

A UTILIZAÇÃO DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA OS IDOSOS COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



FLAVIA GUILHERME GONÇALVES ZIEGLER
MARCOS APARECIDO SARRIA CABRERA



Se eu pudesse eu pegava a dor,
colocava dentro de um envelope e
devolvia ao remetente.

Mário Quintana

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Autoras

Flavia Guilherme Gonçalves Ziegler
Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica -
Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. José Henrique de Goes

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino

Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Marcos Pereira dos Santos

Faculdade Rachel de Queiroz

Prof.º Me. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Ma. Sílvia Apª Medeiros Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Sílvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda

Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2021 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de responsabilidade de seus autores.

Z662 Ziegler, Flavia Guilherme Gonçalves

A utilização de tratamentos não farmacológicos para os idosos com dor crônica musculoesquelética na atenção primária à saúde. / Flavia Guilherme Gonçalves Ziegler, Marcos Aparecido Sarria Cabrera. -- Ponta Grossa: Aya, 2021. 42 p. -- ISBN:978-65-88580-34-9

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

DOI 10.47573/aya.88580.1.10

1. Dor - Tratamento. 2. Idosos – Cuidado e tratamento I. Cabrera, Marcos Aparecido Sarria Cabrera. II. Título

CDD: 613.043

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

**International Scientific Journals Publicações
de Periódicos e Editora EIRELI
AYA Editora©**

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150



Se, na verdade, não estou no mundo
para simplesmente a ele me adaptar,
mas para transformá-lo;

Se não é possível mudá-lo em um
certo sonho ou projeto de mundo, devo
usar toda possibilidade que tenha não
apenas para falar de minha utopia,
mas participar de práticas com ela
coerentes.

Paulo Freire

Apresentação

A presente obra é uma parte da tese de doutorado, a qual foi orientada pelo Dr. Marcos Cabrera. O intuito é o de construir uma base conceitual sobre a dor crônica e como ela se dá na vida do idoso, especialmente no idoso residente em território brasileiro, o qual é regido por um sistema de saúde universal.

Apesar de os estudos da dor estarem, predominantemente, relacionados ao campo da biomedicina – a qual visa a compreensão e a análise dos aspectos neurofisiológicos do diagnóstico, da investigação e do tratamento (BENDELOW; WILLIAMS, 1995), sabe-se que a dor também é uma experiência complexa, influenciada e percebida de acordo com o contexto sociocultural e o comportamento de quem a vivencia (CALLISTER, 2003).

Portanto, esse referencial busca não apenas focar nos aspectos biológicos, mas também em aspectos que demonstrem como a experiência da dor pode interferir na autoeficácia dos idosos.

Neste livro não abordamos as inúmeras possibilidades de tratamento multidisciplinar existentes, pois, por ser parte do referencial de uma pesquisa, nos limitamos aos profissionais do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica atuantes em um município do Estado do Paraná.

Queremos agradecer aqui todos os que direta e indiretamente possibilitaram a construção dessa obra: os idosos das Unidades Básicas de Saúde, motivos da inquietação para que o estudo fosse realizado; nossos familiares, que foram compreensíveis nos momentos de ausência; ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e à Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

Que possamos avançar, dentro do Sistema Único de Saúde, nos cuidados das pessoas que sofrem com dor crônica musculoesquelética, dedicando especial atenção aos idosos da comunidade.

Flavia Ziegler

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
TRATAMENTOS NÃO INTERVENCIONISTAS PARA A DOR CRÔNICA	15
A AUTOEFICÁCIA	19
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30
ÍNDICE REMISSIVO	39
SOBRE OS AUTORES	41

INTRODUÇÃO

A dor está historicamente presente na vida do ser humano e é considerada um dos grandes desafios da ciência, devido às suas múltiplas implicações, pois, após cumprir o seu papel biológico como sinal de alerta, a dor não deveria ser causa de sofrimento desnecessário (MATOS, 2012).

Considerada como uma das maiores causas de procura médica (LATINA, 2013), estima-se que 80% da população mundial procure algum sistema de saúde por esse motivo (KERNS *et al.*, 2003). Ao avaliarem um sujeito com dor aguda, os profissionais de saúde devem ser bastante cautelosos, afinal a falta de diagnóstico e tratamento adequado nesta fase pode favorecer a cronicização da dor e o agravamento de sua apresentação clínica (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007).

Por muitos anos, a definição de dor mais aceita e utilizada, de acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP, 1979), foi: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. No entanto, em 2018, iniciou-se um movimento para revisão dessa definição, a qual, em 2020, passou a vigorar como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SBED, 2020). No entanto, apesar de essa nova definição procurar abranger tanto dor aguda, quanto dor crônica, é importante ressaltar que as características diferenciadas da dor crônica também movimentaram uma revisão, com nova classificação desse tipo de dor, a qual será utilizada a partir da próxima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (RIEF *et al.*, 2010).

A nova classificação para a cronicidade da dor foi dividida em 7 grupos (SMITH *et al.*, 2019):

- 1) dor crônica primária;
- 2) dor oncológica;
- 3) dor pós-traumática e pós-operatória crônica;
- 4) dor neuropática crônica;
- 5) cefaleia crônica e dor orofacial;
- 6) dor visceral crônica;
- 7) dor musculoesquelética crônica.

A dor crônica se apresenta como uma experiência complexa e multidimensional envolvendo componentes comportamentais, afetivos, sociais, cognitivos e de crenças (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012), além de ter duração persistente ou recorrente num período acima de três meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

Com o envelhecimento populacional, haverá um aumento da prevalência de doenças musculoesqueléticas e do número de pessoas com incapacidades (MIRANDA; MENDES e SILVA, 2016). No Brasil, estima-se que a dor crônica acometa entre 29,7% e 62,2% dos idosos (DELLAROZA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2015).

Nos últimos, anos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) evidenciaram que a doença crônica de coluna é uma das principais causas de incapacidades e que, com o passar dos anos, há aumento dessa prevalência, principalmente nos indivíduos acima de 60 anos, de ambos os sexos (BARROS *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

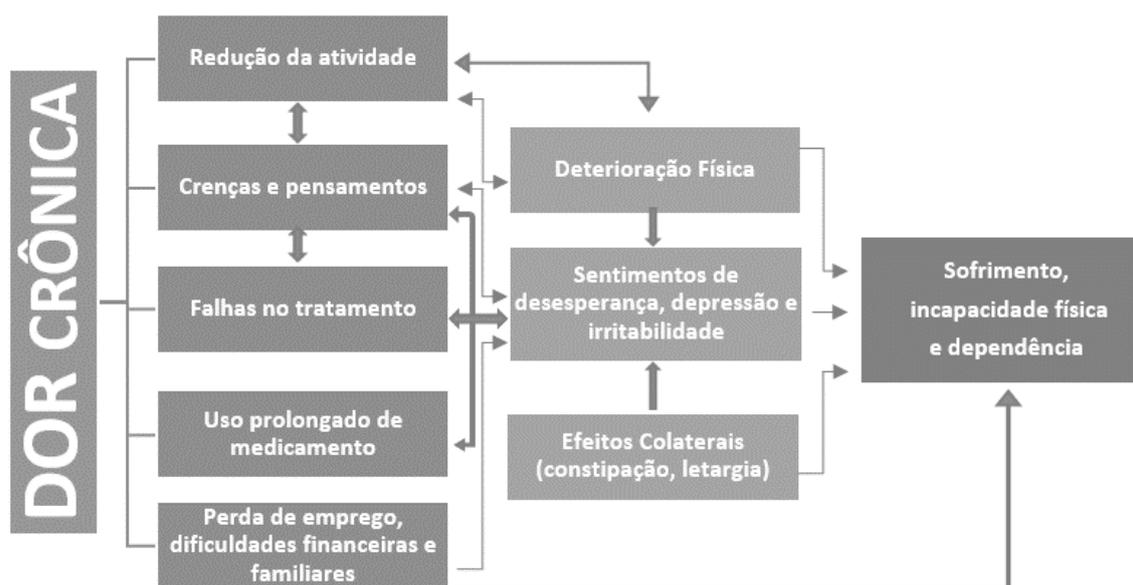
Do ponto de vista sanitário e social, as dores crônicas musculoesqueléticas produzem um impacto considerável, tanto nos custos diretos com o tratamento, com consultas e exames diagnósticos, como nos indiretos, com as licenças e os afastamentos do trabalho (LÁZARO *et al.*, 2014), além disso, essas dores crônicas provocam demanda alta e recorrente por serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No Brasil, em 2012, por meio da Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012, foi elaborado o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, para direcionar estados e municípios no manejo e na regulação dos indivíduos com esse agravo, atualizando os conceitos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses indivíduos (BRASIL, 2012).

Embora o alívio da dor faça parte de um direito fundamental à saúde, nota-se que muitas pessoas com dores crônicas enfrentam problemas socioeconômicos, seja por maiores dificuldades em trabalhar e gerar renda, como também por necessitarem arcar com os custos relacionados aos fármacos, aos procedimentos e aos exames solicitados, os quais muitas vezes não estão disponíveis pelo serviço público de saúde ou, quando disponíveis, não são ofertados no momento oportuno.

Não obstante, durante a experiência da dor, algumas pessoas podem ter seus comportamentos alterados, interferindo em suas atividades rotineiras (NARDI; CROSATO; BIAZEVIC, 2006). Cada indivíduo responde diferentemente a um estímulo doloroso; a incapacidade e o sofrimento causados pela dor crônica podem ser influenciados por questões subjetivas, cognitivas, afetivas e sociais (SARDÁ JÚNIOR, 2015) (Figura 1).

Figura 1: Fatores que influenciam a dor crônica



Fonte: Sardá Júnior, 2015

A prática da medicina é uma parte da sociologia e um produto de fatores sociológicos. Ainda não estamos conscientes disso, nem das inúmeras perspectivas e desdobramentos que essa visão integral pode proporcionar (SINGER, 1940)

A dor crônica nos idosos é considerada um desafio para os serviços de saúde, onde ainda se encontram muitos casos subdiagnosticados e subtratados (BERSANI; MORAES; SANTOS, 2016). Para o seu manejo, é fundamental o apoio de uma equipe multidisciplinar, pois, além de envolver componentes biológicos, psicológicos e sociais (GATCHEL *et al.*, 2014), o tratamento é realizado por meio de medidas não intervencionistas (terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas) (SANTOS; SANTOS, 2016) e medidas intervencionistas (procedimentos como bloqueios, radiofrequência, liberação de fármacos por neuroestimulação) (MINSON; MORETE; MARANGONI, 2015).

CLASSIFICAÇÃO E FISIOLOGIA DA DOR CRÔNICA

A dor crônica pode ser definida como uma dor persistente ou recorrente com duração acima de 3 meses (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

As fases que produzem a dor podem ser divididas em quatro: a primeira é a nocicepção, em que acontece a modulação e a percepção de estímulos da dor; a segunda, a transmissão da dor, representada pelas fibras A δ , de menor calibre, com velocidade mais rápida, as quais geralmente conduzem a dor aguda e, as fibras C, amielínicas, com velocidade mais lenta de condução da dor crônica, sendo que ambas são projetadas da periferia para o corno dorsal da medula, dos tratos espinhais até o córtex (BAEHR; FROSTCHER; DUUS, 2015). A terceira fase seria a de modulação pelas vias nervosas da medula vertebral; e, por fim, a quarta é a percepção quando a medula transmite sinal de dor para o córtex (RASTOGI; MEEK, 2013).

Os nociceptores são terminações nervosas livres, especializadas em receber os estímulos potencialmente nocivos. Podem ser encontrados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo (SAVARESE; SANTANA, 2015; MORETE; ROSSATO, 2015). Eles podem ser classificados como específicos para estímulos térmicos e mecânicos, sendo conduzidos pelas fibras A δ , ou polimodais, que respondem a estímulos mecânicos, químicos ou térmicos de intensidade nociva, conduzidos pelas fibras C (LENT, 2010).

Como existem vários receptores e neurotransmissores durante em toda essa via da percepção da dor, qualquer alteração nesses processos é alvo para seu manejo. Por isso, a dor pode ser classificada de acordo com os mecanismos fisiopatológicos: dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto.

A dor crônica nociceptiva provém de uma estimulação prolongada quando o mecanismo de recepção e transmissão central ocorre de forma adequada, mas o estímulo contínuo faz com que a dor persista (LEMOS, 2007). Pode estar associada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares (BENNET *et al.*, 2006) e, geralmente, para o alívio desse tipo de dor, são prescritos analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

Já a dor crônica neuropática decorre de uma lesão ou disfunção neural em qualquer região do sistema nervoso, seja o periférico, o central ou o autonômico. Pode estar relacionada ao dano de nervos periféricos com mecanismos de compressão – da bainha de mielina a alterações na neuroplasticidade (LEMOS, 2007) –, assim como pode ser desencadeada por mecanismos de respostas inflamatórias, como na degeneração discal (BARON; BINDER, 2004). Além disso,

essa dor tem pouca resposta aos analgésicos convencionais (KESSLER,2017), porém responde a tratamentos com antidepressivos e anticonvulsivantes (BARON; BINDER, 2004).

Por fim, na dor mista, há o envolvimento de diferentes mecanismos dos componentes da dor, tanto nociceptivo quanto neuropático (BARON; BINDER, 2004).

Diante disso, distinguir os diferentes tipos de dor não é simples, afinal, o sistema de dor não é estático e muda de forma dinâmica e imprevisível sempre que é ativado (SCHESTATSKY, 2011). Ressalta-se, por fim, que fatores sensoriais e afetivos podem apresentar maior influência na percepção da dor crônica de indivíduos geriátricos (SANTOS *et al.*, 2006).

A DOR NO IDOSO

O aumento da expectativa de vida populacional traz consigo o aumento da prevalência de doenças crônicas e das dores. Estudos apresentam o aumento da prevalência de dor crônica na população acima de 60 anos, variando entre 51% e 67%, sendo as dores musculoesqueléticas as mais comuns (VALERO; FARIA; LUCCA, 2016).

A doença articular mais prevalente entre os idosos é a osteoartrite (SANTOS; SANTOS, 2016), sendo que sua localização mais frequente é percebida em membros inferiores, seguida por região lombar (PEREIRA *et al.*, 2014), com maior incidência entre as mulheres, o que causa importantes alterações na mobilidade e na funcionalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A dor crônica proporciona ao idoso uma situação de fragilidade, caracterizada por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição de reservas de energia (VALERO; FARIA; LUCCA, 2016). Essa condição, na maioria das vezes, faz com que os idosos dependam de outras pessoas para realizarem as atividades do cotidiano, reduzindo sua autonomia e, principalmente, sua independência.

Com o correr dos anos, o organismo apresenta diversas modificações do sistema nervoso, as quais alteram a anatomia e a fisiologia nociceptiva (MIGUEL, 2015). Essas características, entre as várias condições comuns aos idosos, podem levar ao tratamento inadequado da dor crônica. Neste contexto, observa-se a polifarmácia, a piora do condicionamento físico, um processo de reabilitação mais lento, além de disfunções cognitivas e nutricionais (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes a realização de atividades da vida diária (RASTOGI; MEEK, 2013), bem como limitando sua capacidade de participação na comunidade e reduzindo a interação e o convívio social – situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida (CELICH; GALON, 2009). Os idosos poderão, ainda, desenvolver baixa autoestima, a qual poderá levá-los a sofrimentos psíquicos, maior isolamento e sensação de incapacidade funcional (OLIVEIRA, 2017).

Além disso, Good *et al.* (1994) observam que a experiência da dor crônica não interfere somente na vida de quem a sente, mas também em todo o universo social da pessoa, afetando a vida de toda a família, dos amigos mais próximos, do cuidador, entre outros. Reconhecendo que essa condição modifica sua dinâmica social, muitos idosos trazem em sua vivência álgica a atitude de suportar a dor, de não a manifestar ou de fazê-la de modo contido e controlado (BER-

NARDES; LIMA; PAULINO, 2010), impedindo, muitas vezes, de se obter o tratamento adequado.

OS CUSTOS COM A DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

O aumento da população idosa está associado ao aumento da demanda por serviços e dos gastos com cuidados em saúde (COLET; BORGES; AMADOR, 2016). Na dor crônica, pode-se considerar como custos diretos aqueles relacionados às consultas, aos medicamentos, aos exames complementares, aos procedimentos (fisioterapia, orientação nutricional, psicoterapia) e à internação (VLAINICH *et al.*, 2010). Custos indiretos, aqueles caracterizados pela perda de capacidade produtiva, em consequência da morbidade, e, por fim, custos intangíveis, aqueles associados à dor e ao sofrimento – sendo os mais difíceis de quantificar e avaliar, pois consideram a qualidade de vida dos indivíduos (ROBERTSON; LANG; HILL, 2003).

Os custos com a dor crônica são significativos para pacientes, serviços de saúde e sociedade (PHILLIPS, 2009). É importante considerar que os gastos em saúde envolvem as tomadas de decisões ocorridas nos três níveis dos sistemas de saúde: macro (política), meso (administrativo) e micro (prática clínica) – neste se verificando a alocação de recursos feitas por profissionais de saúde ao nível individual do paciente (LESSARD; CONTANDRIOPOULUS; BEAULIEU, 2009).

No Reino Unido, aproximadamente, 4,6 milhões de consultas anuais na atenção primária foram realizadas por pessoas com dor crônica, ao custo de 69 milhões de libras esterlinas. Neste contexto, foi verificada a existência de tratamentos ineficazes e gastos com tratamentos desnecessários (BELSEY, 2002). Dessa forma, é preciso que melhores decisões sejam aplicadas na clínica individual, na atenção primária, não somente para melhorar a relação custo-eficácia das abordagens, afinal é o profissional que definirá os tipos e os recursos que serão utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), bem como promoverá integralidade e equidade nos cuidados (KANAVOS; TRUEMAN; BOSILEVAC, 2000).

A utilização de terapêuticas não farmacológicas, como a fisioterapia, em diversas condições algicas, pode reduzir não apenas a necessidade de procura pelos serviços de saúde como também os custos relacionados com o tratamento das dores (FRITZ *et al.*, 2012; LIU *et al.*, 2018).

A avaliação de custo-efetividade do manejo da dor crônica por equipes multidisciplinares ainda é incerta. No entanto, estudos apontam associação com a melhora da dor, funcionalidade, qualidade de vida, ansiedade e depressão (CADTH, 2019). Além disso, a abordagem multidisciplinar se mostra superior ao ser comparada com a utilização do tratamento farmacológico de forma isolada (MACHADO *et al.*, 2015). Não obstante, a referida abordagem também auxilia na redução das prescrições medicamentosas (CADTH, 2017).

Algumas diretrizes sugerem que a abordagem multidisciplinar seja direcionada para algumas situações específicas, como para aqueles pacientes com dor sem melhorias nos cuidados primários e para aqueles que, mesmo usando opioides, não tiverem redução da dor (BUSSE, 2017; CADTH, 2019).

A necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para as pessoas com dor crônica não está simplesmente na racionalidade de se pensar nos impactos econômicos inerentes que essa condição traz, mas sim em poder aliviar o imenso sofrimento humano por ela causado (COUSINS; BRENNAN; CARR 2004).

DOR NO IDOSO SOB A ÓPTICA DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao considerar os princípios e as diretrizes do SUS, depara-se com as bases de funcionamento e organização do sistema nacional de saúde, levando em conta a concepção ampliada de saúde, a qual não resume o SUS à prestação de serviços assistenciais, mas reforça seu papel constitucional pela garantia da saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, CF, Art. 196). Os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade conferem a legitimação desse sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2009)

A dor e o idoso são objetos frequentes de análise no campo da saúde coletiva; no entanto, ainda é preciso compreender melhor a organização do modelo assistencial, para que se possa produzir o adequado acolhimento e o diálogo com o idoso que vivencia a dor, pois o atual modelo ainda privilegia o cuidado da doença como processo em detrimento da doença como experiência, descuidando, assim, da singularidade existente em cada caso (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015). Dessa forma, ao atenderem o idoso, os profissionais precisam atentar-se a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 1999).

De modo geral, a busca por serviços de saúde devido as dores crônicas é bastante significativa entre a população geriátrica (DELLAROZA *et al.*, 2013) e, além disso, bastante custosa, não só devido à alta demanda, mas também pela necessidade de exames complementares, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e, quando imprescindível, internação (MALTA *et al.*, 2017).

Para que o acesso universal se concretize para os idosos com dor crônica que dependam exclusivamente do serviço público de saúde, é imperativo que, na falta de determinado tratamento no serviço na rede pública, ele seja oportunizado, por meio de convênios ou contratos estabelecidos pelos gestores municipais, estaduais e federais (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Muitas vezes o acesso é dificultado por inúmeros entraves, entre eles o déficit de recursos humanos, condição fundamental para a garantia do acesso universal, (OLIVEIRA *et al.*, 2017) ou o financiamento insuficiente e desigual, entre outros (CAMPOS, 2006). No entanto, na busca pelo tratamento da dor, verifica-se a utilização tanto do serviço público quanto do privado, sendo que a clientela deste acaba sendo privilegiada com acesso aos dois sistemas, o que dificulta a viabilização da equidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2012; SOUSA, 2014).

Ao se deparar com o idoso que busca cuidados em saúde, é importante que o profissional realize uma escuta ativa e proporcione um diálogo profícuo para identificar qual a principal demanda relacionada à dor que ele apresenta:

Os velhos procuram os serviços quando sentem algo; como o sistema de saúde cuida dos velhos quando não há sintomas que configuram o sentir do corpo? Para ser merecedor de cuidado o velho necessariamente precisa reclamar dor? Se para os idosos e para os profissionais que eles consultam a dor é parte da velhice, como o sistema de saúde cuida dos velhos cujos corpos doem? (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2015)

Neste sentido, ressalta-se a importância de uma abordagem que compreenda as questões subjetivas desse idoso e considere a integralidade da atenção como potente ferramenta de

produção do cuidado e resolutividade. Para isso, sugere-se que haja responsabilização entre todos os envolvidos no manejo da dor, sejam gestores, equipes de saúde, idosos e familiares – no intuito de propor uma resposta às dores, às angústias, aos problemas e às aflições (SANTOS, 2016).

De acordo com Mattos (2004), existem três maneiras de compreender o sentido da integralidade; a primeira, seria a relacionada às respostas governamentais a certos problemas de saúde; a segunda seria em relação à organização dos serviços; e a terceira sobre as práticas de saúde – sendo, esta última, a que deve levar em consideração o contexto específico onde se realiza cada encontro com o idoso com dor. Dessa forma, a abordagem integral deve permear a interação entre profissional de saúde e idoso, levando em consideração os aspectos subjetivos e objetivos, além dos múltiplos saberes presentes nesses encontros (PINHEIRO, 2006).

Além disso, é basilar que os serviços públicos de saúde não só se apresentem em quantidades adequadas, mas que, de forma articulada em redes de atenção, sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2013). Apesar dos avanços já alcançados desde a sua implantação, o “SUS possível ainda está longe do SUS necessário” (SOUZA, 2009).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DIALÓGICA DE APOIO AOS IDOSOS COM DOR CRÔNICA

A utilização dos serviços de saúde é caracterizada como um processo resultante da interação entre o indivíduo que busca por cuidados – o qual será influenciado por suas necessidades e características sociodemográficas – e o profissional que o insere no sistema de saúde, que dependerá da organização de recursos disponíveis e do tipo de sistema de saúde ofertado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Por isso, no intuito de se estabelecer uma melhor comunicação profissional-usuário, os profissionais da Atenção Primária em Saúde precisam conhecer o perfil dos idosos que frequentam o serviço, as suas necessidades, a disponibilidade de serviços existentes para suprir a demanda observada e os resultados obtidos com as ações realizadas. Não é suficiente que os idosos apenas adentrem aos serviços de saúde pela APS, mas é fundamental que eles possam ter a continuidade dos tratamentos propostos, a fim de alcançarem aquilo que procuram, no caso, o alívio da dor (ANDERSEN, 1995).

A APS é conhecida pela sua função de ordenadora das redes de atenção e resolutividade dos casos, pois, entre as suas atribuições, está a de equilibrar a técnica e o processo comunicativo, a qual apresenta grande potencial para interferir no tempo de espera e na capacidade de resposta do sistema (BARBOSA *et al.*, 2013; BRASIL, 2015).

Porém, embora regida com essa intencionalidade, muitas vezes, desconhece-se o perfil e as questões socio sanitárias dos idosos; antes, se preocupam por obter apoio diagnóstico de média e alta complexidades, esquecendo de seu potencial resolutivo e deixando de incluir esse indivíduo como protagonista do seu processo de promoção da saúde, cura e reabilitação (OLIVEIRA, 2011).

Além disso, também é preciso estabelecer com os pacientes uma relação dialógica do cuidado prestado nos diversos pontos da rede de atenção, os quais, ao provocar uma reflexão

sobre as suas vivências, seus limites e suas possibilidades, podem proporcionar uma participação mais ativa, consciente e efetiva no controle da dor (OLIVEIRA, 2011).

Não obstante, independentemente do ponto da rede em que o idoso esteja inserido para acompanhamento da dor, a sua relação de cuidado na APS não deve ser interrompida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A longitudinalidade do cuidado é uma fonte regular da atenção, em que há relação humanizada e de confiança entre equipe de saúde, indivíduos e famílias ao longo do tempo, que considera aspectos relacionados não somente à doença, mas também à saúde, sendo capaz de reduzir os encaminhamentos desnecessários para especialistas (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Ainda que haja problemas relacionados com a oferta e demanda por serviços de saúde (BRASIL, 2015), a proposta de diálogo entre os serviços, os pacientes e a família continua como um suporte necessário para auxiliar os idosos com dor.

TRATAMENTOS NÃO INTERVENCIONISTAS PARA A DOR CRÔNICA

Na época medieval, para tratar a dor, foi recomendado o uso de hissopo, absinto, calaminto, anis, funcho, nardo, cana aromática, mel e rosas e enfatizada a importância dos exercícios (PEARN, 2013).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A proposta de tratamento farmacológico preconizada pela Organização Mundial de Saúde sugere a utilização da Escada Analgésica, ou seja, para a dor de baixa intensidade, administra-se um analgésico não opioide e um anti-inflamatório não esteroidal (primeiro degrau); para a dor de moderada intensidade, analgésico associado a um opioide fraco (segundo degrau); e, para dor intensa, indica-se opioides fortes, como morfina e oxicodona (terceiro degrau) (OMS, 2015).

Não obstante, pode ser necessário incluir drogas adjuvantes, como antidepressivos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, neurolépticos, entre outras, as quais podem ser associadas a qualquer degrau ou utilizadas isoladamente para o melhor manejo da dor (SBGG, 2018; KARP *et al.*, 2008).

Ao acompanhar o idoso com dor crônica, é preciso ponderar que a terapêutica farmacológica pode sofrer alterações devido às alterações fisiológicas e farmacodinâmicas da senilidade, sem descuidar das comorbidades e da polifarmácia (OLIVÊNCIA *et al.*, 2018).

Dessa forma, para melhor indicação medicamentosa, é indispensável conhecer o mecanismo de ação de cada droga, suas interações medicamentosas, seus sinergismos e seus efeitos colaterais. Além disso, após iniciar o tratamento, é preciso reavaliar o idoso, pois, caso a dor persista ou piore, é indicado aumentar a dose da medicação já utilizada ou subir um degrau na escada analgésica (SBGG, 2018).

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Além do tratamento farmacológico, a abordagem não farmacológica, multidisciplinar, é altamente recomendada e deve fazer parte do rol de possibilidades para o melhor acompanhamento do idoso com dor crônica (MAKRIS *et al.*, 2014). A adoção dessa terapêutica pode, inclusive, contribuir para a redução das doses de analgésicos, diminuindo os riscos de seus efeitos colaterais (BERSANI; MORAES; SANTOS, 2016; SBGG, 2018).

Evidências apontam que as terapias não farmacológicas são seguras, podem reduzir a dor e melhoram a funcionalidade dos indivíduos (ABDULLA; ADAMS; BONE, 2013). No entanto, o encaminhamento e a utilização de tratamento não farmacológico dependerão não somente do profissional prescritor, como também da disponibilidade, da acessibilidade e das preferências do idoso por esse tipo de abordagem (MAKRIS *et al.*, 2014).

FISIOTERAPIA

No campo de saberes da saúde, a fisioterapia tem o intuito de prevenir, tratar e reabilitar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas e, conseqüentemente, promover o bem-estar individual e coletivo do ser humano, exercendo, assim, um papel importante na reinserção do indivíduo em seu contexto social (MAGALHÃES; SOUSA, 2004).

Uma das principais causas de encaminhamentos do idoso para fisioterapia é a osteoartrite, pois esta produz dor, rigidez, perda da mobilidade e desalinhamento articular, promovendo fraqueza muscular, fadiga e redução da resistência cardiovascular, bem como alterações da marcha e do equilíbrio (UTGMAN *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O profissional fisioterapeuta é um dos componentes da equipe multidisciplinar que auxilia no manejo da dor crônica. Sua contribuição para redução das limitações funcionais e da sintomatologia da dor do idoso se dá por meio da cinesioterapia, contemplando exercícios aeróbicos, alongamentos, fortalecimento, terapia manual, terapias analgésicas combinadas com recursos da eletrotermofototerapia (MARTINS, 2017).

O arcabouço de técnicas fisioterapêuticas permite ganhos de força muscular e amplitude de movimento articular, aprimoram a marcha e o equilíbrio, além de promover melhor resistência à fadiga e redução de processos inflamatórios (WIBELINGER *et al.*, 2013; BARDUZZI *et al.*, 2013). Além disso, o fisioterapeuta atua com a correção postural e solicita órteses, com objetivo de aliviar as dores mioarticulares – por estabilização, contenção e realinhamento articular –, que previnem desconfortos causados tanto pela dor, quanto pelo imobilismo (SANTOS; SANTOS, 2016; TUTIYA; MOTTA; SANTOS, 2016).

Diante dos efeitos deletérios do sistema musculoesquelético gerados pelo envelhecimento, o exercício físico tem o papel de preservar a independência funcional dos idosos com doenças crônico-degenerativas, promovendo melhora de sua qualidade de vida e do seu bem-estar físico, mental e social (ALCALDE; PIANNA; ARCA, 2017). O exercício físico é considerado um tratamento clínico eficaz para a redução da dor (OLIVEIRA; CAMPOS; DAHER, 2014; LAW; SLUKA, 2017).

Não obstante, para a prescrição do exercício, deve-se realizar a avaliação e deve-se

estabelecer uma boa comunicação entre paciente e terapeuta, pois é importante explicar que, apesar da dor, o exercício será planejado e realizado de acordo com as especificidades de cada um (OLIVEIRA; CAMPOS; DAHER, 2011), tendo em vista que é a partir das limitações que se estabelecerão as metas terapêuticas. De acordo com Vicente (2016), as primeiras sessões devem ser de baixa intensidade, sendo gradualmente aumentadas de acordo com os progressos conquistados.

No Brasil, o serviço de fisioterapia disponível para o acompanhamento dos idosos com dor crônica se dá, pelo SUS, principalmente, na Atenção Primária em Saúde, por meio do Núcleos Ampliados de Saúde da Família – os quais realizam atividades de promoção, prevenção e educação em saúde (DIBAI; ALVEIRO, 2012) – e nos serviços ambulatoriais (públicos, conveniados ou contratados), destinados a condições que necessitem de acompanhamento mais sistemático (COUTINHO, 2013).

PSICOTERAPIA

Os fatores psicológicos, relacionados às emoções dos pacientes, podem desencadear significativo impacto na experiência da dor vivida por eles devido ao medo, à insegurança e à ansiedade diante da sintomatologia dolorosa, além das circunstâncias e do momento de vida de cada idoso (KERNKRAUT; VIDAL; MACHADO, 2015).

A cronicidade da dor pode provocar aumento do sofrimento psíquico e prolongamento da experiência dolorosa (THIBAUT *et al.*, 2008). Uma das queixas mais comuns do idoso com dor crônica é a interrupção da execução de suas atividades de vida diária, fazendo-o sentir-se incapaz, desmotivado e desconfortável com o rearranjo social que a dor lhe impõe. Da mesma forma, apresenta-se frustrado e desamparado em função da busca por cuidados médicos que possam aliviar suas dores (LAW *et al.*, 2019).

Na literatura, há diversos fatores que indicam a necessidade de uma pessoa com dor crônica ser encaminhada para o serviço de psicologia (SIQUEIRA; MORETE, 2014), como: baixa adesão ao tratamento, resistência a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, presença de fatores comportamentais (evitação, catastrofização, tabagismo, sedentarismo) e emocionais (ansiedade, depressão, raiva) (WHITE, 2010), podendo ainda ter ideação suicida, sintomas psicóticos ou abuso de fármacos (KOESTLER, 2010).

Por isso, as intervenções psicológicas para dor crônica abordam uma diversidade de domínios, como a funcionalidade física, o uso de medicamentos, o humor, os padrões cognitivos e a qualidade de vida. Ao abordar esses fatores, as mudanças na intensidade da dor podem ser obtidas secundariamente (WILLIAMS; ECCLESTON; MORLEY, 2012).

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

Dentre as alterações observadas em decorrência do envelhecimento estão a redução da altura e da massa corporal magra, o acúmulo da gordura visceral e a diminuição da quantidade de água no organismo (KUMPEL *et al.*, 2011). Além disso, uma das condições prevalentes que acomete o idoso é a osteoartrite, sendo a obesidade um de seus fatores desencadeantes (SANTOS; SANTOS, 2016). Estudos demonstram que adultos com sobrepeso e obesidade estão mais susceptíveis a ter dores crônicas do que aqueles com peso normal (STONE; BRODERICK,

2012).

Muitos idosos reconhecem e temem que o excesso de peso prejudique ainda mais as suas articulações e, portanto, piore suas dores (COOPER *et al.*, 2017). Nessas situações, indica-se a redução de peso para auxiliar no controle e alívio da dor. No entanto, no caso dos idosos, é importante que a restrição alimentar não cause a perda de nutrientes essenciais e de massa muscular, evitando a sarcopenia (NISHIYAMA; CRUZ; NAJAS, 2016).

Sabe-se que muitas disfunções musculoesqueléticas podem ser atenuadas e tratadas também com medidas nutricionais (BRIOSCHI *et al.*, 2006). Dentro das abordagens, existe a nutrição funcional, a qual propõe ações para auxiliar no tratamento coadjuvante da dor musculoesquelética e inflamatória, ampliando o escopo da abordagem multidisciplinar e da eficácia terapêutica (BRIOSCHI *et al.*, 2009).

Uma dieta anti-inflamatória pode contribuir para a redução da prevalência de muitas das doenças crônicas associadas à dor, como diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, podendo, inclusive, modificar a experiência da dor (TICK, 2016). Ressalta-se, diante disso, a importância de uma avaliação nutricional para que os alimentos de escolha favoreçam não somente a redução de peso, mas também o alívio das dores.

EDUCAÇÃO EM DOR

A abordagem da educação em dor, nesta seção, não tem o intuito de explorar a dimensão e a complexidade que essa temática traria, *per se*, envolvendo desde os conhecimentos mais básicos sobre a dor até a grade curricular (SARDA JUNIOR, 2018), mas sim, abordá-la enquanto opção não farmacológica para o manejo da dor, pois muitos profissionais que lidam com a dor ainda a desconhecem.

A educação em dor tem o intuito de identificar como as percepções, os pensamentos e as crenças podem interferir no processo de alívio da dor de cada pessoa, procurando modificar comportamentos dolorosos (VALENTIM, 2017). Para isso, de forma acessível, são explanados os conceitos de neurofisiologia da dor, seus sintomas e fatores desencadeantes. Além disso, são incentivadas mudanças comportamentais, por meio de trabalhos relacionados à autoconfiança, à autoeficácia, à aceitação e à prática de exercícios (VALENTIM, 2017; SANTOS; SANTOS, 2016; BERSANI, 2018).

Neste sentido, a educação em dor, como proposta terapêutica que se alia a outras abordagens, tem sido utilizada em diferentes populações com dor crônica (MOSELEY, 2004). Os principais resultados obtidos com essa prática foram: melhor autocuidado (MITTITY, 2018), redução da ansiedade, da incapacidade, das restrições de movimento e da utilização dos serviços de saúde (LOUW *et al.*, 2016), valendo registrar, ainda, que essa prática possui baixo risco de efeitos adversos (GENEEN *et al.*, 2017).

De acordo com Teixeira e Yeng (2019), os profissionais que lidam com a dor, seja em unidades, clínicas ou centros especializados, necessitarão, de modo mais enfático, incorporar, ao manejo da dor crônica, programas voltados para a saúde mental, a reabilitação e a educação em dor, ou seja, para o melhor manejo da dor, é fundamental uma equipe multidisciplinar que saiba realizar educação em dor (IASP, 2018)

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), também conhecidas como Medicina Complementar (MC) ou Medicina Complementar Alternativa (MCA), são tratamentos conhecidos por serem ações de cuidados transversais, que podem ser realizadas na atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2020).

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, vinte e nove procedimentos, são eles: acupuntura, apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, crenoterapia, cromoterapia, dança circular, fitoterapia, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais e yoga (SANTOS *et al.*, 2018).

Em meio à diversidade de PIC existentes, a yoga (CRAMER *et al.*, 2013; GOODE *et al.*, 2016, a música (GARZA-VILLARREAL *et al.*, 2017), a acupuntura e a auriculoterapia (MOURA *et al.*, 2019; VICKERS *et al.*, 2018) podem ser adjuvantes ao tratamento da dor crônica, pois demonstram, por meio de revisões sistemáticas e metanálises, melhora da dor autorreferida, da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas. As demais PIC ainda carecem de mais estudos para demonstrarem seus mecanismos de ação e efeito nas pessoas com dores crônicas.

De forma geral, as PIC têm sido utilizadas como recurso terapêutico para o bem-estar global dos idosos (AZEVEDO *et al.*, 2015), melhorando não somente as dores, como também a autoestima, a capacidade funcional e a autonomia (AZEVEDO *et al.*, 2015; ROCHA; ARAÚJO; ROCHA, 2017).

A AUTOEFICÁCIA

A autoeficácia pode ser definida como a força das convicções que uma pessoa tem de poder executar determinada atividade obtendo o resultado esperado (BANDURA, 1978). Não se trata de crenças gerais sobre si, mas de crenças pessoais diante de situações específicas (SALVETTI, 2004). De acordo com Martinez-Calderon (2018), a autoeficácia pode funcionar como um potente mediador entre a dor crônica musculoesquelética e as relações de incapacidades estabelecidas, sendo considerada como um fator de proteção.

A saúde física e o bem-estar da população idosa estão ligados à autoeficácia, de modo que uma das formas mais convenientes para a manter os idosos ativos é a prática regular de atividade física. Por isso, é necessário ter cuidado e observar se há diminuição da realização de algo pelos idosos devido a julgamentos da sociedade na qual esses indivíduos estejam inseridos, a fim de se evitar fragilidade e vulnerabilidade que possam se mostrar presentes em algum momento (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDOSO, 2018).

Uma vida sedentária, sem a prática de hábitos saudáveis na juventude, leva a consequências que começam a ser vistas no envelhecimento, podendo resultar em algum tipo de incapacidade física e na perda da independência. Nota-se que a presença da família, por oferecer importante apoio social aos idosos, se torna uma grande facilitadora para uma vida mais ativa (SOUZA *et al.*, 2019). Além disso, o envelhecimento ativo influencia diretamente nas capacidades cognitiva e funcional e no estado emocional do idoso (CAMPOS, 2014).

Um aspecto frequentemente negligenciado é o humor, posto que afeta o indivíduo em seu estado emocional. O humor está diretamente ligado à percepção de autoeficácia do idoso, porque, quando bem-humorado, sua influência na autoeficácia será positiva e, quando o humor está reduzido, sua autoeficácia será baixa (MARTINEZ; MAGALHÃES; PEDOSO, 2018).

Por esse motivo, é importante que sejam reduzidas as emoções negativas sofridas por esse indivíduo, pois, muitas vezes, elas podem interferir na sua percepção acerca da autoeficácia e também de suas reais limitações físicas, julgando erroneamente suas capacidades funcionais (RABELO; CARDOSO, 2007).

A autoeficácia tem características ligadas ao esforço e à persistência que o idoso dispõe e essas particularidades farão com que ele tenha comportamentos que auxiliem a promoção da saúde e na obtenção de melhores resultados nos tratamentos de suas incapacidades (BANDURA, 2004).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Alguns instrumentos podem ser norteadores no momento de avaliar um idoso com dor crônica pelos profissionais. Existem inúmeras possibilidades, mas, para direcionar os profissionais da equipe de saúde, foram selecionados para este livro três deles:

O primeiro é o inventário breve da dor, validado para a língua portuguesa (TOLEDO; SOBREIRA, 2008), que caracteriza a localização, pelo diagrama corporal, a intensidade da dor, variando de zero a dez, em que de zero a quatro, a dor é considerada como leve, de cinco a sete como moderada e de oito a dez como dor intensa; a interferência da dor nas atividades diárias e, também nos relacionamentos e a eficácia do tratamento da dor nas últimas 24 horas (FERREIRA *et al.*, 2010; TAN *et al.*, 2003).

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

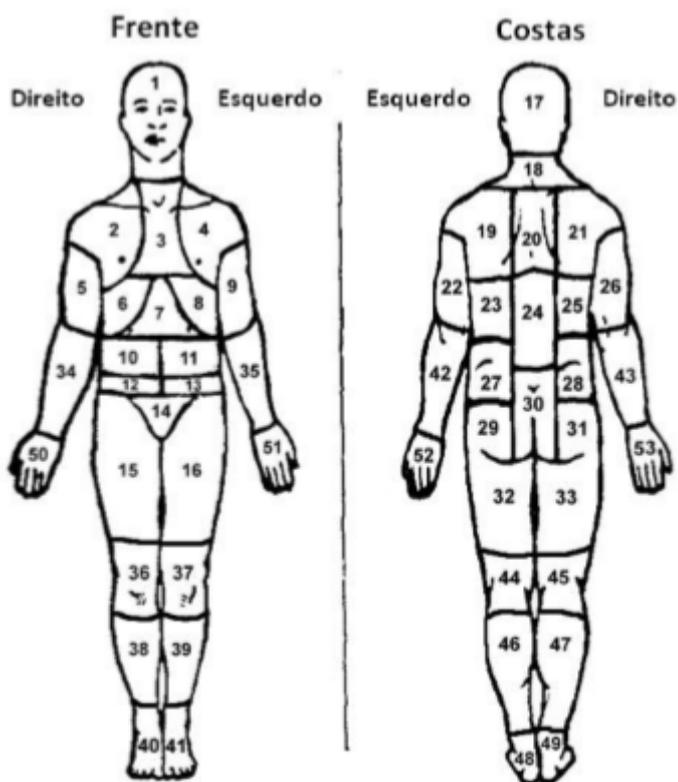
IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DA DOR

1. Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

Sim

Não

2. Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor e, onde a dor é mais intensa.



3. Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor possível 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

4. Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor possível 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

5. Circule o número que melhor descreve a média da sua dor

Sem dor possível 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

6. Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor possível 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

7. Quais os tratamentos ou medicações você está recebendo para a dor?

	Nome comercial	Princípio Ativo	Dose/ Frequência				Data início de uso
			Concen Tração	Comp. Por dia	Vezes por dia	S/N	
M1							
M2							
M3							
M4							
M5							

8. Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alívio completo

9. Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

9.1 Atividade geral

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.2 Humor

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.3 Habilidade de caminhar

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.4 Trabalho

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.5 Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.6 Sono

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

9.7 Habilidade de apreciar a vida

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

O segundo, o questionário para avaliação de dor neuropática utilizado foi o Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain (LANSS), validado e adaptado para o português (SCHESTATSKY *et al.*, 2011). Trata-se de um instrumento capaz de distinguir, com boa confiabilidade, uma dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto. A escala vai de 0 a 24 pontos e consta de duas seções: uma que explora os aspectos qualitativos e outra os aspectos sensitivos da dor. A dor nociceptiva corresponde a escores inferiores a 8 pontos; a dor mista a escores intermediários entre 8 e 16 pontos; e a dor neuropática a escores superiores a 16 pontos (BRASIL, 2014).

QUESTIONÁRIO DE LANSS

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR - Pense na dor que você vem sentindo na última semana. - Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM - Eu tenho este tipo de sensação com frequência[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO - Minha dor não afeta a cor da minha pele[0]

b) SIM - Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO - Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível[0]

b) SIM - Minha pele é mais sensível ao toque nesta área[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com muita frequência[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM - Eu tenho estas sensações com frequência[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico) A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) **ALODINIA** Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO - Sensação normal em ambas as áreas[0]

b) SIM - Alodinia somente na área dolorida[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas. Teste realizado com a agulha anexada ao martelo de Buck.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO - Sensação igual em ambas as áreas[0]

b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido[3]

SCORE: Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um score global. **SCORE TOTAL** (máximo 24)

Se o score for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente. Se o score for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

E, por fim, o terceiro instrumento seria para avaliar as crenças de autoeficácia, empregou-se a escala Chronic Pain Self-efficacy, validada para o português como Escala de Autoeficácia para Dor Crônica (SALVETTI; PIMENTA, 2005), a qual é composta por três domínios: a autoeficácia para controle da dor, com 5 itens; a autoeficácia para a funcionalidade, com 9 itens; e a autoeficácia para lidar com outros sintomas, com 8 itens.

Cada item é pontuado de 10 a 100 em uma escala Likert, em que cada domínio tem a sua pontuação somada e dividida pelo seu número de questões. Ao final, o escore pode variar entre 30 e 300 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a crença de autoeficácia (SALVETTI, 2004; MARTINEZ-CALDERON *et al.*, 2018).

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA DOR CRÔNICA

AUTOEFICÁCIA PARA O CONTROLE DA DOR (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir um pouco a sua dor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira no seu sono?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

4. Quanta certeza você tem de que consegue promover a redução pequena ou moderada de sua dor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma grande redução na sua dor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

AUTOEFICÁCIA PARA FUNCIONALIDADE (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponda a quanta certeza você tem de poder realizar tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor, considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam esforço extraordinário.

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

4. Realizar os trabalhos de cuidado de casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

5. Fazer compras no supermercado ou de roupas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

6. Participar de atividades sociais?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

8. Participar de atividades familiares?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para as donas de casa, favor considerar as tarefas de casa como as tarefas de trabalho)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM OUTROS SINTOMAS (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como fadiga e dor. Para cada pergunta, circule o número correspondente a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar a sua fadiga?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos, por exemplo: fadiga e dor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muita incerteza

Moderada certeza

Muita certeza

6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a dor leve ou moderada?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muita incerteza				Moderada certeza			Muita certeza		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse livro busca trazer a luz as possibilidades de utilização de abordagens não farmacológicas para a dor crônica musculoesquelética por idosos da comunidade.

Nesse ínterim, sabe-se das diversas características de como a dor crônica pode afetar esses indivíduos, tanto por questões relacionadas aos aspectos sociodemográficos, quanto por características da própria dor – como tipo, localização e intensidade. Não obstante, as crenças acerca da autoeficácia e do exercício físico para o alívio da dor também são fundamentais para a compreensão de como esses idosos aventam o tratamento não farmacológica como uma possibilidade.

A dor crônica, per si, é uma grande barreira aos cuidados de saúde de um idoso, pois envolve a quebra de diversos paradigmas. O primeiro deles seria a de que nem sempre medicação, exames e cirurgia podem, definitivamente, auxiliar no alívio da dor. Um outro ponto seria que, culturalmente, acredita-se que a dor faça parte do envelhecimento e, portanto, é preciso conviver com ela. Ambas as situações limitam a busca e a adesão a outros tipos de tratamentos existentes.

Assim, diante de um idoso com dor crônica, o papel do profissional de saúde é, primeiramente, o acolhimento, proporcionando uma escuta ativa e humanizada e, então, de direcionamento para outros profissionais ou pontos da rede de atenção à saúde, sem perder de vista a longitudinalidade do cuidado.

A atenção primária, por ser mais próxima da residência do idoso, muitas vezes é o local de primeiro contato para o tratamento da dor. Por isso, é imprescindível que os gestores formulem protocolos e incentivem a educação continuada e permanente sobre o manejo da dor crônica para os integrantes das equipes de saúde. Afinal, a dor já é considerada um dos principais motivos de busca médica e seu tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Apesar de a competência da prescrição medicamentosa envolver diretamente o profis-

sional médico, o manejo da dor crônica musculoesquelética perpassa todos os profissionais da equipe e, portanto, o reconhecimento e a valorização das outras possibilidades existentes para o enfrentamento da dor crônica ampliam o escopo das ações possíveis e garantem a maior integralidade dos cuidados.

A atuação multidisciplinar no tratamento do idoso com dor crônica procura preservar aspectos relacionados à autonomia e à independência desse indivíduo, possibilitando a manutenção de sua capacidade para o autocuidado e para adaptar-se às mudanças relacionadas ao envelhecimento. As abordagens não farmacológicas na APS podem envolver diversos profissionais, entre eles o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional da educação física e o psicólogo, além de contar com a educação em dor e com as práticas integrativas e complementares, as quais podem ser desenvolvidas por toda a equipe de saúde e nos diversos pontos da rede de atenção.

Não obstante, a criação de centros especializados em dor, com diversos profissionais, poderia favorecer a comunicação e o diálogo tão necessários entre os idosos, os familiares, as equipes e os serviços de saúde, minimizando o sofrimento e os diversos impactos causados nos atores envolvidos nesse processo álgico, contribuindo para a melhor gestão da dor.

Ao promover uma abordagem mais abrangente e resolutiva da dor crônica, presumivelmente, há também aumento da sensação de bem-estar geral, não somente da população, que se perceberia cuidada, tanto pela resolutividade da dor, quanto por contar com uma estrutura dedicada a isso, mas também dos profissionais de saúde, que encontrariam um apoio para lidar com a cronicidade da dor.

Esse movimento poderia gerar maior eficiência no gasto público, reduzindo a hiperutilização dos serviços de saúde por esses indivíduos com dor, considerando a economia decorrente da menor demanda por consultas, exames e tratamentos desnecessários e não resolutivos. Além disso, poderia contribuir para a redução da utilização de medicamentos, dos efeitos que a polifarmácia pode acarretar na saúde do idoso e, conseqüentemente, dos custos relacionados a essas questões.

Por fim, a proposta de atuação multidisciplinar no manejo da dor crônica do idoso, enfatizando a abordagem não farmacológica, tem o intuito de conferir maior protagonismo do indivíduo para o enfrentamento da dor e, ao mesmo tempo, de garantir que os princípios do SUS – da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da equidade do cuidado – sejam alcançados.

REFERÊNCIAS

- ABDULLA Aza, ADAMS Nicola, BONE Margaret, *et al.* British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. Londres, v. 42 (suppl 1) p.1–57, mar 2013;
- ALCALDE, Guilherme Eleutério, PIANNA, Bruna, ARCA, Eduardo Aguilar. Fisioterapia aquática na dor musculoesquelética, aptidão funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho: revisão da literatura. *Salusvita*, Bauru, v. 36, n. 3, p. 747- 758, 2017.
- ANDERSEN, Ronald Max. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav Los Angeles*, v. 36, p. 1-10, 1995
- AZEVEDO, Ana Caroline Borba *et al.* Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. *Acta de Ciências e Saúde. Local*, v. 1, n. 4, p. 43-61, 2015
- BAEHR, Mathias, FROSTCHER, Michael. DUUS - Diagnóstico topográfico em neurologia. Anatomia, fisiologia, sinais e sintomas. 5ed. Rio de Janeiro. Ed. Dilivros, 2015.
- BANDURA, Albert. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. Thousand Oaks v. 31, n. 2, p.143-164, abr, 2004
- BANDURA, Albert. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. Reino Unido. v. 1, n. 1, p. 139-161, 1978.
- BARBOSA, Simone de Pinho, ELIZEU, Taniza Soares, PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 18, n. 8, p:2347-2357, 2013
- BARDUZZI, Glauber de Oliveira *et al.* Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. *Fisioterapia e Movimento*. Curitiba, v. 26, n. 2, p. 349-360, abr/jun, 2013
- BARON, Ralf; BINDER, Andreas. Wie neuropathisch ist die Lumboischialgie? Das Mixed-pain-Konzept. *Der Orthopäde*. Schleswig-Holstein, v. 33, n.5, p. 568-575, abr, 2004
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, dez, 2006.
- BELSEY, Jonathan. Primary care workload in the management of chronic pain: A retrospective cohort study using a GP database to identify resource implications for UK primary care. *Journal of Medical Economics*, v. 5, p. 39–52, 2002
- BENDELOW, Gillian, WILLIAMS, Simon. Transcending the dualisms: towards a sociology of pain *Sociology of Health d Illness*. Brighton. v. 17, n. 2, p. 139- 165, mar, 1995
- BENNETT, Mike *et al.* Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*. Seattle. v. 122, n.3, p. 289-94, jun, 2006.
- BERNARDES, Sonia F.; LIMA, Maria Luísa; PAULINO, Paula. Do estoicismo face à dor: um modelo enraizado sobre a contextualidade das expectativas de papel de gênero de leigo(as) e enfermeiro(as). In: *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*. STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (orgs). Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 79-114.

BERSANI, Ana Laura Figueiredo. *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia Prático*. 1ª edição. Ed. Atheneu, 2018, 240p

BERSANI, Ana Laura Figueiredo; MORAES, Niele Silva de; SANTOS, Fania Cristina. *Manejo da dor Crônica*. In: *Geriatría: guia prático*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 190-226.

BRASIL. Portaria nº 1.395 do Gabinete do Ministro da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 1999.

BRASIL. Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Publicada no *Diário Oficial da União* nº 1083/SAS/MS, de 03 de outubro de 2012, seção 1, páginas 54-58.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1., 56p.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dor Crônica*. In: *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas*. Brasília. v. 3, p. 195-220, 2014.

BRASIL. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem*. 2020. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

BRENNAN, Frank; CARR, Daniel. B; COUSINS, Michael. Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia and analgesia*. Birmingham, v. 105, n 1, p. 205-21, jul, 2007

BRIOSCHI Elisângela Félix Carneiro, BRIOSCHI Marcos Leal, YENG Lin Tchia, TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. *Nutrição e dor miofascial*. *Rev Dor*. São Paulo. v.7, p. 750-798. 2006

BRIOSCHI Elisângela Félix Carneiro, BRIOSCHI Marcos Leal, YENG Lin Tchia, TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. *Nutrição funcional no paciente com dor crônica*. *Rev Dor*. São Paulo, v. 10, n.3, p. 276-285, 2009.

CADTH; 2017. *Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines*. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal). Ottawa (ON): CADTH; 2017: Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0894-TxProgram-Pain%20Final.pdf>. Acesso em Agosto 2020.

CADTH; 2019. *Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines*. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal). Ottawa (ON): Disponível em: <https://europepmc.org/books/n/rc1110/pdf/>. Acesso em Agosto 2020.

CALLISTER, Lynn Clark. *Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors*. *Home Health Care Management & Practice*. Knoxville. v. 15, n. 3, p. 207- 211, abr, 2003.

CAMPOS, Ana Cristina Viana *et al*. *QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.23, n.4, p. 889-97, Out-Dez, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez, GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, dez, 2009

COLET, Christiane de Fátima; BORGES, Paulo Eduardo Mayorga; AMADOR, Tânia Alves. Perfil de gastos com medicamentos entre idosos em diferentes grupos socioeconômicos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 591-601, 2016

COOPER, Lesley; ELLS, Louisa; RYAN, Cormac; MARTIN, Denis. Perceptions of adults with overweight/obesity and chronic musculoskeletal pain: an interpretative phenomenological analysis. J Clin Nurs. Middlesbrough. v. 27, n. 5-6, p. e776-e786. jan. 2017

COUSINS, Michael; BRENNAN Frank, CARR Daniel. Pain relief: a universal human right. Pain. Amsterdam. v. 112, n. 1-2, p. 1-4, 2004

COUTINHO, Bernardo Diniz. Assistência ambulatorial fisioterapêutica no SUS: conhecer os usuários para se repensar o acesso. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

CRAMER, Holger; LAUCHE; Romy, HALLER, Heidemarie; DOBOS, Gustav. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. Clin J Pain. Philadelphia. v. 29, n. 5, p. 450-460, 2013

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio Matos. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. Cienc Cuid Saude. Maringá, v.11 (supl), p. 235-242, jan-mar, 2012.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). Cad Saúde Pública. São Paulo. V. 29, n. 2, p. 325-34, fev, 2013.

DIBAI, Almir Vieira Filho, AVEIRO Mariana Chaves. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza. v. 25, n. 4, p. 397-404, 2012.

DUARTE, Vanderlane de Souza; SANTOS, Marcelo Lasmar; RODRIGUES, Kleicy Abreu; RAMIRES, John Barreto *et al.* Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.26 n.1, p.193-202. 2013.

FERREIRA, Karina A *et al.* Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. Berlim, v.19, n. 4, p. 505-511, mar, 2010.

FRITZ, Julie; CHILDS, John; WAINNER, Robert, FLYNN, Timothy Primary Care Referral of Patients With Low Back Pain to Physical Therapy. Spine.v.37, n. 25, p. 2114–2121, dez, 2012.

GARZA-VILLARREAL Eduardo; PANDO, Victor, VUUST, Peter, PARSONS, Christine. Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Physician. Paducah. v. 20, n. 7, p. 597-610, nov-dez, 2017.

GATCHEL, Robert J. *et al.* Interdisciplinary chronic pain management: past, present and future. *Am Psychol.* Washington. v. 69, n 2, p.119-130, fev-mar, 2014.

GENEEN Louise; MOORE Andrew; CLARKE Clare, *et al.* Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* v.1, n. 4, art. no.: CD011279.

GOOD, Mary-Jo Delvecchio; BRODWIN, Paul E.; GOOD, Byron J.; KLEINMAN, Arthur. (eds.) *Pain as human experience: an anthropological perspective.* 2ed. Berkeley: University of California Press, 1994.

GOODE, Adam; COEYTAUX, Remy; MCDUFFIE, Jennifer, *et al.* An evidence map of yoga for low back pain. *Complement Ther Med.* v. 25, p. 170-177. 2016

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION STUDY OF PAIN. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain.* v. 6, p. 249-52, 1979

IASP. International Association Study of Pain. Ogboli-Nwasor E. Educação e dor nos países de poucos recursos. Fact-sheet No. 8. Global Year of Education and Pain. IASP; 2018. [Links]

KANAVOS, Panos; TRUEMAN, Paul; BOSILEVAC, Amy: Can economic evaluation guidelines improve efficiency in resource allocation? The cases of Portugal, the Netherlands, Finland, and the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care.* Cambridge. v. 16, n. 4, p.1179-1192, 2000.

KARP, Jordan *et al.* Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth.* V.101, n. 1, p. 111-20, jul, 2008.

KERNS, Robert. *et al.* Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. *JRRD.* Washington, v. 40, n 5, p. 371-80, set-out, 2003

KERNKRAUT, Ana Merzel; VIDAL, Fernanda Rocha de Freitas; MACHADO, Thiago Amaro. *Psicoterapia em Pacientes com dor.* In: *Dor. Manuais de Especialização.* 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.157-167.

KESSLER, Tiffany. Treatments for neuropathic pain. *Pain management. Clinical Pharmacist,* v. 9, n.12, dez, 2017. Disponível em: <https://www.pharmaceutical-journal.com/research/review-article/treatments-for-neuropathic-pain/20203641.article>. Acesso em 12 fev 2020. DOI: 10.1211/CP.2017.20203641

KOESTLER, Angela Jeanne. Psychological perspective on hand injury and pain. *J Hand Ther.* Filadélfia, v. 23, n.2, p.199-211, abr-jun, 2010

KUMPEL, Daiana Argenta *et al.* Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Texto contexto - enferm,* Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 471-477, set, 2011.

LATINA, Roberto. *et al.* La prevalenza del dolore cronico non oncologico nell'adulto e patologie associate: una revisione narrativa della letteratura. etiology and prevalence of chronic pain in adults a narrative review. *Professioni Infermieristiche.* Luglio. V. 66, n. 3, p. 151-158, set, 2013

LAW, Laura Frey, SLUKA, Kathleen A. How does physical activity modulate pain? *Pain.* Seattle. v. 158, n. 3, p.369-370, mar, 2017

LAW, Winky *et al.* Exploring the pain experience of chinese elderly patients with chronic musculoskeletal pain and multimorbidity in primary care: a qualitative study using a grounded theory approach. *Journal of Asia Pacific Family Medicine.* Yogyakarta, v. 18, n. 1, p.1-5, 2019

LÁZARO, Pablo. *et al.* Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España. *Reumatol Clin. Madrid*, v. 10, n.2, p. 109-112, mar-abr, 2014

LEMOS, Adail Ivan. *Dor crônica: Diagnóstico, investigação e tratamento.* São Paulo: Atheneu, 2007, 582p.

LENT, Roberto. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais em neurociências.* 2ed. São Paulo. Ed. Atheneu, 2010, 786p.

LESSARD, Chantale; CONTANDRIOPOULUS, André-Pierre; BEAULIEU, Marie-Dominique. The role of economic evaluation in the decision-making process of family physicians: design and methods of a qualitative embedded multiple-case study. *BMC Family Practice.* v.10, n. 15, p, 1-12, fev, 2009

LIU, Xinliang *et al.* Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs. *Physical Therapy.* Oxford. v. 98 , n. 5, p. 336-347, mai, 2018.

LOUW, Adriaan. *et al.* The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory And Practice.* Georgia, v. 32, n. 5, p. 332–355, jul, 2016

MACHADO, Gustavo *et al.* Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ.* h1225, Mar, 2015

MAGALHÃES, Milena Sampaio; SOUSA, Fernando José Pires. Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a óptica do usuário. *Fisioterapia Brasil.* Fortaleza. v.5, n. 5, p. 350-6, 2004.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev Saúde Pública.* São Paulo, v.51, supl 1, p.9, jun, 2017

MAKRIS, Uma *et al.* Management of persistente pain in the older patient a clinical review. *JAMA.Chicago.* v.312, n. 8, p. 825-836, ago, 2014.

MARTINEZ, Lidiane Colares de Faro; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; PEDOSO, Janari da Silva. Envelhecimento saudável e autoeficácia do idoso: revisão sistemática. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo,* v. 10, n. 2, p. 103-118, dez. 2018.

MARTINEZ-CALDERON, Javier *et al.* The role of self-efficacy on the prognosis of chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *The Journal of Pain.* Filadélfia, v. 19, n. 1, p. 10-34, set, 2018.

MARTINS, José Alves. Socioanthropological contributions to physical therapy in chronic back pain. *Fisioter. mov., Curitiba,* v. 30, supl. 1, p. 101-109, 2017.

MATOS, Ana Sofia da Silva. Ansiedade, depressão e coping na dor crônica. .161 f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2012.

MATOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004

MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. *Classification of chronic pain - descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.* 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MIGUEL, Marcia Aparecida da Luz. A dor crônica no idoso e seu impacto no desenvolvimento da depressão. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2015.

MINSON, Fabiola Peixoto; MORETE, Marcia Carla; MARANGONI, Marco Aurélio. In: Dor. Manuais de Especialização. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016

MITTINTY, Manasi, *et al.* Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity. Scand J Pain. v.18, n. 2, p. 211-219, 2018.

MORETE, Marcia Carla; ROSSATO, Lisabelle Mariano. Avaliação da Dor. In: Dor. Manuais de Especialização. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.45-74.

MOSELEY, Lorimer Graham, NICHOLAS, Michael K., HODGES, Paul W. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. Clin J Pain. Filadélfia, v.20, n. 5, p. 324-330, set-out, 2004.

MOURA, Caroline de Castro *et al.* Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 53, e03461, 2019.

NARDI, Anderson; CROSATO, Edgar Michel; BIAZEVIC, Maria Gabriele Haye. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. Revista de Odontologia da UNESP. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 81-87, 2006.

NISHIYAMA, Vanessa; CRUZ, Eduardo Canteiro, NAJAS, Myrian. Abordagem Nutricional. In: Geriatria: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 52-63.

OLIVEIRA, Aline Mizusaki Imoto de *et al.* Impacto dos exercícios na capacidade funcional e dor em pacientes com osteoartrite de joelhos: ensaio clínico randomizado. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo, v. 52, n. 6, p. 876-882, dez, 2012.

OLIVEIRA, Max Moura de *et al.* Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. v. 24, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, Camila Helen. *et al.* Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: a luz da teoria de callista roy. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 16, n. 1, p.1-8, jun, 2017.

OLIVEIRA, Marlon Alves Subtil, CAMPOS, Ricardo de Souza, DAHER, Samir Salin. Impacto do exercício na dor crônica. Rev Bras Med Esporte. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 200-203, mai/jun, 2014.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Lara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz. O agir comunicativo no contexto das práticas de educação em saúde pública: um estudo à luz da teoria da ação comunicativa de J. Habermas. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 106, p. 267-283, jun, 2011.

OLIVÊNCIA, Salomão Antônio *et al.* Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 372-381, jun, 2018.

OMS .Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.

PEARN, John. Bernard de Gordon (f1. 1270–1330): medieval physician and teacher. *Journal of Medical Biography*, Berlin, v 21, n. 1, p. 8–11, 2013.

PEREIRA, Lilian Varanda *et al.* Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 662-669, jul-ago, 2014.

PHILLIPS, Ceri. The cost and burden of chronic pain. *Reviews in Pain*. Swansea. v.I, n.1, jun, 2009.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade . In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p

RABELO, Dóris Firmino; CARDOSO, Chrystiane Mendonça. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan-jun,2007.

RASTOGI, Raul; MEEK, Brian. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging*. Local, v. 8, p. 37-46, jan,2013.

RIEF, Winfried *et al.* The need to revise pain diagnoses in ICD-11. *Pain*.v. 149, p. 169–170, 2010.

ROBERTSON Jane, LANG Danielle, HILL Suzanne. Use of pharmacoeconomics in prescribing research. Part 1: costs-moving beyond the acquisition price for drugs. *J Clin Pharm Ther*. v.28, p. 73-79, 2003.

ROCHA, Pérsida Gomes de Souza; ARAÚJO, Verbena. Santos; ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral. Oficina de autocuidado: as práticas integrativas e complementares na promoção da saúde da pessoa idosa. *Revista CIEH*. Local. v. 1, n., p., mês, 2017.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 150-154, 2012.

SALVETTI, Marina de Góes. Crença de autoeficácia e validação do “Chronic Pain Self-efficacy Scale”. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em enfermagem na Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

SALVETTI, Marina de Góes; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev. psiquiatr. clín*. São Paulo. v. 32, n. 4, p. 202-210, 2005.

SANTOS, Alana Meneses, SANTOS, Fania Cristina. Osteoartrite. In: *Geriatrics: guia prático*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 125-139.

SANTOS, Clarissa Cardoso. *et al.* Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v.13, n. 2, ago-set, 2006.

SANTOS, Franco Andrius Ache dos *et al.* Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Rev. bras. epidemiol*. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 234-247, 2015.

SANTOS, Marília Silva *et al.* Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte, v.22, 2018.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3713-3721, Dec. 2015

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

SARDA JÚNIOR, Jamir João. Desafios para a educação em dor no Brasil: para onde estamos indo?. *BrJP*. São Paulo ,v.1,n.2,p.93,jun, 2018.

SAVARESE, Achille; SANTANA, Renato Figueiredo. Bases Neurofisiológicas da dor. In: *Avaliação da Dor*. In: *Dor. Manuais de Especialização*. 1ed. Ed. Manole. Barueri, SP, 2015, p.10-20.

SBED. Sociedade Brasileira de Estudos para Dor. DESANTANA, Josimari Melo, *et al.* Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2020. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em 17 de julho de 2020.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Dor: O quinto sinal vital. Abordagem prática no idoso, 2018. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBGG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf. Acesso em 17 de julho de 2020.

SCHESTATSKY, Pedro *et al.* Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. *Pain Medicine*. Oxford. v.12, n. 10, p. 1544-1550, out, 2011.

SIGERIST, Henry. *Civilização e Doença/Henry Sigerist*. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC/Sobravime/SindiMed, 2011, 346p.

SIQUEIRA, José Luiz Dias; MORETE, Marcia Carla. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer?. *Rev. dor*, São Paulo, v.15, n.1, p.51-54, mar. 2014.

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SMITH, Blair *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care, *Pain Journal Online*.v.160, n. 1, jan, 2019.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Rev. Katálysis*. Florianópolis, v.17, n. 2, p. 227-234, dez, 2014.

SOUZA, Bianca Andrade *et al.* Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Promoç Saúde*. Fortaleza, v.32, 2019.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14,n.3, p. 911-918, jun, 2009.

STONE, Arthur; BRODERICK, Joan. Obesity and pain are associated in the United States. *Obesity Journal*, v.20, n. 7, p.1491-5, jan, 2012.

TAN, G. *et al.* Validation of the brief pain inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain*, v. 5, n.2, p.133-137, 2003.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; YENG, Lin Tchia. Education in pain. *BrJP [online]*. 2019, v. 2, n.

1, pp. 1-2. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190001>>. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190001>.

THIBAUT, Pascal *et al.* Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. *Pain*. Filadélfia, v. 139, n. 1, p.47-54, set, 2008.

TICK, Heather. Nutrition and Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. Filadélfia, v. 26, n 2, p. 309–320, 2015.

TOLEDO, Flávia Oliveira; SOBREIRA, Cláudia Ferreira da Rosa. Adaptação cultural do inventário breve da dor para a língua portuguesa no Brasil e teste de suas propriedades psicométricas. 2008. 70p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas - Neurologia/Neurociências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TUTIYA, Karina Kuraoka, MOTTA, Thaisa Segura da, SANTOS, Fania Cristina. Artrite Reumatoide. In: *Geriatrics: guia prático*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 140-158

UTGMAN, Olalekan *et al.* Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, London, v.48, n.21, p.01-13. 2014.

VALENTIM, Juliana. A aplicação clínica da educação em dor. 19 de Janeiro de 2017. Disponível em: 2017 <<http://pesquisaemdor.com.br/?p=790>>. Acesso em 7 setembro 2020.

VALERO, Marianne Coltri; FARIA, Marcos Quirino Gomes; LUCCA, Patricia Stadler Rosa. Avaliação e tratamento de dor crônica no paciente idoso. *Revista Thêma et Scientia*, Cascavel, v. 5, n. 2, p. 129-138, jul-dez, 2016.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O SUS em perspectiva. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Ed. São Paulo. HUCITEC, 2012, pág. 559-90.

VICENTE, Fabiana Ferreira. Dor crônica musculoesquelética. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal.

VICKERS, Andrew *et al.* Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *J Pain*. v.19, n. 5, p.455-474, 2018.

VLAINICH, Roberto *et al.* Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. *Rev.Bras.Anestesiol*. Campinas, v.60, n.4, p.402-405, ago, 2010.

WHITE, Kamilla S. Assessment and treatment of psychological causes of chest pain. *Med Clin North Am*. Chicago, v. 94, n. 2, p. 291-318, mar, 2010.

WIBELINGER, Lia Mara *et al.* Efeitos da fisioterapia convencional e da wioterapia na dor e capacidade funcional de mulheres idosas com osteoartrite de joelho. *Rev. dor [online]*, vol.14, n.3, p.196-199,2013.

WILLIAMS, Amanda C; ECCLESTON, Christopher; MORLEY, Sthephen. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. Bethesda, v.11, n.CD007407,p.1-101, 2012.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Afetivas 8
Afetivos 7, 10
Aguda 7, 9, 35
Alívio 8, 9, 13, 17, 21, 27
APS 13, 14, 28
Aspectos 5, 13, 14, 22, 27, 28
Autocuidado 17, 28, 35
Autoeficácia 5, 17, 18, 19, 24, 27, 33, 35
Autonomia 10, 18, 28

B

Biológicos 5, 9

C

Casos 9, 13
Cognitivas 8, 10
Comorbidades 14
Complexidade 17, 18
Conceitos 8, 17, 33, 37
Controle 14, 17, 24
Cotidiano 10
Crônica 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 37
Crônicas 8, 10, 12, 16, 17, 18, 29, 35

D

Doenças 7, 10, 15, 17, 29, 35
Dor 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

E

Educação 16, 17, 27, 28, 34, 36, 37
Emocional 7, 18, 19
Envelhecimento 7, 15, 16, 18, 27, 28, 34, 35
Especializados 17, 28
Estímulos 9

F

Família 3, 10, 14, 18, 31, 32
Farmacológico 11, 14, 15, 34
Fármacos 8, 9, 16
Fibras 9
Físico 10, 15, 27
Fisiologia 10, 29
Fisioterapia 11, 15, 16, 29, 36, 37
Funcional 10, 15, 17, 18, 29, 30, 31, 34, 35, 37

H

Humano 7, 11, 15

I

Idoso 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 27, 28, 33, 34, 36, 37
Idosos 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 31, 32, 34,
35, 36
Incapacidades 7, 8, 18, 19
Indivíduo 8, 13, 15, 19, 28
Intensa 14, 19, 20, 23
Isolamento 10

M

Manejo 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 27, 28
Mecânicos 9
Médica 7, 28
Medicamentos 11, 16, 28, 31
Medicamentoso 12

P

Pessoa 10, 16, 17, 18, 35
Pessoas 5, 7, 8, 10, 11, 18, 19, 21, 36
Psicológicos 9, 16
Psíquicos 10
Público 8, 12, 28, 31

S

Saúde 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 27, 28, 29, 31,
32, 34, 35, 36, 37
Sensação 10, 22, 23, 28
Serviço Público 8, 12
Serviços 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 28, 37
 Sociais 7, 8, 9, 12, 29, 34
Social 8, 10, 15, 16, 18, 29, 31, 36
Subjetivas 8, 12
SUS 12, 13, 16, 18, 28, 31, 36, 37

T

Terapêutica 14, 15, 17
Térmicos 9
Tratamentos 10, 11, 13, 18, 19, 21, 27, 28

V

Vida 5, 7, 10, 11, 15, 16, 18, 19, 22, 29, 31, 34



Flavia Guilherme Gonçalves Ziegler

Graduada em Fisioterapia pela UEL;
Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UEL e em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês;
Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela UEL.
Fisioterapeuta do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica da Prefeitura do Município de Londrina.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0056135137328518>
ORCID: 0000-0002-0682-1200



Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina;
Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina
Doutor em Ciências Médicas com área de concentração em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Professor titular da disciplina de Geriatria da Universidade Estadual de Londrina.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4098789974066221>
ORCID: 0000-0001-9786-9674

