

Dor musculoesquelética crônica em usuários da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte

Chronic musculoskeletal pain in Primary Health Care users in small municipalities

Dolor musculoesquelético crónico en usuarios de Atención Primaria de pequeños municipios

Leticia Taynara Tsuzuki <https://orcid.org/0000-0003-2545-3690>¹; Silvano da Silva Coutinho <https://orcid.org/0000-0002-5398-4352>²; Paulo Henrique Guerra <https://orcid.org/0000-0003-4239-0716>³; Flavia Guilherme Gonçalves Ziegler <https://orcid.org/0000-0002-0682-1200>⁴; Pablo Guilherme Caldarelli <https://orcid.org/0000-0002-4589-9713>¹; Lucélia Justino Borges <https://orcid.org/0000-0002-0142-3641>⁵; Mathias Roberto Loch <https://orcid.org/0000-0002-2680-4686>¹

Resumo Objetivou-se verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de seis municípios de pequeno porte do Paraná. Foi realizado estudo transversal com amostra de 1.878 usuários da APS de seis municípios com menos de 20 mil habitantes. Para a análise dos dados foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8%, sendo maior nas mulheres, nos com menor nível de escolaridade, nos que referiram autopercepção negativa de saúde e entre aqueles com hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão e aumentando conforme faixa etária. Entre os que referiram dor musculoesquelética crônica, a maioria indicou intensidade moderada ou intensa (84,9%), referiu que a dor afetava de maneira moderada ou extrema a realização das atividades diárias (72,7%) e a região lombar foi o local de dor mais frequente (22,5%). Em relação ao tratamento, a maioria (57,1%) referiu fazer somente tratamento farmacológico e 15,8% realizavam tratamento farmacológico e não farmacológico.

Palavras-chaves Dor musculoesquelética, Dor crônica, Atenção Primária à Saúde, Cidades pequenas

Abstract The aim of this study was to verify the presence of chronic musculoskeletal pain and their associated factors, as well as aspects related to treatment in Primary Health Care users in six small cities in the state of Paraná. A cross-sectional, study was carried out with samples of 1,878 users of Primary Health Care in six municipalities with less than 20,000 inhabitants in the state of Paraná. Was identify users with chronic musculoskeletal pain. To analysis which were obtained using Poisson regression with robust variance. The prevalence of chronic pain was 55.8%, there was a higher prevalence among women, among the lower level of education, among those who had a negative self-perception of health and among users who reported the following diagnoses: hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, rheumatic diseases, and depression and among the highest age groups. Among the subjects with chronic pain, most reported that it was of moderate or intense intensity (84.9%) and that the pain moderately or extremely affected the performance of daily activities (72.7%). The lumbar region was indicated as the most frequent (22.5%). Regarding treatment, the majority (57.1%) reported undergoing only pharmacological treatment and 15.8% carried out pharmacological treatment and non-pharmacological treatment.

Key words Musculoskeletal pain, Chronic pain, Primary Health Care, Small cities

Resumen El objetivo de este estudio fue verificar la presencia de dolor musculoesquelético crónico y sus factores asociados, así como aspectos relacionados al tratamiento en usuarios de la Atención Primaria de Salud (APS) en seis pequeños municipios del estado de Paraná. Se realizó un estudio transversal con una muestra de 1.878 usuarios de APS de seis municipios con menos de 20.000 habitantes. Se utilizó regresión de Poisson con varianza robusta para analizar los datos. La prevalencia de dolor musculoesquelético crónico fue del 55,8%, y fue mayor entre las mujeres, las personas con menor nivel de estudios, las que refirieron autopercepción negativa de la salud y diagnosticado con hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades reumáticas y depresión. Entre los que declararon dolor musculoesquelético crónico, la mayoría indicaron una intensidad moderada o grave (84,9%), declararon que el dolor afectaba moderada o extremadamente a la realización de las actividades cotidianas (72,7%) y la zona lumbar era el lugar de dolor más frecuente (22,5%). En cuanto al tratamiento, la mayoría (57,1%) refirió tomar sólo tratamiento farmacológico y el 15,8% tomó tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico.

Palabras clave Dolor musculoesquelético, Dolor crónico, Atención primaria, Pequeñas ciudades

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Rod. Celso Garcia Cid, PR-445, Km 380, Campus Universitário. 86057-970 Londrina PR Brasil. leticia.tsuzuki@uel.br

² Departamento de Educação Física, Universidade Estadual do Centro Oeste. Irati PR Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Interunidades, Universidade Estadual Paulista. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento de Fisioterapia, Centro Universitário Filadélfia. Londrina PR Brasil.

⁵ Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

Introdução

Historicamente, a dor está presente na vida do ser humano, sendo considerada um importante desafio para a ciência e para a saúde pública¹. A *International Association for the Study of Pain* (IASP), conceitua a dor como: “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”².

De forma geral, a dor pode ser classificada em “aguda” e “crônica”, com base no tempo de evolução dos sintomas³. A dor crônica pode ser definida como persistente, mesmo após o tempo normal de cicatrização, estendendo-se por mais de três a seis meses⁴. Quando essa dor persistente ou recorrente surge como parte de um processo de doença que afeta diretamente o(s) osso(s), articulação(ões), músculo(s) ou tecido(s) mole(s) relacionado(s), é definida como dor musculoesquelética crônica⁵.

A dor crônica é uma condição de alta prevalência no mundo e normalmente acarreta sofrimento, dificuldade ou mesmo incapacidade para a realização de atividades diárias, além de envolver um alto custo para as pessoas e sistemas de saúde⁶⁻⁸. De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED), aproximadamente 37% da população brasileira relata apresentar algum tipo de dor crônica⁹. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que houve um aumento no percentual de indivíduos com dor musculoesquelética crônica passando de 18,5% em 2013 para 21,6% em 2019^{10,11}.

No Brasil, diversos estudos têm buscado identificar a prevalência de dor crônica e seus fatores associados¹²⁻¹⁴. Ainda que a dor crônica seja um tema bem descrito na literatura, parece haver uma lacuna dessa temática em municípios de pequeno porte. Esses municípios são definidos como municípios com uma população de até 20 mil habitantes e representam cerca de 70% dos municípios do Brasil⁹. Pinafo *et al.*¹⁵ citam que em geral os municípios de pequeno porte possuem algumas especificidades, como: pouca autonomia para gerir os orçamentos municipais, menor capacidade de arrecadação fiscal, que consequentemente leva a menor alocação de recursos orçamentários; e, ainda, dificuldade de fixação de profissionais da saúde, principalmente médicos. Mesmo considerando que é impossível se criar uma categoria homogênea para municípios de pequeno porte, uma vez que diversas características podem ser diferentes entre estes, é plausível que existam especificidades em comum e estas podem influenciar a realidade

dos serviços de saúde e a forma como os usuários com dor crônica serão atendidos.

Apenas cinco estudos sobre dor crônica em municípios de pequeno porte foram identificados, e foi observada grande variação na prevalência de dor crônica (entre 10,7% e 56%)¹⁶⁻²⁰. Estes resultados podem ser atribuídos à considerável heterogeneidade na definição de dor crônica adotada nos estudos, às diferenças metodológicas, e à diversidade da população estudada, já que alguns estudos foram conduzidos em grupos específicos, como pessoas idosas e adolescentes.

Dado este contexto, investigar a prevalência da dor crônica em pessoas que residem em municípios de pequeno porte pode ser importante para o planejamento de ações e implementação de políticas públicas destinadas a enfrentar o problema da dor crônica. Ademais, entendendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para esses usuários, objetivou-se verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da APS de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, que faz parte do projeto: “Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”, coordenado por professores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) e Universidade Federal do Paraná (UFPR).

O projeto foi dividido em três etapas: na primeira, foram consultados dados públicos para caracterizar os profissionais vinculados às equipes da APS dos 312 municípios do estado do Paraná que tinham menos de 20 mil habitantes em 2022. Na segunda, 797 profissionais de saúde de 52 municípios, vinculados à cinco diferentes regionais de saúde, responderam a um questionário com questões relativas ao trabalho em saúde. Na terceira etapa, foram selecionados seis municípios: Paula Freitas e Paulo Frontin (6ª RS União da Vitória), Teixeira Soares e Rebouças (4ª RS Irati), Porecatu e Tamarana (17ª RS Londrina) em que foram selecionadas as duas maiores unidades de saúde que atendem a APS de cada município, alocadas na zona urba-

na, exceto Paulo Frontin, em que só havia uma unidade de saúde localizada na zona urbana. As regionais foram escolhidas de maneira intencional, devido a maior taxa de resposta na etapa dois.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser usuário da APS aguardando atendimento e ser residente dos municípios selecionados. Os sujeitos foram abordados pelos entrevistadores, previamente treinados, e a abordagem foi realizada de maneira aleatória.

Após a abordagem inicial, os usuários que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciava-se a entrevista. O projeto foi aprovado pelo Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) parecer número 4.414.235, e certificado de apresentação ética (CAAE) de número 39012820.8.0000.5231.

Para a coleta de dados, foi utilizado o aplicativo ODK Collect®, onde foi inserido o questionário, após preenchidos e enviados os dados eram transferidos no formato Google Planilhas para o Google Drive.

O questionário foi dividido em três seções: variáveis de caracterização, utilização dos serviços de saúde e saúde geral. No bloco de saúde geral foram incluídas perguntas de caracterização da presença de dor musculoesquelética crônica, no qual era questionado sobre a presença de dor muscular há seis meses, segundo orientações da *International Association for the Study of Pain* (IASP) para trabalhos científicos^{5,16,21,22}.

A variável dependente foi obtida por meio da pergunta: “Você sente algum tipo de dor muscular há seis meses ou mais?”. Caso a resposta fosse negativa, o usuário não respondia as demais perguntas relativas ao tema. Caso fosse positiva, o usuário respondia também questões relativas à intensidade média de dor percebida nos últimos seis meses (em uma escala de zero a 10, em que zero representava nenhuma dor e 10 representava a pior dor que já sentiu), a média de interferência da dor nas atividades diárias (também em uma escala de zero a 10, com zero sendo nenhuma interferência e 10 extrema interferência), conforme o questionário de Escala Graduada da Dor Crônica²³. Para o(s) local(is) da dor foi utilizado um diagrama corporal para identificar e apontar as partes do corpo que referiam dor e, posteriormente, a parte do corpo em que a dor foi mais incômoda, conforme o Inventário Breve de Dor^{24,25}. Além disso, foram realizadas perguntas sobre os tratamentos espe-

cíficos para dor, medicamentosos ou não medicamentosos (sendo investigados os seguintes procedimentos/tratamentos: fisioterapia, auriculoterapia, acupuntura, natação, hidroterapia, alongamento, pilates, fortalecimento muscular/musculação, caminhada/exercício aeróbio, grupo de dor, e/ou outro tratamento).

Para as variáveis independentes foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: sexo (masculino; feminino), faixa etária (18 a 24 anos; 25 a 39 anos; 40 a 59 anos; ≥60 anos), raça/cor autodeclarada (branca/amarela; preta/parda/indígena), nível de escolaridade (fundamental incompleto; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior completo), situação conjugal (solteiro; casado/ união estável; divorciado/ separado; viúvo), tipo de ocupação (empregado; desempregado; aposentado). As variáveis de saúde foram: autopercepção saúde (autopercepção positiva; autopercepção negativa), diagnóstico autodeclarado de hipertensão (sim; não), diabetes mellitus (sim; não), hipercolesterolemia (sim; não); doença reumática (sim; não), neoplasia (sim; não), depressão (sim; não), índice de massa corporal (peso normal; baixo peso; sobrepeso; obesidade) e prática de atividade física no tempo livre (sim; não).

A análise foi realizada a partir do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão IBM 20.0. Para a análise descritiva, usou-se a distribuição de frequências absoluta e relativa. Para a análise bivariada, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas foram obtidas mediante regressão de Poisson. Sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e tipo de ocupação foram as variáveis utilizadas nas análises ajustadas. O nível de significância foi de $p < 0,05$.

Resultados

Foram abordados 2.305 usuários e destes, 427 se recusaram a participar, totalizando então 1.878 (81,5% de taxa de resposta) entrevistados.

A maior parte da amostra foi formada por mulheres (71,0%), de raça/cor branca/amarela (68,3%), com idade acima dos 40 anos (59,8%) casadas ou com união estável (62,1%) e pessoas que estavam empregadas (57,5%). Quase metade dos sujeitos não tinha ensino médio completo (47,7%) e 55,8% referiram ter dor musculoesquelética crônica ($n=1048$; 55,8%) (Tabela 1).

Considerando a análise de razão de prevalência ajustada, observou-se maior prevalência de dor musculoesquelética crônica no sexo

feminino (RPajus=1,30; IC=1,17-1,43), entre os usuários com 25 a 39 anos (RPajus=1,25; IC=1,01-1,55), com 40 a 59 anos (RPajus=1,80; IC=1,46-2,21) e com mais de 60 anos (RPajus=2,12; IC=1,69-2,66) em comparação aos de 18 e 24 anos, e menor em usuários com ensino superior completo (RPajus=0,72; IC=0,61-0,84), em comparação aos usuários que tinham até o nível fundamental incompleto. Não se observaram associações entre raça/cor, situação conjugal e tipo de ocupação (Tabela 2).

Quanto à associação da dor musculoesquelética crônica com as variáveis de saúde, observaram-se maiores prevalências entre os sujeitos com autopercepção negativa de saúde (RPajus=1,51; IC=1,38-1,64), com diagnóstico de hipertensão (RPajus=1,16; IC=1,06-1,26), diabetes mellitus (RPajus=1,19; IC=1,08-1,30), hi-

percolesterolemia (RPajus=1,10; IC=1,01-1,21), doenças reumáticas (RPajus=1,41; IC=1,31-1,53) e depressão (RPajus=1,28; IC=1,18-1,39). Não se observaram associações com o diagnóstico de neoplasia, com o índice de massa corporal (IMC) e com a prática de atividade física no tempo livre (Tabela 3).

Considerando somente dados dos usuários com dor musculoesquelética crônica, observou-se que 63,7% referiram dor em dois ou mais locais. As regiões mais apontadas como as mais incômodas foram: coluna lombar (22,5%), pernas (20,9%) e braços (13,5%). Quanto à intensidade média de dor, 84,9% referiram dor moderada ou intensa. Em relação a interferência nas atividades diárias, 72,7% referiram interferência moderada ou extrema da dor para realização das atividades diárias, sendo a extrema interferência (41,1%) o maior percentual dentre as categorias (Tabela 4).

Em relação ao tratamento, a maioria (57,1%) referiu fazer somente tratamento farmacológico, 2,3% apenas tratamento não farmacológico e 15,8% realizavam ambos os tratamentos (Tabela 5).

Tabela 1. Caracterização da amostra. Usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1.878).

Variáveis sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Masculino	544 (29,0)
Feminino	1.334 (71,0)
Faixa Etária	
18 a 24 anos	190 (10,1)
25 a 39 anos	565 (30,1)
40 a 59 anos	699 (37,2)
≥60 anos	424 (22,6)
Raça/Cor da pele autodeclarada	
Branca e amarela	1.282 (68,3)
Preta, parda e indígena	596 (31,7)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	563 (30,0)
Ensino médio incompleto	333 (17,7)
Ensino médio completo	739 (39,4)
Ensino superior completo	243 (12,9)
Situação Conjugal	
Solteiro	408 (21,7)
Casado/União Estável	1.167 (62,1)
Divorciado/Separado	173 (9,2)
Viúvo	130 (6,9)
Tipo de Ocupação	
Empregado	1.079 (57,5)
Desempregado	442 (23,5)
Aposentado	357 (19,0)
Dor musculoesquelética crônica	
Sim	1.048 (55,8)
Não	830 (44,2)

Fonte: Autores.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo verificar a presença de dor musculoesquelética crônica e seus fatores associados, bem como aspectos relacionados ao tratamento em usuários da APS de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná. Entre os principais achados do estudo estão: 1) A prevalência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8%; 2) Em relação à associação com variáveis demográficas, observou-se maior prevalência entre as mulheres, conforme aumentava a faixa etária e menor prevalência em maiores níveis de escolaridade; 3) Quanto à associação com variáveis de saúde, observou-se maior prevalência entre aqueles com pior autopercepção de saúde e entre os que referiram as seguintes doenças: hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão; 4) A coluna lombar foi o local com maior prevalência de dor; 5) Entre os que referiram dor musculoesquelética crônica, a prevalência de dor moderada ou intensa foi elevada (84,9%), o mesmo sendo observado em relação à interferência nas atividades diárias, sendo que 72,7% consideraram que a dor afeta de maneira moderada ou intensa; 6) Em relação ao tratamento para a dor, a maioria 57,1% referiu fazer somente tratamento farmacológico.

Tabela 2. Associação entre variáveis sociodemográficas e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1.878).

Variáveis sociodemográficas	n (%)*	P-valor**	Dor crônica	P-valor	Dor crônica	P-valor
			RP bruta (IC95%)		RP ajustada (IC95%)	
Sexo						
Masculino	273 (50,2)		1		1	
Feminino	775 (58,1)	0,002	1,16 (1,05-1,27)	0,003	1,30 (1,17-1,43)	0,000
Faixa etária						
18 a 24 anos	68 (35,8)		1		1	
25 a 39 anos	244 (49,2)		1,21 (0,98-1,49)	0,083	1,25 (1,01-1,55)	0,043
40 a 59 anos	440 (62,9)		1,76 (1,44-2,15)	0,000	1,80 (1,46-2,21)	0,000
≥60 anos	296 (69,8)	0,000	1,95 (1,60-2,38)	0,000	2,12 (1,69-2,66)	0,000
Raça/Cor						
Branca e amarela	719 (56,1)		1		1	
Preta, parda e indígena	329 (55,2)	0,720	0,98 (0,90-1,07)	0,721	0,96 (0,88-1,05)	0,343
Escolaridade						
Fundamental incompleto	381 (67,7)		1		1	
Ensino médio incompleto	181 (54,4)		0,80 (0,72-0,90)	0,000	0,94 (0,84-1,05)	0,282
Ensino médio completo	383 (51,8)		0,77 (0,70-0,84)	0,000	0,94 (0,85-1,04)	0,203
Ensino superior completo	103 (42,4)	0,000	0,63 (0,54-0,73)	0,000	0,72 (0,61-0,84)	0,000
Situação Conjugal						
Solteiro	194 (47,5)		1		1	
Casado/União Estável	654 (56,0)		1,18 (1,05-1,32)	0,005	0,95 (0,84-1,07)	0,364
Divorciado/Separado	110 (63,6)		1,34 (1,15-1,56)	0,000	0,99 (0,84-1,15)	0,849
Viúvo	90 (69,2)	0,000	1,16 (1,25-1,70)	0,000	0,94 (0,80-1,11)	0,446
Tipo de Ocupação						
Empregado	566 (52,5)		1		1	
Desempregado	243 (55,0)		1,05 (0,95-1,06)	0,368	0,94 (0,85-1,04)	0,234
Aposentado	239 (66,9)	0,000	1,28 (1,16-1,40)	0,000	0,93 (0,82-1,04)	0,202

Dados expressos em frequência absoluta e percentual (%). RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

*O n e o % referem-se ao número de sujeitos e respectivo percentual de pessoas que referiram dor musculoesquelética crônica.

**O valor do p se refere à diferença, pelo teste do Qui-quadrado, na proporção de sujeitos com dor musculoesquelética crônica conforme as variáveis sociodemográficas.

Fonte: Autores.

A frequência de dor musculoesquelética crônica encontrada neste estudo foi semelhante a encontrada por Rocha *et al.*¹⁷, que observaram prevalência de 56% de dor crônica em Irani-SC, município com pouco mais de 10 mil habitantes. Segundo revisão sistemática de Jackson *et al.*²⁶, que incluiu 68 estudos de 28 países, a prevalência de dor crônica variou de 13% a 49% no mundo. Pesquisa realizada em São Paulo, por meio de entrevistas domiciliares com 5.037 indivíduos, encontrou a 31% de prevalência de dor crônica²⁷. Diversos fatores podem influenciar na dor musculoesquelética crônica, entre os quais traumatismos, vícios posturais, esforços físicos frequentes e envelhecimento. No entanto, as amplas discrepâncias nas prevalências podem ser atribuídas a variações metodológicas

cas, incluindo diferenças na classificação da dor crônica, nos métodos de coleta de dados e nas características das amostras estudadas.

A dor musculoesquelética crônica teve maior prevalência com o sexo feminino, corroborando estudos anteriores²⁸⁻³¹. Os estudos citados discutem que esta predominância pode ser devido às variações hormonais, fatores genéticos e psicológicos que tendem a gerar maior capacidade das mulheres em discriminar a dor e menor tolerância a dor.

Além disso, observou-se no presente estudo maior prevalência de dor musculoesquelética crônica conforme a idade avançava, sendo este resultado esperado e coerente com a literatura^{17,19,29,32}. O relato de dor pode ser em decorrência do processo natural de envelhecimento, no

Tabela 3. Associação entre variáveis de saúde e dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1.878).

Variáveis de saúde	n (%)*	P-valor**	Dor crônica	P-valor	Dor crônica	P-valor
			RP bruta (IC95%)		RP ajustada (IC95%)	
Autopercepção de Saúde						
Positiva	477 (43,4)		1		1	
Negativa	571 (73,3)	0,000	1,69 (1,56-1,83)	0,000	1,51 (1,38-1,64)	0,000
DCNT						
Hipertensão						
Não	643 (49,8)		1		1	
Sim	405 (69,0)	0,000	1,39 (1,28-1,50)	0,000	1,16 (1,06-1,26)	0,001
Diabetes Mellitus						
Não	187 (75,1)		1		1	
Sim	861 (52,9)	0,000	1,42 (1,31-1,55)	0,000	1,19 (1,08-1,30)	0,000
Hipercolesterolemia						
Não	850 (53,2)		1		1	
Sim	198 (70,5)	0,000	1,32 (1,21-1,45)	0,000	1,10 (1,01-1,21)	0,036
Doença Reumática						
Não	858 (51,7)		1		1	
Sim	190 (87,2)	0,000	1,69 (1,58-1,81)	0,000	1,41 (1,31-1,53)	0,000
Neoplasia						
Não	1.005 (55,3)		1		1	
Sim	43 (71,7)	0,012	1,30 (1,10-1,53)	0,002	1,15 (0,97-1,36)	0,110
Depressão						
Não	832 (52,7)		1		1	
Sim	216 (72,2)	0,000	1,37 (1,26-1,49)	0,000	1,28 (1,18-1,39)	0,000
IMC	N1869					
Peso normal	345 (52,0)		1		1	
Baixo peso	12 (60,0)		1,16 (0,80-1,66)	0,440	1,24 (0,86-1,79)	0,246
Sobrepeso	404 (55,8)		1,07 (0,97-1,18)	0,152	1,00 (0,91-1,11)	0,928
Obesidade	283 (61,4)	0,019	1,18 (1,07-1,31)	0,001	1,09 (0,99-1,21)	0,079
Atividade física***						
Sim	786 (41,9)		1		1	
Não	1.092 (58,1)	0,417	1,03 (0,95-1,12)	0,419	1,01 (0,93-1,09)	0,855

Dados expressos em frequência absoluta e percentual (%). RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%; IMC = índice de massa corporal (kg/m²). *O n e o % referem-se ao número de sujeitos e respectivo percentual de pessoas que referiram dor musculoesquelética crônica. **O valor do p se refere à diferença, pelo teste do Qui-quadrado, na proporção de sujeitos com dor musculoesquelética crônica conforme as variáveis de saúde. ***Atividade física no tempo livre.

Fonte: Autores.

qual ocorrem algumas mudanças fisiológicas, aumentando assim o risco de doenças, principalmente ligados a estrutura óssea, articulações e músculos como osteoartrite, degeneração discal, osteoporose e outras doenças musculoesqueléticas crônicas que contribuem para a dor³¹.

Em relação à escolaridade, foi observada menor prevalência de dor musculoesquelética crônica entre aqueles com maior escolaridade, corroborando Malta *et al.*²⁸ e Santos *et al.*¹⁴, em que maiores níveis de escolaridade apresentaram menores chances de possuir dor crônica.

Possivelmente, este resultado se explique, pelo menos em parte, em função de as pessoas com baixa escolaridade tenderem a ocupar mais cargos em serviços manuais e estes podem causar a dor^{17,28,31}. Além disso, outra razão pode ser a dificuldade de acesso e falta de conhecimento sobre os serviços de saúde^{33,34}.

De todas as variáveis independentes investigadas, a autopercepção de saúde foi a que teve maior associação com a dor, sendo que aqueles que referiram autopercepção negativa tiveram 51% maior prevalência do que os que referiram

Tabela 4. Características da dor musculoesquelética crônica dos usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1.048).

Caracterização da dor musculoesquelética crônica	n (%)
Quantos locais de dor	
1 local de dor	380 (36,3)
2 locais de dor	238 (22,7)
3 locais de dor	165 (15,7)
4 locais de dor	103 (9,8)
5 ou mais locais de dor	162 (15,4)
Local da dor que mais incomoda	
Cabeça	61 (5,8)
Pescoço	22 (2,1)
Ombro	74 (7,1)
Braços	141 (13,5)
Mãos	27 (2,6)
Peito	24 (2,3)
Abdômen	20 (1,9)
Coluna torácica	73 (7,0)
Coluna lombar	236 (22,5)
Quadril/Pelve	36 (3,4)
Pernas	219 (20,9)
Joelhos	57 (5,4)
Pés/Tornozelo	45 (4,3)
Outros	13 (1,2)
Intensidade média de dor	
Sem dor	5 (0,5)
Dor leve	153 (14,6)
Dor moderada	418 (39,9)
Dor intensa	472 (45,0)
Interferência nas atividades diárias	
Sem interferência	92 (8,8)
Interferência leve	194 (18,5)
Interferência moderada	331 (31,6)
Extrema interferência	431 (41,1)

Fonte: Autores.

autopercepção positiva de saúde. A autopercepção de saúde é um importante indicador, pois abrange uma série de fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais. O relato de autopercepção de saúde negativa, retrata que os usuários consideram sua condição de saúde regular, ruim ou muito ruim, e pode ser justificado pelo fato dos usuários que possuem dor crônica terem um longo histórico de sofrimento e experiências negativas relacionados ao diagnóstico e tratamentos da dor crônica. Ainda, podem já possuir mais de um local de dor ou alguma doença associada^{28,30-33}.

Tabela 5. Tratamentos da dor musculoesquelética crônica em usuários da Atenção Primária à Saúde de seis municípios de pequeno porte do estado do Paraná, Brasil (2022; n=1.048).

Tratamentos da dor musculoesquelética crônica	n (%)
Tratamento farmacológico	
Sim	764 (72,9)
Não	284 (27,1)
Tratamento não farmacológico	
Sim	190 (18,1)
Não	858 (81,9)
Tratamento não farmacológico e farmacológico	
Nenhum tratamento	260 (24,8)
Somente tratamento farmacológico	598 (57,1)
Somente tratamento não farmacológico	24 (2,3)
Tratamento farmacológico e não farmacológico	166 (15,8)

Fonte: Autores.

Houve associação com diagnóstico autorreferido de hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças reumáticas e depressão, corroborando os achados de Malta *et al.*²⁸, que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, e após análise ajustada encontrou associação significativa da dor crônica com hipertensão e hipercolesterolemia. Em relação ao diabetes mellitus, níveis de glicose elevada são tóxicos aos nervos e podem levar a neuropatia diabética, pé diabético, dentre outras afecções que causam dor a esses indivíduos³⁵. No caso das doenças reumáticas, podem ser causadas por degeneração ou inflamação das articulações, sendo sintomas comuns: dor, calor, rubor e perda de mobilidade articular³⁶. Como a dor é inferida com base nas informações dos usuários, no caso de haver algum transtorno mental como a depressão, a percepção da condição dolorosa pode ser alterada de acordo com fatores sociais e tratamento³⁷.

As DCNT são responsáveis por 63% das mortes globais³⁸, e as mudanças causadas pelo envelhecimento humano, além de hábitos não saudáveis, como baixa prática de atividade física, tabagismo, alimentação inadequada, entre outros, podem contribuir para o aumento da prevalência dessas doenças³⁹ e no aumento da dor musculoesquelética. Neste sentido, é importante que se criem estratégias para o enfrentamento das DCNT. No caso brasileiro, há de se

destacar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil⁴⁰.

Não foram observadas associações entre a prática de atividade física no tempo livre e a dor musculoesquelética crônica. A literatura indica diversos benefícios da prática de atividade física, inclusive efeitos endógenos para o controle da dor⁴¹ e estudos anteriores observaram essa associação^{14,29}. No entanto, vale mencionar que os dois estudos citados usaram outros critérios para caracterizar a atividade física. Um deles¹⁴, considerou ativos aqueles que praticavam no mínimo 150 minutos de atividade física no lazer por semana, investigando pessoas idosas, enquanto o outro estudo²⁹, considerou atividades físicas intensas ou vigorosas, investigando indivíduos a partir de 15 anos. Essas diferenças de critério e população podem ser possíveis causas para a diferença nos resultados. Não se pode descartar também que os resultados encontrados tenham relação com a causalidade reversa, uma vez que alguns indivíduos com dor crônica podem ser ativos no tempo livre justamente para ajudar no enfrentamento da sua dor musculoesquelética crônica.

Do mesmo modo, em relação à obesidade, estudos anteriores^{17,28}, apontaram que pessoas com obesidade tinham maior prevalência de dor musculoesquelética crônica, o que não foi encontrado no presente estudo. A obesidade pode sobrecarregar as articulações e estruturas ósseas, além de causar diminuição da massa muscular. Entretanto, os mecanismos da obesidade são multifatoriais e podem envolver fatores biológicos, psicológicos, econômicos, políticos e sociais, os quais são diferentes para cada indivíduo⁴².

Uma das formas de se avaliar a dor é de acordo com a intensidade, a qual pode ser comparada durante e ao fim do tratamento, sendo considerada um parâmetro individual²⁰. Entre os usuários que referiram dor musculoesquelética crônica, mais de 80% consideraram sua dor moderada ou intensa. Estudo de Souza *et al.*⁴³ também avaliou usuários de UBS e observou que 62,9% classificaram sua dor como forte.

Neste sentido, a dor crônica pode influenciar nas atividades diárias, como lazer, trabalho e sono^{44,45}. Em relação à influência da dor crônica nas atividades diárias, este estudo observou que entre os indivíduos que referiram dor musculoesquelética crônica, 72,7% referiram interferência moderada ou extrema da dor para realização das atividades diárias, semelhante a Rodrigues *et al.*²⁰, em que 64,4% dos indivíduos que referi-

ram dor crônica, relataram possuir dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária. Os estudos apontam a dor crônica como um dos motivos de isolamento social e causa de distúrbios mentais, como depressão^{27,46}.

O presente estudo observou que 63,7% dos entrevistados referiram dor em mais de um local. Dos indivíduos que apontaram dor em três ou mais locais 84,9% referiram dor moderada ou intensa. A dor moderada ou intensa em diversos locais do corpo, principalmente em locais que estão ligados à marcha podem levar a diminuição da autonomia e independência²⁷. Neste estudo, a coluna lombar foi apontada como o local de dor mais prevalente, com 22,5%, o que concorda com estudo anterior⁴³, no qual a prevalência de dor na coluna lombar foi de 28,6%. Um estudo de revisão sistemática e meta-análise global mencionou que a presença de dor lombar foi mais prevalente¹⁷. Outros estudos que também encontraram a dor lombar como mais prevalente, apontam fatores posturais, movimentos repetitivos, sobrecarga e falta de fortalecimento muscular, como possíveis causas da dor lombar^{18,20,45}.

Ainda, foi identificado que a maior parte dos indivíduos que referiram dor crônica faziam algum tipo de tratamento. Cerca de sete em cada 10 pessoas referiu uso de tratamento farmacológico. Estes resultados são semelhantes a Souza *et al.*⁴³, que encontraram a prevalência de 84,8% dos usuários que referiram fazer uso de analgésico para alívio da dor crônica. Em relação ao uso de fármacos é necessário que haja cautela por parte dos profissionais⁴⁶, sempre avaliando e reavaliando a necessidade do uso de medicação, como preconizado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012⁴⁷, pois há uma necessidade de medicação específica para cada tipo de dor relatada, além de possíveis efeitos colaterais ao uso de medicamentos e contraindicações aos fármacos⁴⁸.

Por outro lado, apenas 18,1% referiram uso de tratamento não farmacológico. Alguns estudos têm mostrado a eficácia de métodos não farmacológicos para dor crônica⁴⁹⁻⁵¹. Apesar de não haver um consenso sobre a técnica não farmacológica mais eficaz, é importante realizar o manejo adequado para não apenas promover o alívio da dor, mas também proporcionar maior funcionalidade e melhora na qualidade de vida dos usuários⁴⁹⁻⁵¹.

Dos indivíduos com dor crônica apenas 15,8% referiram fazer uso combinado do tratamento não farmacológico e farmacológico e 57,1% referiram o uso somente do tratamento

farmacológico. Estes dados parecem reforçar a baixa utilização dos tratamentos não farmacológicos. Mas, há de se destacar que não estudamos neste trabalho a questão do acesso a estes tratamentos, mas é plausível imaginar que ainda, os tratamentos farmacológicos sejam de acesso mais fácil, além de em geral serem mais simples, pois os tratamentos não farmacológicos muitas vezes precisam que as pessoas tenham tempo, condições financeiras, dentre outros fatores para realizarem, por exemplo, atividades ligadas à fisioterapia, práticas corporais e atividades físicas, entre outras.

Há de se destacar que, em geral, os municípios de pequeno porte enfrentam desafios específicos na estruturação das redes de atenção à saúde. Não é correto homogeneizar todos eles, pois cada município apresenta singularidades¹⁵. Dentre as especificidades podemos citar, a baixa densidade tecnológica para a alta complexidade dos diagnósticos e tratamentos. Outra dificuldade evidente é a instabilidade e a falta de vínculo de trabalho dos profissionais, principalmente médicos, a oferta de capacitação contínua e quantidade de equipes multiprofissionais de cada município^{52,53}.

Além disso, outros fatores podem influenciar a organização dos sistemas de saúde destes municípios, como a distância destes em relação aos de maior porte, além da proporção de vulnerabilidade social e econômica que caracteriza essas localidades⁵³. Apesar de representarem a maioria dos municípios brasileiros, há escassez de estudos que analisem a APS nesses contextos específicos, tornando essencial a realização de mais pesquisas em municípios de pequeno porte.

Em relação às limitações deste estudo, destacam-se o fato de se tratar de um estudo transversal, que limita a inferência sobre a causalidade e que está sujeito à causalidade reversa, e que os seis municípios investigados não são representativos de todos os municípios paranaenses de pequeno porte. Além disso, este não foi um estudo de base populacional, uma vez que as coletas de dados ocorreram em unidades de saúde que atendem a APS, tendo como unidade amostral os usuários que aguardavam na fila de espera para atendimento. Vale destacar que esses locais oferecem serviços de saúde, o que pode ter influenciado os resultados, possivelmente superestimando a prevalência de dor musculoesquelética crônica em relação ao que seria encontrado caso se tratasse de um estudo

transversal. Assim, há de se ter cautela em relação à comparação da prevalência observada neste estudo com trabalhos de base populacional. Por outro lado, destacamos os cuidados metodológicos do estudo e o fato de serem escassos os estudos realizados nesta temática em municípios de pequeno porte, que apresentam especificidades importantes.

Considerações finais

Os resultados indicam que a frequência de dor musculoesquelética crônica foi de 55,8% em usuários da APS que estavam na fila de espera para atendimento em municípios de pequeno porte do Paraná. Considerando as análises ajustadas, observou-se maior prevalência entre as mulheres, aumentado a prevalência conforme a faixa etária aumentava, menor prevalência em maiores níveis de escolaridade. Em relação as variáveis de saúde observaram-se associação com autopercepção negativa de saúde e diagnóstico autorreferido de hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças reumáticas e depressão.

Além disso, observou-se entre os usuários que referiram dor crônica musculoesquelética, alta prevalência de dor de intensidade moderada ou intensa (84,9%) e que esta interferia de maneira moderada ou extrema nas atividades diárias (72,7%). A região lombar foi a apontada como sendo o local mais frequente de dor (22,5%). Em relação aos tratamentos, o farmacológico foi o mais prevalente (72,9%).

Esses dados reforçam a importância de se tratar a dor crônica como um problema de saúde pública, pois a APS pode exercer um papel fundamental no manejo da dor crônica, por meio de ações de prevenção e tratamento da dor crônica, as quais englobam tratamento medicamentoso, de acordo com a escada analgésica proposta pela OMS, além da abordagem não medicamentosa, que inclui exercícios físicos e alimentação saudável.

Vale mencionar que o manejo da dor crônica implica atuação multidisciplinar e interprofissional devido à sua complexidade multifatorial e, nesse sentido, faz-se necessária a qualificação dos profissionais de saúde de toda rede de atenção, especialmente aqueles da APS, para que possam proporcionar um melhor cuidado aos usuários com dor crônica.

Colaboradores

LT Tsuzuki foi responsável pela concepção do estudo, pelo delineamento, pela análise e interpretação dos dados e pela redação do artigo. MR Loch participou da concepção do estudo, do delineamento, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica do estudo. FGG Ziegler e PG Caldarelli participaram da redação e revisão crítica do artigo. SS Coutinho e LJ Borges participaram na concepção da ideia, planejamento da coleta de dados, auxílio na redação e revisão crítica do manuscrito. PH Guerra participou da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica do artigo.

Agradecimento

Aos secretários da saúde dos municípios participantes. A Fundação Araucária-PR pelo financiamento do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2020/2021. A Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos para a primeira autora deste trabalho.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391(10137):2356-2367.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup, NB, Flor, H, Gibson, S, Keefe, Francis J, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161(9):1976-1982.
3. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Braz J Phys Ther* 2011; 15(1):31-36.
4. Barke A, Korwisi B, Jakob R, Konstansek N, Rief W, Treede RD. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *Pain* 2022; 163(2):310.
5. Goldberg DS, McGeer SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011; 11:770.
6. Camargo Neto AA, Motta AM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(5):428-433.
7. Prudente MP, Andrade DDBC, Prudente Filho FAA, Prudente EM. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. *Braz J Develop* 2020; 6(7):49945-49962.
8. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain* 2019; 160(1):83-87.
9. Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Res Manag* 2017; 2017(1):4643830.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
12. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm* 2006; 59:509-513.
13. Ruviaro LF, Filippin LI. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor* 2012; 13:128-131.
14. Santos FAA, Souza JB, Antes DL, Orsi E. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(1):234-247.

15. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1619-1628.
16. Lini EV, Tomicki C, Giacomazzi RB, Dellani MP, Doring M, Portella MR. Prevalence of self-referred chronic pain and intercurrents in the health of the elderly. *Rev Dor* 2016; 17(4):279-282.
17. Rocha ADX, Alfieri FM, Silva NCOV. Prevalência de dor crônica e fatores associados em uma pequena cidade do sul do Brasil. *Br J P* 2021; 4:225-231.
18. Meucci RD, Linhares AO, Olmedo DWV, Sobrinho ELPC, Duarte VM, Cesar JA. Dor lombar em adolescentes do semiárido: resultados de um censo populacional no município de Caracol (PI), Brasil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(3):733-740.
19. Cordeiro Q, El Khouri M, Corbett CE. Dor musculoesquelética na atenção primária à saúde em uma cidade do Vale do Mucuri, nordeste de Minas Gerais. *Acta Fisiátrica* 2008; 15(4):241-244.
20. Rodrigues D, Lini EV, Mascarello A, Portella MR, Doring M. Prevalence of chronic pain among elderly living in a city of Northern Rio Grande do Sul. *Rev Dor* 2016; 17:201-204.
21. Merskey HE. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986; 3:S1-226.
22. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain* 2019; 160(1):83-87.
23. Bracher ESB. *Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
24. Menezes CNB. *Validação de uma versão brasileira do inventário breve de dor* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
25. Santos GV, Vieira ASM, Goes BT, Mota RS, Baptista AF, Sá KN. Caracterização da dor através do inventário breve de dor em população de baixo nível socioeconômico. *Rev Dor* 2015; 16:190-194.
26. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low-and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. *Anesthesia Analgesia* 2016; 123(3):739-748.
27. Pereira FG, França MH, Paiva MCA, Andrade LH, Viana MC. Prevalence and clinical profile of chronic pain and its association with mental disorders. *Rev Saude Publica* 2017; 51:96.
28. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Ferreira EMR, Pinto RZ, Pereira CA. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2022; 25:220032.
29. Cabral DMC, Bracher ESB, Depintor JDP, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain* 2014; 15(11):1081-1091.
30. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Braz J Phys Ther* 2011; 15:31-36.
31. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saude Publica* 2013; 29:325-334.
32. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2004; 20:377-385.
33. Amorim JSC, Silva SLA, Pereira LSM, Dias RC. Acesso aos serviços de fisioterapia e sua utilização por idosos com dor lombar. *ConScientiae Saude* 2013; 12(4):528-535.
34. Simões TC, Meira KC, Santos J, Câmara DCP. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3991-4006.
35. Nascimento OJM, Pupe CCB, Cavalcanti EBU. Neuropatia diabética. *Rev Dor* 2016; 17:46-51.
36. Prestes YA, Silva GS, Braga JAC, Checchi MHR, Leon EB, Campos HLM. Doença reumática autorreferida e presença de dor em idosos no interior do Amazonas, Brasil. *Fisioter Brasil* 2023; 24(3):265-273.
37. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63:213-219.
38. World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.
39. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22:190030.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília: MS; 2021.
41. Teixeira IAS, Soares FHR, Sousa MBC. Investigação sobre o dano muscular e a resposta afetiva associados ao exercício aeróbico em intensidade imposta e autoselecionada em mulheres obesas. *Braz J Surgery Clinical Res* 2020; 30(3):19-25.
42. Pillatt AP, Berlezi EM, Jesus LB, Schneider RH, Franz LBB. Influência da obesidade nos critérios de classificação de sarcopenia em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2021; 23(3):e200083.
43. Souza DFS, Häfele V, Siqueira FV. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2019; 24:1-10.

44. Oliveira KG, Aquino NA, Araújo DGS, Silva MLL, Anjos TB, Silva TR, Costa PFF, Angelo RCO. Percepção de usuários de uma unidade básica de saúde sobre dor crônica musculoesquelética e estratégias de gerenciamento da dor. *Rev Pesqu Qual* 2021; 9(22):622-642.
45. Dellaroza MSG, Pimenta CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade1. *Cien Cuid Saude* 2012; 11:235-242.
46. Teixeira MJ, Biela L, Teixeira WGJ, Andrade DCA. Tratamento farmacológico da dor musculoesquelética. *Rev Med* 2001; 80:179-244.
47. Brasil. Portaria SAS/MS nº 1.083, de 0 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. *Diário Oficial da União*; 2012.
48. Matos A, Cardoso R, Coisinha S, Silveira S, Lotra V, Fonseca C. Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros revisão sistemática da literatura. *Rev Ibero Am Saude Envelh* 2018; 3(3):1198.
49. Ziegler FGG, Cabrera MAS. *A utilização de tratamentos não farmacológicos para os idosos com dor crônica musculoesquelética na atenção primária à saúde* [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2020.
50. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arqu Neuropsiquiatr* 2003; 61:416-425.
51. Bailey DL, Holden MA, Foster NE, Quicke JG, Haywood KL, Bishop A. Defining adherence to therapeutic exercise for musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med* 2020; 54(6):326-331.
52. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Junior LC. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saude Debate* 2015; 39:30-42.
53. Silva CR, Carvalho BG, Cordoní Júnior L, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1109-1120.

Artigo apresentado em 14/05/2024

Aprovado em 24/02/2025

Versão final apresentada em 26/02/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca