, ósseos e ligamentares⁴. A experiência dolorosa neuropática é decorrente da disfunção do sistema nervoso. Na prática médica, a dor mista é o tipo mais prevalente nos pacientes, sendo resultado da coexistência da dor nociceptiva e neuropática⁵. O tratamento das dores nociceptiva e mista deve respeitar a proposta de escalonamento da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, que inclui analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e opióides. A base do tratamento da dor neuropática deve ser baseada no uso de medicamentos antidepressivos tricíclicos e antiepiléptico, enquanto os opióides devem ser utilizados quando a dor neuropática for refratária aos medicamentos citados anteriormente⁷.

A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual fundamentar o tratamento ou conduta terapêutica. Sem tal medida torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o medicamento prescrito é eficaz ou quando a conduta terapêutica deve ser interrompida¹.

Materiais e métodos

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), sob processo número 1.816.422 em 10/11/2016.

Trata-se de um estudo analítico intervencional quali-quantitativo prospectivo, realizado nas dependências da Clínica dos Acidentados, na cidade de Belém, Pará, Brasil, no período de novembro de 2016 a março de 2017.

Participaram do estudo 24 pacientes, sem distinção de gênero, profissão, escolaridade, com idade superior a 18 anos, que se encontravam à época do estudo, em rotina pré-operatória de cirurgia da coluna vertebral. Todos os participantes foram intervencionados pelo mesmo cirurgião.

Foram excluídos do estudo pacientes que apresentavam déficits e sequelas neurológicas ou motoras, visando minimizar o viés do respondente para o questionário da avaliação da qualidade de vida. Foram utilizados os questionários de avaliação de qualidade de vida SF36 (Anexo A) e de dor VAS (Anexo B) para a coleta de dados e que foram respondidos pelos pacientes em dois momentos: no período pré-operatório e após 2 meses do procedimento cirúrgico, para comparação e avaliação da efetividade da intervenção na classificação da dor e qualidade de vida dos entrevistados.

Para análise do perfil sócio-demográfico (Apêndice A) foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, ocupação. A prática de exercício físico, foi classificada de acordo com o número de vezes na semana e o tempo em cada sessão, uso de álcool e/ou fumo foram variáveis utilizadas para análise dos hábitos de vida. Estas variáveis foram coletadas mediante a aplicação de um questionário estruturado.

Para o presente estudo foi considerado como inativo ou sedentário aquele que não pratica nenhum tipo de atividade corporal ou física; ativo insuficiente aquele que pratica atividade física abaixo do nível

recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); ativo o que pratica 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana em sessões que duram pelo menos 10 minutos e muito ativo aquele que ultrapassa esta meta recomendada pela OMS.

No período pré-operatório foram aplicados os seguintes questionários sobre os hábitos de vida, dados sócio-demográfico, avaliação de dor (VAS) e qualidade de vida (SF36). Após a intervenção cirúrgica (2 meses) foram reaplicados os questionários de avaliação de dor (VAS) e de qualidade de vida (SF36).

Os dados foram consolidados sob a forma de números absolutos e relativos e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi efetuada mediante a aplicação do teste G (não paramétrico) e para a análise descritiva foi utilizada a estatística descritiva e o teste Qui-quadrado com auxílio do programa BioEstat 5.3.

Resultados

Na primeira fase, da pesquisa, responderam os questionários de coleta dos dados 24 pacientes. Após o procedimento cirúrgico apenas 21 pacientes concordaram em continuar participando da pesquisa respondendo aos questionários.

Foi observado o predomínio de pacientes do sexo masculino (62,5%), na faixa etária de 51 a 60 anos (33%), casados (58%), com o primeiro grau como escolaridade (58%) e ocupação de serviços gerais (12,5%), pardos (50%), procedentes da cidade de Belém (25%) e com índice de massa corpórea correspondendo a obesidade (25%) (Tabela 1).

Quanto aos hábitos de vida predominaram os pacientes não fumantes (71%), que não praticam atividade física (63%) e que usam bebida alcoólica (71%) (Tabela 2).

Nos pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral houve melhoria significativa da qualidade de vida avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida SF-36, sendo a saúde mental e a vitalidade os aspectos mais influenciados pelo procedimento enquanto que a limitação por aspecto físico foi o domínio menos afetado (Tabela 3).

Em relação a intensidade da dor, avaliada pela Escala Analógica Visual da Dor, houve diferença estatística significativa a favor da redução da dor de elevada intensidade para moderada e leve intensidade (Tabela 4).

Discussão

A dor crônica acomete cerca de 30 a 40% da população, com prevalência média de 35,5%, sendo ela uma grande causa de licenças, aposentadorias e baixa produtividade, gerando assim, um grave problema de saúde pública^{8,9}.

Em relação ao perfil sócio demográfico, constatou-se a predominância de lombalgia no gênero masculino tornando-o o mais prevalente na pesquisa correspondendo a 62,5% dos pacientes entrevistados, já o gênero feminino equivale a 37,5%, dados que corroboram com os resultados de Abreu e Ribeiro¹⁰. Entretanto, estes dados diferem dos estudos de Silva et al.¹¹, os quais apontam que o sexo feminino apresenta maior risco superior ao dos homens para dor lombar, uma vez que há a associação de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, em que muitas vezes exigem exposições a atividades repetitivas, com permanência de posição viciosa e trabalho em grande velocidade, associados às características anatomo-funcionais do organismo feminino.

Ainda definindo o perfil sócio-demográfico os pacientes pesquisados, a média de idade que prevalece dentre os entrevistados encontrou-se na faixa dentre 51 a 60 anos e equivalem a 33,3% da amostra total, seguido pelas faixas etárias de 31-40 anos e de 41-50 anos, representando 25% cada. De acordo com Khouri et al.¹², a doença atinge um número proporcionalmente maior de indivíduos com idade mais avançada, e quando na sexta década de vida, acomete cerca de 80% da população mundial. As modificações corporais que acompanham os indivíduos com o passar dos anos e a ocorrência de doenças crônicas acarretam um desgaste nos componentes de sustentação da coluna, alterando a anatomia e a fisiologia, levando, conseqüentemente, a morbidades variadas e à possibilidade de ocorrência de dor nas costas.

Quanto ao estado civil, constatou-se entre os entrevistados que os pacientes com dor lombar casados correspondem a 58,3% dos entrevistados, corroborando com a pesquisa de Lee et al.¹³, a qual afirma que os pacientes casados ou que moram com companheiro estão mais frequentemente associados a queixas e diagnósticos de dor lombar crônica, e que a situação conjugal pode estar relacionada a maiores exposições ergonômicas, tanto no domiciliar como no trabalho.

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados segundo as características sócio demográficas, Belém, 2017

| CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS | N=24 | % | p-valor* |
|------------------------------------|------|-------|----------|
| SEXO | | | |
| Masculino | 15 | 62,5% | 0,3074 |
| Feminino | 9 | 37,5% | |
| FAIXA ETÁRIA | | | |
| 21 a 30 | 2 | 8% | |
| 31 a 40 | 6 | 25% | |
| 41 a 50 | 6 | 25% | |
| 51 a 60 | 8 | 33% | 0,8187 |
| 61 a 70 | 2 | 8% | |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Casado | 14 | 58% | 0,5403 |
| Solteiro | 10 | 42% | |
| ESCOLARIDADE | | | |
| Primeiro Grau | 14 | 58% | 0,5403 |
| Segundo Grau | 10 | 42% | |
| OCUPAÇÃO | | | |
| Agricultor | 3 | 12,5% | 0,9995 |
| Comerciante | 3 | 12,5% | |
| Serviços gerais | 3 | 12,5% | |
| Desempregado | 3 | 12,5% | |
| Agente Comunitário de Saúde | 2 | 8% | |
| Doméstica | 2 | 8% | |
| Pedreiro | 2 | 8% | |
| Outros** | 6 | 25% | |
| RAÇA/COR | | | |
| Parda | 12 | 50% | 0,6625 |
| Negra | 9 | 37,5% | |
| Branco | 3 | 12,5% | |
| PROCEDÊNCIA | | | |
| Belém | 6 | 25% | 0,0843 |
| Outros municípios*** | 17 | 71% | |
| Sem informação | 1 | 4% | |
| ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA | | | |
| Magreza | 1 | 4% | |
| Eutrófico | 7 | 29% | |
| Sobrepeso | 6 | 25% | |
| Obesidade | 10 | 42% | 0,5682 |

*Teste G; **Aposentado, Balconista, Consultor Técnico, Técnico de Refrigeração, Taxista, Técnico de Enfermagem (1 paciente em cada ocupação); ***Abaetetuba, Ananindeua, Benevides, Bragança, Breves, Bujarú, Cametá, Capanema, Marituba, Muaná, Novo Repartimento, Santa Bárbara, Porto de Moz, Tomé Açú (nenhum município ultrapassa a quantidade de pacientes de Belém). Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas no questionário do Apêndice A.

O nível de escolaridade encontrado demonstra que a prevalência de dor lombar é maior em pacientes com menor grau de escolaridade, ou seja, a maioria apresentou apenas ensino fundamental completo ou incompleto (primário), correspondendo a uma parcela de 58,3% dos entrevistados, dados semelhantes aos encontrados em estudo de Abreu e Ribeiro¹⁰. Para estes autores a baixa escolaridade reflete-se em profissões

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados segundo hábitos de vida, Belém, 2017

| VARIÁVEIS | N=24 | % | p-valor* |
|--------------------------------|------|-----|----------|
| FUMA | | | |
| Sim | 7 | 19% | |
| Não | 17 | 71% | 0,0662 |
| ATIVIDADE FÍSICA | | | |
| Ativo | 5 | 21% | |
| Ativo Insuficiente | 4 | 16% | |
| Inativo | 15 | 63% | 0,0098 |
| USO DE BEBIDA ALCOÓLICA | | | |
| Sim | 17 | 71% | 0,0662 |
| Não | 7 | 29% | |

*Teste G. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas no questionário do Apêndice A.

Tabela 3. Distribuição da média e desvio padrão da pontuação dos domínios avaliados pelo questionário de qualidade de vida em pacientes antes e após cirurgia da coluna vertebral, Belém, 2017

| DOMÍNIOS SF-36 | MÉDIA ANTES | ± DP | MÉDIA APÓS | ± DP |
|--------------------------------|-------------|------|------------|------|
| Saúde Mental | 48,6 | 30,0 | 77,5 | 17,2 |
| Vitalidade | 43,8 | 22,3 | 69,3 | 18,2 |
| Aspectos Sociais | 27,4 | 26,4 | 67,9 | 24,6 |
| Estado Geral de Saúde | 36,8 | 16,9 | 54,6 | 14,7 |
| Dor | 14,1 | 20,0 | 48,7 | 18,2 |
| Capacidade funcional | 22,9 | 21,4 | 45,0 | 23,5 |
| Aspectos Emocionais | 9,5 | 21,5 | 42,9 | 39,7 |
| Limitação por Aspectos Físicos | 6,0 | 15,6 | 21,4 | 27,7 |

p - valor (ANOVA - Um critério) 0,0018. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas no questionário do Anexo A; DP= Desvio Padrão.

Tabela 4. Distribuição da pontuação dos domínios avaliados pelo questionário de qualidade de vida, em pacientes do sexo feminino antes e após cirurgia da coluna vertebral, Belém, 2017 (n=21)

| Domínios SF-36 | Antes | Depois | p-valor* |
|--------------------------------|---------|---------|----------|
| Saúde Mental | 48,0 | 71.6** | 0,0388 |
| Vitalidade | 50.6** | 67.2 | 0,1506 |
| Aspectos Sociais | 22.2 | 56.9 | 0,0002 |
| Estado Geral de Saúde | 39,0 | 47.6 | 0,4141 |
| Dor | 13.8 | 41.1 | 0,0004 |
| Aspectos Emocionais | 11.1 | 37,0 | 0,0003 |
| Capacidade Funcional | 16.1 | 36,7 | 0,0070 |
| Limitação por Aspectos Físicos | 2.8 | 5,6 | 0,0008 |
| p-valor* | <0,0001 | <0,0001 | |

*Teste G; **Qui-Quadrado de Aderência. Fonte: Elaborado pelos autores a partir de informações obtidas no questionário do Anexo A.

menos especializadas, com pouca exigência de qualificações e citam como exemplos motoristas em geral, mecânicos, agricultores, operadores de máquinas, entre outras, ocupações que exigem maior exposição às cargas ergonômicas, atividades repetitivas e de alta e média intensidade.

Foi observada a prevalência de pacientes com diagnóstico de obesidade (IMC > 29.9) o que está de acordo com o estudo de Malta et al.¹⁴. A autora afirma que para ambos os sexos, o sobrepeso e a obesidade estão

associados à dor crônica na coluna pois o aumento do peso leva à sobrecarga na musculatura paravertebral, promovendo processos inflamatórios nos discos vertebrais, condição predisponente para o aparecimento de comorbidades que geram a dor na coluna.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS¹⁵, o estilo de vida é um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização, como o fumo, a prática de exercícios e o etilismo. A predominância de não tabagistas entre os entrevistados concorda com os resultados do estudo realizado por Sá et al.¹⁶ que obtiveram 58,9% de não fumantes em sua amostra. Apesar do declínio na prevalência do tabaco em muitas populações, incluindo o Brasil, o seu uso continua sendo uma das principais causas evitáveis de morte prematura, doenças e incapacidades em todo o mundo¹⁷.

O tabagismo apresentou forte associação com a dor lombar crônica, sendo que algumas teorias têm sido postuladas para explicar tal relação. A primeira está relacionada com a tosse crônica causada pelo hábito de fumar, tendo em vista que a tosse aumenta a pressão interna abdominal e dos discos vertebrais lombares. A segunda se refere ao efeito da nicotina, que produz uma redução da circulação sanguínea e de algumas substâncias como sulfato e oxigênio no corpo vertebral, o que provavelmente reduz a nutrição dos discos vertebrais. Por último, o uso do fumo poderia estar relacionado a fatores psicossociais de risco para o desfecho como baixa condição socioeconômica, que implicaria em maiores demandas físicas de trabalho e ao estresse¹⁸.

A proporção de entrevistados que não praticavam atividade física da amostra coincidiu com a proporção de pessoas sedentárias do estudo de Ferreira et al.¹⁹. Apesar de numerosas causas e fatores de risco que estão relacionados com a lombalgia, vários pesquisadores a caracterizam como uma doença de pessoas com vida sedentária; a inatividade física estaria relacionada direta ou indiretamente com dores na coluna; a maior parte da atenção dirige-se a considerá-la um subproduto da combinação da aptidão musculoesquelética deficiente e uma ocupação que force essa região^{20,21}.

Quanto ao uso de bebida alcóolica, houve a predominância de etilismo entre os entrevistados. Segundo Leveille et al.²², o consumo excessivo de álcool pode predispor, especialmente em indivíduos do sexo masculino, ao desenvolvimento de dor crônica. Entretanto, estudos que aprofundem a investigação destes fatores se fazem necessários para uma maior compreensão do fenômeno.

A qualidade de vida, conforme estudos da OMS, é entendida como a “[...] percepção do indivíduo sobre a vida, no contexto da cultura, sistemas e valores ou, ainda, expectativas, padrões e preocupações, relativos a seus objetivos”²³.

Os domínios saúde mental, vitalidade e aspectos sociais foram os mais influenciados pelo procedimento cirúrgico, demonstrando que os pacientes não consideraram em geral a saúde e a dor como fatores significativamente limitantes das suas atividades sociais e em seu humor, embora seja conhecido que a dor crônica afeta diretamente a vida social dos seus portadores, encurtando os seus momentos de lazer²⁴. Acredita-se que a melhoria nesses domínios esteja associada com a espiritualidade dos entrevistados, os quais atribuíam a expectativa do sucesso da cirurgia em reduzir a intensidade da dor que estavam sentindo às suas crenças religiosas.

Atualmente há evidências de mudanças fisiológicas relacionadas à religiosidade e espiritualidade²⁵, as quais estão relacionadas entre si, mas não são sinônimos. A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. A espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido²⁶.

Existem diversas evidências de comprometimento psicológico em doentes crônicos, assim como se sabe que indivíduos deprimidos apresentam mais dor, além de possuírem menor imunocompetência. O estresse também resulta nessas alterações²⁷.

Durante a resposta do organismo ao estresse, ocorre a liberação de citocinas, cortisol, ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) e catecolaminas (noradrenalina e adrenalina), desencadeando reações em todo organismo (como resposta ao estresse). Esse mecanismo sofre influência da espiritualidade/religiosidade. Hábitos saudáveis positivos e o aumento da autoestima proporcionam maior confiança, influenciando diretamente o lobo frontal cerebral e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, interferindo nas respostas à dor e ao estresse²⁸.

O domínio mais afetado pela dor crônica antes da cirurgia foi o físico corroborando com outros estudos²⁹. No entanto, este domínio foi o menos afetado pelo procedimento cirúrgico. Acredita-se que este resultado sofreu influência de aspectos sociais como ganhos secundários de aposentadoria e indenizações pela maioria dos pacientes entrevistados. Além disso outro aspecto social relevante é a dificuldade que os pacientes, usuários do Sistema Único de Saúde, enfrentavam para realizar as suas sessões de fisioterapia recomendadas para a sua reabilitação física.

Conclusão

Conclui-se que a dor é uma experiência sensitiva complexa que necessita ser avaliada em várias dimensões, quais sejam: neurofisiológicas, psicossocial e cognitivo-cultural. O conhecimento básico sobre a fisiopatologia da dor e a aptidão de usar um simples tratamento da dor de primeira linha não são suficientes para a abordagem eficaz de uma das principais causas de sofrimento humano. A sociedade necessita disponibilizar serviços de reabilitação física adequados para esses pacientes e reformular os critérios de benefícios concedidos através do Estado.

Referências

1. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.373-87
2. Kopf A, Patel N. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. USA: IASP Press; 2010.
3. D'Arcy Y. The problem of chronic pain. In: D'Arcy Y, editor. Compact clinical guide to chronic pain management. New York: Springer Publishing Company; 2011. p. 4-16.
4. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Lee AJ. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*. 2006;122(3):289-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.002>. PMID:16540249.
5. Schestatsky P, Nascimento OJ. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(3A):741-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000400039>. PMID:19722068.
6. World Health Organization. [Internet]. Geneva; 2009 [citado em 2017 jun 26]. Disponível em: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf
7. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. *Pain*. 2005;118(3):289-305. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.013>. PMID:16213659.
8. Poletto P, Gil-Coury H, Walsh I, Mattiello-Rosa S. Correlação entre métodos de auto-relato e testes provocativos de avaliação da dor em indivíduos portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):223-9.
9. Ruviano L, Filippin L. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor*. 2012;13(2):128-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000200006>.
10. Abreu AT, Ribeiro CA. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). *Rev Acta Fisiátr*. 2010;4(17):48-52.
11. Silva MC, Fassa ACG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta no Sul do Brasil: prevalência de fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):377-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200005>. PMID:15073617.
12. Khouri ME, Coberth CE, Cordeiro Q. OTAD. Prevalência de lombalgia em garimpeiros de Serra Pelada, Pará/Brasil. *Rev Acta Fisiátr*. 2008;15(2):82-6.
13. Lee P, Helewa A, Goldsmith CH, Smythe HA, Stitt LW. Low back pain: prevalence and risk factors in an industrial setting. *J Rheumatol*. 2001;28(2):346-51. PMID:11246674.
14. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA, Caiaffa WT, Souza MFM, Bernal RTI. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):9s. PMID:28591350.
15. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Geneva; 2004. (WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report).
16. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):622-630. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032>. PMID:19488666.
17. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA, et al. Mortality and disability from tobacco-related diseases in Brazil, 1990 to 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(20 Suppl 1):75-89. PMID:28658374.

18. Boshuizen HC, Verbeek JHAM, Broersen JPJ, Weel AN. Do smokers get more back pain? *Spine*. 1993;18(1):35-40. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199301000-00007>. PMID:8434323.
19. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Fisioter.* 2011;15(1):31-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>.
20. Nieman DC, Marcos I, Valdir JB. Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole; 1999.
21. Santos A. O exercício físico e o controle da dor na coluna vertebral. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
22. Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson DT. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. *Pain*. 2005;116(3):332-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.002>. PMID:15982814.
23. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editores. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer; 1994. p. 41-60.
24. Santos FA, Souza JB, Antes DL, d'Orsi E. 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. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):234-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>. PMID:25651024.
25. Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *J Pain*. 2008;9(2):122-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.006>. PMID:18088561.
26. Oliveira SB, Siqueira SR, Sanyoyski AR, Amaral LM, Siqueira JT. Temporomandibular disorder in Brazilian patients: a preliminary study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008;15(4):338-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-008-9135-6>. PMID:19104992.
27. Arntz W, Chasse B, Vicente M. Quem somos nós. Rio de Janeiro: Prestígio Editorial; 2005. p.15.
28. Unruh AM. Spiritualité, religion et douleur. *CJNR*. 2007;39(2):66-86. PMID:17679586.
29. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):14-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>.

Autor para correspondência:

Rafaela dos Santos Nascimento
End: Avenida Almirante Barroso, nº3775
Cep: 66613-903.Belém.Pará.Brasil
Telefone(91) 999072123
Email: Rafa_snascimento@hotmail.com

Informação sobre os autores

RSN, LFCL e DCOM são médicos graduados pelo Centro Universitário do Estado do Pará
RMC é especialista em Neurocirurgia; mestre em neurociências e biologia celular pela Universidade Federal do Pará
DCON é mestre em doenças tropicais; docente do Curso de Medicina no Centro Universitário do Estado Pará

Contribuição dos autores

RMC e DCON: Orientador e co-orientadora do trabalho; RSN, LFCL e DCOM: autores e pesquisadores do trabalho.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.

Apêndice A. FICHA PARA REGISTRO DOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

Paciente: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Idade: _____ anos Ocupação: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ IMC: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Raça: Branca ()

Negra ()

Parda ()

Amarela ()

Indígena ()

Estado civil:

Casado ()

Solteiro ()

Viúvo ()

Divorciado ()

Outros () _____

Escolaridade:

1º Grau completo () Incompleto ()

2º Grau completo () Incompleto ()

3º Grau completo () incompleto ()

Fuma ou já fumou?

Nunca fumou ()

Já fumou no passado () Período e quantidade: _____

Atualmente tabagista () Quantidade: _____

Bebe ou já bebeu?

Nunca bebeu ()

Já bebeu no passado () Período e quantidade: _____

Atualmente etilista () Quantidade: _____

Pratica exercício físico?*

Inativos: () Ativo: ()

Ativo insuficiente: () Muito Ativo: ()

Anexo A. QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

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

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

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

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|--|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

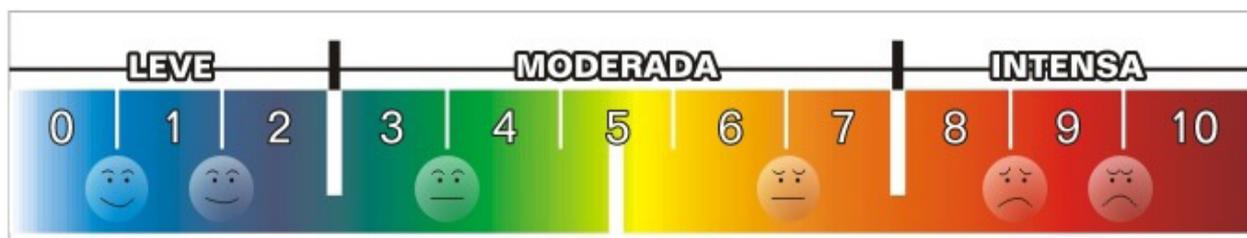
11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo B. ORIENTAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA).

Após a leitura da régua de 10 cm, onde a marca da esquerda representa ausência de dor e a marca da direita representa a pior dor suportável (ilustrada pela imagem abaixo), marque com um ponto ao longo da linha vertical o local que melhor identifique a sua dor.

EscaLa Analógica Visual



Marque aqui:

Sem dor

Muita dor