

FOCO: Caderno de Estudos e Pesquisas

ISSN 2318-0463

AVALIAÇÃO DE DOR CRÔNICA OSTEO-ARTICULAR EM INDIVÍDUOS DE 20 A 70 ANOS DA CIDADE DE MOGI GUAÇU-SP

CONCEIÇÃO, Magali Aparecida Braga Matias¹

Faculdades Maria Imaculada - FIMI
magamatias@gmail.com

FAVERO, Fabrício de Faveri²

Faculdades Maria Imaculada - FIMI
fabricioffavero@gmail.com

RESUMO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou ainda descrita como se o dano estivesse presente. Estudos apontam que a dor é uma das principais causas do sofrimento humano, comprometimento da qualidade de vida, sem capacidade de medir as repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um grave problema de saúde pública. Diante do aumento do consumo de analgésicos e anti-inflamatórios no cotidiano foi proposta uma investigação das condições dolorosas em um grupo de 50 voluntários frequentadores de uma drogaria na cidade de Mogi Guaçu, com idade entre 20 a 70 anos, traçando-se o perfil das principais queixas dolorosas e do consumo de medicamentos para controle da dor. Os resultados mostraram que acima de 60 anos há predominância para dores osteo-articulares provavelmente relacionadas às complicações de saúde, sobrecarga de força nas articulações, problemas posturais, além do processo de envelhecimento natural. A dor de coluna representou a condição clínica com maior queixa. Para o tratamento da dor a maioria dos voluntários utiliza medicamentos com associação de dipirona,

¹ Graduada em Ciências Farmacêuticas pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada em 2014. Proprietária de Drogaria.

² Graduado em Farmácia Industrial pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas em 2004. Atuou em Indústria de Medicamentos no Departamento de Assuntos Regulatórios da Ativus Farmacêutica Ltda, Valinhos-SP (2005 - 2006). Mestrado em Farmacologia pela Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em 2009, Doutorado em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP em 2015. Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.

orfenadrina e cafeína. Medicamentos associados contendo cafeína, carisoprodol, diclofenaco e paracetamol representaram o segundo grupo mais solicitado. Indivíduos com dores crônicas tendem a apresentar aumento da pressão arterial, muitas vezes subdiagnosticadas, contribuída pelo estresse gerado devido ao quadro doloroso. Os altos índices de intoxicações medicamentosas na sociedade atual podem estar vinculados ao alto consumo de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios devido à automedicação para controle da dor.

Palavras-Chave: Dor Crônica. Analgésicos. Anti-inflamatórios.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional do Estudo da Dor – (International Association for the Study of Pain), a dor foi oficialmente definida em 1986 como uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a um dano atual ou potencial do tecido (MERSKEY, 1996). Em 1996, a Sociedade Americana de Dor (American Pain Society) a introduziu como o 5º sinal vital, além dos sinais que já conhecíamos como temperatura, pulso, pressão arterial e frequência respiratória (CIENA et al., 2008).

Apesar de considerar um problema de saúde frequente que acarreta sérios prejuízos pessoais e econômicos à população, muito pouco se conhece sobre a epidemiologia da dor crônica no Brasil e no resto do mundo, especialmente em se tratando de pesquisas de prevalência de dores múltiplas. Estudos como esses, ou seja, que pesquisam vários locais de dores num mesmo indivíduo contribuem para a identificação de suscetibilidade à dor, podem demonstrar a ocorrência de dores associadas, permitem uma visão mais ampla do fenômeno na população e fornecem subsídios para o planejamento de ações preventivas e organização dos serviços de saúde (KRELING, CRUZ, PIMENTA, 2006).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) indicou que 59,5 milhões de pessoas (31,3% da população no Brasil) têm alguma doença crônica. Em algum momento na vida, 15 a 25% de adultos sofrerão de dor crônica e acima de 65 anos, este percentual aumenta para 50%. Cerca de 45% a 80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor, sendo que em 34% desses os sintomas são referidos como contínuos. Dentre as doenças que podem estar associadas com a dor

crônica destacam-se a osteoartrite, as neuropatias periféricas, a osteoporose e o câncer (SANTOS et al., 2006).

A dor constitui-se em problema a ser encarado pela equipe de saúde. Trata-se de um sintoma que pode ter características agudas ou crônicas, propiciando o agravamento do estado de saúde se não aliviada adequadamente. No entanto, por ser um fenômeno complexo e subjetivo, pode-se dizer que o indivíduo com dor é que deve ser tratado, respeitando sua totalidade e sua individualidade (HORTENSE, ZAMBRANO, SOUSA, 2008).

Diante desse quadro e baseados no aumento do consumo de analgésicos e anti-inflamatórios no cotidiano da população brasileira e mundial para tratamento da dor, considerando os pacientes que sofrem de algum tipo de dor no sistema osteo-articular, foi proposta uma investigação das condições dolorosas em um grupo de voluntários.

2 OBJETIVO

Identificar o perfil de dores osteo-articulares em indivíduos entre 20 a 70 anos e o perfil de consumo dos principais medicamentos para controle da dor comercializados em uma drogaria na cidade de Mogi Guaçu, SP.

3 MATERIAL E METODOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Maria Imaculada – Mogi Guaçu-SP, a seleção dos voluntários foi aleatória. Foram pré-selecionados 50 voluntários que relataram ter dores articulares por mais de seis meses. Foram avaliados indivíduos de ambos os sexos e idade entre 20 a 70 anos que se queixavam de algum tipo de dor crônica osteo-articular. Para cada voluntário foi preenchido o formulário do Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa com seres humanos e somente foram incluídos os que aceitaram as condições do Termo. Um questionário foi elaborado de acordo com o perfil dos voluntários que frequentam uma drogaria na cidade de Mogi Guaçu-SP e aplicado para a obtenção dos dados. Foram excluídos indivíduos usuários de drogas de abuso, que apresentam dor aguda por

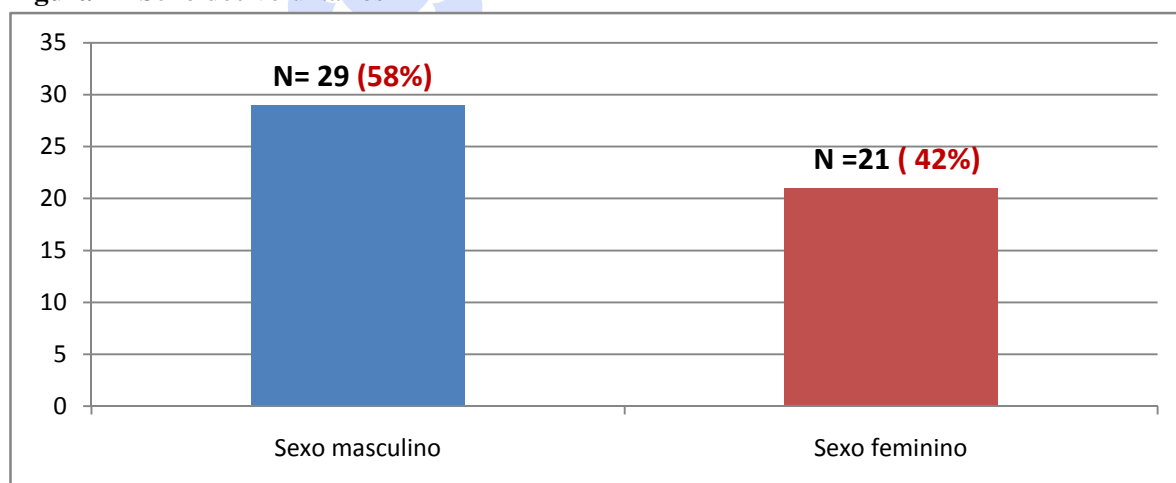
alguma condição clínica não identificada ou sub-diagnosticada, ou aqueles que não pudessem entender o estudo e/ou sem autonomia.

Todos os voluntários receberam esclarecimento sobre esse projeto de pesquisa em que foi justificada a importância de coletar dados fidedignos e que estariam contribuindo para um levantamento de dados clínicos, epidemiológicos, que poderão servir como fonte de informação para a comunidade acadêmica e científica e para a sociedade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como critério de inclusão para esse estudo, todos os voluntários que participaram, obrigatoriamente, sofriam de algum tipo de dor crônica associado ao sistema osteo-articular. Dentre os 50 participantes, 29 deles (58%) são do sexo masculino e 21(42%) do sexo feminino (Figura 1)

Figura 1 - Sexo dos voluntários



Estudos indicam que o sexo feminino sente mais dor e tem maior risco de experimentar inúmeras condições dolorosas. As alterações hormonais podem influenciar a experiência da dor, especialmente as flutuações de estrógeno, que podem aumentar a expressão do fator de crescimento neural, o número de sinapses excitatórias no hipocampo, a ligação do glutamato ao receptor (NMDA) - neurotransmissor excitatório e potenciais neurotransmissores pós-sinápticos excitatórios. Sabe-se que as mulheres

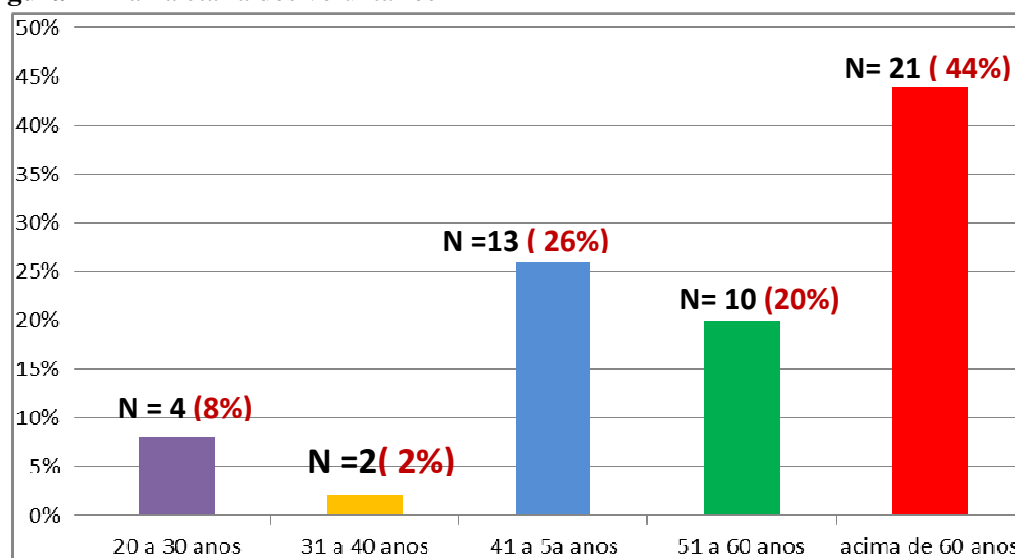
têm depressão mais comumente que homens, o que está relacionado à dor e pode ser um fator de risco adicional (BRASIL, 2009).

Foi possível identificar que o estado civil predominante dos voluntários foram indivíduos casados (56%), seguido de divorciados (28%), solteiros (12%) e viúvos (4%). No que se refere à etnia, 76,66% dos voluntários são caucasianos e 23,34% não-caucasianos.

A faixa etária mais representativa dos voluntários mostrou que de 44% dos indivíduos apresentavam idade acima de 60 anos, seguido de 26% deles com idade entre 41 a 50 anos (Figura 1). A existência de poucos estudos sobre dor crônica em idosos pode ser devido à crença de que idosos são menos sensíveis a dor e que, erroneamente, a dor é considerada uma consequência normal e esperada do processo de envelhecimento e, portanto, não é capaz de ser tratável (SANTOS et al., 2006).

Atualmente, a dor pode ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo, representando uma eficiente via de informação dos diversos segmentos corporais com a consciência. Sintoma particularmente importante em qualquer faixa etária, frequentemente associada ao sofrimento ou ao desconforto, a dor deixou de ser entendida como uma simples sensação para ser hoje, reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um (SANTOS et al., 2006).

Figura 2 - Faixa etária dos voluntários



A dor crônica é uma experiência multidimensional com componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, que se interagem e contribuem para a resposta dolorosa final. As alterações características do processo de envelhecimento sobre cada um desses componentes podem interferir na experiência da dor, dificultando a realização de uma avaliação adequada. A dor é uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado (SANTOS et al., 2006).

Deve-se considerar a presença em indivíduos com síndromes de dor crônica (SDC) sem doenças associadas, com as quais o neurologista está em contato frequente, que incluem as cefaleias, lombalgias, cervicobraquialgias (incluída aqui a LER, Lesão por Esforço Repetitivo) e as mialgias. Em muitas destas síndromes os agentes nocivos não são demonstráveis e, mesmo assim, as pessoas acometidas alegam grau elevado de sofrimento e incapacidade, ficando o médico perplexo pela desproporção entre queixas e sinais objetivos. O aumento da prevalência destas queixas, principalmente relacionadas ao trabalho, em uma época de melhoria acentuada das condições de trabalho e do aumento da longevidade, é também intrigante. Apesar da maioria dos pacientes se ver como medicamente doentes e serem grandes utilizadores de serviços médicos, eles mantêm uma evolução clínica notavelmente estável através dos anos (OLIVEIRA, 2005).

A dor aguda ou crônica, de um modo geral, leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. Nos indivíduos com dor crônica, a persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podem exacerbá-los (KRELING, CRUZ, PIMENTA, 2006).

Ao reconhecer a importância da avaliação da dor, de seu manejo e controle, a Sociedade Americana de Dor estabeleceu esse sintoma como “o quinto sinal vital” e enfatiza que a avaliação da dor é tão importante quanto à avaliação dos outros quatro sinais vitais, e que os profissionais da saúde necessitam registrar esse fenômeno. Sendo assim, faz-se necessário a utilização de escalas para produzir parâmetros de medida e, conseqüentemente, adequado controle da dor (HORTENSE, ZAMBRANO, SOUSA, 2008).

A mensuração da dor tem sido considerada um grande desafio para aqueles que desejam controlá-la adequadamente, pois a dor é entendida como experiência perceptual

complexa, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente. Desde que a dor tem sido operacionalizada em modos diferentes nos domínios de investigação com animais, com humanos, no laboratório ou em situações clínicas, a integração do conhecimento originado desses domínios tem aumentado (HORTENSE, ZAMBRANO, SOUSA, 2008).

A dor pode ser vista como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais. Por ser uma experiência que compreende uma variedade de domínios sua mensuração (medida) se torna ampla e complexa. Diante da subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa, o primeiro desafio no combate à dor inicia-se na sua mensuração. (CIENA et. al, 2008).

A artrite reumatóide juvenil é a causa reumatológica mais frequente de manifestações osteo-articulares como artrites, entesites (inflamação entre a ligação entre músculo, ossos e tendões) e lombalgias, entre outras, mas este é um diagnóstico de exclusão. Uma série de outras doenças não reumatológicas também são causa de manifestações osteo-articulares. Doenças infecciosas, hematológicas e neoplásicas são frequentemente lembradas no diagnóstico diferencial das doenças reumáticas. No entanto, outras doenças sistêmicas podem apresentar sinais e sintomas de doenças reumáticas (LIPHAUS et. al, 2001).

Sendo a dor uma condição subjetiva, manifesta-se de formas diferentes quando se compara a dor de homens e mulheres, e também nas diferentes faixas etárias. A dor é uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado (SANTOS et al., 2006).

Há instrumentos unidimensionais e multidimensionais para sua mensuração. Os instrumentos unidimensionais são os mais utilizados, e quantificam apenas a severidade ou a intensidade da dor e, como exemplos desses instrumentos, têm-se as escalas numérico-verbais e analógico-visuais. Já os instrumentos multidimensionais são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor, como a sensitivo-discriminativa e a afetivo-motivacional os mais utilizados, sendo recomendada a utilização de mais de uma escala ou medida de avaliação de dor para que se possa perceber as vantagens e desvantagens de cada uma (CIENA et. al, 2008).

Um dos critérios diagnósticos para pesquisa em dor crônica não oncológica, pela taxonomia da “International Association for Study Pain” (IASP), é a duração de seis

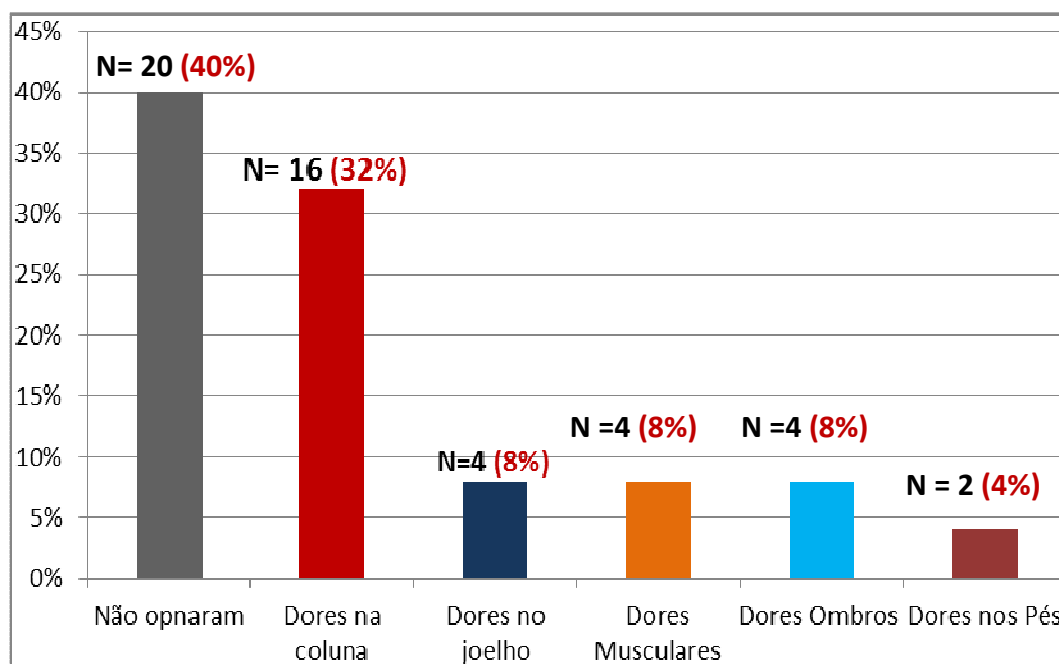
meses (MERSKEY H., BOGDUK,N., 1994). Diante dessa condição obrigatória, nessa pesquisa, as escalas de dor não foram aplicadas aos voluntários, visto o porte do estudo ter um menor número de voluntários (n=50) comparados a outros estudos de maior acompanhamento dos pacientes, muitas vezes em âmbito hospitalar. Além disso, os voluntários desses levantamentos são clientes do estabelecimento farmacêutico onde ocorreu a coleta de dados, e nem sempre é possível novas avaliações e acompanhamento por um prazo estipulado, o que dificulta ainda mais aplicação de outros métodos apontados como referência na literatura clínica de avaliação.

Nos estudos em que as escalas de dor são aplicadas, os critérios de inclusão e exclusão dos pacientes são direcionados com avaliação clínica prévia em relação às diferentes manifestações da dor, além do fato dos voluntários possuírem diferentes idades (CIENA et. al, 2008). No entanto, vale salientar a importância das escalas de dor validadas para acompanhamentos de maior porte, principalmente na avaliação de novos fármacos analgésicos e anti-inflamatórios.

Quando investigada as principais regiões corpóreas com manifestações dolorosas sentidas pelos voluntários, os resultados mostraram que 40% deles não apontaram uma região corpórea específica, apenas relataram ter dores articulares frequentes. Dentre os voluntários, 32% apontaram dores na coluna, 8% dores nos joelhos e 8% dores nos pés (Figura 3). O processo do envelhecimento vem acompanhado de aumento na prevalência da dor crônica, dor articular e fibromialgia. No entanto, parece que, com o avançar da idade ocorre uma redução da dor em todos os locais do organismo, com exceção das regiões com articulações (SANTOS et al., 2006).

Deve-se considerar que alguns dos voluntários relataram mais de uma região com dor persistente. A possibilidade dos indivíduos não saberem diferenciar a dor nos “ombros”, se de origem muscular ou articular, por exemplo, dificulta a identificação do quadro clínico. A dificuldade de relatar a dor pode ser considerada um fator limitante para os profissionais da área da saúde em instituir uma terapia efetiva, seja com uso de medicamentos ou de alternativas não-medicamentosas. De acordo com SANTOS e colaboradores (2006) a dor no idoso é, na maioria das vezes, difícil de ser reconhecida e consequentemente não é tratada.

Figura 3: Descrição dos locais mais frequentes de dores relatadas pelos entrevistados



Carvalho e Alexandre (2006) observaram que a incidência de dor na região lombar foi a mais expressiva nos últimos doze meses avaliados, representando 63,1% das incidências de dores, e causando afastamento das funções profissionais em 20,4% dos casos. Silva, Fassae Valle (2004) observaram a prevalência de lombalgias crônicas em população adulta, que foi constatada em 69% dos entrevistados, e BRÉDER e colaboradores et al. (2006), demonstraram a prevalência de lombalgias em motoristas de ônibus em 40% dos entrevistados.

Vários estudos apontam que a dor lombar é uma doença comum nas sociedades industrializadas, constituindo-se em problema de saúde pública e incapacidade, principalmente para a população economicamente ativa (CIPRIANO et al., 2011).

Os medicamentos anti-álgicos são utilizados para a prevenção da sensibilização em hiperalgesia, como os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) e os anti-inflamatórios esteroidais(AIES). Os medicamentos analgésicos são empregados para a dor instalada em que a depressão dos nociceptores já foram sensibilizados, como por exemplo a dipirona e o paracetamol(FERREIRA, 2010).

De acordo com a Figura 3, foi possível identificar que 44% dos voluntários relataram o uso do medicamento Dorflex® (dipirona, orfenadrina, cafeína) para tratamento da dor. Esse medicamento é comercializado para analgesia, salientando que a dipirona, apesar de classificações antigas apontarem como um agente anti-

inflamatório, ela não possui tal atividade em quantidades comercializadas e recomendadas para seu uso com segurança (até 4000mg/dia). Sua atividade anti-inflamatória e também anti-espasmódica se dá com doses acima de 50mg/kg (VALE, 2006), não seguras para humanos. A associação com a cafeína promove a potencialização do efeito analgésico, além do medicamento conter a um relaxante muscular (orfenadrina) contribuindo no controle da dor, muitas vezes não identificada corretamente pelos indivíduos.

A dipirona é, na verdade, o principal analgésico da terapêutica brasileira, ocupando 31,8% do mercado nacional, sendo o paracetamol com 29,7% em segundo, e a aspirina, com 27,1%, em terceiro. Existem no país aproximadamente 125 produtos à base de dipirona, sendo 71 deles em associação com outras substâncias. Mais de 80% das vendas são sem prescrição médica. Em 1999, o consumo brasileiro foi de 190,54 toneladas de dipirona. Se ministrássemos a dose de 1 grama/dia por 14 dias, teríamos uma população exposta à dipirona de 13.575.321 pacientes (ANVISA, 2001).

Os entrevistados, representando 24% (Figura 3), relatam o uso frequente do medicamento Tandrilax® (cafeína, carisoprodol, diclofenaco, paracetamol). Esse medicamento foi o segundomais comercializado contendo um anti-inflamatório (diclofenaco) de potência moderada de acordo com a sua classificação farmacológica (RANG et al, 2004). O diclofenaco, hoje em dia, de acordo com a nova classificação é classificado como um Analgésico Periférico Anti-hiperalgésico (AP-AHD), bloqueando o curso da hiperalgesia já estabelecida (FERREIRA, 2010), ou seja, na prática clínica, mais eficiente como analgésico do que como anti-inflamatório. No entanto, com as associações de outros fármacos, há aceitação significativa relacionada aos seus efeitos e importante comercialização.

Os medicamentos contendo ácido acetil-salicílico (AAS) também foram relatados pelos voluntários. Dentre eles, 4% fazem uso em associação com cafeína e 28% faz uso como monofármaco. O AAS é um analgésico e anti-inflamatório classificado dentro do grupo de fármacos que previnem a liberação ou ação de mediadores hiperalgésicos clássicos (Analgésicos Periféricos Anti-hiperalgésicos Indiretos (AP-AHI), sendo esse grupo considerado os COX não-seletivos e COX-seletivos (FERREIRA, 2010). Nenhum inibidor seletivo de COX - 2 como nimesulida, meloxicam e coxibes foram relatados pelos voluntários.

A maioria dos voluntários (52%) da pesquisa mostrou que adquirem os medicamentos sem prescrição médica ou odontológica. Dentre eles, 32% adquiriram

com prescrição e 16% não relataram (Figura 5). Diante disso, pode-se supor que a automedicação é frequente entre a população para tratamento da dor. Desse modo, a população trata a dor, na maioria das vezes, sem identificar a causa do quadro doloroso.

Figura 4: Medicamentos mais utilizados por pacientes com doresosteo-articulares

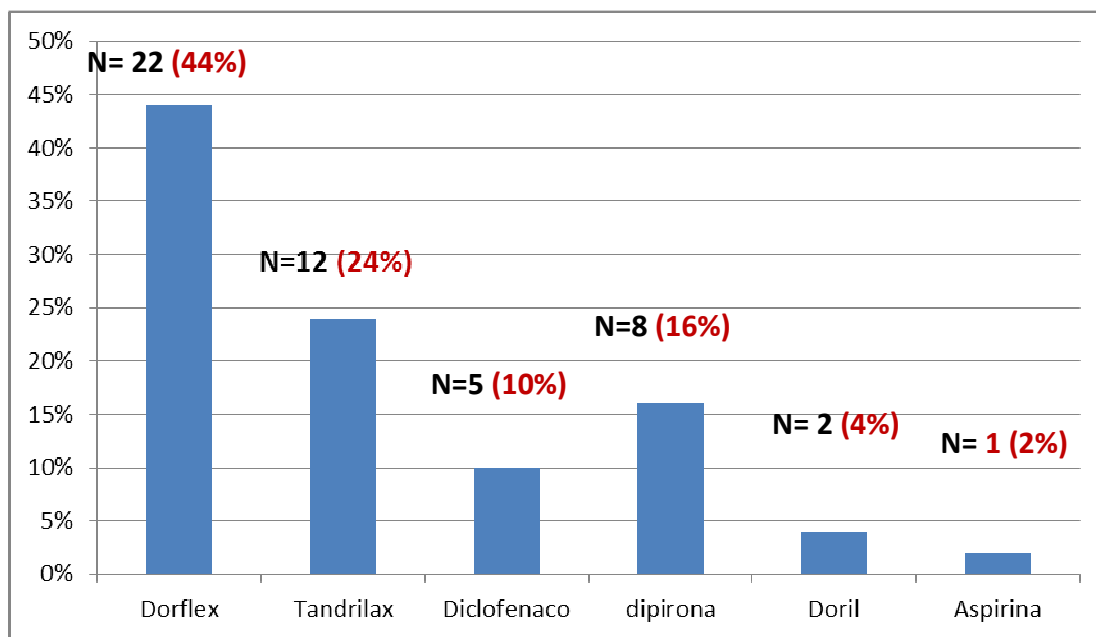
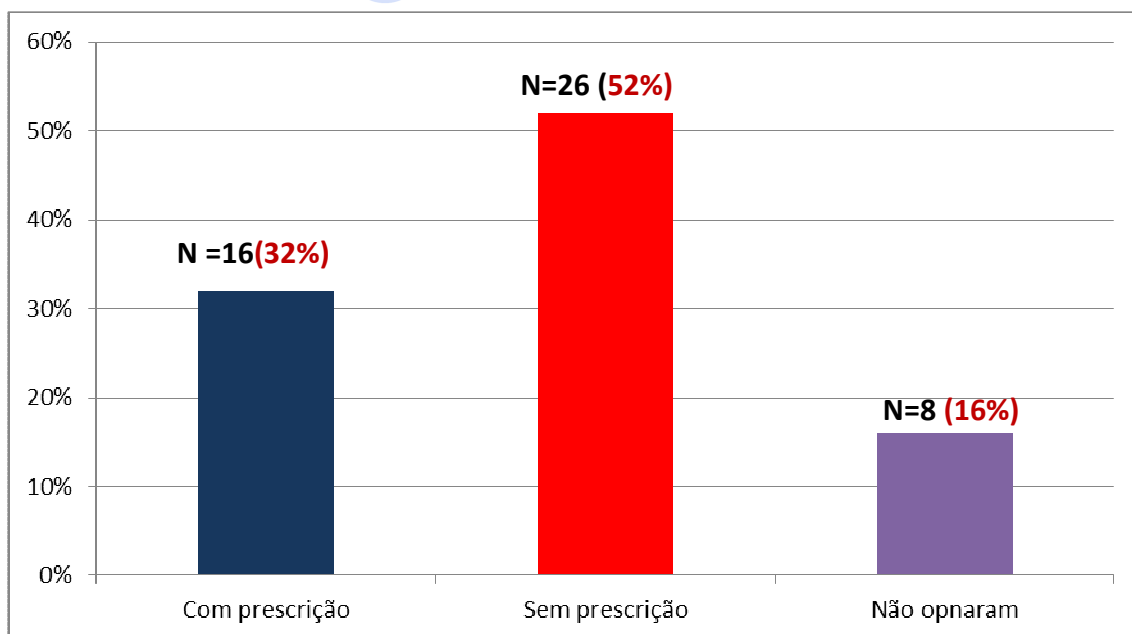


Figura 5: Obtenção de medicamentos

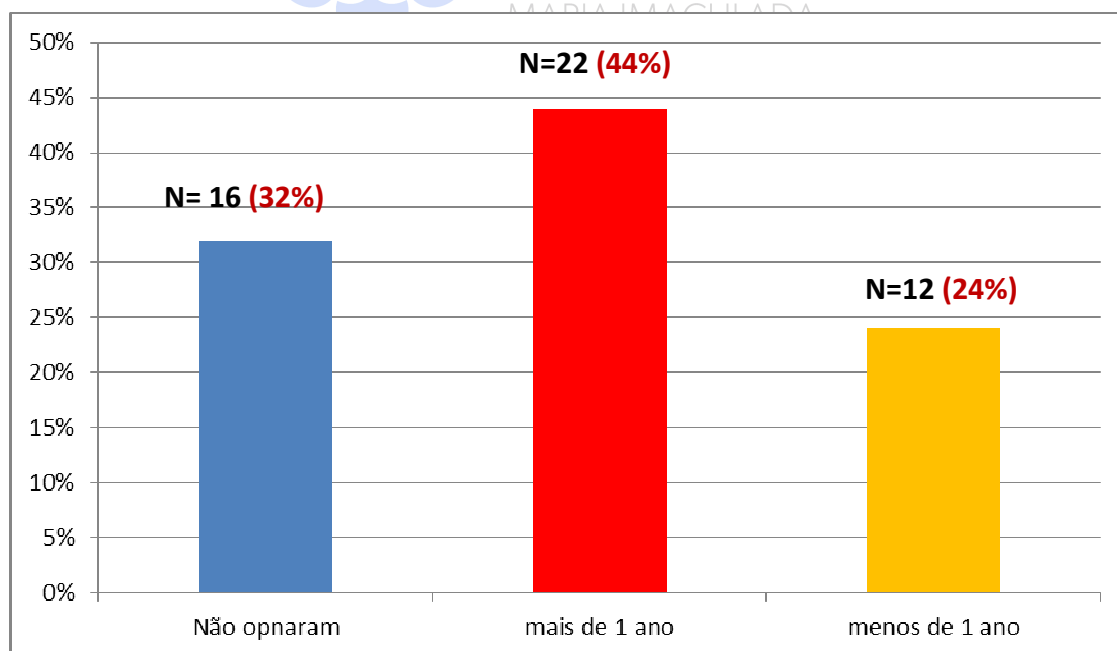


A Figura 6 mostra o período de utilização dos medicamentos citados pelos voluntários, em que 44% faziam uso por um período superior a um ano, 24% por um período inferior a um ano, e 32% não relataram. De acordo com 32% dos voluntários, os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não são seguros para controle da dor por período crônico.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) constituem atualmente a classe de medicamentos mais comumente prescrita no mundo todo, devido aos seus efeitos analgésicos e anti-inflamatórios. A frequência do uso de AINEs, incluindo os inibidores não-seletivos e os inibidores seletivos da COX-2, tem crescido bastante nos últimos anos. Dentre as principais causas para esse crescimento destacam-se a grande facilidade do acesso aos medicamentos e uma população mais idosa com concomitantes doenças reumatológicas (MELGAÇO et al., 2010).

No período de 1994 a 1997, aproximadamente 10% das intoxicações medicamentosas registradas em seis diferentes centros de intoxicação do Brasil foram causadas por AINEs. Nos Estados Unidos, mais de 5 milhões de pessoas fazem uso diário de algum anti-inflamatório não esteroidal (MELGAÇO et al., 2010).

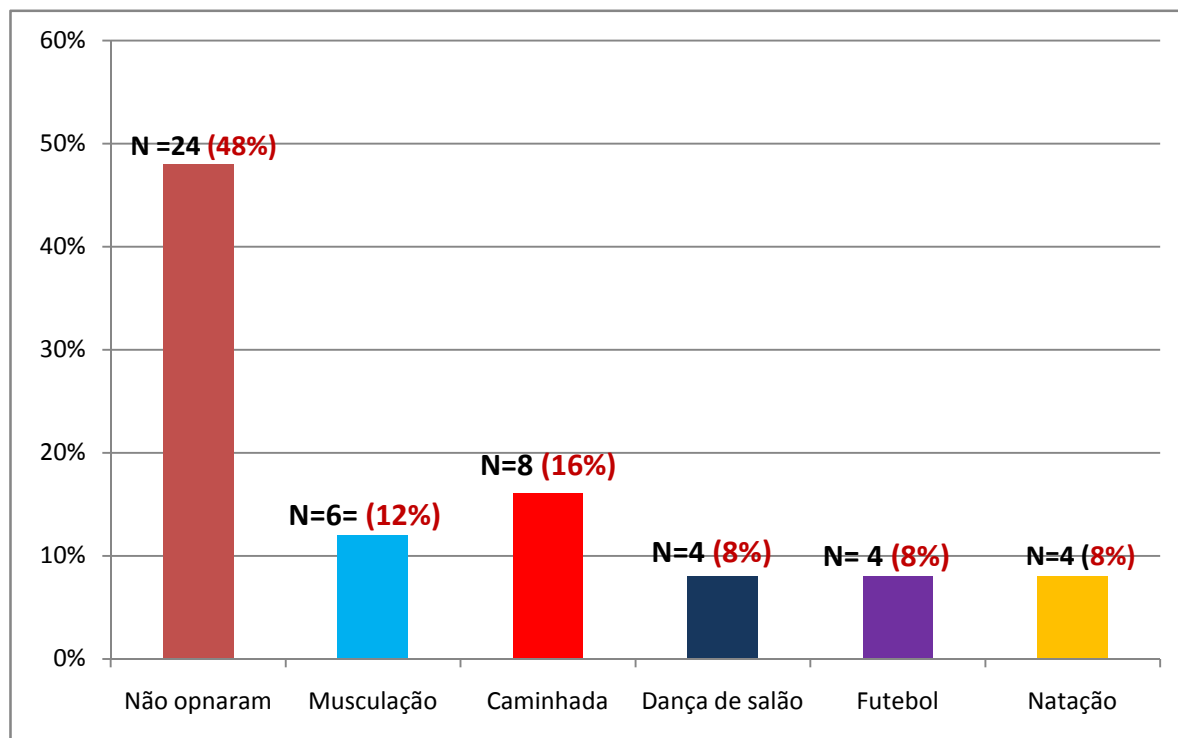
Figura 6: Período de utilização dos medicamentos pelos pacientes com dor osteo-articular



No que se refere ao percentual das atividades físicas desenvolvidas como recurso para controle da dor, 48% dos entrevistados não respondeu esse item no questionário,

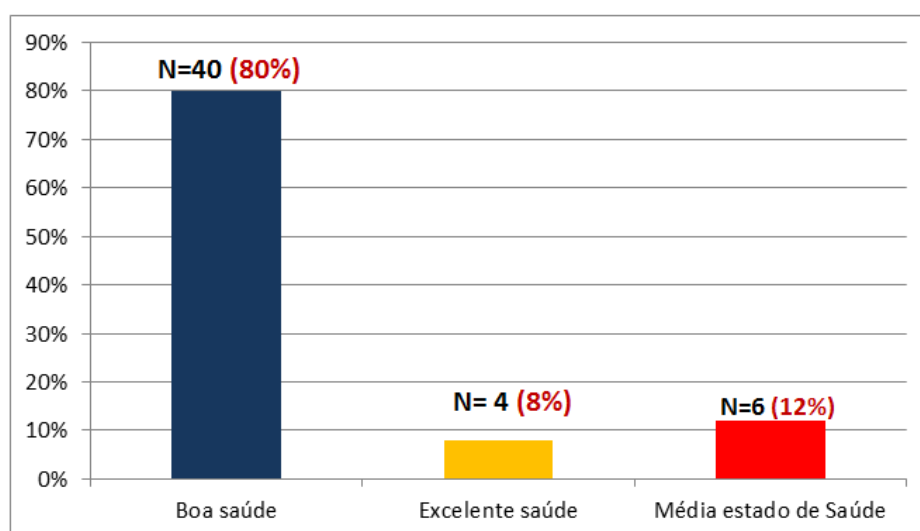
provavelmente por não desenvolverem essas atividades. Dentre eles, 16% fazem caminhada e 12% praticam musculação (Figura 7)

Figura 7: Atividades físicas apontadas pelos voluntários como alternativa para controle da dor



Foi solicitado aos participantes da pesquisa que relatassem como classificariam seu estado de saúde (Figura 8). Dentre as respostas, 80% apontaram ter boa saúde, menos de 10% consideraram sua saúde excelente, e 12 apresentarem estado de saúde considerado intermediário.

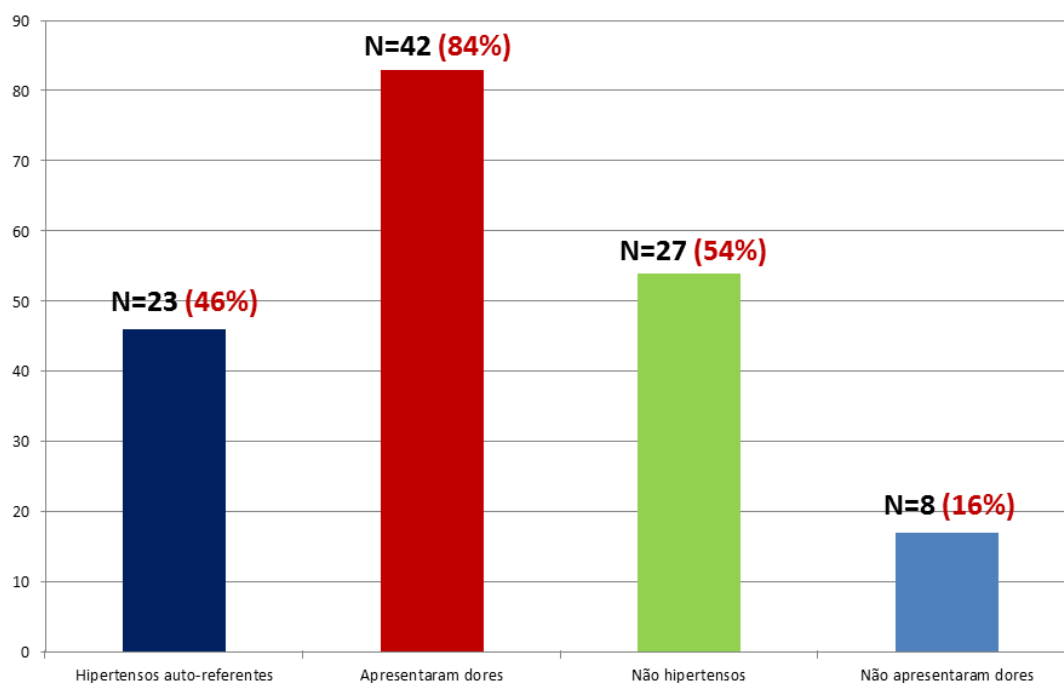
Figura 8: Classificação em relação ao estado de saúde dos voluntários



Sabendo que a dor é uma condição clínica que pode ser manifestada por diferentes origens, ela é um fator que pode contribuir no aumento do estresse do paciente e afetar diretamente sua pressão arterial.

Nesses levantamentos os pacientes não foram classificados como hipertensos, e também não foram obtidas as medidas de pressão arterial. No entanto, foi questionado se eles tinham conhecimento da presença de doença hipertensiva (Figura 9), assim, são hipertensos auto-referentes dentre eles, 84% dos que apontaram ter dores, 46% relataram ter pressão arterial aumentada, ou seja, o restante (54%) não considera ser hipertenso, demonstrando que essa doença possa estar subdiagnosticada nesses voluntários juntamente com possíveis flutuações de quadros dolorosos. Os 16% que não relataram ter dor, demonstraram como pode ser confuso para o paciente durante a consulta médica, relatar sintomas dolorosos com condições associadas, visto ser esta uma informação contraditória aos dados anteriores, já que todos os pacientes relataram sofrer de dor crônica para terem sido aceitos no estudo.

Figura 9: Relação entre hipertensão e dor



5 CONCLUSÃO

Os quadros dolorosos apresentaram maior prevalência em indivíduos acima de 60 anos, provavelmente relacionadas às complicações de saúde, sobrecarga de força nas articulações, problemas posturais, além do processo de envelhecimento natural.

Os voluntários negligenciam as condições dolorosas visto que a maioria considera ter boa saúde.

Indivíduos com dores crônicas tendem a apresentar aumento da pressão arterial, contribuída pelo estresse gerado pelo quadro doloroso, podendo não estar sendo tratada a doença hipertensiva.

Os altos índices de intoxicações medicamentosas na sociedade atual podem estar vinculados ao alto consumo de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios pela automedicação.

Há a necessidade do Sistema de Saúde fazer um acompanhamento desses pacientes que se automedicam para o controle da dor, visto que o uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios podem camuflar condições clínicas importantes ou doenças graves para esse grupo de pacientes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA, 2001. **Painel internacional de avaliação da segurança da dipirona.**

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/relatorioidipirona2.pdf> Acesso: 7/11-14.

BRASIL, 2009. Disponível em http://www.dor.org.br/profissionais/s_campanhas_mulher.asp. Acesso: 21/4/2014.

CARVALHO, A. J. F. P.; ALEXANDRE, N. M. C. **Qualidade de vida e sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho em professores do ensino fundamental.** Revista Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 279-284, 2006.

CIENA, A.P.; GATTO, R.; PACINI, V.C.; PIÇANÇOS V.V.; MAGNO, I.M.N.;LOTH, E.A.. **Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens.** Ciências Biológicas e da Saúde. P. 201-212. 2008.

CIPRIANO, A., ALMEIDA, D.B., VALL J. **Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil.** Rev Dor, p 297-300, 2011.

FERREIRA S. F.. Dor inflamatória e analgesia, 2010. Disponível em <http://www.dol.inf.br/Html/Repensando/DorInflamatoriaAnalgesia.html>. Acesso: 7/11/14.

HORTENSE P., ZAMBRANO, E., SOUSA, F.A.E.F. **Validação da escala de razão dos diferentes tipos de dor**. Rev Latino-am Enfermagem 2008, julho-agosto, 2008.

IBGE , 2008. “Doenças Crônicas mais recorrentes no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>>. Acesso em 7 nov, 2014.

KRELING, M.C.D., CRUZ, D.A.L.M., PIMENTA, C.A.M. **Prevalência de dor crônica em adultos**. Rev Bras Enferm, jul-ago; p.59, 2006.

LIPHAUS B.L. et al. Manifestações osteoarticulares nas doenças não Reumatológicas. Pediatria, São Paulo, 2001.

MELGAÇO, S.S.C. et al. “Nefrotoxicidade dos anti-inflamatórios não esteroidais”. **Medicina**. Ribeirão Preto, p. 382, 2010.

MERSKEY, H. **Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. Pain. P. 15-17, 1986.

MERSKEY, H., BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. Seattle. 2º ed: IASP Press, 1994.

OLIVEIRA, J.T. **ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DAS SÍNDROMES DE DOR CRÔNICA**. Arq Neuropsiquiatr, n.58, p. 360-365, 2005.

SANTOS, C.C.etal. **Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica**. ACTA FISIATR. P. 75-82, 2006.

SBH – SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. 2014. Disponível em: www.sbh.org.br/medica/noticias-globo.asp. Acesso em 7/11/14

SILVA, M. C.; FASSA, A.C.G.; VALLE, N.C.J.. **Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 1-12, 2004.

SOUSA F.F., SILVA, J.A. **A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos**. Revista DOR. P.469-513, 2005.

VALE, N. **Desmistificando o Uso da Dipirona**. In: Cavalcanti, I.L., Cantinho, F.A.F., Assad, A. Medicina perioperatória. 2006.

