



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**Perfil Doloroso Crônico e Qualidade de Vida de uma
População Adstrita a uma Unidade de Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado

Ana Shirley Maranhão Vieira

Salvador-Bahia
2013



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Perfil Doloroso Crônico e Qualidade de Vida de uma População Adstrita a uma Unidade de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana

Orientadora: Dra. Katia Nunes Sá

Salvador-Bahia
2013

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Cabula da EBMSP

V657 Vieira, Ana Shirley Maranhão.
Perfil doloroso crônico e qualidade de vida de uma população adstrita a
uma unidade de saúde da família. / Ana Shirley Maranhão Vieira. –
Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2013.

121 f.

Dissertação (Pós-graduação) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública. Requisito para obtenção de título de Mestre em Medicina e Saúde
Humana, 2013.

Orientação: Dr^a. Kátia Nunes Sá

1. População – qualidade de vida. 2. População – dor crônica. I. Sá,
Kátia Nunes. II. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. III. Título.

CDU: 616.8-009.7

**Perfil Doloroso Crônico e Qualidade de Vida de uma
População Adstrita a uma Unidade de Saúde da Família**

Ana Shirley Maranhão Vieira

Folha de Aprovação

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Elen Beatriz Carneiro Pinto

Doutora em Ciências da Saúde pela UFBA

Professora Adjunta da EBMSP

Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista

Doutor em Morfologia pela UFRJ

Professor Adjunto da UFBA

Prof. Dr. Miburge Bolivar Gois

Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo

Professor Adjunto da UFS

“Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e, então, com todo o coração, dedicar-se a ele.”

Buda

Dedico este trabalho à minha família que sempre me
proporcionou afeto e carinho.
E, em especial ao meu marido, Paulo Henrique e ao meu filho,
Henrique, pelo amor recíproco.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

FBDC - Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia

FONTES DE FINANCIAMENTO

FAPESB – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia

EQUIPE

- Ana Shirley Maranhão Vieira, mestranda da EBMSP.
- Katia Nunes Sá, orientadora da EBMSP.
- Lívia Mendes, acadêmica de Fisioterapia da EBMSP, bolsista FAPESB, participou da coleta e análise dos dados.
- Kamilla Soares Silva, Sharize Cristine de Araújo Gois, Flávia Manoela de Almeida Lima e Geisa Silva de Souza, acadêmicas de Enfermagem da EBMSP, participaram da coleta e análise dos dados.
- Roberta Zarb, enfermeira da USF Zulmira Barros, supervisionou a coleta de dados.
- José Ednilson Marques, Rosemere Nascimento, Rita Gomes, Iracy da Silva, Maria das Graças Bispo, Mônica Oliveira: agentes comunitários de saúde da USF Zulmira Barros que participaram da coleta de dados.
- Israel Souza, estatístico, contribuiu com a análise dos dados.
- Abrahão Fontes Baptista, professor adjunto da UFBA, pesquisador da EBMSP, participou da concepção do projeto, fazendo a revisão final do trabalho.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Katia Nunes Sá, pela amizade e orientação em todas as horas.

À professora e amiga, Carolina Pedroza, pelo incentivo e sábios conselhos desde o início deste trabalho.

À EBMSP, na pessoa da professora e amiga, Maria de Lourdes de Freitas Gomes, pelo importante e imprescindível apoio.

À Mivaldo Gonçalves, bibliotecário da EBMSP, pelo auxílio na busca do referencial teórico.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e, em especial, à Coordenação do Distrito Sanitário Boca do Rio, pela compreensão do trabalho e disponibilização do campo onde foi realizada a coleta de dados.

A todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família Zulmira Barros, em especial à enfermeira Roberta Zarb e aos agentes comunitários de saúde, pela possibilidade da realização do trabalho neste serviço.

Às pessoas das comunidades Recanto Feliz e Paraíso Azul pela gentileza em participar das entrevistas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

USF – Unidade de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IASP – *International Association for the Study of Pain*

QV – Qualidade de Vida

OR – *Odds Ratio*

VIF – Variance Inflation Factor

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

WINPEPI – *Package of Statistical Programs for Epidemiologists for Windows*

IC – Intervalo de Confiança

ACS – Agente Comunitário de Saúde

IBD – Inventário Breve de Dor

DN-4 – Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática

SF-36 – Short Form 36

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

CEP/EBMSP – Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 2 - Caracterização clínica da dor na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Figura 1 - Locais do corpo acometidos pela dor na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 3 - Impacto da dor na qualidade de vida da amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 4 - Análise bruta dos preditores para “dor neuropática” na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 5 - Análise multivariada ajustada para preditores independentes para dor neuropática na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 6 - Percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo para dor neuropática na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 7 - Análise bruta dos preditores do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 8 - Análise ajustada dos preditores do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Tabela 9 - Percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil.

Resumo:

Uma das principais queixas dos indivíduos que frequentam as Unidades de Saúde da Família é a dor crônica que, em Salvador, tem 41,4% da população afetada. Porém, o que se conhece do perfil doloroso crônico da população é amplo e abrangente, não sendo possível realização de um planejamento próprio e individualizado para a pessoa com dor crônica. Avaliar as características sociodemográficas, os hábitos de vida e delinear o tipo, a intensidade, a duração, os locais acometidos pela dor crônica, verificando o impacto que esta provoca na qualidade de vida dos acometidos, é de suma importância para as políticas públicas de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é conhecer o perfil doloroso crônico e avaliar o impacto sobre a qualidade de vida na população de uma Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia. **Metodologia:** Estudo descritivo de corte transversal, realizado de março a outubro de 2012. **Resultados:** A população identificada com dor crônica foi do sexo feminino (86,4%), solteiros (48,7%), de cor não branca (93,2%), baixa escolaridade (46,6%) e baixo nível econômico (100%). A amostra, em sua maioria, foi constituída por não fumantes (60,5%) e por quem não consome álcool (59,7%) e, quanto à ocupação, os sujeitos se declararam, em igual proporção (30,9%), como empregados celetistas e não formais. Os locais do corpo mais acometidos pela presença de dor foram joelhos, lombar e cabeça. Através do DN-4, 115 sujeitos (60,2%) foram classificados como portadores de dor neuropática e 76 (39,8%) tinham dor nociceptiva. A dor foi de alta intensidade ($M=7,09\pm 3,0$), com duração de $8,53\pm 8,8$ anos e a média de qualidade de vida foi reduzida em 47,13% no escore total do SF-36. Foi verificado que os domínios mais comprometidos na avaliação da QV foram o aspecto físico, a dor e o aspecto emocional. Além disso, constatou-se que as variáveis dor intensa, dor em região torácica e dor neuropática

são preditoras para o indivíduo apresentar baixa qualidade de vida. **Conclusões:** Conclui-se que a dor crônica na amostra estudada afeta principalmente joelhos, lombar e cabeça e apresenta alta intensidade. Além disso, foi percebido que a dor neuropática afeta principalmente os seguintes domínios do SF-36 reduzindo a QV: aspecto emocional, dor e aspecto físico. Ou seja, na presença da dor neuropática, estes domínios apresentam-se diminuídos. Apesar das limitações clínicas e socioeconômicas, os participantes referem um bom estado de saúde. Mas, como a qualidade de vida é uma percepção subjetiva e fica entre o que é idealizado e vivenciado pelo indivíduo, este aceita a sua condição e convive com ela da melhor maneira possível.

Palavras-chave: perfil de saúde, dor crônica, população, qualidade de vida.

ABSTRACT

One of the main complaints from individuals who attend the Family Health Units is chronic pain, in Salvador, has 41.4% of the affected population. However, what is known of the chronic pain population profile is broad and comprehensive, it is not possible to carry out proper planning and individualized for the person with chronic pain. Assess sociodemographic characteristics, lifestyle habits and outline the type, intensity, duration, locations affected by chronic pain, verifying the impact it causes on the quality of life of those afflicted, it is of paramount importance for public health policies. **Objective:** The objective of this study is to know the profile painful chronic and assess the impact on quality of life in the population of a Unit of Family Health, Salvador, Bahia. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study conducted from March to October 2012. **Results:** The population identified with chronic pain were females (86.4%), single (48.7%), non-white (93.2%), low education (46.6%) and low economic (100%). The sample mostly consisted of non-smokers (60.5%) and those who did not consume alcohol (59.7%), and about the occupation, the subjects stated in equal proportion (30.9%) as employees CLT and non-formal. The locations of the body most affected by pain were knees, back and head. Through the DN-4, 115 subjects (60.2%) were classified as having neuropathic pain and 76 (39.8%) had nociceptive pain. Pain intensity was high ($M = 7.09 \pm 3.0$), with a duration of 8.53 ± 8.8 years and the average quality of life was reduced by 47.13% in the total score of the SF-36. It was found that the most negatively affected QOL evaluation were the physical aspect, the pain and the emotional aspect. Furthermore, it was found that the variables pain, pain in the chest and neuropathic pain are predictors for the individual having low quality of life. **Conclusions:** We conclude that chronic pain in our sample primarily affects knees, back and head, and exhibits high intensity. Moreover, it was noticed that neuropathic pain affects mainly the following domains of the SF-36 QOL reducing: emotional aspect, pain and physical appearance. That is, in the presence of neuropathic pain, these domains are present decreased. Despite the limitations of clinical and socioeconomic, participants reported a good health. But as the quality of life is a subjective perception and is between what is conceived and experienced by the individual, he accepts their condition and lives with it the best way possible.

Keywords: Health profile; Chronic pain; Population; Quality of life.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1 | Dor | 19 |
| 2.2 | Classificação da Dor | 19 |
| 2.3 | Epidemiologia da Dor Crônica | 21 |
| 2.4 | Qualidade de Vida e Dor Crônica | 22 |
| 2.5 | Programa de Saúde da Família | 23 |
| 3 | OBJETIVOS | 26 |
| 3.1 | Objetivo Geral | 26 |
| 3.2 | Objetivos Específicos | 26 |
| 3.3 | Objetivos Secundários | 26 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 27 |
| 4.1 | Tipo e população do estudo | 27 |
| 4.2 | Critérios de inclusão | 27 |
| 4.3 | Critérios de exclusão | 27 |
| 4.4 | População acessível | 27 |
| 4.5 | Coleta de dados | 28 |
| 4.6 | Procedimentos de coleta de dados | 28 |
| 4.7 | Análise estatística | 29 |
| 4.8 | Aspectos éticos | 30 |
| 5 | RESULTADOS | 31 |
| 5.1 | Caracterização sociodemográfica e clínica | 31 |
| 5.2 | Impacto da dor na qualidade de vida | 33 |
| 5.3 | Dor neuropática | 34 |

| | |
|--|----|
| 5.4 Aspectos emocionais | 39 |
| 5.5 Aspectos físicos | 39 |
| 5.6 Aspectos sociais | 40 |
| 5.7 Capacidade funcional | 40 |
| 5.8 Dor | 41 |
| 5.9 Estado geral de saúde | 41 |
| 5.10 Saúde mental | 41 |
| 5.11 Vitalidade | 42 |
| 5.12 Resultados do SF-36 | 42 |
| 6 DISCUSSÃO | 48 |
| 7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO | 52 |
| 8 CONCLUSÕES | 53 |
| REFERÊNCIAS | 54 |
| ANEXOS | 59 |

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma preocupação do ser humano e sua interpretação varia de uma condição cultural e socioeconômica para outra. Trata-se de um fenômeno multifatorial, no qual lesões teciduais, aspectos emocionais, socioculturais e ambientais interferem na vida dos acometidos (CASTRO et al., 2009; RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Quando a dor dura mais de seis meses, é chamada crônica e determina elevados custos ao sistema de saúde. Esta situação afeta os segmentos sociais e econômicos, uma vez que a qualidade de vida pode ser comprometida, dificultando a realização de atividades físicas ou mentais que, anteriormente, eram plenamente realizadas pelo indivíduo (CASTRO et al., 2009). Apesar de ser um dos problemas de saúde pública, no Brasil, pouco se conhece sobre a dor crônica. O conhecimento é mais abrangente sobre as suas consequências, como: sofrimento, perdas financeiras e sociais e ausência de respostas aos tratamentos tradicionalmente propostos (GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007).

Com o objetivo de reorganizar a atenção básica, segundo orientações do Ministério da Saúde, os municípios brasileiros vêm, desde 1994, implantando Unidades de Saúde da Família (USF) com equipes multiprofissionais. Estas equipes atuam em um território previamente delimitado, atendendo uma população de até 4.000 pessoas por equipe (PORTARIA GM nº 2.488/2011).

Segundo o Guia Prático do Programa de Saúde da Família:

A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no seu território sob sua responsabilidade (M.S., 2001, p. 65).

No ano de 2000, o município de Salvador iniciou a adesão à Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantando suas primeiras equipes e, para cada uma delas instalada em um determinado território, espera-se que:

- Sejam identificadas doenças que não são tratadas, mas que o município não deixa de gastar com atendimentos de urgência, internações e óbitos que essas doenças provocam;

- Apareçam doenças que até então estavam encobertas, existiam, mas eram ignoradas, significando gastos com exames, medicamentos e encaminhamentos para especialistas;
- Pessoas com doenças crônicas passem a receber tratamento adequado e voltem a adquirir condições de trabalhar, produzir.

Uma das principais queixas dos indivíduos que frequentam as USFs é a dor crônica que, em Salvador, tem 41,4% da população afetada (SÁ et al., 2008). Porém, o que se conhece do perfil doloroso crônico da população é amplo e abrangente, não sendo possível a realização de um planejamento próprio e individualizado para a pessoa portadora. Avaliar as características sociodemográficas, os hábitos de vida e delinear o tipo, a intensidade, a duração, os locais atingidos, verificando o impacto provocado na qualidade de vida dos acometidos, é de suma importância para as políticas públicas de saúde. E é nas USFs que se deve garantir um tratamento adequado, permitindo-lhes o retorno e a aquisição de condições de trabalhar e produzir.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dor

Na década de 1970, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP – International Association for the Study of Pain) definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em tais termos” (CROMBIE, 1999). Por ser uma manifestação subjetiva e vivenciada por quase a totalidade dos seres humanos, é por meio dela que a maioria das afecções como sintoma ou doença manifesta-se, tornando-a objeto da procura pelo sistema de saúde (TEIXEIRA, 2001).

Com o intuito de facilitar a investigação clínica e com a finalidade de formular um tratamento mais eficaz, a dor precisa ser quantificada e qualificada. Através dessa avaliação, é possível verificar as causas, as especificidades de cada caso, o prognóstico, suas possíveis consequências, e identificar, entre os recursos disponíveis, o que melhor se adequa. Por ser uma indicação de que algo errado está acontecendo no organismo, a dor deve ser avaliada com a mesma importância e cuidado com os quais são analisados os outros sinais vitais, para estabelecer o estado de saúde do indivíduo (SOUSA, 2002; PEDROSO; CELICH, 2006; BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

2.2 Classificação da Dor

A dor pode ser classificada, de acordo com o tempo de duração, em aguda ou crônica. Para Brunner e Suddarth (2009), a dor aguda é uma dor que tem um início precoce e deixa de existir à medida que ocorre a cura. O seu tempo de duração pode ser considerado de segundos até seis meses. Para Porth e Matfin (2005), é uma dor que ocorre em consequência de uma lesão, operação cirúrgica, intervenção invasiva médica ou infecção. Seu mecanismo, no momento da lesão, inicia-se através da liberação ou produção de substâncias algogênicas no local, que estimulam os nociceptores (terminações nervosas) de fibras mielinizadas finas ou sem mielina. O impulso passa por essas fibras nervosas para o corno posterior da

medula ou para os núcleos sensitivos. No local do dano pode ocorrer amplificação ou supressão do sinal antes de chegar ao local onde é interpretado (tronco cerebral, tálamo, hipotálamo, córtex cerebral). Ao longo desse percurso, ocorre a geração de reflexos que envolvem alterações neuroendócrinas (CALIL; PIMENTA, 2005).

A dor crônica, segundo Brunner e Suddarth (2009), é intermitente ou contínua, que dura além do tempo de cura, por ser atribuída a um dano ou causa específica, e pode ter um início sem definição, difícil de tratar por ter uma causa incerta. Segundo Porth e Maftin (2005), decorre de sintomas causados por alguma doença (artrite, lesão nas costas, câncer).

Indivíduos que possuem esse tipo de dor persistente são acometidos por sofrimentos psíquicos, risco laboral, físico e, muitas vezes, mostram-se céticos às formas de tratamento, por terem se submetido a resultados malsucedidos. É considerada a principal causa de morbidade, ausência no trabalho, atestado médico, aposentadoria por doença, indenização e diminuição da produtividade. A não adesão ao tratamento prolonga a dor e o sofrimento, comprometendo a qualidade de vida nesse público-alvo. Dessa forma, a dor crônica é considerada um problema de saúde pública pela elevada incidência, custos elevados aos sistemas de saúde e interferência de forma negativa na vida do paciente (KURITA; PIMENTA, 2003; SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Schestatsky (2008), afirma que a dor pode ser classificada, ainda, como “nociceptiva” e “neuropática”. A nociceptiva ocorre por ativação fisiológica de receptores ou da via dolorosa e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, viscerais, musculares ou ligamentares. Já a neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, sendo resultado da ativação anormal da via nociceptiva (fibras de pequeno calibre e trato espinotalâmico). Segundo a IASP, ela é definida como decorrente de lesão ou disfunção do nervo e, de modo mais amplo, como consequência de lesão ou doença do sistema somestésico. É uma síndrome complexa, com mecanismos biológicos poucos esclarecidos, envolvendo teorias inflamatórias e imunes (KRAYCHETE; GOZZANI; KRAYCHETE, 2008).

2.3 Epidemiologia da Dor Crônica

A dor tem-se tornado um grave problema da sociedade moderna, e sua ocorrência tem sido crescente. O que se percebe é uma alta prevalência de dor crônica, indicando que há uma grande parcela da população desenvolvendo comportamentos de dor que incluem limitações em certas atividades (diárias e trabalho), sobrecarga no uso dos serviços de saúde, uso abusivo de medicamentos para o controle, entre outros (HOLTZ; NETO, 2008).

A predominância de dor crônica nas comunidades varia de 7% a 40%, sendo ela persistente e intensa em 8% dos indivíduos (TEIXEIRA et al., 2001). Pode ser intensa e muito incapacitante e, por isso, indivíduos portadores desse tipo de dor tornam-se um ônus importante para serviços médicos, institutos de previdência e companhias de seguro e, como consequência, cerca de 50% a 60% dos acometidos tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente (TEIXEIRA et al., 2001).

Fatores como idade, sexo, posse de habitação e situação de emprego encontram-se associados à dor crônica. Isto foi demonstrado no estudo de Elliott et al. (1999), revelando que as pessoas acima de 65 anos, do sexo feminino, que moram de aluguel e estão aposentadas ou impossibilitadas de trabalhar, foram as mais acometidas. Ainda nesse estudo, concluiu-se que a sua severidade e o grau de dependência do paciente são incrementados pela idade. A cabeça e a região lombar são locais comumente afetadas, as quais, sendo regiões anatômicas, associam mais prejuízos pessoais e sociais (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

A duração da dor crônica é longa, com uma média de 10 anos, e tem intensidade de moderada a grave. Isso leva a um grande impacto emocional, causando tristeza, depressão, ansiedade e nervosismo e, ainda como consequência, a pessoa sofre perda de emprego, é obrigada a mudar de profissão ou de função, permanece em licença médica prolongada, culminando na aposentadoria precoce (AZEVEDO et al., 2012).

A dor piora a qualidade de vida, bem como a diminuição das capacidades laborativas e de lazer. É capaz de causar também prejuízos no trabalho, nas

atividades domiciliares, escolares, de lazer e relacionamento familiar dos indivíduos (HOLTZ; NETO, 2008).

2.4 Qualidade de Vida e Dor Crônica

O termo “Qualidade de vida” (QV) é uma expressão que ocupa cada vez mais espaço nas políticas de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, QV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEIDL; ZANNON, 2004; VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006; PEDROSA; PELEGRIN; SIQUEIRA, 2011).

Quando relacionado à saúde, o termo qualidade de vida tem sido implicado pelos aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde por incluir a percepção das pessoas que sofrem com o problema em três dimensões principais: saúde mental, funções física e social. Diferentes instrumentos são utilizados para avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004; PIMENTA et al., 2008) e produzem dados para estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde.

A percepção da dor é única, pessoal, subjetiva e exclusiva para cada ser humano e é influenciada por fatores sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. A sua duração é aspecto importante para avaliar o impacto na qualidade de vida (QV) de milhões de pessoas que sofrem de dor crônica (PEDROSA; PELEGRIN; SIQUEIRA, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “uma em cada cinco pessoas sofre de dor crônica de intensidade moderada a grave e uma em cada três é incapaz de manter uma vida independente devido à dor”. Assim, pode influenciar o estado de saúde e a QV das pessoas em relação à sua afetividade familiar, ao estado psicológico e em seus aspectos cultural, econômico e ambiental (PEDROSA; PELEGRIN; SIQUEIRA, 2011).

De acordo com Capela et al. (2009), existe correlação negativa entre QV e dor, ansiedade e depressão, ou seja, quanto maior a intensidade desses sintomas,

pior é a QV dos indivíduos. Além disso, os sintomas são mais intensos no grupo com dor de característica difusa e crônica, quando comparado aos grupos em que ela é localizada e esporádica.

Quando se compara a QV dos pacientes com dor crônica em relação à população sadia, esta se mostra prejudicada, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e funcionalidade emocional. A presença da depressão piora consideravelmente essas escalas, assim como a saúde mental e, nos seus graus mais elevados, a percepção da saúde de modo geral. Portanto, esse indivíduo apresenta baixos escores nos seguintes aspectos da QV: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; CASTRO et al., 2011).

A depressão associa-se à ocorrência da dor, uma vez que doentes com dor apresentam maiores índices de depressão do que os sem dor. Sabe-se que a depressão influi na vivência e controle da sintomatologia álgica, mas não se tem certeza se a presença de dor, por si só, pode influir na determinação de depressão ou se, em situações onde a intensidade dolorosa é maior, essa ligação é mais importante. Algumas teorias assumem haver relação de causa e efeito, em que a dor antecede a depressão ou vice-versa (PIMENTA et al., 2000).

A dor crônica apresenta-se mais associada aos sintomas da dor neuropática, do que aos da nociceptiva. Esta associação leva o indivíduo a apresentar mais restrições em mobilidade e na realização das atividades diárias, interferindo com maior intensidade na qualidade de vida (TOTH et al., 2009).

2.5 Programa de Saúde da Família

No fim da década de 1970 e início de 1980, a atenção básica foi ampla e efetivamente implantada no País, como uma medicina pobre voltada para as camadas sociais mais baixas. Mas, na primeira metade da década de 1990, surgiram programas governamentais que modificaram a forma de fazer essa atenção. Foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Este último consolidou-se como estratégia reorganizadora do sistema de saúde nacional, sendo aprovado na Constituição

Federal de 1988 e editado nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8.080 e nº 8.142/90 (MARQUES; MENDES, 2003; BRASIL, 2006).

Esse modelo de assistência é formado por uma equipe multiprofissional, constituída por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os componentes da equipe devem estar integrados à proposta do programa, desempenhando, cada um, suas funções. O PSF atua com a demarcação do território de abrangência, adscrição de clientela, registro e acompanhamento da população que mora na área. Dessa forma, o PSF constitui porta de entrada para o sistema de saúde do município, caracterizando o primeiro nível de atenção à saúde, que corresponde à atenção básica (SCOREL et al., 2007).

Através dessa assistência contínua, é possível um cuidado específico para o paciente que sente dor, sendo relevante a preparação dos profissionais para lidar com o problema e a criação de um programa voltado para esse tipo de clientela (SCOREL et al., 2007). Isso pode ocorrer através do incremento de ações programáticas, centradas em promover a qualidade de vida, e na intervenção dos fatores que colocam a saúde do indivíduo em risco, permitindo a identificação de forma precoce do problema e um melhor acompanhamento a essas pessoas (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). A equipe de Saúde da Família tem a possibilidade de conhecer as fragilidades e as potencialidades da família e da comunidade, uma vez que existe forte vínculo entre elas (MARIN et al., 2008).

Conhecer os fatores desencadeantes da dor pode facilitar seu controle. Atividade física, posição em pé ou sentada e certos movimentos são apontados como fatores desencadeantes. Sabe-se que a terapêutica farmacológica é mais eficaz, entretanto, já está comprovado que a associação de outros procedimentos diminui a necessidade de medicamentos, reduzindo o risco de efeitos colaterais. Sendo assim, fica clara a necessidade de elaboração de protocolos e parâmetros confiáveis para o seu tratamento, bem como a capacitação dos profissionais que atendem a população na utilização adequada de alternativas terapêuticas eficazes (DELLAROZA et al., 2008).

A dor musculoesquelética é uma queixa clínica de elevada prevalência que leva os pacientes a procurarem assistência médica na atenção primária à saúde. Isso reforça a importância da detecção e do tratamento dessas afecções clínicas pelas equipes de saúde. Assim, o treinamento de tais equipes, programas de seguimento dos pacientes portadores e programas de prevenção de tal quadro clínico devem ser realizados, a fim de diminuir o impacto social e econômico dessa afecção na população acompanhada na atenção primária à saúde (CORDEIRO; KHOURY; CORBETT, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil doloroso crônico dos pacientes em uma Unidade de Saúde da Família, Salvador, Bahia.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os portadores de dor crônica na comunidade;
- Descrever características da dor crônica quanto aos locais acometidos, duração, intensidade e tipo.

3.3 Objetivos Secundários

- Identificar preditores independentes para a presença de dor neuropática;
- Verificar o impacto da dor neuropática na Qualidade de Vida.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo e população do estudo

Estudo descritivo de corte transversal e base populacional, realizado na USF Zulmira Barros, Salvador, Bahia. A equipe multiprofissional que atua nessa unidade atende às comunidades de baixa condição socioeconômica Recanto Feliz e Paraíso Azul, localizadas no bairro Costa Azul. Compreende uma população de 2.357 habitantes, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica/2011 (SIAB/2011).

4.2 Critérios de inclusão

- Indivíduos cadastrados na USF;
- Idade igual ou superior a 20 anos;
- Periodicidade de dor igual ou maior que seis meses.

4.3 Critérios de exclusão

- Gestantes;
- Indivíduos com incapacidade cognitiva de responder os questionários.

4.4 População acessível

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador é administrativamente dividida em 12 regiões denominadas distritos sanitários. A USF Zulmira Barros pertence à área de abrangência do Distrito Sanitário Boca do Rio e assiste as comunidades Recanto Feliz e Paraíso Azul, localizadas no bairro Costa Azul. Foi inaugurada em 2006 e conta com uma equipe multiprofissional para atender a 100% dessa população, no que se refere à sua demanda por atenção básica. A equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de Enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção

Básica/2011 (SIAB/2011), compreende uma população de 2.357 habitantes, sendo 56,8% do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino.

Após aplicarem-se os critérios de inclusão e exclusão, a população ficou reduzida a 1.550 pessoas. Considerando uma prevalência de 41,4% (SÁ et al., 2009) de dor crônica em Salvador, os portadores na referida comunidade foram estimados em 620 indivíduos. Calculando-se a amostra, a partir do WINPEPI, com intervalo de confiança (IC) de 95% e diferença aceitável (precisão absoluta da estimativa) de 7%, propôs-se este estudo com 190 indivíduos.

4.5 Coleta de dados

Os participantes foram abordados na própria USF ou, a partir da indicação e na companhia dos agentes comunitários de saúde (ACS), membros das equipes multiprofissionais, visitados em seus domicílios, sendo convidados a participarem de uma entrevista com aplicação de questionários para caracterizar a dor.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico e de aspectos clínicos e versões validadas para o português brasileiro do questionário de diagnóstico de dor neuropática (DN-4) e do Short Form 36 (SF-36). Aplicou-se também o mapa corporal para identificar os locais acometidos e a escala visual de dor para medir a intensidade. Para a classificação da condição socioeconômica, foi adotado o Critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Estudos Populacionais de 2008, que é um instrumento de segmentação econômica empregado para o levantamento de características domiciliares para diferenciar a população e classificá-la em A1, A2 e B1 (alta), B2 e C1 (média) e C2, D e E (baixa). Para o tabagismo foi usada a distribuição de não fumantes, ex-fumantes e fumantes atuais. Quanto ao alcoolismo, o consumo diário ou presença de estados de embriaguês foi classificado como consumo excessivo; consumo esporádico, de um episódio semanal e, sem embriaguês, como consumo moderado; os demais foram classificados como não consumidores.

Para medir a intensidade, a duração e os locais de dor, foi aplicada uma escala de 0 a 10, na qual 0 foi definido como ausência de dor, 0,1 a 4 como dor leve, 4,1 a 7, dor moderada, de 7,1 a 10, dor intensa e um mapa corporal para avaliar a principal dor.

O DN-4 foi aplicado para identificar doentes com dor apresentando características neuropáticas em estudos populacionais. Como não havia um consultório reservado para aplicação dos instrumentos, garantindo a adequada privacidade, não foi possível realizar o exame físico, sendo consideradas apenas as suas sete primeiras perguntas. A pontuação do DN4 consistiu na soma de respostas (pontuação mínima de 0 e, máxima, de 7). Somatórios iguais ou maiores que três foram considerados como indicativos da dor neuropática, conforme recomenda a versão inicial validada para o francês (BOUHASSIRA et al., 2008).

O SF-36 foi usado para mensurar a qualidade de vida (QV) nas dimensões relativas à saúde física e mental através dos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (PIMENTA et al, 2008). Seus resultados foram medidos em escores de 0 (pior condição de saúde) a 100% (melhor condição de saúde).

O período para a realização da pesquisa de campo ocorreu nos meses de março a outubro de 2012. Para efetuar a aplicação dos instrumentos, o grupo de acadêmicos foi treinado e supervisionado pelos pesquisadores. Para garantir a qualidade dos dados, em 10% da população estudada, os mesmos instrumentos foram reaplicados para avaliar a concordância interexaminadores e, depois de um mês, foram reaplicados na mesma proporção (10%), para garantir a concordância intraexaminadores.

4.7 Análise estatística

A pesquisa teve como variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, cor da pele, alcoolismo, tabagismo, tempo de dor, intensidade da dor e local de dor. Como variáveis dependentes foram avaliadas o tipo (nociceptiva ou neuropática) e seu impacto na qualidade de vida dos acometidos. Os dados foram tabulados e analisados no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 para

Windows. Para as inferências, foi utilizado, na análise univariada para variáveis nominais, o teste Qui-quadrado. Para verificar o impacto independente das variáveis estudadas no tipo de dor e na QV, recorreu-se à técnica de regressão logística que permite estimar a razão de chances (*Odds Ratio* ou OR), indicando qual característica implica em maior ou menor chance de levar a uma QV “não comprometida” ou “comprometida” a partir das medianas. Inicialmente, foram ajustados modelos de regressão logística univariada, para todas as variáveis explicativas, considerando para entrar no modelo, o nível de significância de 10% ($p \leq 0,10$). As variáveis selecionadas nessa etapa foram introduzidas em um único modelo e, em seguida, foi realizado o procedimento de seleção automático *stepwise backward*, permanecendo no modelo apenas aquelas significativas a 5% ou que contribuíam para um melhor ajuste do modelo (melhor classificação dos indivíduos). A adequação dos modelos foi avaliada através do teste de *Hosmer-Lemeshow*.

No caso específico das dimensões de qualidade de vida mensuradas pelo SF-36, elas foram dicotomizadas com base na mediana para serem utilizadas na regressão logística. Indivíduos com pontuação igual ou abaixo da mediana foram classificados com “qualidade de vida comprometida” e, aqueles com pontuação superior à mediana, com “qualidade de vida não comprometida”.

4.8 Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (CEP/EBMSP), sob o protocolo nº 079/2011 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através do ofício nº 233/2011, no qual todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando ter ciência das etapas da pesquisa, submetendo-se a ela, de forma voluntária e gratuita.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra deste estudo foi composta por 191 indivíduos. A média de idade dos participantes foi de $46,2 \pm 13,8$ anos e o IMC apresentou média de $26,9 \pm 6,1$ Kg/m². No que se refere à caracterização sociodemográfica (Tabela 1), a população do estudo foi composta por 165 (86,4%) indivíduos do sexo feminino, sendo a maioria constituída de solteiros (48,7%), de cor não branca pelo autorrelato (93,2%), com baixa escolaridade (46,6%) e baixo nível econômico (100,0%). A amostra, em sua maioria, foi constituída por não fumantes (60,5%) e por não consumidores de álcool (59,7%) e, quanto à ocupação, os sujeitos declararam-se, em igual proporção (30,9%), como empregados celetistas e não formais. Referiram sentir dor há menos de cinco anos (46,8%) e, no momento da coleta, 25,7% revelaram dor intensa (Tabela 2). Os locais do corpo mais acometidos pela presença de dor foram joelhos, lombar e cabeça (Figura 1). Através do DN-4, 115 sujeitos (60,2%) foram classificados como portadores de dor neuropática e 76 (39,8%) de dor nociceptiva.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

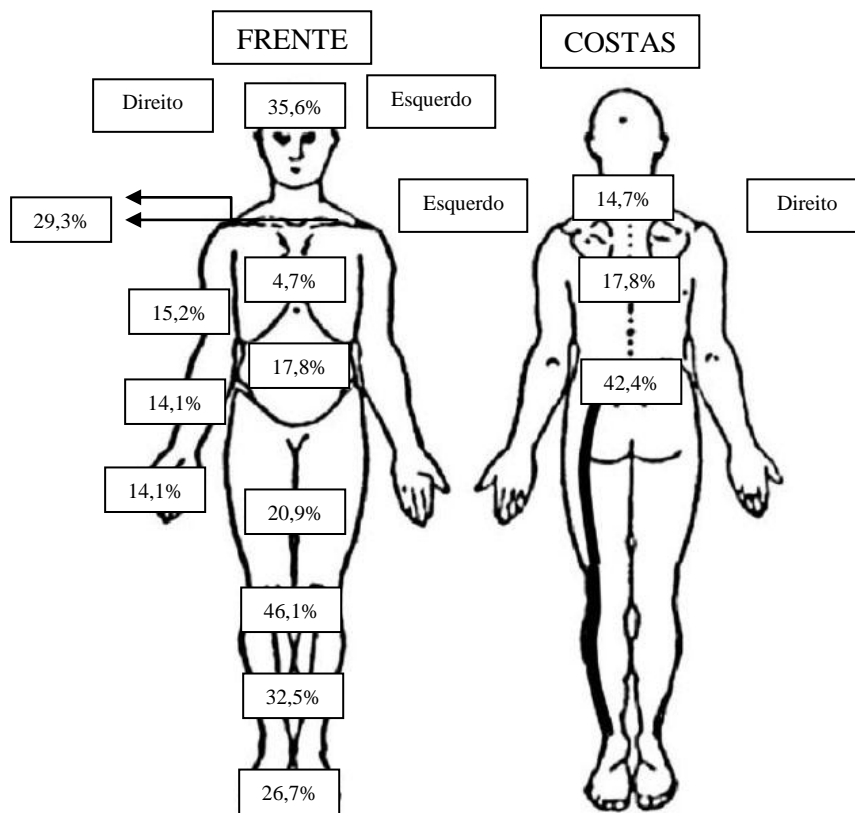
| Variáveis | | N | % |
|--------------|------------|------------|-------------|
| Sexo | Feminino | 165 | 86,4 |
| | Masculino | 26 | 13,6 |
| Idade | 20-30 | 23 | 12,0 |
| | 31-60 | 144 | 75,4 |
| | 61-90 | 24 | 12,6 |
| Estado civil | Solteiro | 93 | 48,7 |
| | Casado | 71 | 37,2 |
| | Outros | 27 | 14,1 |
| Cor da pele | Não branca | 178 | 93,2 |
| | Branca | 13 | 6,8 |

| | | | |
|-----------------------------|-------------|------------|-------------|
| Tabagismo | Não | 115 | 60,5 |
| | Sim | 29 | 15,3 |
| | Ex-Fumante | 46 | 24,2 |
| Consumo de bebida alcoólica | Não Consome | 114 | 59,7 |
| | Moderado | 72 | 37,7 |
| | Excessivo | 5 | 2,6 |

Tabela 2- Caracterização clínica da dor na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Variáveis | | N | % |
|---|-------------------|------------|-------------|
| Tempo de dor categorizada | Menor que 5 anos | 89 | 46,8 |
| | De 5 a 10 anos | 59 | 31,1 |
| | Maior que 10 anos | 42 | 22,1 |
| Intensidade da dor no momento da coleta | Sem dor | 100 | 52,4 |
| | Leve | 13 | 6,8 |
| | Moderada | 29 | 15,2 |
| | Intensa | 49 | 25,7 |

Figura 1 - Locais do corpo acometidos pela dor na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil



Fonte: Disponível em: <<http://www.terapiamanual.com.br>>

5.2 Impacto da dor na qualidade de vida

A intensidade da dor nesses indivíduos apresentou média de $7,09 \pm 3,0$, com duração média de $8,53 \pm 8,8$ anos. O estado geral de saúde foi considerado excelente por 6,3%, muito bom por 4,2% e bom por 64,4% da amostra, enquanto que 16,2% e 8,9% o consideraram ruim e muito ruim, respectivamente. A qualidade de vida foi reduzida em 47,13% no escore total e a mediana da QV, na população estudada, bem como os pontos de corte estabelecidos para a classificação da QV em “comprometida” ou “não comprometida” podem ser vistos na Tabela 3.

Tabela 3 - Impacto da dor na qualidade de vida da amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Qualidade de Vida (SF-36 em %) | Mediana | QV | QV não |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|
| | | comprometida n (%) | comprometida n (%) |
| Capacidade funcional | 65.00 | 96(50,26) | 95(49,74) |
| Aspecto físico | 50.00 | 106(55,50) | 85(44,50) |
| Dor | 45.00 | 97(50,79) | 94(49,21) |
| Estado geral de saúde | 57.00 | 104(54,45) | 87(45,55) |
| Vitalidade | 60.00 | 98(51,31) | 93(48,69) |
| Aspecto social | 62.50 | 112(58,64) | 79(41,36) |
| Aspecto emocional | 33.33 | 97(50,79) | 94(49,21) |
| Saúde mental | 64.00 | 97(50,79) | 94(49,21) |
| Escore total | 52.87 | 97(50,79) | 94(49,21) |

5.3 Dor neuropática

Como houve maior prevalência de dor neuropática (60,2%), optou-se por considerá-la como desfecho para o modelo de regressão. Na Tabela 4, são apresentados os resultados da regressão logística univariada, sendo apresentados os valores de *Odds Ratio* brutos, ou seja, o impacto de uma única variável isolada na dor neuropática, além dos respectivos intervalos de confiança de 95%.

Tabela 4 - Análise bruta dos preditores para “dor neuropática” na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Variáveis | B | Erro Padrão | Wald | df | p | OR Bruto (IC95%) |
|---------------------------------------|--------|-------------|-------|----|-------|-----------------------|
| Sexo masculino | -0,302 | 0,425 | 0,506 | 1 | 0,477 | 0,739 (0,322 – 1,699) |
| Constante | 0,456 | 0,160 | 8,155 | 1 | 0,004 | 1,578 |
| Idade de 20 a 30 anos | - | - | 0,071 | 2 | 0,965 | - |
| Idade de 31 a 60 anos | -0,048 | 0,460 | 0,011 | 1 | 0,917 | 0,953 (0,387 - 2,347) |
| Idade de 61 a 90 anos | 0,069 | 0,600 | 0,013 | 1 | 0,908 | 1,071 (0,330 - 3,475) |
| Constante | 0,442 | 0,427 | 1,069 | 1 | 0,301 | 1,556 |
| Estado civil solteiro | - | - | 0,858 | 2 | 0,651 | - |
| Estado civil casado | -0,296 | 0,322 | 0,847 | 1 | 0,357 | 0,744 (0,396 – 1,397) |
| Estado civil outros | -0,176 | 0,447 | 0,156 | 1 | 0,693 | 0,838 (0,349 – 2,013) |
| Constante | 0,551 | 0,215 | 6,553 | 1 | 0,010 | 1,735 |
| Cor da pele branca | -0,611 | 0,577 | 1,122 | 1 | 0,290 | 0,543 (0,175 – 1,682) |
| Constante | 0,457 | 0,154 | 8,834 | 1 | 0,003 | 1,580 |
| Não fumante | - | - | 1,410 | 2 | 0,494 | - |
| Fumante | -0,141 | 0,418 | 0,113 | 1 | 0,737 | 0,869 (0,383 – 1,972) |
| Ex-fumante | 0,378 | 0,367 | 1,061 | 1 | 0,303 | 1,459 (0,711 – 2,993) |
| Constante | 0,348 | 0,189 | 3,414 | 1 | 0,065 | 1,417 |
| Não etilista | - | - | 1,116 | 2 | 0,572 | - |
| Consumo moderado de bebida alcoólica | -0,165 | 0,307 | 0,288 | 1 | 0,591 | 0,848 (0,464 – 1,594) |
| Consumo excessivo de bebida alcoólica | -0,907 | 0,933 | 0,945 | 1 | 0,331 | 0,404 (0,065 – 2,514) |
| Constante | 0,501 | 0,193 | 6,735 | 1 | 0,009 | 1,651 |
| Tempo de dor menor que 5 anos | - | 0 | 0,426 | 2 | 0,808 | - |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------|-------|-------|---|--------------|------------------------|
| Tempo de dor de 5 a 10 anos | 0,206 | 0,344 | 0,360 | 1 | 0,548 | 1,229 (0,627 - 2,410) |
| Tempo de dor acima de 10 anos | 0,172 | 0,383 | 0,202 | 1 | 0,653 | 1,187 (0,561 - 2,514) |
| Constante | 0,314 | 0,213 | 2,160 | 1 | 0,142 | 1,368 |
| Sem dor no momento | - | - | 0,952 | 3 | 0,813 | - |
| Dor leve | -0,169 | 0,592 | 0,081 | 1 | 0,776 | 0,845 (0,265 - 2,696) |
| Dor moderada | 0,319 | 0,440 | 0,526 | 1 | 0,468 | 1,376(0,581 - 3,260) |
| Dor intensa | 0,221 | 0,359 | 0,378 | 1 | 0,538 | 1,247(0,617 - 2,520) |
| Constante | 0,323 | 0,203 | 2,538 | 1 | 0,111 | 1,381 |
| Dor na cabeça | 0,197 | 0,311 | 0,403 | 1 | 0,525 | 1,218 (0,662 – 2,241) |
| Constante | 0,345 | 0,183 | 3,550 | 1 | 0,060 | 1,412 |
| Dor no pescoço | 0,582 | 0,447 | 1,691 | 1 | 0,193 | 1,789 (0,744 – 4,301) |
| Constante | 0,334 | 0,159 | 4,431 | 1 | 0,035 | 1,397 |
| Dor nos ombros | 0,935 | 0,354 | 6,994 | 1 | 0,008 | 2,548 (1,274 – 5,096) |
| Constante | 0,163 | 0,173 | 0,894 | 1 | 0,344 | 1,177 |
| Dor no peito | 0,875 | 0,816 | 1,149 | 1 | 0,284 | 2,398 (0,485 – 11,867) |
| Constante | 0,378 | 0,151 | 6,277 | 1 | 0,012 | 1,459 |
| Dor na região dorsal | 1,323 | 0,478 | 7,672 | 1 | 0,006 | 3,755 (1,472 – 9,576) |
| Constante | 0,217 | 0,161 | 1,834 | 1 | 0,176 | 1,243 |
| Dor nos braços | 1,070 | 0,485 | 4,870 | 1 | 0,027 | 2,917 (1,127 – 7,547) |
| Constante | 0,273 | 0,159 | 2,969 | 1 | 0,085 | 1,314 |
| Dor nos antebraços | 0,520 | 0,450 | 1,334 | 1 | 0,248 | 1,682 (0,696 – 4,066) |
| Constante | 0,345 | 0,159 | 4,733 | 1 | 0,030 | 1,412 |
| Dor nas mãos | 1,504 | ,564 | 7,109 | 1 | 0,008 | 4,500 (1,489 – 13,596) |
| Constante | 0,245 | 0,157 | 2,427 | 1 | 0,119 | 1,278 |
| Dor no abdome | 0,554 | 0,410 | 1,831 | 1 | 0,176 | 1,741 (0,780 – 3,885) |

| | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|--------|---|------------------|------------------------|
| Constante | 0,321 | 0,162 | 3,947 | 1 | 0,047 | 1,379 |
| Dor na região lombar | 0,474 | 0,304 | 2,434 | 1 | 0,119 | 1,607 (0,886 – 2,915) |
| Constante | 0,219 | 0,192 | 1,304 | 1 | 0,254 | 1,245 |
| Dor nas coxas | 1,187 | 0,428 | 7,699 | 1 | 0,006 | 3,277 (1,417 – 7,579) |
| Constante | 0,199 | 0,164 | 1,485 | 1 | 0,223 | 1,221 |
| Dor nos joelhos | 0,718 | 0,304 | 5,580 | 1 | 0,018 | 2,050 (1,130 – 3,719) |
| Constante | 0,097 | 0,197 | 0,243 | 1 | 0,622 | 1,102 |
| Dor nas pernas | 0,692 | 0,331 | 4,364 | 1 | 0,037 | 1,997 (1,044 – 3,821) |
| Constante | 0,202 | 0,177 | 1,306 | 1 | 0,253 | 1,224 |
| Dor nos pés | 1,625 | 0,421 | 14,924 | 1 | <0,001 | 5,076 (2,226 – 11,575) |
| Constante | 0,057 | 0,169 | 0,114 | 1 | 0,735 | 1,059 |

Analisando cada variável isoladamente, nota-se que, com um nível de significância menor ou igual a 10%, apenas a presença de dor nos ombros, na região dorsal, nos braços, nas mãos, nas coxas, nos joelhos, nas pernas e nos pés foram significativas, sempre indicando que ter dor nessas localidades aumentava a chance de o indivíduo ser diagnosticado com dor neuropática. Variáveis sociodemográficas e hábitos de vida não apresentaram diferenças significantes entre os grupos de QV “comprometida” e “não comprometida”.

Todas as variáveis que foram significativas ($p < 0,10$) entraram na modelagem final. No método de seleção automático *stepwise backward*, todas elas entram no modelo ao mesmo tempo e, em etapas, permanecem aquelas cuja contribuição for significativa, isto é, se obtiverem um $p < 0,05$ ou contribuírem para um melhor ajuste do modelo (melhor classificação dos indivíduos). O modelo final ajustado nesse método pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Análise multivariada ajustada para preditores independentes para “dor neuropática” na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Variáveis | B | Erro Padrão | Wald | P | OR ajustado (IC95%) |
|----------------------|--------|-------------|-------|--------------|------------------------|
| Dor na região dorsal | 1,355 | 0,503 | 7,261 | 0,007 | 3,879 (1,447 - 10,395) |
| Dor nas mãos | 1,236 | 0,597 | 4,283 | 0,038 | 3,440 (1,068 - 11,085) |
| Dor nas coxas | 0,974 | 0,460 | 4,488 | 0,034 | 2,649 (1,076 - 6,522) |
| Dor nos pés | 1,378 | 0,442 | 9,730 | 0,002 | 3,969 (1,669 - 9,437) |
| Constante | -0,393 | 0,206 | 3,657 | 0,056 | 0,675 |

$\chi^2 = 36,943$; gl = 4 ; p < 0,001

O modelo final manteve como variáveis preditoras independentes para dor neuropática a presença de dor na região dorsal, nas mãos, nas coxas e nos pés. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=0,196$; p=0,995), conseguindo classificar corretamente 68,6% dos indivíduos (Tabela 6).

Tabela 6 - Percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo para “dor neuropática” na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Observado | Predito | | Percentual Correto |
|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | Dor nociceptiva | Dor neuropática | |
| Dor nociceptiva | 53 | 23 | 69,7% |
| Dor neuropática | 37 | 78 | 67,8% |
| Percentual Global | | | 68,6% |

Todos esses procedimentos foram adotados em cada um dos domínios do SF-36, porém optou-se por apresentar apenas os principais achados através de textos, devido ao limite de tabelas e páginas da dissertação.

5.4 Aspectos emocionais

Na análise dos impactos sobre os aspectos emocionais isolados da QV em portadores de dor crônica, notou-se que fumantes ($p=0,034$) apresentaram QV menos comprometida do que os não fumantes. Além disso, foi observado, com um nível de significância menor ou igual a 10%, que a dor do tipo neuropática ($p=0,005$), nas regiões de pescoço ($p=0,022$), coxas ($p=0,008$), pernas ($p=0,090$) e pés ($p=0,097$) diminuiu progressivamente a chance de o indivíduo ser classificado com QV não comprometida, no que se refere aos aspectos emocionais.

O modelo final manteve como variáveis preditoras independentes para a qualidade de vida comprometida, no que se refere aos aspectos emocionais, as variáveis dor neuropática ($p=0,028$) e a presença de dor em pescoço ($p=0,044$) e coxas ($p=0,034$). O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p<0,001$) como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=1,625$; $p= 0,654$), conseguindo classificar corretamente 61,8% dos indivíduos.

5.5 Aspectos físicos

Analisando cada variável isoladamente, notou-se que, com um nível de significância menor ou igual a 10%, apenas as variáveis fumante ($p=0,028$), não fumante ($p=0,046$), dor na região dorsal ($p=0,003$), dor nas coxas ($p=0,041$) e presença de dor neuropática ($p=0,003$) foram significativas, indicando que a dor diminui a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida para os aspectos físicos do instrumento.

O modelo final ajustado nesse método manteve as variáveis tabagismo ($p=0,041$), dor na região dorsal ($p=0,018$) e dor neuropática ($p=0,017$) como preditores independentes, ou seja, diminuem a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida, no que se refere aos aspectos físicos. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p<0,001$) como de acordo com a

estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=2,292$; $p=0,807$), conseguindo classificar corretamente 65,4% dos indivíduos.

5.6 Aspectos sociais

Em relação ao impacto sobre os aspectos sociais, foram incluídas no modelo final as variáveis significativas ($p \leq 0,10$): tempo de dor de 5 a 10 anos ($p=0,051$), dor no pescoço ($p=0,025$), dor nos ombros ($p=0,097$), dor no peito ($p=0,094$), dor nas mãos ($p=0,013$), dor nos pés ($p=0,020$) e dor neuropática ($p=0,002$).

O modelo final manteve as variáveis dor nas mãos, no pescoço e dor neuropática. A presença dessas dores diminui a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida em relação aos aspectos sociais. No entanto, somente a variável dor neuropática mostrou-se significativa ao nível de 5%, as demais apresentaram $p > 0,05$, mas contribuíram para ajuste do modelo. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p < 0,001$) como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=0,185$; $p=0,980$), conseguindo classificar corretamente 64,4% dos indivíduos.

5.7 Capacidade funcional

Analisando-se isoladamente cada variável, identificou-se que deveriam entrar no modelo final as variáveis: idade de 31 a 60 anos ($p=0,052$), indivíduos com dor intensa ($p=0,064$), dor nos ombros ($p=0,064$), dor na região dorsal ($p=0,028$), dor nos braços ($p=0,032$), dor nas mãos ($p=0,070$), dor na região abdominal ($p=0,067$) e dor neuropática ($p < 0,001$). A partir delas, saíram do modelo final as variáveis dor intensa, nos ombros, nos braços, nas mãos e no abdome, enquanto que as demais permaneceram. Portanto, indivíduos de 31 a 60 anos ($p=0,039$) têm menor chance de serem classificados com qualidade de vida não comprometida, em relação à capacidade funcional, que foi afetada pela presença de dor neuropática ($p < 0,001$) e dor na região dorsal ($p=0,030$). O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p < 0,001$) como de

acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=10,456$; $p=0,234$), conseguindo classificar corretamente 67,5% dos indivíduos.

5.8 Dor

Em relação ao impacto no domínio dor do SF-36, notou-se que apenas indivíduos com estado civil outros ($p=0,098$), com tempo de dor de 5 a 10 anos ($p=0,041$), dor nos ombros ($p=0,007$), dor na região dorsal ($p=0,002$), dor nos pés ($p=0,048$) e dor neuropática ($p=0,025$), apresentam menores escores de QV. Após a análise ajustada, permaneceram no modelo final as variáveis da análise bruta: tempo de dor de 5 a 10 anos ($p=0,05$) e dor na região dorsal ($p=0,015$), variáveis estas que reduziram a QV, no que se refere ao aspecto dor. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p<0,001$) como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=1,376$; $p=0,967$), conseguindo classificar corretamente 64,4% dos indivíduos.

5.9 Estado geral de saúde

Nesse domínio, encontrou-se, como possíveis preditores, na análise bruta: sexo masculino ($p=0,033$), dor intensa ($p<0,001$), dor nos braços ($p=0,093$) e dor neuropática ($p=0,002$).

O modelo final manteve as variáveis dor intensa ($p<0,001$) e do tipo neuropática ($p=0,003$) como preditoras independentes, ou seja, variáveis que diminuem a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida em relação ao estado geral de saúde. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p<0,001$) como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=4,901$; $p=0,672$), conseguindo classificar corretamente 68,1% dos indivíduos.

5.10 Saúde mental

Nesse domínio, foram incluídas as variáveis tempo de dor de 5 a 10 anos ($p=0,099$), dor intensa ($p=0,016$), dor na cabeça ($p=0,001$), dor no pescoço

($p=0,022$), dor nos ombros ($p=0,079$), dor nos braços ($p=0,089$), dor no abdome ($p=0,033$) e dor neuropática ($p=0,001$).

O modelo final manteve as variáveis dor intensa ($p=0,008$), dor na cabeça ($p=0,002$), dor no pescoço ($p=0,014$) e do tipo neuropática ($p=0,003$) como preditoras independentes, ou seja, variáveis que diminuem a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida em relação ao domínio saúde mental do SF-36. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p<0,001$) como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=1,310$; $p=0,995$), conseguindo classificar corretamente 68,6% dos indivíduos.

5.11 Vitalidade

Em relação à vitalidade, o tempo de dor superior a 10 anos ($p=0,027$), a dor na região dorsal ($p=0,039$) e a neuropática ($p=0,003$) foram incluídos no modelo final da regressão.

O modelo final manteve as variáveis tempo de dor superior a 10 anos ($p=0,018$) e a dor do tipo neuropática ($p=0,002$) como preditoras independentes, ou seja, variáveis que diminuem a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida em relação ao domínio vitalidade do SF-36. Ele apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais ($p=0,002$), como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2=0,775$; $p=0,942$), conseguindo classificar corretamente 61,8% dos indivíduos.

5.12 Resultados do SF-36

Na Tabela 7 são apresentados os resultados da regressão logística univariada, contendo os valores de *Odds Ratio* brutos, ou seja, o impacto de uma única variável isolada no “SF36”, além dos respectivos intervalos de confiança de 95%.

Tabela 7 - Análise bruta dos preditores do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Variáveis | B | Erro | Wald | df | p | OR Bruto (IC95%) |
|-----------------------|--------|-------|-------|----|-------|-----------------------|
| | Padrão | | | | | |
| Sexo masculino | 0,579 | 0,432 | 1,796 | 1 | 0,180 | 1,785 (0,765 – 4,163) |
| Constante | -0,109 | 0,156 | 0,490 | 1 | 0,484 | 0,897 |
| Idade de 20 a 30 anos | | | 0,024 | 2 | 0,988 | |
| Idade de 31 a 60 anos | 0,059 | 0,449 | 0,017 | 1 | 0,895 | 1,061 (0,440 – 2,560) |
| Idade de 61 a 90 anos | 0,087 | 0,584 | 0,022 | 1 | 0,882 | 1,091 (0,347 – 3,426) |
| Constante | -0,087 | 0,417 | 0,043 | 1 | 0,835 | 0,917 |
| Estado civil solteiro | | | 0,509 | 2 | 0,775 | |
| Estado civil casado | 0,149 | 0,315 | 0,223 | 1 | 0,636 | 1,161 (0,626 – 2,154) |
| Estado civil outros | -0,159 | 0,439 | 0,130 | 1 | 0,718 | 0,853 (0,361 – 2,019) |
| Constante | -0,065 | 0,207 | 0,097 | 1 | 0,756 | 0,938 |
| Cor da pele branca | 0,537 | 0,589 | 0,831 | 1 | 0,362 | 1,712 (0,539 – 5,435) |
| Constante | -0,067 | 0,150 | 0,202 | 1 | 0,653 | 0,935 |
| Não fumante | | | 2,461 | 2 | 0,292 | |
| Fumante | 0,665 | 0,426 | 2,443 | 1 | 0,118 | 1,945 (0,845 – 4,480) |
| Ex-fumante | 0,173 | 0,349 | 0,245 | 1 | 0,620 | 1,189 (0,600 – 2,355) |
| Constante | -0,173 | 0,186 | 0,860 | 1 | 0,354 | 0,841 |
| Não etilista | | | 1,778 | 2 | 0,411 | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|-------|-------|---|--------------|------------------------|
| Consumo moderado de bebida alcoólica | 0,105 | 0,301 | 0,122 | 1 | 0,727 | 1,111 (0,616 – 2,005) |
| Consumo excessivo de bebida alcoólica | 1,492 | 1,134 | 1,731 | 1 | 0,188 | 4,444 (0,482 – 41,001) |
| Constante | -0,105 | 0,188 | 0,315 | 1 | 0,574 | 0,900 |
| Tempo de dor menor que 5 anos | | | 5,105 | 2 | 0,078 | |
| Tempo de dor de 5 a 10 anos | -0,448 | 0,340 | 1,735 | 1 | 0,188 | 0,639 (0,328 – 1,244) |
| Tempo de dor acima de 10 anos | 0,486 | 0,381 | 1,621 | 1 | 0,203 | 1,625 (0,770 – 3,431) |
| Constante | 0,000 | 0,211 | 0,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| Sem dor no momento | | | 4,876 | 3 | 0,181 | |
| Dor leve | -0,395 | 0,592 | 0,446 | 1 | 0,504 | 0,673 (0,211 – 2,148) |
| Dor moderada | -0,310 | 0,423 | ,538 | 1 | 0,463 | 0,733 (0,320 – 1,679) |
| Dor intensa | -0,785 | 0,358 | 4,797 | 1 | 0,029 | 0,456 (0,226 – 0,921) |
| Constante | 0,241 | 0,201 | 1,433 | 1 | 0,231 | 1,273 |
| Dor na cabeça | 0,049 | 0,302 | 0,026 | 1 | 0,872 | 1,050 (0,581 – 1,899) |
| Constante | -0,049 | 0,180 | 0,073 | 1 | 0,787 | 0,952 |
| Dor no pescoço | -0,472 | 0,417 | 1,279 | 1 | 0,258 | 0,624 (0,275 – 1,414) |
| Constante | 0,037 | 0,157 | 0,055 | 1 | 0,814 | 1,037 |
| Dor nos ombros | -0,890 | 0,331 | 7,217 | 1 | 0,007 | 0,411 (0,215 – 0,786) |
| Constante | 0,223 | 0,173 | 1,660 | 1 | 0,198 | 1,250 |
| Dor no peito | -0,693 | 0,722 | 0,920 | 1 | 0,337 | 0,500 (0,121 – 2,060) |

| | | | | | | |
|----------------------|--------|-------|-------|---|--------------|-----------------------|
| Constante | 0,000 | 0,148 | 0,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| Dor na região dorsal | -1,188 | 0,420 | 7,979 | 1 | 0,005 | 0,305 (0,134 – 0,695) |
| Constante | 0,166 | 0,160 | 1,074 | 1 | 0,300 | 1,181 |
| Dor nos braços | -0,716 | 0,421 | 2,890 | 1 | 0,089 | 0,489 (0,214 – 1,116) |
| Constante | 0,074 | 0,157 | 0,222 | 1 | 0,637 | 1,077 |
| Dor nos antebraços | -0,223 | 0,418 | 0,286 | 1 | 0,593 | 0,800 (0,353 – 1,814) |
| Constante | 0,000 | 0,156 | 0,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| Dor nas mãos | -0,399 | 0,422 | 0,896 | 1 | 0,344 | 0,671 (0,294 – 1,533) |
| Constante | 0,024 | 0,156 | 0,024 | 1 | 0,876 | 1,025 |
| Dor no abdome | -0,395 | 0,383 | 1,061 | 1 | 0,303 | 0,674 (0,318 – 1,428) |
| Constante | 0,038 | 0,160 | 0,057 | 1 | 0,811 | 1,039 |
| Dor na região lombar | -0,246 | 0,294 | 0,702 | 1 | 0,402 | 0,782 (0,440 – 1,390) |
| Constante | 0,073 | 0,191 | 0,145 | 1 | 0,703 | 1,075 |
| Dor nas coxas | -0,472 | 0,362 | 1,703 | 1 | 0,192 | 0,624 (0,307 – 1,267) |
| Constante | 0,066 | 0,163 | 0,166 | 1 | 0,684 | 1,068 |
| Dor nos joelhos | -0,110 | 0,290 | 0,144 | 1 | 0,704 | 0,895 (0,507 – 1,582) |
| Constante | 0,019 | 0,197 | 0,010 | 1 | 0,922 | 1,020 |
| Dor nas pernas | -0,434 | 0,312 | 1,936 | 1 | 0,164 | 0,648 (0,351 – 1,194) |
| Constante | 0,109 | 0,176 | 0,379 | 1 | 0,538 | 1,115 |
| Dor nos pés | -0,333 | 0,329 | 1,024 | 1 | 0,312 | 0,716 (0,376 – 1,367) |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------|--------|---|------------------|-----------------------|
| Constante | 0,057 | 0,169 | 0,114 | 1 | 0,735 | 1,059 |
| DN4 Escore (dor neuropática) | -1,326 | 0,314 | 17,867 | 1 | <0,001 | 0,266 (0,144 – 0,491) |
| Constante | 0,773 | 0,247 | 9,817 | 1 | 0,002 | 2,167 |

Analisando cada variável isoladamente, nota-se que, com um nível de significância menor ou igual a 10%, a dor intensa, em ombro, na região dorsal, nos braços e do tipo neuropática ($p < 0,001$), diminui a chance de o indivíduo ser classificado com qualidade de vida não comprometida – SF36.

As variáveis que foram significativas ($p < 0,10$) entraram na modelagem final. No método de seleção automático *stepwise backward*, todas as variáveis entram no modelo ao mesmo tempo e, em etapas, permanecem aquelas, cuja contribuição for significativa, isto é, se obtiverem um $p < 0,05$ ou contribuírem para um melhor ajuste do modelo (melhor classificação dos indivíduos). O modelo final ajustado nesse método pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Análise ajustada dos preditores do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Variáveis | B | Erro Padrão | Wald | P | OR ajustado (IC95%) |
|-------------------------------|------------|-------------|-------|--------------|-----------------------|
| Dor na região dorsal | - 1,169 | 0,470 | 6,185 | 0,013 | 0,311 (0,124 – 0,781) |
| Tempo de dor menor que 5 anos | | | 5,119 | 0,077 | |
| Tempo de dor de 5 a 10 anos | - 0,403 | 0,375 | 1,152 | 0,283 | 0,668 (0,320 – 1,395) |
| Tempo de dor acima de 10 anos | 0,626 | 0,422 | 2,203 | 0,138 | 1,870 (0,818 – 4,272) |
| Sem dor no momento | | | 7,249 | 0,064 | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------|-------|--------|------------------|-----------------------|
| Dor leve | - 0,755 | 0,649 | 1,353 | 0,245 | 0,470 (0,132 – 1,677) |
| Dor moderada | - 0,541 | 0,471 | 1,320 | 0,251 | 0,582 (0,231 – 1,466) |
| Dor intensa | - 1,048 | 0,401 | 6,814 | 0,009 | 0,351 (0,160 – 0,770) |
| DN4 Escore (dor neuropática) | - 1,227 | 0,333 | 13,563 | <0,001 | 0,293 (0,153 – 0,563) |
| Constante | 1,294 | 0,360 | 12,936 | 0,000 | 3,649 |

$\chi^2 = 36,355$; gl = 7 ; p < 0,001

O modelo final manteve como variáveis preditoras para qualidade de vida comprometida, ter dor na região dorsal, intensa, do tipo neuropática. Nenhum dos parâmetros da variável tempo de dor foi significativo. O modelo apresentou critérios de ajustes que indicam a sua adequação, tanto pelos critérios tradicionais como de acordo com a estatística de *Hosmer-Lemeshow* ($\chi^2 = 9,186$; p = 0,327), conseguindo classificar corretamente 64,9% dos indivíduos (Tabela 9).

Tabela 9 - Percentual de indivíduos identificados corretamente pelo modelo do escore total do SF-36 na amostra populacional de uma unidade adstrita de saúde, Salvador, Bahia, Brasil

| Observado | | Predito | | Percentual Correto |
|--------------------------|----------|----------|----------|--------------------|
| | | SF36 | | |
| | | ≤Mediana | >Mediana | |
| SF36 | ≤Mediana | 62 | 35 | 63,9% |
| | >Mediana | 32 | 62 | 66,0% |
| Percentual Global | | | | 64,9% |

6 DISCUSSÃO

A prevalência de dor crônica na população geral de Salvador foi identificada como elevada, envolvendo um percentual de 41,4% (Sá *et al.*, 2008), e afetou mais a classe socioeconômica baixa. A partir desse achado, buscou-se no presente estudo, aprofundar as informações quanto ao tipo de dor e o impacto sobre a QV da população mais atingida, realizando visita domiciliar para a coleta dos dados, a fim de evitar subnotificação do problema, já que esse extrato populacional costuma procurar menos a assistência ambulatorial e hospitalar.

Com este estudo, foi possível conhecer o perfil doloroso crônico e as repercussões sobre a qualidade de vida de uma população de baixo nível socioeconômico, a partir de amostra populacional cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família. A dor neuropática causou maiores repercussões em todos os domínios avaliados, o que reforça a importância da identificação da dor neuropática no nível populacional e da avaliação multidimensional da dor (BOUHASSIRA *et al.*, 2008; SMITH *et al.*, 2007; TORRANCE *et al.*, 2006).

Na comunidade estudada, mulheres, solteiros, não brancos, não etilistas e não tabagistas constituíram o perfil sociodemográfico de pessoas que sofrem de dor crônica. A literatura também tem encontrado resultados semelhantes (HARIFI *et al.*, 2013; SCHESTATSKY, 2008; BOUHASSIRA *et al.*, 2008; TORRANCE *et al.*, 2006).

É consenso em estudos populacionais que a dor crônica atinge mais o sexo feminino. O ciclo reprodutivo das mulheres pode ter efeito sensibilizante à percepção da dor, considerando-se que o ciclo menstrual é antecedido de um conjunto de sinais fisiológicos, muitas vezes dolorosos (WEBB *et al.*, 2003; WIJHOVEN; De VET; PICALET, 2006; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Tem sido observado que indivíduos que moram sós são os mais acometidos (WEBB *et al.*, 2003). Porém, em estudos específicos para dor lombar, solteiros podem estar protegidos para a dor crônica (ALMEIDA *et al.*, 2008). O estado civil tem sido uma variável que apresenta resultados contraditórios, talvez por apresentar coleta de dados sem padronização.

Assim como neste estudo, outras pesquisas (SILVA; FASSA; VALLE, 2004; TORRANCE et al., 2006; ALMEIDA et al., 2008) demonstram que a dor crônica aumenta linearmente, conforme diminuem a escolaridade e a classe social. Esse achado reforça a necessidade de programas educacionais e de inclusão social para a sua prevenção.

Na análise descritiva bruta, observou-se que os locais mais acometidos foram a coluna lombar, joelhos e cabeça, porém nenhum deles foi preditor independente para a dor neuropática. A lombar tem sido a região mais afetada em diversos estudos epidemiológicos que avaliam a presença de dor crônica sem identificação do tipo de dor (SÁ et al., 2009; MONTINI; NEMAN, 2012), porém, quando se observa que a dor neuropática foi prevalente na maior parte da amostra e este fator foi responsável pelo elevado impacto na qualidade de vida, confirma-se a relevância de avaliar os locais de dor, segundo seu tipo. Assim, foi possível identificar que a região dorsal, os membros inferiores e superiores foram regiões que causaram maiores repercussões sobre a perda da qualidade de vida, quando associadas à dor neuropática nas análises multivariadas. Tem sido verificado que dor neuropática atinge geralmente mais de um local e, na maioria das vezes, envolve a região das costas e os membros inferiores (HARIFI et al., 2013; ATTAL et al., 2011). Acredita-se que o acometimento dos membros superiores na presente amostra possa estar relacionado à maior perda funcional consequente à execução de tarefas motoras manuais mais brutas que são comumente realizadas por populações de baixo nível socioeconômico.

Os participantes apresentaram dor de moderada a intensa, o que está de acordo com o que tem sido observado em estudos populacionais, quando o tipo de dor prevalente é neuropática (FERREIRA; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2008; BOUHASSIRA et al., 2008). Esse dado aponta para a necessidade de suporte analgésico nas USFs, bem como de ações preventivas. A dor intensa também esteve fortemente associada com a neuropática e com os piores índices de QV, na análise multivariada. Interessante foi o fato de que, apesar da dor intensa, a maioria dos indivíduos declarou que seu estado geral de saúde era bom. Fenômenos como religião, resiliência e maior capacidade de enfrentamento da dor, em populações de

baixo nível socioeconômico, podem ter influenciado essa percepção de estado geral de saúde (ATTAL et al., 2011). Estudos futuros devem avaliar tais aspectos.

Embora a QV tenha sido afetada em todos os portadores de dor crônica com redução de, aproximadamente, metade dos escores do SF-36, indivíduos com dor neuropática têm sua QV reduzida em todos os domínios, quando comparados àqueles com queixa de dor nociceptiva. Esse achado também tem sido confirmado principalmente nos aspectos físico e mental (VALL; BRAGA, 2005). Os domínios mais comprometidos na avaliação da QV foram o aspecto físico, a dor e o aspecto emocional. Esses dados confirmam os achados do estudo realizado por outros pesquisadores (BRASIL; ZALTA; CORDEIRO, 2008; SMITH et al., 2007), cujos indivíduos apresentaram os mesmos domínios, na mesma ordem de comprometimento. Quando um indivíduo é acometido por uma doença crônica, não é somente o fator patológico que a influencia, ocorrem mudanças em suas vidas relacionadas aos incômodos físicos, às perdas de ordem pessoal, financeira e social (BRASIL; ZALTA; CORDEIRO, 2008). Tem sido evidenciado que a repercussão da dor crônica sobre a qualidade de vida está mais relacionada com a dor neuropática do que com intensidade ou duração (ATTAL et al., 2011).

Em relação aos aspectos emocionais, os baixos escores em dor neuropática são confirmados por estudos populacionais (ATTAL et al., 2011). Também tem sido observado em outros estudos que, para os aspectos físicos, encontra-se maior relação com tabagismo e dor na região das costas (HARIFI et al., 2013). Já para o domínio dos aspectos sociais, nossos achados apontam para maior acometimento do pescoço e membros superiores, mas não foram encontrados dados semelhantes nos diferentes estudos. Supõe-se que a perda de funcionalidade nos membros superiores relacionada à presença de dor neuropática impeça os acometidos de manter a participação laboral e social intensa.

Quando buscamos as variáveis que predizem a QV comprometida no indivíduo com dor crônica, identificamos que a dor na região dorsal, intensa e do tipo neuropática reduz a chance de o indivíduo ter alta qualidade de vida, cujos domínios são todos mais prejudicados em indivíduos que relatam dor crônica, com características neuropáticas (ATTAL et al., 2011). Esses indivíduos apresentam escores baixos em todos os domínios, quando comparados aos apresentados por

pacientes com outras doenças graves somáticas, como no caso das cardiopatias (SMITH et al., 2007; BOUHASSIRA et al., 2008).

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Os estudos de corte transversal apresentam limitações inerentes ao modelo e, por isso, os resultados devem levar em consideração a dificuldade de estabelecer relações causais.

Estudos futuros de caráter longitudinal e base populacional devem ser conduzidos para acompanhamento das condições de saúde e consequências da dor crônica nesse contexto de saúde da família gerando dados para as políticas de saúde locais, regionais e nacionais.

Este estudo epidemiológico, no entanto, cumpre o seu papel, uma vez que apresenta a dimensão do fenômeno doloroso em uma determinada comunidade. A partir daí, fica demonstrada a necessidade de programas de prevenção e controle da dor para uma possível melhora na qualidade de vida desses indivíduos. Esse programa deverá contemplar as seguintes etapas:

1. Capacitar os profissionais da equipe de Saúde da Família, qualificando-os para uma assistência adequada;
2. Cadastrar as pessoas com dor crônica, identificando a frequência desse agravo na comunidade. Inicialmente cadastrar aquelas pessoas que referirem dor por um período igual ou maior que seis meses;
3. Delinear a dor crônica quanto ao tipo, localização, intensidade e duração;
4. Analisar os fatores relacionados e características definidoras para dor crônica, identificados nessa população;
5. Definir plano de assistência ao portador de dor crônica, garantindo uma atenção à saúde individualizada.

Portanto, o presente trabalho apresentou-se como um estudo original de delineamento do perfil doloroso crônico em pessoas de uma baixa classe socioeconômica, que podem contribuir com a definição de estratégias para o controle do problema de saúde pública na perspectiva de atenção básica do Sistema Único de Saúde brasileiro.

8 CONCLUSÕES

Com este estudo, pode-se concluir que, em população de baixa renda, a dor crônica afeta principalmente as regiões do joelho e a coluna lombar, apresenta alta intensidade, longa duração e impacta na qualidade de vida em diferentes aspectos, independentemente dos locais em que se apresenta. Também foi observado que as mulheres são as mais acometidas e que a dor neuropática causa maiores impactos na qualidade de vida que a dor nociceptiva.

Apesar da condição clínica e socioeconômica limitante, os indivíduos referem bom estado geral de saúde. Mas, como a qualidade de vida é uma percepção subjetiva e fica entre o que é idealizado e vivenciado pelo indivíduo, ele aceita a sua condição e convive com ela da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, I.; SÁ, K; SILVA, M; BAPTISTA A.; MATOS, M.; LESSA, I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 23, n. 3, p. 96-102, 2008.
2. ATTAL, N.; LANTERI-MINET, M.; LAURENT, B.; FERMANIAN, J.; BOUHASSIRA, D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. **Pain**, v. 152, n. 12, p. 2.836-43, 2011.
3. AZEVEDO, L.; COSTA-PEREIRA, A.; MENDONÇA, L.; DIAS, C.; CASTRO-LOPES, J. Epidemiology of chronic pain: a population-base nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 8, p. 773-783, 2012.
4. BERBER, J.; KUPEK. E.; BERBER, S. 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.
5. BOUHASSIRA, D.; LANTÉRI-MINET, M.; ATTAL, N.; LAURENT,B.; TOUBOUL, C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. **Pain**, v. 136, n. 3, p. 380-387, 2008.
6. BRASIL, V.; ZATTA, L.; CORDEIRO, J. Qualidade de vida de portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 383-394, 2008.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2001.
8. _____. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Ministério da Saúde, 2006.
9. BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2009.
10. CALIL, A.; PIMENTA, C. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 692-699, 2005.
11. CAPELA, C.; MARQUES, A.; ASSUMPÇÃO, A.; SAUER, J.; CAVALCANTE, A.; CHALOT S. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 263-268, 2009.
12. CASTRO, M.; QUARANTINI, L.; DALTRO, C.; PIRES-CALDAS, M.; KOENEN, K.; KRAYCHETE, D.; OLIVEIRA, I. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 4, p. 126-129, 2011.

13. CASTRO, M.; KRAYCHETE, D.; DALTRO, C.; LOPES, J.; MENEZES, R.; OLIVEIRA, I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, n. 4, p. 982-5, 2009.
14. CORDEIRO, Q.; KHOURI, M.; CORBETT, C. Dor musculoesquelética na atenção primária à saúde em uma cidade do Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. **Acta Fisiatria**, v. 15, n. 4, p. 241-244, 2008.
15. CROMBIE, I. The potencial of Epidemiology. In: CROMBIE, IK.; CROFT, PR.; LINTON, SJ.; LERESCHE, L.; VON KORFF, M, editors. Epidemiology of pain: a report of the task force on Epidemiology. **IASP Press**, p. 1-5, 1999.
16. DELLAROZA, M.; FURUYA, R.; CABRERA, M.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.
17. ELLIOTT, A.; SMITH, B.; PENNY, K.; SMITH, W.; CHAMBERS, W. The epidemiology of chronic pain in the community. **The Lancet**, v. 354, p. 1248-1252, 1999.
18. ESCOREL, S.; GIOVANELLA, M.; SENNA, M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.
19. FERREIRA, K.; SIQUEIRA, R.; TEXEIRA, J. Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em Centro Multidisciplinar de Dor. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 449-470, 2008.
20. GARCIA, D.; PIMENTA, C.; CRUZ, D. Validação do inventário de atitudes frente à dor crônica – Profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 636-44, 2007.
21. HARIFI, G.; AMINE, M.; AIT, OUAZAR.; M, BOUJEMAOU.; A, OUILKI.; I, REKKABI.; BELKHOU, A.; EL BOUCHTI, I.; NIAMANE, R.; EL HASSANI, S. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the Moroccan general population: a national survey. **Pain Medicine**, v. 14, n. 2, p. 287-292, 2013.
22. HOLTZ, V.; NETO, J. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. **Revista Dor**, v. 9, n. 2, p. 1217-1224, 2008.
23. KRAYCHETE, D.; GOZZANI, J.; KRAYCHETE, A. Dor neuropática – aspectos neuroquímicos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 58, n. 5, p. 492-505, 2008.
24. KRELING, M.; CRUZ, D.; PIMENTA, C. Prevalência de Dor Crônica em Adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

25. KURITA, G.; PIMENTA, C. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 2-B, p. 416-425, 2003.
26. LEVEILLE, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M.; ALMEIDA, N.; AQUINO, E.; OLIVEIRA, M. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 747-56, 2006.
27. MARIN, M.; CECÍLIO, L.; RODRIGUES, L.; RICCI, F.; DRUZIAN, S. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 12, n. 2, p. 278-284, 2008.
28. MARQUES, R.; MENDES, A. Atenção básica e o Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.
29. MONTINI, F.; NEMAN, F. 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. 75-86, 2012.
30. PAIVA, D.; BERSUSA, A.; ESCUDER, M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.
31. PEDROSA, D.; PELEGRIN, A.; SIQUEIRA, H.; SILVA, T.; COLHADO, O.; SOUSA, F. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 67-72, 2011.
32. PEDROSO, R.; CELICH, K. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em Enfermagem. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006.
33. PIMENTA, C.; KIOZUMI, M.; TEIXEIRA, M. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n.1, p. 76-83, 2000.
34. PIMENTA, F.; SIMIL, F.; TÔRRES, H.; AMARAL, C.; REZENDE, C.; COELHO, T.; REZENDE, N. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n.1, p. 55-60, 2008.
35. PORTH, C.; MATFIN, G. Fisiopatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
36. RUVIARO, L.; FILIPPIN, L. Prevalência de dor crônica em uma unidade Básica de Saúde de cidade de Médio Porte. **Revista Dor**, p. 128-131, 2012.

- 37.SÁ, K.; BAPTISTA, A.; MATOS, M.; LESSA, I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. **Pain**, v. 139, p. 498-506, 2008.
- 38._____. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 622-630, 2009.
- 39.SALVETTI, M.; PIMENTA, C. Dor crônica e a crença de autoeficácia. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007.
- 40.SCHESTATSKY, P. Definição, Diagnóstico e Tratamento da Dor Neuropática. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 28, n. 3, p.177-187, 2008.
- 41.SEIDL, E.; ZANNON, C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- 42.SILVA, M.; FASSA, A.; VALLE, N. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 377-85, 2004.
- 43.SOUSA, F.; SILVA, J. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista Dor**, v. 5, n. 4, p. 408-429, 2004.
- 44.SMITH, B.H.; TORRANCE, N.; BENNETT, M.I.; LEE, A.J. Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. **Clinical Journal Pain**, v. 23, n. 2, p. 143-149, 2007.
- 45.SOUSA, F. DOR: o quinto sinal vital. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.
- 46.SOUSA, F.; SILVA, J. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista Dor**, v. 5, n. 4, p. 408-429, 2004.
- 47.TEIXEIRA, M.; TEIXEIRA, W.; SANTOS, F.; ANDRADE, D.; BEZERRA, S.; FIGUEIRÓ, J.; OKADA, M. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Revista de Medicina**, v. 80 (ed. esp. pt. 1), p. 1-21, 2001.
- 48.TEIXEIRA, M. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v. 1, n. 4, p. 329-334, 2001.
- 49.TORRANCE, N.; SMITH, BH.; BENNETT, MI.; LEE, A.J. 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.
- 50.TOTH, C.; LANDER, J.; WIEBE, S. The prevalence and impact of chronic pain with neuropathic pain symptoms in the general population. **Pain Medicine**, v. 10, n. 5, p. 918-929, 2009.

51. VALL, J.; BRAGA, V.; ALMEIDA, P. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. In: **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 64, n. 2-B, p. 451-455, 2006.
52. VALL, J.; BRAGA, V. Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 9, n. 3, p. 404-410, 2005.
53. VIEIRA, E.; GARCIA, J.; SILVA, A.; ARAÚJO, R.; JANSEN, R.; BERTRAND, A. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1459-1467, 2012.
54. WEBB, R.; BRAMMAH, T.; LUNT, M.; URWIN, M.; ALISON, T.; SYMMONS, D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. **Spine**, v. 28, n. 11, p. 1195-202, 2003.
55. WIJHOVEN, H.; DE VET, H.; PICALET, S. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in general population. **Pain**, v. 124, n.1-2, p. 158-66, 2006.

ANEXOS

1 Protocolo nº 079/2011 – Aprovação do Comitê de Ética da EBMS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício n°. 194/2011

Salvador, 16 de agosto de 2011.

Referente ao prot. de pesquisa n° 079/2011

Pesquisador Responsável: Profª. Ana Shirley Maranhão Vieira

Titulo: “Perfil dos pacientes com dor crônica em uma comunidade adscrita a uma unidade de saúde da família em um distrito sanitário no município de Salvador, Bahia.”

Objetivo Geral:


Conhecer o perfil dos pacientes com dor crônica em uma comunidade adscrita a uma unidade de saúde da família em um distrito sanitário no município de Salvador, Bahia.

Objetivos Específicos:

- Identificar os pacientes com dor crônica em uma comunidade adscrita a uma unidade de saúde da família em um distrito sanitário no município de Salvador, Bahia;
- Caracterizar a dor crônica em pacientes de uma comunidade adscrita a uma unidade de saúde da família em um distrito sanitário no município de Salvador, Bahia.


CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, após análise do ponto de vista bioético do Protocolo acima citado, considera que o Protocolo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP-CNS-MS). Diante do exposto julga o protocolo supracitado **APROVADO**.

Lembramos a necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Profª. Cristiane Maria Carvalho Costa Dias
Vice-Coordenadora do CEP/EBMSP/FBDC

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
BAHIANA

Cristiane Maria Carvalho Costa Dias
Vice-Coordenadora do CEP
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos


Ilma. Sra. Profa. Ana Shirley Maranhão Vieira
Rua do Albatroz, 169, Edf. Vivenda dos Coqueiros, AP. 404, CEP: 41.720-420 - Imbuí

2 Ofício nº 233/2011 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador



Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 07 de Outubro de 2011.
Ofício n.º 233/2011.

Senhora Coordenadora,

Encaminhamos a V.S.^a, a pesquisadora Ana Shirley Maranhão Vieira para executar projeto de pesquisa intitulado: "**Perfil dos Pacientes com dor Crônica em uma Comunidade Adscrita a uma Unidade de Saúde Família em um Distrito Sanitário no Município de Salvador, Bahia**", na USF Zulmira de Barros.

Informamos que a pesquisa foi analisada por esta subcoordenação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/FBDC.

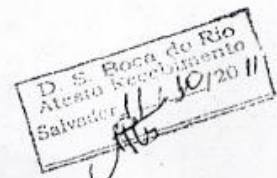
Salientamos ainda, que após a sua conclusão, a pesquisadora deverá apresentar a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas - CADEP e ao distrito, cópia do produto da pesquisa, bem como, comprometer-se a apresentar o mesmo a SMS em evento para a ampla discussão dos resultados desta.

Favor dar retorno a este ofício.

Cordialmente,

Flávia Daniela Miranda de Matos.
Sub. de Acompanhamento Distrital/SMS.

Ilma. Sra.
Dra. **Gláucia Cleide Boaventura dos Santos Rios.**
MD. Coordenadora do D.S. Boca do Rio.



3 Questionário Sociodemográfico e de Aspectos Clínicos

QUESTIONÁRIO

DATA: ___/___/___

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 NOME: _____
 1.2 IDADE (em anos): _____ 1.3 SEXO: () M () F
 1.4 EST. CIVIL: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outro
 1.5 TEL: () _____ () Residencial () Comercial
 1.6 A COR DA SUA PELE OU RAÇA É: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

2. ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO

- 2.1 O DOMICÍLIO É: () Próprio () Alugado () Cedido empregador () Cedido outra forma () Outro
 2.2 N° TOTAL DE CÔMODOS (inclusive banheiro e cozinha): _____
 2.3 N° DE DORMITÓRIOS: _____
 2.4 NO DOMICÍLIO EXISTE:

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

| POSSE DE ITENS | NÃO TEM | TEM (QUANTIDADE) | | | |
|------------------------|---------|------------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Televisores em cores | 0 | | | | |
| Videocassete/DVD | 0 | | | | |
| Rádios | 0 | | | | |
| Banheiros | 0 | | | | |
| Automóveis | 0 | | | | |
| Empregadas mensalistas | 0 | | | | |
| Máquinas de lavar | | | | | |
| Geladeira | | | | | |
| Freezer (*) | | | | | |

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira.

Grau de Instrução do Chefe de Família

| Nomenclatura Antiga | Pontos | Nomenclatura Atual |
|--------------------------------|--------|-------------------------------------|
| Analfabeto/Primário Incompleto | 0 | Analfabeto/Até 3ª Série Fundamental |
| Primário Completo | 1 | 4ª Série Fundamental |
| Ginásial Completo | 2 | Fundamental Completo |
| Colegial Completo | 4 | Médio Completo |
| Superior Completo | 8 | Superior Completo |

| Pontuação | Classes | Pontos |
|-----------------------|-----------|-----------------------|
| Pontuação Mínima = 00 | A1 | 42 a 46 pontos |
| Pontuação Máxima = 46 | A2 | 35 a 41 pontos |
| | B1 | 29 a 34 pontos |
| | B2 | 23 a 28 pontos |
| | C1 | 18 a 22 pontos |
| | C2 | 14 a 17 pontos |
| | D | 08 a 13 pontos |
| | E | 00 a 07 pontos |

2.5 QUANTAS PESSOAS MORAM NO DOMICÍLIO? _____

2.6 A RESPONSABILIDADE DO DOMICÍLIO É DE: () Apenas um morador () Mais de um morador

2.7 QUEM É O CHEFE DA FAMÍLIA: () O/A Próprio(a) () Cônjuge/Companheiro () Pai () Mãe () Irmão (ã) () Filho () Outro: _____

3. HISTÓRIA SOCIAL

3.1 VOCÊ FUMA? () Sim () Não () Ex-Fumante () SEM INFO

3.1.2 EM CASO DE FUMANTE HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ FUMA? ___ anos ___ meses

3.1.3 QUANTOS CIGARROS FUMA OU FUMOU POR DIA? _____

3.1.4 EM CASO DE EX-FUMANTE: HÁ QUANTO TEMPO PAROU? ___ anos ___ meses

3.2 FAZ CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA? () Não bebe () Bebe nos fins de semana () Uma vez por mês () Todos os dias () Não sabe () SEM INFO

3.2.1 QUAL TIPO DE BEBIDA? () Cerveja () Aguardente () Whisky () Conhaque () Vinho

3.3 TEM RELIGIÃO? () Sim () Não QUAL? _____

4. ESCOLARIDADE

4.1 SABE LER? () Sim () Não

4.2 SABE ESCREVER? () Sim () Não

4.3 QUAL A QUANTIDADE EM ANOS QUE FREQUENTOU A ESCOLA? _____

5. OCUPAÇÃO

5.1 VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE? () Sim **Não:** () Cuida de afazeres domésticos () Estudante () Desempregado () Recebe benefícios () Incapacitado () Aposentado () Vive de rendas/Pensionista () Afastado () Nunca trabalhou () Outros _____

5.2 QUAL É/ERA A SUA PROFISSÃO? _____

5.3 NESTE TRABALHO VOCÊ É/ERA:

- () Empregado com carteira assinada
- () Militar do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar ou corpo de bombeiros
- () Empregado pelo regime jurídico dos funcionários públicos
- () Empregado sem carteira assinada
- () Conta própria
- () Empregador
- () Não- remunerado

| |
|-----------------------------|
| 6. ASPECTOS CLÍNICOS |
|-----------------------------|

6.1 QUAL/QUAIS DAS SEGUINTE DOENÇAS CRÔNICAS VOCÊ POSSUI DIAGNÓSTICOS?

HAS Diabetes Doença renal Coronariopatia NSA

6.1.1 VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO PARA ESSA (S) DOENÇAS?

Sim QUAL (IS) _____ Não

6.2 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TEM O DIAGNÓSTICO DESTA DOENÇA? ____anos__meses

6.3 VOCÊ SENTE DOR? Sim Não

6.3.1 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SENTE DOR? ____anos ____meses

6.3.2 VOCÊ ACREDITA QUE SUA DOR TEM RELAÇÃO COM A DOENÇA?

Sim Não

6.4 EM QUE PERÍODO DO DIA SUA DOR É MAIS FREQUENTE:

Matutino Vespertino Noturno Diurno Não há NSA

6.5 FATOR (ES) QUE MELHORAM A DOR

Analgésicos Calor Frio Deitar Sentar Andar

Ficar de pé Contato Repouso Exercícios Sono

Medicamentos controlados Massagem Fisioterapia Outros _____

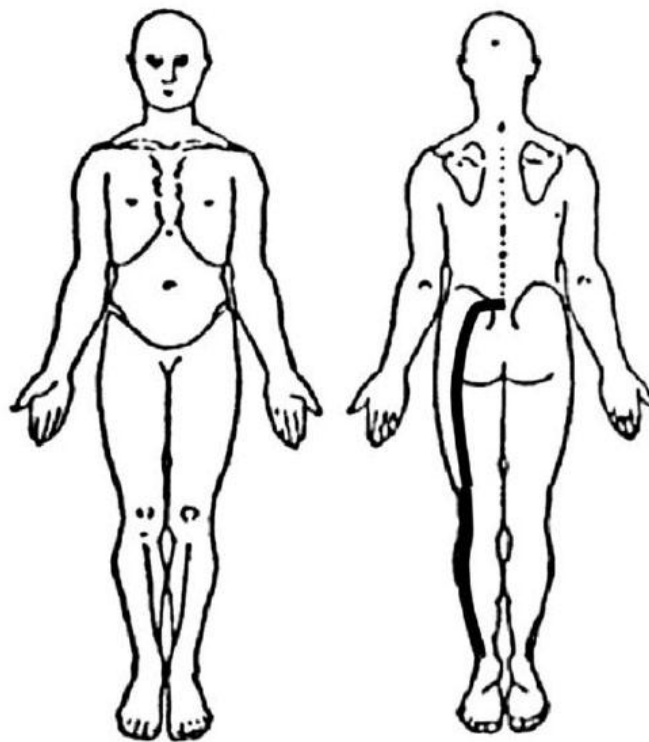
6.6 EM GERAL VOCÊ DIRIA QUE SUA SAÚDE É:

Excelente Muito boa Boa Ruim Muito ruim

6.7 PESO: _____ 6.8 ALTURA: _____ 6.9 IMC: _____

4 Mapa Corporal para Localização da Dor

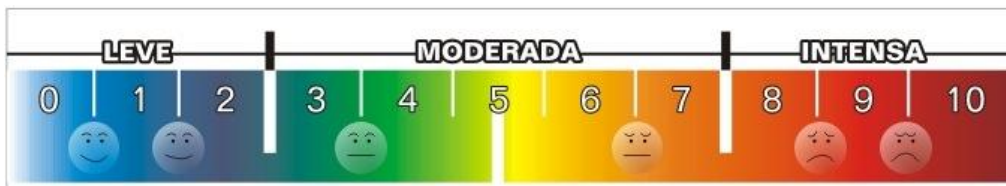
MAPA CORPORAL PARA LOCALIZAÇÃO DA DOR



5 Escala Visual de Dor



ESCALA VISUAL DE DOR



6 Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática – DN4



Questionário Para diagnóstico De Dor Neuropática – DN4

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

| | Sim | Não |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Queimação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Sensação de frio dolorosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Choque elétrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

| | Sim | Não |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4- Formigamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Alfinetada e agulhada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- Adormecimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Coceira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

| | Sim | Não |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8- Hipoestesia ao toque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Hipoestesia a picada de agulha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 4: Na área dolorosa a dor pode ser causada ou aumentada por:

| | Sim | Não |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 10- Escovação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCORE

0 – Para cada item negativo 1 – Para cada item positivo

Dor Neuropática: Escore total a partir de 4/10.

() Dor Nociceptiva () Dor Neuropática

7 Questionário de Qualidade de Vida – SF 36

Identificação do Paciente: _____

Versão Brasileira do 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, 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 | 6 |

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 | 3 | 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 animá-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 adoecer 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 |

Tempo de Duração: _____

8 Anais da Revista Dor – Participação no 10º Congresso Brasileiro de Dor

ISSN-1806-0013

REVISTA

DOR

Pesquisa, Clínica e Terapêutica
SUPLEMENTO

10º CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR

TEMAS LIVRES/PÔSTERES

Vencedores dos prêmios

Salvador - BA

26 a 29 de setembro de 2012



P009

AValiação DO CONHECIMENTO MÉDICO EM DOR CRÔNICA DE DOENTES ENCAMINHADOS PARA CLÍNICA DE DOR EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**FORNI JEN; CUNHA AM; ROCHA CE; JR. SCS; MARTINS MRI;****FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Introdução: Inicialmente, o encaminhamento de doentes para a Clínica de Dor (CD) do HB-FAMERP era liberado para qualquer doença das clínicas de origem, diferenciando excessos de doentes e resultando em lista de espera para atendimento. Visando minimizar o tempo de espera para consulta, foram priorizadas as tipos de doenças que seriam tratadas na CD, sendo a triagem realizada por um mesmo médico com experiência em dor crônica. **Objetivo:** deste trabalho foi avaliar o conhecimento médico em dor crônica de doentes encaminhados para CD de um hospital universitário. **Método:** Foram avaliados 85 doentes encaminhados à triagem da CD no período de janeiro a junho/2012 por diferentes especialidades médicas do HB como neurocirurgia 18 doentes (21,2%), ortopedia 13 (15,3%), dermatologia 4 (4,7%), cirurgia de tórax 3 (3,5%), clínica médica e cirurgia geral 4 (4,71%), ginecologia 3 (3,5%), oncologia 3 (3,5%), proctologia 3 (3,5%), cirurgia de cabeça e pescoço 2 (2,4%), cirurgia plástica 1 (1,2%), cirurgia vascular 1 (1,2%), cirurgia de fígado 1 (1,2%), oftalmologia 1 (1,2%). Também foram atendidos doentes de serviços externos como reumatologia 8 (9,4%), ortopedia 1 (1,2%), posto de saúde 5 (5,9%) e ambulatório médico de especialidades (AME) 4 (4,7%). **Resultados:** O tempo de dor desses pacientes variou de 6 a 144 meses (média 46,68 meses). As principais doenças responsáveis pelos encaminhamentos foram síndrome dolorosa pós-laminectomia, polineuropatia lombálgica, cervicalgia, fibromialgia, dor oncológica e neuroma cicatricial. Houve divergência em relação ao diagnóstico de encaminhamento e o diagnóstico da CD, variando entre 20 e 100%, ou seja, o diagnóstico inicial não foi confirmado pelos médicos da CD tanto para as especialidades médicas do HB como para os serviços de saúde pública municipal e estadual. **Conclusões:** Faltou conhecimento médico na área de dor crônica tanto ao especialista que trabalha em hospital universitário como ao clínico geral, que atua na atenção primária. Por esse motivo há excesso de doentes em clínicas multidisciplinares de tratamento de dor crônica. Vários fatores contribuem para este fato como a falta de cursos de reciclagem nessa área destinados aos médicos da atenção primária e especialistas. Embora a dor tornou-se especialidade médica, profissionais capacitados na maioria das instituições ainda são escassos. Outro fator talvez seja a inexistência da disciplina Dor na grade curricular das faculdades de medicina. **Referências:** 1. Teixeira M J. Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu, 2006. 2. Fishman SH et al (eds). Bonica's management of pain, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

P090

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO DOLOTEST PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA À ARTRITE REUMATOIDE**SÁ KN; SANTANA L; MENDES SD; VIEGAS R; BAPTISTA AF;****ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA E UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Introdução: A presença de dor crônica em grupos específicos como no caso de portadores de artrite reumatoide limita funções e compromete seriamente a qualidade de vida, gerando sofrimentos e inabilitando o portador para diferentes atividades de vida diária. Diversos questionários foram desenvolvidos para avaliar esta questão. Entretanto, estes instrumentos apresentam diversas limitações e a busca de um instrumento válido e de rápida aplicação justifica a tradução e adaptação cultural do Dolotest®. **Objetivo:** Traduzir e validar o Dolotest® para a língua portuguesa para aplicação em pacientes com dor crônica associada à AR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de acurácia que será subdividido em duas fases: tradução e validação. O estudo foi precedido de uma autorização formal dos autores do questionário. Foi observada a metodologia recomendada pelo European Research Group on Health Outcomes (ERGO). Na primeira fase foi realizada a tradução do inglês para o português e a retro-tradução para verificação da equivalência semântica, através de quatro tradutores bilíngues independentes. As quatro versões foram avaliadas por um painel de peritos. A validade do conteúdo foi realizada por indivíduos comuns que avaliaram a compreensão das questões. Para a análise da confiabilidade, validade e validade de critérios e do construto foi desenvolvido um estudo de caráter transversal e descritivo em 80 portadores de Artrite Reumatoide em um Ambulatório de Referência para Portadores de Colagenoses, no Município de Salvador, Bahia, considerando 10 indivíduos por questão analisada. O coeficiente Alpha de Cronbach foi utilizado para verificar a semelhança com o estudo original. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com o protocolo número 149/2011. Os dados foram analisados no SPSS para um nível de significância de 5%. **Resultados:** As correlações item-total apresentaram valores superiores a 0,30, tendo o item "problemas no sono" apresentando o valor mais baixo (0,389), mas ainda aceitável. A consistência interna também se mostrou adequada (0,785) e a exclusão de qualquer item prejudicaria a consistência interna da escala. As cargas fatoriais foram adequadas (média de 0,30) no fator único. O fator único representa 41,22% da variância da escala. Todos os domínios compatíveis do SF-36 com o Dolotest® apresentaram correlação significativa ($p < 0,005$). **Conclusão:** O Dolotest® demonstrou ser um instrumento eficiente para avaliar a qualidade de vida em portadores de dor crônica associada à AR. **Palavras-chave:** artrite reumatoide, dor crônica, qualidade de vida, acurácia

P091

PERFIL DOLOROSO POPULACIONAL EM UMA COMUNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR**VIEIRA ASM; MENDES SMD; ARAÚJO L; BAPTISTA AF; SÁ KN;****ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA E UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Introdução: O programa de saúde da família tem como atribuições identificar e tratar adequadamente doenças crônicas. A dor é o principal sintoma dos indivíduos que frequentam as unidades de saúde e no estado crônico é considerado um problema de saúde pública. Os profissionais da atenção básica são o primeiro contato com o sistema de saúde e por isso podem ajudar a rastrear os fatores causais. **Objetivo:** Conhecer o perfil doloroso de uma unidade de saúde da família em Salvador, Bahia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de corte transversal, realizado em 190 indivíduos portadores de dor crônica (> 6 meses) inscritos na USF Zuleira Barros do Distrito Sanitário de Boca do Rio, Salvador, Bahia. Foram utilizados o Inventário Breve de Dor o DINA, o McGill, a Escala de Pensamentos Catastróficos e o SF-36. O projeto foi aprovado pelo CEP da EBMSP (079/2011). **Resultados:** A coleta encontra-se em fase de finalização, já tendo sido realizada em 115 indivíduos dos quais 91,2% dos indivíduos pertencem ao sexo feminino, idade média de 45,4 ± 12,9 anos, IMC de 28,3 ± 6,9 kg/m², sendo a maioria (52,7%) constituída de solteiros. Os locais mais acometidos foram coluna lombar (45,0%), joelhos (44,0%) e membros inferiores (35,0%). 53,8% apresentam dor nociceptiva, de caráter sensorial (52,4%) e os domínios saúde mental, aspecto funcional e estado geral de saúde no SF-36 foram os mais afetados. Pensamentos catastróficos estiveram associados à dor neuropática e intensa. **Conclusão:** O perfil doloroso da população estudada, até o momento, demonstra que pensamentos catastróficos estão associados à dor neuropática e intensa, e que as mulheres adultas são as mais afetadas, sendo a região lombar e os membros inferiores os locais mais acometidos. **Palavras-chave:** dor crônica, qualidade de vida, saúde pública, epidemiologia.

9 Normas para Publicação – The Journal of Pain



General information

The Journal of Pain publishes original articles related to all aspects of pain and pain management and welcomes submissions from clinical and basic researchers, medical specialists, psychologists, nurses, physical therapists, social workers, and workers in related fields. *The Journal of Pain* is interdisciplinary in focus and committed to advancing knowledge about pain mechanisms and pain management. *The Journal* will publish reports of original clinical research, reports of original basic research, Focus Articles, Critical Reviews, and Letters to the Editor. Manuscripts considered to provide particularly innovative or groundbreaking findings may be designated for fast-track handling by the editorial board, and such articles may be published on an expedited basis. Fast-track determination will be made by the Editor-in-Chief in consultation with the editorial board. Authors may request consideration of fast-track designation but must provide rationale for this in their cover letter. The Journal does not publish case reports or studies that include open-label trials. The editor may also select some manuscripts for triage handling. Authors will receive prompt notification in such cases.

The Journal will not consider manuscripts that are prepared by professional research or writing companies and which are funded by pharmaceutical companies. Preparation of drafts of manuscripts by an employee of the study sponsor or by anyone else who is not listed as an author is expressly prohibited. All listed authors must make substantial contributions to: conception, design, acquisition and analysis of data; drafting and revising of the article; and approval of the article as written and responsibility for the content and completeness. No author may be added after review of the original submission.

The Journal does not publish case reports, studies that include open-label medication trials, uncontrolled studies, reports on the translation of established measures, or articles that are primarily descriptive in nature. However, studies that contribute to the development and testing of pain theories and that test specific hypotheses based on a theoretical rationale are particularly encouraged.

Manuscript preparation

Authors must submit manuscripts electronically, uploading documents to the submission website (⇒ <http://ees.elsevier.com/jpain/>). The system will convert

documents to PDF files. Authors are encouraged to submit manuscripts in Microsoft Word.

Please follow the instructions below when organizing manuscripts:

Pages must be numbered consecutively, beginning with the title page. Manuscripts without numbered pages will be returned to authors for correction. Materials should be presented in this order: cover letter; manuscript (as a single file that contains the following): title page (include all authors' names and affiliations), abstract, perspective, text, acknowledgments (optional), disclosures, references, figure legends); figures; tables.

Cover letter — A cover letter must be presented and must include contact information for the corresponding author; this contact information must also be presented on the title page and must match the corresponding author designated in the Elsevier Editorial System upon upload. (When such information differs, manuscripts will be returned to authors for correction.) Any conflicts of interest should be noted, and if no conflicts are present, this should be explicitly stated. Include a statement that all authors are listed and that all have contributed substantially to the manuscript. Authors must state whether manuscripts from the same study were submitted or published. Authors are asked to suggest the names of three potential reviewers; please include contact information.

Title page (page 1) — The title should be a concise and informative description of the study and should indicate animal species if the research was conducted on nonhuman animals subjects. Within the title, use nonproprietary names for drugs, and descriptions for devices. Brand name may be mentioned only once within the text (upon first reference), unless essential to the study. The title page should include the authors' names, department(s), institution where the work was done, and institutional affiliations of authors. The corresponding author must be clearly identified and phone/fax/e-mail information must be provided. The corresponding author noted on the manuscript's title page **must** be the same person designated as corresponding author within the Elsevier Editorial System. The title page should include a short running title (45 characters, excluding spaces) and up to six words to be used for indexing.

Disclosures — This required section must appear directly before the References. **Research funding** sources must be acknowledged, including corporate, grant, institutional, or departmental funds. If this does not apply, authors must state that no funding sources were provided. In this section, all authors must disclose any potential **conflicts of interest**, and must include a declaration statement if no conflicts exist. Conflicts include honoraria, travel to conferences, consultancies, stock ownership (excluding publicly owned mutual funds), equity interests, and patent-licensing arrangements (particularly if a commercial product is noted in the article).

Abstract (page 2) — An abstract of 200 words or less should describe concisely the purpose of the study, the main findings, and conclusions, all in one paragraph without subheadings. References may not be included in the abstract.

Trial registration — Clinical trials that involve devices or drugs provided by a manufacturer or pharmaceutical company should be registered at the time of submission to *The Journal of Pain*. The online registry information should appear at the end of the abstract.

Perspective — This item, limited to 50 words, should appear at the end of the abstract. The perspective presents a synopsis of the work to facilitate understanding of its significance. Authors of basic science reports should highlight the potential clinical relevance of their results for the benefit of clinical readers. Authors of clinical science reports should highlight the underlying mechanisms for the results, for the benefit of clinical scientists and basic scientists. Example: "Perspective: This article presents the psychometric properties of a new measure of spouse responses to patient chronic pain and well behavior. This measure could potentially help clinicians who seek to assess how spouse responses may contribute to patient pain and disability." References should not be included in the perspective.

Key words — Five key words should be provided following the perspective, for indexing purposes.

Text — The text of the article should include the following sections: *Abstract and Perspective* (as noted above), *Disclosures* (as noted above), *Introduction*, *Materials and Methods*, *Results*, *Discussion*, *References*, and *Figure Legends* (if applicable). Subheadings in the *Materials and Methods*, *Results*, *Discussion*, and *Acknowledgments* sections should be used as necessary to aid organization and presentation, but subheadings and sections should not be numbered. All sections should be written concisely. Limit the *Introduction* to 600 words and the *Discussion* to 1500 words. Note that section labels may not apply to some article types, including Focus Articles and Critical Review Articles. Footnotes are not permitted in the text. Information must be cited parenthetically, or within the *References* section.

Notes regarding the Materials and Methods section

Human subjects — Articles involving research conducted in human subjects must include statements in *Materials and Methods* indicating that 1) approval by the Institutional Review Board was granted; and 2) informed consent was obtained from each subject. Subjects should be identified only by number, not name or initials. Articles involving research conducted in non-human animals must include a statement in *Materials and Methods*, indicating approval by the Institutional Review Board and that the care and use of animals conformed to applicable national/international guidelines.

Animal subjects — Articles involving research conducted in non-human subjects must include 1) a statement indicating approval by the Institutional Review Board and that the care and use of animals conformed to applicable national/international guidelines; and 2) information about the source (vendor and location) of animals. If anesthesia was used, the anesthetic, dose, and duration of surgery must be provided, as well as information about any intra- and/or post-operative drugs (ie, drug, dose, and inter-dosing interval, if given more than once).

CONSORT Statements — For clinical trials, authors must prepare a CONSORT statement. This should be presented as a flow chart diagram, preferably labeled as Figure 1, and should be cited within the text. This statement gives readers important information about procedures used during trials. See <http://www.consort-statement.org/> for details.

Proprietary information — Use nonproprietary names for drugs, and descriptions for devices. Brand name may be mentioned only once within the text (upon first reference), unless essential to the study. For presentation of brand or trade names, include manufacturer's name, city, state and country within parentheses. Upon subsequent reference, use generic drug names or device descriptions only.

Acknowledgments — This is optional. This section should be presented at the end of the text and may be used by authors to thank contributors.

References — The reference list should appear at the end of the manuscript. The list must be in alphabetical order, according to the surname of the first author. In cases of multiple citations by the same first author, references should be listed by chronological date of the publication. In cases of multiple citations by the same first author and different second, third, etc. authors, references should be cited in alphabetical order according to the surname of the second, third, etc. authors. Within the text, papers should be cited using superscript numbers that correspond to the alphabetized reference list as follows: "Similar changes were demonstrated in the cingulate cortex.¹⁵" All authors must be listed in the references; the use of et al is not permitted. Journal abbreviations should conform to the style used in *Index Medicus*, National Library of Medicine. Unpublished data, personal communications, and abstracts that cannot be retrieved by readers (eg, some meeting abstracts), and other inaccessible materials should not be listed as references. Unpublished materials may be cited parenthetically within the text, noting the authors and the year in which the research was conducted. For manuscripts containing citations that are in press, authors must have electronic copies immediately available in case reviewers/editors request these materials. If all or part of this research was presented in Abstract form at an American Pain Society annual meeting, please note this at the end of the Introduction and include the citation in the list of References, citing abstracts published in The Journal of Pain's annual meeting supplemental issue.

For information on formatting a specific Abstract reference, contact the Editorial Office at jpain@jpain.us.

Citation examples:

Journal articles

Jensen MP, Hakimian S, Sherlin LH, Fregni F: New insights into neuromodulatory approaches for the treatment of pain. *J Pain* 9:193-199, 2008

Books/Published conference proceedings

Wall and Melzack's Textbook of Pain, 5th edition, Koltzenburg M, McMahon S (Eds.), Elsevier, Philadelphia, 2006.

Chapter/article in book

Gebhart GF, Bielefeldt K: Visceral Pain. In: *The Senses: A Comprehensive Reference*, Vol. 5, Pain (Bushnell, M.C. and Basbaum, A.I., Eds.), Academic Press, San Diego, 2008, pp. 543-570.

Software

SAS Institute. SAS/STAT software: Changes and enhancements through release 6.12. Cary, NC: SAS Institute, 1996

Supplement

Dworkin RH, Gnann JW, Oaklander AL, Raja SN, Schmader KE, Whitley RJ: Diagnosis and Assessment of Pain Associated with Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *J Pain* 9(Suppl 1):37-55, 2008

Epub Ahead of Print

Nielsen CS, Staud R, Price DD: Individual Differences in Pain Sensitivity: Measurement, Causation, and Consequences. *J Pain* 2009 Feb 8; [Epub ahead of print]

URL

The American Academy of Pain Medicine: The use of opioids for the treatment of chronic Pain: A Consensus Statement. Available at: <http://www.painmed.org>
Accessed March 9, 2006

For other examples not listed here, please contact *The Journal of Pain* editorial office at jpain@jpain.us or at (319)430-4118.

Figure legends — A legend must be provided for each figure. Legends should be placed on the same page and should appear in numerical order. Legends should be brief and not repetitive of description in the text.

Figures — All figures must be cited in the text; figures must be cited in consecutive order (this also applies to individual panels within figures). Computer-generated figures should use solid fills or cross-hatching, not tonal shading. Figure legends should be presented separately and placed in the manuscript after the list of references. Figure legends should be brief and not repetitive of description in the text. Color figures may be accepted but any cost related to print production is the responsibility of the author. However, authors who are members of the American Pain Society may qualify for complimentary production of essential color figures. Also, color figures may be published in the electronic version of *The Journal* at no cost to the authors, regardless of Instructions for Authors, Continued membership in the American Pain Society. Within figures, patients eyes must be masked unless authors receive patient permission. For a consent form, contact the Editorial Office at jpain@jpain.us.

TIFF and EPS are the preferred formats for artwork. All type fonts used in studio-created artwork must be either "embedded" in the file or supplied separately. All graphic files supplied as bitmap format (not vector format) in TIFF, JPEG, or GIF must be submitted in sufficiently high resolution (240-300 dpi for grayscale or color images and 600-1000 dpi for line art) to allow for printing. See Elsevier's website for guidelines for preparing electronic artwork: <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

Tables — All tables must be cited in the text; tables must be cited in consecutive order. Tables should be comprehensive without reference to the text and should not be repetitive of descriptions in the text. Every table should consist of two or more columns; tables with only one column will be treated as lists and incorporated into the text. Explanatory matter and source notations for borrowed or adapted tables should be placed in a table footnote, not in the title or table body.

Language-editing services — Authors who believe it may benefit their manuscripts are encouraged to consider the use of English language editing services prior to submission. Such services can help improve the language to ensure clarity for the review process, and help identify problems that can be corrected. Costs for editing services are borne by the authors; using this service does not guarantee a positive outcome in the review process. Authors may consider services such as those provided by Elsevier

(<http://www.elsevier.com/wps/find/authorsview.authors/authorservices>)

Other language editing companies are also available.

Supplemental information — Supplemental digital materials may be submitted to appear online-only. Such content should be cited consecutively within the text, and can include documents, tables, figures, and audio or video materials.

Permissions — To use information borrowed or adapted from another source, authors must obtain permission from the copyright holder (usually the publisher). This is necessary even if you are the author of the borrowed material. It is essential to begin the process of obtaining permissions early; a delay may require removing the copyrighted material from the article. Give the source of a borrowed table in a footnote to the table; give the source of a borrowed figure in the legend of the figure. The source must also appear in the list of references. Use exact wording required by the copyright holder. Send copies of the letter granting permission, identified by table or figure number, to the Editorial Office at jpain@jpain.us (a scanned and uploaded copy is fine; please include the manuscript number in the subject line).

To secure permission for materials published in *The Journal of Pain*, please visit www.elsevier.com/permissions. For more information about permission issues, contact permissionshelpdesk@elsevier.com. **Embargo policy** — Accepted manuscripts are embargoed until *The Journal's* monthly mail date. Unauthorized release of materials before that date is expressly prohibited. For mail date information, contact the Editorial Office at HYP jpain@jpain.us.

Cover images — *The Journal of Pain* will publish appropriate images on the journal's cover. Selected figures may accompany a submitted manuscript (authors should make a note in the covering letter), or images may be submitted individually. Authors are encouraged to submit art for consideration; materials may be uploaded to <http://ees.elsevier.com/jpain>.

Submission of materials, etc. — Manuscripts must be submitted electronically (see directions at <http://ees.elsevier.com/jpain/>).

A Mandatory [Submission Form](#) must accompany all submissions. Authors are strongly encouraged to include the signed mandatory form as the final file when uploading new submissions. The form must be signed by all authors. Forms can also be emailed to the Editorial Office at jpain@jpain.us, or faxed to (312) 275-7776.

Accepted manuscripts — Page proofs will be sent via e-mail as a .pdf file. Authors are asked to return proofs within 48 hours by e-mail or fax. There are no author page charges for *The Journal of Pain*.

Note to NIH Grant Recipients: Articles accepted for publication from authors who have indicated that the underlying research reported in their articles was supported by an **NIH** grant will be sent by Elsevier to PubMed Central (PMC) for public access posting 12 months after final publication. The version of the article provided by Elsevier will be the final peer-reviewed manuscript that was accepted for publication and sent to Elsevier's production department, and which reflects author-agreed changes made in response to peer-review comments.

Elsevier will authorize the author manuscript's public access posting 12 months after final publication. Following the deposit by Elsevier, authors will receive further communication from the NIH with respect to the submission.

Reprints — For information about reprints, visit

<http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/offprints/>.

Meeting announcements and press releases are not published in *The Journal*.

The Journal of Pain

jpain@jpain.us

Mark P. Jensen, PhD, Editor *The Journal of Pain*

University of Washington Rehabilitation Medicine 1959 NE Pacific Street
Box 356490 Seattle, WA 98195-6490

Special Features

Focus Articles/Critical Reviews — A Focus Article may present a hypothesis or state a position on a basic scientific or clinical topic related to pain. The position may be provocative, but must be based on scientific evidence, and referenced accordingly. A Review Article offers a summary of a topic and includes pertinent literature to present a position. These are not intended for the presentation of unpublished data. Focus Articles will undergo the same rigorous review as

unsolicited manuscripts of original research. Agreement of the editor to receive and consider an article does not imply acceptance.

Commentaries on Focus Articles/Critical Reviews — The editor may solicit commentaries on Focus Articles or Critical Reviews. Commentaries should be limited to less than 2000 words and are subject to editorial review.

Letters to the Editor — Letters to the Editor commenting on published items are encouraged. Letters should be double-spaced and limited to 500 words or less, though lengthier pieces may be approved by the Editor. The published item must be cited in the References section; authors should refer to *The Journal's* instructions for proper citation formatting. The letter will be shared with the author(s) of the original article, who will have the chance to respond. *The Journal* will also consider general letters relevant to the study or treatment of pain; these letters need not refer to a published article. The guidelines noted above also apply to standalone letters. All letters are subject to editorial review.

Meeting announcements and press releases are not published in *The Journal of Pain*.

Open Access Open Access This Journal offers you the option of making your article freely available to all via the ScienceDirect platform. To prevent any conflict of interest, you can make this choice only after receiving notification that your article has been accepted for publication. The fee of \$3,000 excludes taxes and other potential author fees such as color charges. In some cases, institutions and funding bodies have entered into agreement with Elsevier to meet these fees on behalf of their authors. Details of these agreements are available at <http://www.elsevier.com/fundingbodies>. Authors of accepted articles who wish to take advantage of this option should complete and submit the order form (available at <http://www.elsevier.com/locate/openaccessform.pdf>). Whatever access option you choose, you retain many rights as an author, including the right to post a revised personal version of your article on your own website. More information can be found here: <http://www.elsevier.com/authorsrights>. [Comp: set Open Access as an H1, such as "Special Features"]

Updated January 2013

Copyright © 2013 [Elsevier](#) Inc. All rights reserved. | [Privacy Policy](#) | [Terms & Conditions](#) | [Feedback](#) | [About Us](#) | [Help](#) | [Contact Us](#)
The content on this site is intended for health professionals.

Advertisements on this site do not constitute a guarantee or endorsement by the journal, Association, or publisher of the quality or value of such product or of the claims made for it by its manufacturer.

10 Artigo Submetido – The Journal of Pain

De: ees.jpain.0.236f46.10b8f0c4@eesmail.elsevier.com
[ees.jpain.0.236f46.10b8f0c4@eesmail.elsevier.com] em nome de The Journal of Pain
[jpain@jpain.us]

Enviado: sábado, 24 de agosto de 2013 4:50

Para: ANA SHIRLEY MARANHÃO VIEIRA; asmaranhao@ig.com.br

Assunto: A manuscript number has been assigned - JPAIN-D-13-00477

Ms. Ref. No.: JPAIN-D-13-00477

Title: IMPACT OF NEUROPATHIC PAIN AT THE LEVEL POPULATIONAL
The Journal of Pain

Dear Ms. Ana Shirley Maranhão Vieira,

Your submission entitled "IMPACT OF NEUROPATHIC PAIN AT THE LEVEL POPULATIONAL" has been
been assigned the following manuscript number: JPAIN-D-13-00477.

If you have not already done so, please send the Mandatory Submission Form to the Journal office
via FAX, at (312) 275-7776; or you may email the document to jpain@jpain.us The form may be
accessed electronically at: http://cdn.elsevier.com/promis_misc/jpaincopyright.pdf

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an
author. The URL is <http://ees.elsevier.com/jpain/>.

Your username is: asmvieira@bahiana.edu.br

If you need to retrieve password details,
please go to: http://ees.elsevier.com/jpain/automail_query.asp

Thank you for submitting your manuscript to The Journal of Pain.

Kind regards,
Julie Eisele
Managing Editor
The Journal of Pain

IMPACT OF NEUROPATHIC PAIN AT THE LEVEL POPULATIONAL¹
NEUROPATHIC PAIN POPULATIONAL LEVEL

Ana Shirley Maranhão Vieira¹, Abrahão Fontes Baptista², Lívia Mendes¹, Kamilla Soares Silva¹, Sharize Cristine de Araujo Gois¹, Flávia Manoela de Almeida Lima¹, Israel Souza³, Katia Nunes Sá¹

¹ Study to obtain the Master's Degree in Medicine and Human Health of the Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brazil

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brazil

² Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brazil

³ Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Corresponding author:

Ana Shirley Maranhão Vieira +55 71 92068617/ 30189438/
asmvieira@bahiana.edu.br

Abstract

One of the chief complaints of individuals who frequent the Family Health Units is chronic pain which, in Salvador, affects over 40% of the population. However, little is known about the type of pain and its impact on quality of life at population level. To evaluate the impact of neuropathic pain on quality of life in a community. Descriptive cross-sectional study, conducted from March to October 2012, in a Family Health Unit, Salvador, Bahia, Brazil. The DN-4 (type of pain), body map (location), VAS (intensity) and SF-36 (quality of life) instruments were applied. The Chi-square (univariate analysis) and logistic regression (multivariate) tests were used, with IC 95% and $p \leq 0.05$. In a sample of 191 individuals with chronic pain, predominantly women (86.4%), single (48.7%), nonwhite (93.2%), low educational (46.6%) and low economic (100%) level. The most affected locations of the body were knees, lumbar region and head. In 60.2% of interviewees, neuropathic pain, of high intensity (VAS=7.09±3.0) predominated, with duration from 8.53±8.8 years and mean quality of life was reduced in 47.13%. Intense pain in the dorsal region and type of neuropathy are independent predictors for greater compromise of quality of life.

“Perspective: First study on Latin American that evaluated the impact of neuropathic pain on quality of life in a population of low socioeconomic status.”

Keywords: pain; chronic pain; population; quality of life; neurophatic pain.

Introduction

Pain affects different aspects of human beings and its interpretation varies from one cultural and socioeconomic condition to another. It is a multifactorial phenomenon that involves tissue lesions, emotional, sociocultural and environmental aspects.^{4,15} According to IASP (International Association for the Study of Pain), pain is translated by unpleasant sensory and emotional associated with or related to real or potential lesions of tissues, or described in these terms.⁵ When the pain lasts for longer than six months, it is classified as chronic, and determines high costs to the health system. It affects social and economic sectors, since the quality of life may be compromised, by making the individual incapable of performing physical or mental activities that were previously fully performed.⁴

Chronic pain has been shown to be more associated with the symptoms of neuropathic pain and this association leads to individuals presenting more restrictions in mobility and in performing daily activities, interfering more intensely in the quality of life.²² Neuropathic pain is defined as the result of lesion or dysfunction of the nerve, and is considered a complex syndrome with biologic mechanics not yet completely elucidated, involving inflammatory and immune theories.¹⁰

In spite of being a public health problem in Brazil, little is known about chronic pain, especially at population level, and the type of neuropathy. There is broader knowledge about its consequences, such as: suffering, financial and social losses, absence of response to traditionally proposed treatments.⁸ It is essential to define the type of pain, intensity, site affected and its impact on the quality of life, in order to establish options for intervention in those with chronic pain.

The Family Health Units (FHUs), provide follow-up of persons with chronic diseases, whose adequate treatment may allow them to acquire conditions to return to work and be productive.⁶ One of the most common complaints found in the communities is pain, which in Salvador, affects 41.4% of the population.¹⁶ The Basic Health Care professionals are responsible for a person's first contact with the health system, and know the determinant factors of the health-disease process. They may, however,

contribute to tracing the causal factors of chronic pain and interfere in prevention and control of the problem, by tracing strategies to overcome it.¹²

The term quality of life related to health has been implicated by the aspects most directly associated with the diseases or the interventions in health, by including the perception of persons who suffer with the problem in three main dimensions: mental health, physical and social functions.^{13, 19, 23} Different instruments are used for evaluating quality of life and health status, and produce data for strategies for facing health problems.^{14, 19} Therefore, the aim of this study was to evaluate the impact of neuropathic pain on the quality of life in a community.

Methods

A descriptive, cross-sectional population based study, was conducted in the FHU Zulmira Barros, Salvador, Bahia, Brazil. The multiprofessional team that acts in the Unit serves the communities with low socioeconomic conditions, Recanto Feliz and Paraíso Azul, located in the suburb of Costa Azul. It comprises a population of 2,357 inhabitants, according to the Basic Care Information System/2011.

Individuals registered with the FHU, 20 years of age or older, who had been in pain for a period equal to or longer than six months were selected. The criteria for exclusion from data collection were pregnant women, and individuals who were cognitively incapable of responding to the questionnaires.

After applying the inclusion and exclusion criteria, the population was reduced to 1,550 persons. When applying a prevalence of 41.4% of chronic pain in Salvador¹⁶, the number of affected persons in the mentioned community was estimated at 620 individuals. Calculating the sample according to WINPEPI, with an interval of confidence of 95% and acceptable difference of 7%, the proposal was to conduct the study with 190 individuals.

The participants were approached in the FHU, or by indication and in the company of the community health agents (CHAs), members of the multiprofessional teams, visited in their homes, and were invited to participate in an interview with the

application of questionnaires to characterize pain. All the participants signed the Term of Free and Informed Consent, declaring that they were aware of the stages of the research, and were submitting to it in a voluntary and free manner.

The instruments used were as follows: questionnaires sociodemographic and clinical aspects, and versions validated for Brazilian Portuguese of DN-4² and of SF-36.¹⁴ The body map was also used to identify the sites affected, and the visual pain scale to measure the intensity. For classification of the socioeconomic condition, the Economic Classification Criterion of Brazil, of the Brazilian Association of Population Studies of 2008 was used, which is an instrument of economic segmentation that uses the survey of home characteristics to differentiate the population and classify it into A1, A2 and B1 (high), B2 and C1 (medium) and C2, D and E (low). For smoking the distribution of nonsmokers, ex-smokers and current smokers was used. As regards alcoholism, daily consumption or the presence of states of inebriation was classified as excessive consumption; sporadic consumption of one weekly episode without inebriation, as moderate consumption; and the remainder were classified as non-consumers.

To measure the intensity, duration and sites of pain, a scale from 0 to 10 was applied, in which 0 was defined as absence of pain; 0.1 to 4 as slight pain; 4.1 to 7, moderate, and 7.1 to 10, intense pain and body map to evaluate the main pain. The questionnaire for diagnosis of neuropathic pain (DN-4) was applied to identify patients with pain with neuropathic characteristics in population studies. As there was no consulting room reserved for application of the instruments, guaranteeing adequate privacy of the person, no physical exam was performed, and only the first seven questions of this instrument were considered. The score of DN-4 consisted of the sum of the responses (minimum score 0 and maximum of 7). Sums equal to or higher than 3 were considered indications of neuropathic pain, as recommended in the initial version validated for the French language.² The Short Form-36 (SF-36) was used to measure the quality of life (QoL) in the dimensions relative to physical and mental health by means of the following domains: functional capacity, physical aspects, pain, general state of health, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health. Their results were measured in scores from 0 (worst health condition) to 100% (best health condition).

The period for conducting the field research occurred during the months from March to October, 2012. For application of the instrument, the group of academic personnel was trained and supervised by the researchers. In order to guarantee the quality of data, the same instruments were re-applied in 10% of the studied population, to evaluate the inter-examiner agreement, and after one month the instrument was reapplied in the same proportion of the studied population to guarantee intra-examiner agreement.

Statistical analyses

The independent variables of the research were: sex, age, marital status, skin color, alcoholism, smoking, time of pain, intensity, site and type of pain. The dependent variable was the impact on quality of life of those affected by pain. The data obtained were tabled and analyzed in the Program SPSS for Windows version 17.0. For the inferences, the Chi-square test was used in the univariate analysis for nominal variables. To verify the independent impact of the studied variables on the type of pain and QoL, the logistic regression technique was used, which allows the Odds ratio (or OR) to be estimated from the medians, indicating which characteristic is implicated in greater or lower chance of leading to a "uncompromised" or "compromised" QoL. Initially, univariate logistic regression models were adjusted for all the explanatory variables, considering a level of significance of 10% ($p \leq 0.10$) for entry into the model.

The variables selected at this stage were introduced into a single model, and afterwards the automatic stepwise backward selection procedure was performed, so that only those significant at 5%, or those that contributed to better adjustment of the model (better classification of the individuals) remained in the model. Adjustment of the models was evaluated by the *Hosmer-Lemeshow* test.

In the specific case of the dimensions quality of life measured by SF-36, these were dichotomized based on the median for use in the logistic regression. Individuals with a score equal to or below the median were classified as having a "compromised

quality of life”, and those with a score higher than the median, as having an “uncompromised quality of life”.

This study was approved by the Ethics Committee of the Bahian School of Medicine and Public Health, Protocol No.079/2011, and authorized by the Municipal Secretary of Health of Salvador by means of Notification No 233/2011. All the participants signed the Term of Free and Informed Consent (TFIC), declaring that they were aware of the stages of the research, and submitted to it voluntarily and freely.

Results

The sample of this study was composed of 191 individuals. The mean age of the participants was 46.2 ± 13.8 years and the mean BMO was 26.9 ± 6.1 Kg/m².

With reference to sociodemographic characterization, the study population was composed of 165 (86.4%) individuals of the female sex, the majority being single (48.7%), self-reported as being of nonwhite color (93.2%), with low educational (46.6%) and low economic (100.0%) level. The majority of the sample consisted of nonsmokers (60.5%) and by those who did not consume alcohol (59.7%). As regards occupation, in equal proportions (30.9%) the subjects declared themselves as being formal or informal employees (Table 1).

As regards the clinical characterization of pain, the individuals reported feeling pain for at least 5 years (46.8%), and at the time of data collection, 25.7% reported intense pain. The sites in the body most affected by the presence of pain were the knees, lumbar region and head (Figure 1). By means of DN-4, 60.2% of the subjects were classified as having neuropathic pain.

The intensity of pain in these individuals showed a mean of 7.09 ± 3.0 , with mean duration of 8.53 ± 8.8 years. The general state of health was considered excellent by 6.3%; very good by 4.2%, and good by 64.4% of the sample, while 16.2% and 8.9% considered it bad or very bad, respectively.

The quality of life was reduced in 47.13% in the total score, and it was verified that the most compromised domains were the following: Physical aspect (50.00%), pain (45.00%) and emotional aspect (33.33%) (Table 2).

As there was higher prevalence of neuropathic pain (60.2%), the option was taken to consider it as outcome for the regression model. Table 3 presents the results of univariate logistic regression, showing the crude *Odds Ratio* values; that is to say, the impact of one single isolated variable in “neuropathic pain”, in addition to the respective intervals of confidence of 95%.

When analyzing each variable alone, it was noted that at a level of significance lower than or equal to 10%, only the presence of pain in the shoulders, pain in the dorsal region, pain in the arms, pain in the hands, pain in the thighs, pain in the knees, pain in the legs, and pain in feet were significant, always indicating that having pain in these locations increased the individual’s chance of being diagnosed with “neuropathic pain”. Sociodemographic variables and habits of life presented no significant differences between the groups of “compromised” and “uncompromised” QoL.

All the variables that were significant ($p < 0.10$) entered into the final modeling. In the automatic *stepwise backward* selection method, all the variables entered into the model at the same time, and in stages, only those whose contribution was significant they remained in the model; that is to say, if they obtained a $p < 0.05$, or they contributed to a better adjustment of the model (better classification of the individuals). The final model adjusted in this method may be observed in Table 4.

In the final model, the presence of pain in the dorsal region, pain in the hands, pain in the thighs and pain in the feet, were maintained as independent predictive variables for neuropathic pain. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria, and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=0.196$; $p=0.995$), and was able to correctly classify 68.6% of the individuals.

All these procedures were adopted in each of the domains of SF-36, however, the option was taken to present only the main findings by means of texts, due to the limit on tables and pages of the article.

In the analysis of impacts on the isolated emotional aspects of QoL in patients with chronic pain, it was noted that smokers ($p=0.034$) presented a less compromised QoL than nonsmokers. Moreover, at a level of significance lower than or equal to 10%, it was observed that having pain of the neuropathic type ($p=0.005$), in the regions of the neck ($p=0.022$), thighs ($p=0.008$), legs ($p=0.090$) and feet ($p=0.097$) progressively diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised QoL with reference to emotional aspects.

The final model maintained the variables neuropathic pain ($p=0.028$) and presence of pain in the neck ($p=0.044$) and thighs ($p=0.034$) as independent predictive variables for compromised quality of life, with reference to emotional aspects. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=1.625$; $p=0.654$), and was able to correctly classify 61.8% of the individuals.

When analyzing each variable in isolation, it was noted that at a level of significance lower than or equal to 10%, only the variables smoker ($p=0.028$), nonsmoker ($p=0.046$), pain in the dorsal region ($p=0.003$), pain in the thighs ($p=0.041$) and presence of neuropathic pain ($p=0.003$) were significant, indicating that having pain diminished the individual's chances of being classified as having an uncompromised quality of life, with regard to the physical aspects of the instrument.

In this method, the final adjusted model maintained the variables smoking ($p=0.041$), pain in the dorsal region ($p=0.018$) and neuropathic pain ($p=0.017$) as independent predictors; that is to say, they diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life, with reference to physical aspects. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=2.292$; $p=0.807$), and was able to correctly classify 65.4% of the individuals.

As regards the impact on social aspects, the following significant variables ($p \leq 0.10$) were included in the final model: Time of pain between 5 and 10 years ($p=0.051$), pain in the neck ($p=0.025$), pain in the shoulders ($p=0.097$); pain in the chest ($p=0.094$), pain in the hands ($p=0.013$), pain in the feet ($p=0.020$) and neuropathic pain ($p=0.002$).

The final model maintained the variables pain in the hands, pain in the neck and neuropathic pain. The presence of these pains diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life as regards social aspects. However, only the variable neuropathic pain was shown to be significant at the level of 5%, the others presented $p > 0.05$, but contributed to adjustment of the model. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p < 0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=0.185$; $p=0.980$), and was able to correctly classify 64.4% of the individuals.

For the functional capacity domain, when each variable was analyzed in isolation, it was identified that the following variables should enter into the final model: age between 31 and 60 years ($p=0.052$), individuals with intense pain ($p=0.064$), pain in the shoulders ($p=0.064$), pain in the dorsal region ($p=0.028$), pain in the arms ($p=0.032$), pain in the hands ($p=0.070$), pain in the abdominal region ($p=0.067$) and neuropathic pain ($p < 0.001$). Of these, the variables intense pain, pain in the shoulders, arms, hands and abdomen came out of the final model, while the other variables remained. Therefore, individuals between 31 and 60 years of age ($p=0.039$) have less chance of being classified as having an uncompromised quality of life, as regards functional capacity, and this was affected by the presence of neuropathic pain ($p < 0.001$) and pain in the dorsal region ($p=0.030$). The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p < 0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=10.456$; $p=0.234$), and was able to correctly classify 67.5% of the individuals.

As regards the impact on the SF-36 domain of pain, it was noted that only individuals with the marital status others ($p=0.098$), with time of pain between 5 and 10 years ($p=0.041$), pain in the shoulders ($p=0.007$), pain in the dorsal region ($p=0.002$), pain

in the feet ($p=0.048$) and with neuropathic pain ($p=0.025$), presented the lowest QoL scores. After the adjusted analysis, the following variables of the raw analysis remained in the final model: Time of pain between 5 and 10 years ($p=0.05$) and pain in the dorsal region ($p=0.015$), being variables that reduced the QoL with reference to the aspect of pain. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=1.376$; $p=0.967$), and was able to correctly classify 64.4% of the individuals.

In the domain of general state of health, the following variables were found to be possible predictors in the raw analysis: Male sex ($p=0.033$), intense pain ($p<0.001$), pain in the arms ($p=0.093$) and neuropathic pain ($p=0.002$).

The final model maintained the variables intense pain ($p<0.001$) and type of neuropathy ($p=0.003$) as independent predictors; that is to say, variables that diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life was regards the general state of health. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=4.901$; $p=0.672$), and was able to correctly classify 68.1% of the individuals.

In the domain of mental health the variables time of pain between 5 and 10 years ($p=0.099$), intense pain ($p=0.016$), pain in the head ($p=0.001$), pain in the neck ($p=0.022$), pain in the shoulders ($p=0.079$), pain in the arms ($p=0.089$), pain in the abdomen ($p=0.033$) and neuropathic pain ($p=0.001$) were included.

The final model maintained the variables intense pain ($p=0.008$), pain in the head/headache ($p=0.002$), pain in the neck ($p=0.014$) and the type of neuropathy ($p=0.003$) as independent predictors; that is to say, variables that diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life, with regard to the SF-36 domain of mental health. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.001$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=1.310$; $p=0.995$), and was able to correctly classify 68.6% of the individuals.

With regard to vitality, the time of pain exceeding 10 years ($p=0.027$), pain in the dorsal region ($p=0.039$) and neuropathic pain ($p=0.003$) were included in the final regression model.

The final model maintained the variables time of pain exceeding 10 years ($p=0.018$), and pain of the neuropathic type ($p=0.002$), as independent predictors; that is to say, variables that diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life, with regard to the SF-36 domain of vitality. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria ($p<0.002$), and in agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2=0.775$; $p=0.942$), and was able to correctly classify 61.8% of the individuals.

Table 5 presents the results of univariate logistic regression, showing the crude *Odds Ratio* values; that is to say, the impact of one single isolated variable in "SF-36", in addition to the respective intervals of confidence of 95%.

When analyzing each variable in isolation, it was noted that at a level of significance lower than or equal to 10%, having intense pain, in the shoulder, dorsal region, in the arms, of the neuropathic type ($p<0.001$), diminished the individual's chance of being classified as having an uncompromised quality of life— SF-36.

All the variables that were significant ($p<0.10$) entered into the final modeling. In the automatic *stepwise backward* selection method, all the variables entered into the model at the same time, and in stages, only those whose contribution was significant remained in the model; that is to say, if they obtained a $p<0.05$, or they contributed to a better adjustment of the model (better classification of the individuals). The final model adjusted in this method may be observed in Table 6.

The final model maintained the variables pain in the dorsal region, intense pain, and type of neuropathy, as predictive variables for compromised quality of life. None of the parameters of the variable time of time were significant. The model presented adjustment criteria that indicated its adjustment both by the traditional criteria and in

agreement with the *Hosmer-Lemeshow* statistics ($\chi^2 = 9.186$; $p = 0.327$), and was able to correctly classify 64.9% of the individuals.

Discussion

From this study it was possible to find out the repercussion of neuropathic pain on the quality of life in a population sample registered with a Family Health Unit. Neuropathic pain caused the greatest repercussions in all the domains evaluated, which reinforces the importance of identifying neuropathic pain at population level. and of the multidimensional evaluation of pain.

In the studied community, women who were single, nonwhite, non-consumers of alcohol, and nonsmokers made up the sociodemographic profile of the persons who suffer from chronic pain. Similar results have also been found in the literature.^{9, 18, 2, 21}

In the raw descriptive analysis, it was observed that the sites most affected were the lumbar spine, knees and head, however, none of these sites was an independent predictor of neuropathic pain. The lumbar region has been the one most affected in various epidemiological studies that evaluated the presence of chronic pain, without identifying the type of pain.^{11, 17} However, when one observes that neuropathic pain was prevalent in the larger portion of the sample, and that this factor was responsible for the high impact on the quality of life, it confirms the relevance of evaluating the locations of pain according to their type. Therefore, it was possible to identify that the lumber region, lower and upper limbs were the regions that caused the greatest repercussions on the loss of quality of life when associated with neuropathic pain in the multivariate analyses. It has been verified that neuropathic pain generally affects more than one site, and in the majority of cases, involves the region of the back and lower limbs.^{1, 9} It is believed that the upper limbs being affected in the present study may be related to greater functional loss as a consequence of performing rougher manual motor tasks than are commonly performed by populations with a low socioeconomic level.

The participants presented moderate to intense pain, which is in agreement with that which has been observed in population studies when the prevalent type of pain is neuropathic.^{2,7} This datum points out the need for analgesic support in the FHUs, in addition to preventive actions. The intense pain was also strongly associated with neuropathic pain, and with the worst QoL indices in the multivariate analysis. In spite of the intense pain, the majority of the individuals declared that their general state of health was good. Phenomena such as religion, resilience and greater capacity to face up to pain in populations with a low socioeconomic level may have influenced this perception of the general state of health.¹ Future studies must evaluate these aspects.

Although the QoL was affected in all those suffering from chronic pain, with reduction in approximately half of the SF-36 scores, individuals with neuropathic pain had their QoL reduced in all the domains, when compared with those who had nociceptive pain. This finding was also confirmed, particularly in the physical and mental aspects.²³ The most compromised domains in the evaluation of QoL were the physical aspect, pain and the emotional aspect. These data confirm the findings of a study conducted by other researchers with individuals who presented the same domains, in the same order of compromise.^{3,20} When individuals are affected by chronic disease, it is not only the pathological factor that influences the situation, because there are changes in their lives related to physical discomfort, losses of a personal, financial and social order.³ It has been shown that the repercussion of chronic pain on the quality of life is more related to neuropathic pain than to intensity or duration.¹

As regards the emotional aspects, the low scores in neuropathic pain have been confirmed by population studies.¹ In other studies, it has been observed that for the physical aspects, greater relationship has been found with smoking and pain in the region of the back.⁹ Whereas for the domain of social aspects, our data point to the neck and upper limbs being more affected, but no similar data were found in the different studies. One supposes that the loss of functionality of the upper limbs related to the presence of neuropathic pain would impede those who are affected from continued participation in intense work and social activity.

When we sought variables that predicted compromised QoL in the individual with chronic pain, we found that having intense pain of the neuropathic type in the dorsal region reduced the individual's chance of having a high quality of life. All the quality of life domains are harmed to a greater extent in individuals who report chronic pain with neuropathic characteristics.¹ Individuals that had chronic pain with neuropathic characteristics presented low scores in all the domains when compared with the scores presented by patients with other serious somatic diseases, as in the case of cardiopathies.^{2, 20}

Cross-sectional studies have limitations inherent to the model, and this is why the results must take into consideration the difficulty of establishing causal relationships. Future longitudinal and population based studies must be conducted to follow-up the conditions of health and consequences of chronic pain in this context of family health, in order to generate data for local, regional and national health policies.

With this epidemiological study, it was possible to dimension the impact of pain of the neuropathic type in a community with a low socioeconomic condition with an important reduction in the quality of life of those in pain. These findings point out the need for pain prevention and control programs, with a view to improving the quality of life of these individuals. In this low income population, it was observed that chronic pain mainly affected the regions of the knee and lumbar spine, presented high intensity, long duration and impact on different aspects of the quality of life, irrespective of the sites affected. Women are affected to a greater extent, and neuropathic pain causes greater impact on the quality of life than nociceptive pain does. It was therefore concluded that intense pain in the dorsal region and of the neuropathic type are independent predictors for greater compromise of quality of life.

Acknowledgments

The professionals of the Family Health Unit by host and support. People in the community who granted kindly interviews.

Disclosures

This study had no funding source and therefore there is no possibility to create a conflict of interest. Expenditures for research were made by researchers.

References

1. [Attal N](#), [Lanteri-Minet M](#), [Laurent B](#), [Fermanian J](#), [Bouhassira D](#). The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain* 152(12): 2836-43, 2011
2. [Bouhassira D](#), [Lantéri-Minet M](#), [Attal N](#), [Laurent B](#), [Touboul C](#). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 136(3): 380-387, 2008
3. Brasil V, Zatta L, Cordeiro J. Qualidade de vida de portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 10(2): 383-394, 2008
4. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 67(4): 982-5, 2009
5. Crombie I. The potencial of Epidemiology. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, editors. *Epidemiology of pain: a report of the task force on Epidemiology*. IASP Press 1-5, 1999
6. Escorel S, Giovanella M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 21(2): 164-176, 2007
7. Ferreira K, Siqueira R, Texeira J. Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em Centro Multidisciplinar de Dor. *Caderno de Saúde Coletiva* 16(3): 449-470, 2008
8. Garcia D, Pimenta C, Cruz D. Validação do inventário de atitudes frente à dor crônica – Profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 41(4): 636-44, 2007
9. [Harifi G](#), [Amine M](#), [Ait Ouazar M](#), [Boujemaoui A](#), [Ouilki I](#), [Rekkab I](#), [Belkhou A](#), [El Bouchti I](#), [Niamane R](#), [El Hassani S](#). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the Moroccan general population: a national survey. *Pain Medicine* 14(2): 287-292, 2013

10. Kraychete D, Gozzani J, Kraychete A. Dor neuropática – aspectos neuroquímicos. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 58(5): 492-505, 2008
11. Montini F, Neman F. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. *Science in Health* 3(2): 75-86, 2012
12. Paiva D, Bersusa A, Escuder M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 22(2): 377-385, 2006
13. Pedrosa D, Pelegrin A, Siqueira H, Silva T, Colhado O, Sousa F. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(1): 67-72, 2011
14. Pimenta F, Simil F, Tôrres H, Amaral C, Rezende C, Coelho T, Rezende N. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira* 54(1): 55-60, 2008
15. Ruviano, L, Filippin L. Prevalência de dor crônica em uma unidade Básica de Saúde de cidade de Médio Porte. *Revista Dor* 128-131, 2012
16. Sá K, Baptista A, Matos M, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain* 139: 498-506, 2008
17. Sá K, Baptista A, Matos M, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública* 43(4): 622-630, 2009
18. Schestatsky P. Definição, Diagnóstico e Tratamento da Dor Neuropática. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 28(3): 177-187, 2008
19. Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública* 20(2): 580-588, 2004
20. [Smith BH](#), [Torrance N](#), [Bennett MI](#), [Lee AJ](#). Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *Clinical Journal Pain* 23(2): 143-149, 2007
21. [Torrance N](#), [Smith BH](#), [Bennett MI](#), [Lee AJ](#). The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *The Journal of Pain* 7(4): 281-289, 2006

22. Toth C, Lander J, Wiebe S. The prevalence and impact of chronic pain with neuropathic pain symptoms in the general population. *Pain Medicine* 10(5): 918-929, 2009
23. Vall J, Braga V, Almeida P. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2006; 64(2-B): 451-455.

Figure legends

Figure 1 - Sites in the body affected by pain

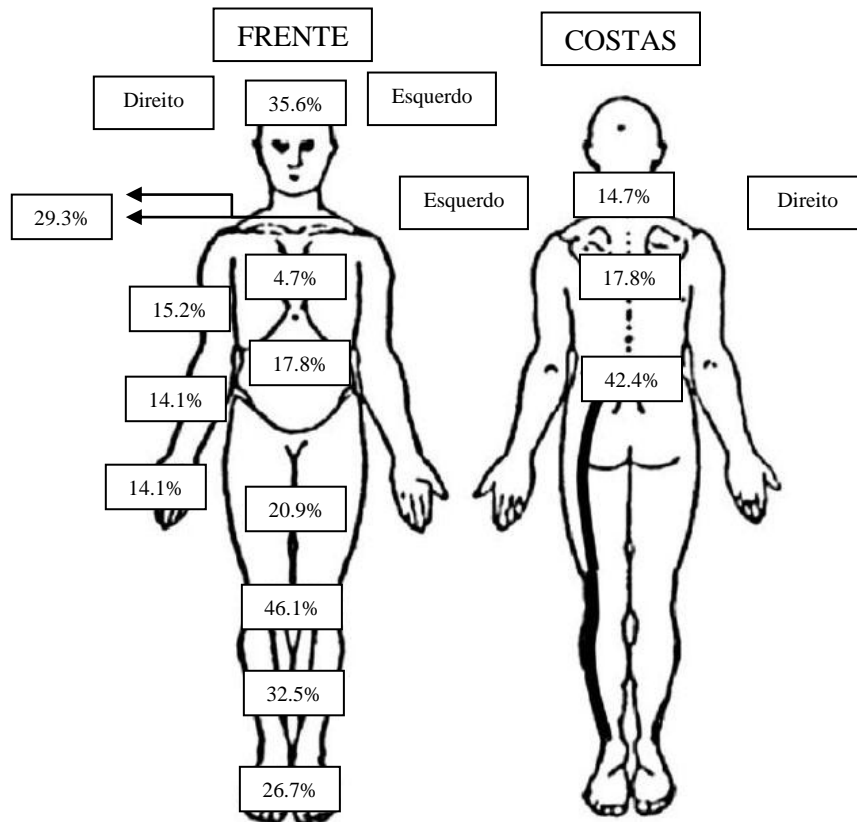


Figure 1

Sites in the body affected by pain in the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

Table 1

Sociodemographic characterization of the sample population of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Variables | | n | % |
|------------------------------------|--------------|------------|-------------|
| Sex | Female | 165 | 86.4 |
| | Male | 26 | 13.6 |
| Age | 20-30 | 23 | 12.0 |
| | 31-60 | 144 | 75.4 |
| | 61-90 | 24 | 12.6 |
| Marital Status | Single | 93 | 48.7 |
| | Married | 71 | 37.2 |
| | Others | 27 | 14.1 |
| Skin Color | Non-white | 178 | 93.2 |
| | White | 13 | 6.8 |
| Smoking | No | 115 | 60.5 |
| | Yes | 29 | 15.3 |
| | Ex-smoker | 46 | 24.2 |
| Consumption of alcoholic beverages | Non Consumer | 114 | 59.7 |
| | Moderate | 72 | 37.7 |
| | Excessive | 5 | 2.6 |

Table 2

Impact of pain on the quality of life of the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Quality of Life (SF-36 in %) | Median | Compromise | Uncompromised |
|---------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| | | d QoL n (%) | QoL n (%) |
| Functional Capacity | 65.00 | 96(50.26) | 95(49.74) |
| Physical Aspect | 50.00 | 106(55.50) | 85(44.50) |
| Pain | 45.00 | 97(50.79) | 94(49.21) |
| General State of Health | 57.00 | 104(54.45) | 87(45.55) |
| Vitality | 60.00 | 98(51.31) | 93(48.69) |
| Social Aspect | 62.50 | 112(58.64) | 79(41.36) |
| Emotional Aspect | 33.33 | 97(50.79) | 94(49.21) |
| Mental Health | 64.00 | 97(50.79) | 94(49.21) |
| Total Score | 52.87 | 97(50.79) | 94(49.21) |

Table 3

Raw analysis of the predictors of “neuropathic pain” in the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Variables | B | Standard Error | Wald | df | p | Crude OR (IC95%) |
|-------------------------------|----------|-----------------------|-------------|-----------|----------|-------------------------|
| Sex (male) | -0.302 | 0.425 | 0.506 | 1 | 0.477 | 0.739 (0.322 – 1.699) |
| Constant | 0.456 | 0.160 | 8.155 | 1 | 0.004 | 1.578 |
| Age from 20 to 30 years | - | - | 0.071 | 2 | 0.965 | - |
| Age from 31 to 60 years | -0.048 | 0.460 | 0.011 | 1 | 0.917 | 0.953 (0.387 - 2.347) |
| Age from 61 to 90 years | 0.069 | 0.600 | 0.013 | 1 | 0.908 | 1.071 (0.330 - 3.475) |
| Constant | 0.442 | 0.427 | 1.069 | 1 | 0.301 | 1.556 |
| Marital Status single | - | - | 0.858 | 2 | 0.651 | - |
| Marital Status married | -0.296 | 0.322 | 0.847 | 1 | 0.357 | 0.744 (0.396 – 1.397) |
| Marital status others | -0.176 | 0.447 | 0.156 | 1 | 0.693 | 0.838 (0.349 – 2.013) |
| Constant | 0.551 | 0.215 | 6.553 | 1 | 0.010 | 1.735 |
| Skin Color white | -0.611 | 0.577 | 1.122 | 1 | 0.290 | 0.543 (0.175 – 1.682) |
| Constant | 0.457 | 0.154 | 8.834 | 1 | 0.003 | 1.580 |
| Nonsmoker | - | - | 1.410 | 2 | 0.494 | - |
| Smoker | -0.141 | 0.418 | 0.113 | 1 | 0.737 | 0.869 (0.383 – 1.972) |
| Ex-smoker | 0.378 | 0.367 | 1.061 | 1 | 0.303 | 1.459 (0.711 – 2.993) |
| Constant | 0.348 | 0.189 | 3.414 | 1 | 0.065 | 1.417 |
| Non consumer of alcohol | - | - | 1.116 | 2 | 0.572 | - |
| Moderate consumer of alcohol | -0.165 | 0.307 | 0.288 | 1 | 0.591 | 0.848 (0.464 – 1.594) |
| Excessive consumer of alcohol | -0.907 | 0.933 | 0.945 | 1 | 0.331 | 0.404 (0.065 – 2.514) |
| Constant | 0.501 | 0.193 | 6.735 | 1 | 0.009 | 1.651 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|-------|-------|---|--------------|------------------------|
| Time of pain less than 5 years | - | 0 | 0.426 | 2 | 0.808 | - |
| Time of pain between 5 and 10 years | 0.206 | 0.344 | 0.360 | 1 | 0.548 | 1.229 (0.627 - 2.410) |
| Time of pain exceeding 10 years | 0.172 | 0.383 | 0.202 | 1 | 0.653 | 1.187 (0.561 - 2.514) |
| Constant | 0.314 | 0.213 | 2.160 | 1 | 0.142 | 1.368 |
| Without pain at the moment | - | - | 0.952 | 3 | 0.813 | - |
| Slight pain | -0.169 | 0.592 | 0.081 | 1 | 0.776 | 0.845 (0.265 - 2.696) |
| Moderate pain | 0.319 | 0.440 | 0.526 | 1 | 0.468 | 1.376(0.581 - 3.260) |
| Severe pain | 0.221 | 0.359 | 0.378 | 1 | 0.538 | 1.247(0.617 - 2.520) |
| Constant | 0.323 | 0.203 | 2.538 | 1 | 0.111 | 1.381 |
| Pain in the head/headache | 0.197 | 0.311 | 0.403 | 1 | 0.525 | 1.218 (0.662 – 2.241) |
| Constant | 0.345 | 0.183 | 3.550 | 1 | 0.060 | 1.412 |
| Pain in the neck | 0.582 | 0.447 | 1.691 | 1 | 0.193 | 1.789 (0.744 – 4.301) |
| Constant | 0.334 | 0.159 | 4.431 | 1 | 0.035 | 1.397 |
| Pain in shoulders | 0.935 | 0.354 | 6.994 | 1 | 0.008 | 2.548 (1.274 – 5.096) |
| Constant | 0.163 | 0.173 | 0.894 | 1 | 0.344 | 1.177 |
| Pain in chest | 0.875 | 0.816 | 1.149 | 1 | 0.284 | 2.398 (0.485 – 11.867) |
| Constant | 0.378 | 0.151 | 6.277 | 1 | 0.012 | 1.459 |
| Pain in dorsal region | 1.323 | 0.478 | 7.672 | 1 | 0.006 | 3.755 (1.472 – 9.576) |
| Constant | 0.217 | 0.161 | 1.834 | 1 | 0.176 | 1.243 |
| Pain in arms | 1.070 | 0.485 | 4.870 | 1 | 0.027 | 2.917 (1.127 – 7.547) |
| Constant | 0.273 | 0.159 | 2.969 | 1 | 0.085 | 1.314 |
| Pain in forearms | 0.520 | 0.450 | 1.334 | 1 | 0.248 | 1.682 (0.696 – 4.066) |
| Constant | 0.345 | 0.159 | 4.733 | 1 | 0.030 | 1.412 |
| Pain in hands | 1.504 | .564 | 7.109 | 1 | 0.008 | 4.500 (1.489 – 13.596) |
| Constant | 0.245 | 0.157 | 2.427 | 1 | 0.119 | 1.278 |
| Pain in abdomen | 0.554 | 0.410 | 1.831 | 1 | 0.176 | 1.741 (0.780 – 3.885) |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|--------|---|------------------|---------------------------|
| Constant | 0.321 | 0.162 | 3.947 | 1 | 0.047 | 1.379 |
| Pain in lumbar region | 0.474 | 0.304 | 2.434 | 1 | 0.119 | 1.607 (0.886 – 2.915) |
| Constant | 0.219 | 0.192 | 1.304 | 1 | 0.254 | 1.245 |
| Pain in thighs | 1.187 | 0.428 | 7.699 | 1 | 0.006 | 3.277 (1.417 – 7.579) |
| Constant | 0.199 | 0.164 | 1.485 | 1 | 0.223 | 1.221 |
| Pain in knees | 0.718 | 0.304 | 5.580 | 1 | 0.018 | 2.050 (1.130 – 3.719) |
| Constant | 0.097 | 0.197 | 0.243 | 1 | 0.622 | 1.102 |
| Pain in legs | 0.692 | 0.331 | 4.364 | 1 | 0.037 | 1.997 (1.044 – 3.821) |
| Constant | 0.202 | 0.177 | 1.306 | 1 | 0.253 | 1.224 |
| Pain in feet | 1.625 | 0.421 | 14.924 | 1 | <0.001 | 5.076 (2.226 – 11.575) |
| Constant | 0.057 | 0.169 | 0.114 | 1 | 0.735 | 1.059 |

Table 4

Multivariate analysis adjusted for independent predictors of neuropathic pain in the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Variables | B | Standar dError | Wald | p | Adjusted OR (IC95%) |
|--------------------------|----------|-------------------|-------------|--------------|--------------------------------|
| Pain in dorsal region | 1.355 | 0.503 | 7.261 | 0.007 | 3.879 (1.447 - 10.395) |
| Pain in hands | 1.236 | 0.597 | 4.283 | 0.038 | 3.440 (1.068 - 11.085) |
| Pain in thighs | 0.974 | 0.460 | 4.488 | 0.034 | 2.649 (1.076 - 6.522) |
| Pain in feet | 1.378 | 0.442 | 9.730 | 0.002 | 3.969 (1.669 - 9.437) |
| Constant | -0.393 | 0.206 | 3.657 | 0.056 | 0.675 |

$\chi^2 = 36.943$; gl = 4 ; p < 0.001

Table 5

Raw analysis of the predictors of the total score of SF-36 in the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Variables | B | Standard Error | Wald | df | P | Crude OR (IC95%) |
|-------------------------|----------|-----------------------|-------------|-----------|----------|-------------------------|
| Sex (male) | 0.579 | 0.432 | 1.796 | 1 | 0.180 | 1.785 (0.765 – 4.163) |
| Constant | -0.109 | 0.156 | 0.490 | 1 | 0.484 | 0.897 |
| Age from 20 to 30 years | | | 0.024 | 2 | 0.988 | |
| Age from 31 to 60 years | 0.059 | 0.449 | 0.017 | 1 | 0.895 | 1.061 (0.440 – 2.560) |
| Age from 61 to 90 years | 0.087 | 0.584 | 0.022 | 1 | 0.882 | 1.091 (0.347 – 3.426) |
| Constant | -0.087 | 0.417 | 0.043 | 1 | 0.835 | 0.917 |
| Marital Status single | | | 0.509 | 2 | 0.775 | |
| Marital Status married | 0.149 | 0.315 | 0.223 | 1 | 0.636 | 1.161 (0.626 – 2.154) |
| Marital status others | -0.159 | 0.439 | 0.130 | 1 | 0.718 | 0.853 (0.361 – 2.019) |
| Constant | -0.065 | 0.207 | 0.097 | 1 | 0.756 | 0.938 |
| Skin Color white | 0.537 | 0.589 | 0.831 | 1 | 0.362 | 1.712 (0.539 – 5.435) |
| Constant | -0.067 | 0.150 | 0.202 | 1 | 0.653 | 0.935 |
| Nonsmoker | | | 2.461 | 2 | 0.292 | |
| Smoker | 0.665 | 0.426 | 2.443 | 1 | 0.118 | 1.945 (0.845 – 4.480) |
| Ex-smoker | 0.173 | 0.349 | 0.245 | 1 | 0.620 | 1.189 (0.600 – 2.355) |
| Constant | -0.173 | 0.186 | 0.860 | 1 | 0.354 | 0.841 |
| Non consumer of alcohol | | | 1.778 | 2 | 0.411 | |

| | | | | | | |
|---|--------|-------|-------|---|--------------|------------------------|
| Moderate Consumer of alcoholic beverages | 0.105 | 0.301 | 0.122 | 1 | 0.727 | 1.111 (0.616 – 2.005) |
| Excessive Consumer of alcoholic beverages | 1.492 | 1.134 | 1.731 | 1 | 0.188 | 4.444 (0.482 – 41.001) |
| Constant | -0.105 | 0.188 | 0.315 | 1 | 0.574 | 0.900 |
| Time of pain less than 5 years | | | 5.105 | 2 | 0.078 | |
| Time of pain between 5 and 10 years | -0.448 | 0.340 | 1.735 | 1 | 0.188 | 0.639 (0.328 – 1.244) |
| Time of pain exceeding 10 years | 0.486 | 0.381 | 1.621 | 1 | 0.203 | 1.625 (0.770 – 3.431) |
| Constant | 0.000 | 0.211 | 0.000 | 1 | 1.000 | 1.000 |
| Without pain at the moment | | | 4.876 | 3 | 0.181 | |
| Slight pain | -0.395 | 0.592 | 0.446 | 1 | 0.504 | 0.673 (0.211 – 2.148) |
| Moderate pain | -0.310 | 0.423 | .538 | 1 | 0.463 | 0.733 (0.320 – 1.679) |
| Severe pain | -0.785 | 0.358 | 4.797 | 1 | 0.029 | 0.456 (0.226 – 0.921) |
| Constant | 0.241 | 0.201 | 1.433 | 1 | 0.231 | 1.273 |
| Pain in the head/headache | 0.049 | 0.302 | 0.026 | 1 | 0.872 | 1.050 (0.581 – 1.899) |
| Constant | -0.049 | 0.180 | 0.073 | 1 | 0.787 | 0.952 |
| Pain in the neck | -0.472 | 0.417 | 1.279 | 1 | 0.258 | 0.624 (0.275 – 1.414) |
| Constant | 0.037 | 0.157 | 0.055 | 1 | 0.814 | 1.037 |
| Pain in shoulders | -0.890 | 0.331 | 7.217 | 1 | 0.007 | 0.411 (0.215 – 0.786) |
| Constant | 0.223 | 0.173 | 1.660 | 1 | 0.198 | 1.250 |
| Pain in chest | -0.693 | 0.722 | 0.920 | 1 | 0.337 | 0.500 (0.121 – 2.060) |
| Constant | 0.000 | 0.148 | 0.000 | 1 | 1.000 | 1.000 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------|-------|--------|---|------------------|-----------------------|
| Pain in dorsal region | -1.188 | 0.420 | 7.979 | 1 | 0.005 | 0.305 (0.134 – 0.695) |
| Constant | 0.166 | 0.160 | 1.074 | 1 | 0.300 | 1.181 |
| Pain in arms | -0.716 | 0.421 | 2.890 | 1 | 0.089 | 0.489 (0.214 – 1.116) |
| Constant | 0.074 | 0.157 | 0.222 | 1 | 0.637 | 1.077 |
| Pain in forearms | -0.223 | 0.418 | 0.286 | 1 | 0.593 | 0.800 (0.353 – 1.814) |
| Constant | 0.000 | 0.156 | 0.000 | 1 | 1.000 | 1.000 |
| Pain in hands | -0.399 | 0.422 | 0.896 | 1 | 0.344 | 0.671 (0.294 – 1.533) |
| Constant | 0.024 | 0.156 | 0.024 | 1 | 0.876 | 1.025 |
| Pain in abdomen | -0.395 | 0.383 | 1.061 | 1 | 0.303 | 0.674 (0.318 – 1.428) |
| Constant | 0.038 | 0.160 | 0.057 | 1 | 0.811 | 1.039 |
| Pain in lumbar region | -0.246 | 0.294 | 0.702 | 1 | 0.402 | 0.782 (0.440 – 1.390) |
| Constant | 0.073 | 0.191 | 0.145 | 1 | 0.703 | 1.075 |
| Pain in thighs | -0.472 | 0.362 | 1.703 | 1 | 0.192 | 0.624 (0.307 – 1.267) |
| Constant | 0.066 | 0.163 | 0.166 | 1 | 0.684 | 1.068 |
| Pain in knees | -0.110 | 0.290 | 0.144 | 1 | 0.704 | 0.895 (0.507 – 1.582) |
| Constant | 0.019 | 0.197 | 0.010 | 1 | 0.922 | 1.020 |
| Pain in legs | -0.434 | 0.312 | 1.936 | 1 | 0.164 | 0.648 (0.351 – 1.194) |
| Constant | 0.109 | 0.176 | 0.379 | 1 | 0.538 | 1.115 |
| Pain in feet | -0.333 | 0.329 | 1.024 | 1 | 0.312 | 0.716 (0.376 – 1.367) |
| Constant | 0.057 | 0.169 | 0.114 | 1 | 0.735 | 1.059 |
| DN4 Score (neuropathic pain) | -1.326 | 0.314 | 17.867 | 1 | <0.001 | 0.266 (0.144 – 0.491) |
| Constant | 0.773 | 0.247 | 9.817 | 1 | 0.002 | 2.167 |

Table 6

Adjusted analysis of the predictors of the total score of SF-36 in the population sample of a registered health unit, Salvador, Bahia, Brazil.

| Variables | B | Standard Error | Wald | p | Adjusted OR (IC95%) |
|---|------------|---------------------------|-------------|------------------|--------------------------------|
| Pain in dorsal region | - 1.169 | 0.470 | 6.185 | 0.013 | 0.311 (0.124 – 0.781) |
| Time of pain less than 5 years | | | 5.119 | 0.077 | |
| Time of pain between 5 and 10 years | - 0.403 | 0.375 | 1.152 | 0.283 | 0.668 (0.320 – 1.395) |
| Time of pain exceeding 10 years | 0.626 | 0.422 | 2.203 | 0.138 | 1.870 (0.818 – 4.272) |
| Without pain at the moment | | | 7.249 | 0.064 | |
| Slight pain | - 0.755 | 0.649 | 1.353 | 0.245 | 0.470 (0.132 – 1.677) |
| Moderate pain | - 0.541 | 0.471 | 1.320 | 0.251 | 0.582 (0.231 – 1.466) |
| Severe pain | - 1.048 | 0.401 | 6.814 | 0.009 | 0.351 (0.160 – 0.770) |
| DN4 Score (neuropathic pain) | - 1.227 | 0.333 | 13.56 3 | <0.001 | 0.293 (0.153 – 0.563) |
| Constant | 1.294 | 0.360 | 12.93 6 | 0.000 | 3.649 |

$\chi^2 = 36.355$; gl = 7 ; p < 0.001