

Impacto da dor musculoesquelética na incapacidade funcional

Impact of musculoskeletal pain in functional disability

Impacto del dolor musculoesquelético en la incapacidad funcional

Paulo Henrique dos Santos Mota¹, Thais Alves de Lima², Flavia Rupolo Berach³, Ana Carolina Basso Schmitt⁴

RESUMO | O objetivo foi estimar a prevalência de incapacidade para realizar tarefas de vida diária e identificar associação com dor e fatores sociodemográficos. Trata-se de um estudo transversal, com amostra de conveniência, composta por indivíduos que buscaram ativamente assistência à saúde em um município de pequeno porte com queixas de dor musculoesquelética e dificuldades na realização de atividades de vida diária. Compuseram a amostra 766 indivíduos. Foram aplicados questionários para avaliar o grau de dificuldade de realização de atividades de vida diária e dor (Questionário Nórdico de Queixas Musculoesqueléticas e Escala Numérica de Dor). Foram estimadas as prevalências de incapacidade e dor, bem como foram construídos cinco modelos de regressão logística para incapacidade considerando sexo, idade, ocupação e presença e características da dor. Os dados encontrados mostraram que a prevalência de alguma dificuldade para realizar atividades de vida diária foi de 87,6%, de muita dificuldade 66,1%; a de dor musculoesquelética foi de 67,5%. Os indivíduos apresentaram incapacidade para realização de 3,6 atividades de vida diária em média. A dor foi o principal fator de associação para explicá-la (OR 9,9; IC_{95%} 5,9-16,5), seguida da idade. A dificuldade na execução de atividades de vida diária foi associada à dor em membros inferiores, com frequência maior que quatro dias na semana, início há mais de cinco anos e intensidade forte ou insuportável nos episódios de crise. As prevalências de incapacidade e dores foram altas. A dor musculoesquelética e a idade impactaram na incapacidade funcional. Este estudo

contribui para direcionar a construção de ações de cuidado que visem minimizar e prevenir dificuldades para realizar tarefas do dia a dia.

Descritores | Dor; Estatísticas de Sequelas e Incapacidade; Políticas Públicas.

ABSTRACT | The objective is to estimate the prevalence of incapacity to perform tasks of daily living and to identify its association with pain and sociodemographic factors. This is a cross-sectional study, with a convenience sample, composed of individuals who actively sought healthcare in a small city with complaints of musculoskeletal pain and difficulties in carrying out activities of daily living. The sample comprised 766 individuals. Questionnaires were applied to assess the degree of difficulty in performing activities of daily living and pain (Nordic Musculoskeletal Complaints Questionnaire and Numerical Pain Scale). The prevalence of disability and pain was estimated, as well as five logistic regression models for disability were constructed considering sex, age, occupation and presence and characteristics of pain. The data found showed that the prevalence of some difficulty in performing activities of daily living was 87.6%, with a lot of difficulty 66.1%; musculoskeletal pain was 67.5%. The individuals were unable to perform 3.6 activities of daily living on average. Pain was the main association factor to explain it (OR 9.9; 95% CI 5.9-16.5), followed by age. Difficulty in performing activities of daily living was associated with pain in the lower limbs, with a frequency greater than four days a week, beginning more than five years ago and severe or unbearable intensity in crisis episodes. The prevalence

Estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: paulohsmota@gmail.com. Orcid: 0000-0003-3507-3958

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: thais.fisiousp@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2182-9956

³Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: flarberach@gmail.com. Orcid: 0000-0003-3273-4482

⁴Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: carolinaschmitt@usp.br. Orcid: 0000-0003-3685-6735

Endereço para correspondência: Paulo Henrique dos Santos Mota – Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária – São Paulo (SP), Brasil – CEP: 056360-160 – E-mail: paulohsmota@gmail.com – Fonte de financiamento: nada a declarar – Conflito de interesses: nada a declarar – Apresentação: 5 Jan. 2019 – Aceito para publicação: 28 Nov. 2019 – Aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: CAAE nº 07241912.0.0000.0065, processo nº 157.036/12.

of disability and pain was high. Musculoskeletal pain and age impacted functional disability. This study contributes to direct the construction of care actions that aim to minimize and prevent difficulties to perform daily tasks.

Keywords | Pain; Statistics on Sequelae and Disability; Public policy.

RESUMEN | El objetivo fue estimar la prevalencia de incapacidad para realizar tareas de la vida diaria e identificar una asociación con el dolor y los factores sociodemográficos. Este es un estudio transversal, con una muestra de conveniencia compuesta de individuos que buscaron activamente asistencia médica en un municipio de pequeño porte, quejándose de dolor musculoesquelético y dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria. La muestra comprendió 766 individuos. Se aplicaron cuestionarios para evaluar el grado de dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y el dolor (Cuestionario nórdico musculoesquelético y Escala numérica del dolor). Se estimaron las prevalencias de incapacidad y dolor, así como se construyeron cinco modelos de regresión logística

para la incapacidad considerando el sexo, la edad, la ocupación y la presencia y características del dolor. Los hallazgos evidenciaron el 87,6% de prevalencia de alguna dificultad, el 66,1% de mucha dificultad en la realización de actividades de la vida diaria; y el 67,5% de prevalencia de dolor musculoesquelético. Los individuos tuvieron incapacidad en la realización de 3,6 actividades como promedio en la vida diaria. El dolor fue el principal factor asociado para explicarla (OR 9,9; IC_{95%} 5,9-16,5), seguido de la edad. La dificultad para realizar actividades de la vida diaria se asoció con el dolor en los miembros inferiores, con una frecuencia superior a cuatro días a la semana, que había comenzado hace más de cinco años, y de intensidad fuerte o insoportable en los episodios de crisis. Fueron altas las prevalencias de incapacidad y dolor. El dolor musculoesquelético y la edad influyen en la incapacidad funcional. Este estudio puede orientar la elaboración de acciones de cuidado con el fin de minimizar y prevenir dificultades en la realización de tareas diarias.

Palabras clave | Dolor; Estadísticas de Secuelas y Discapacidad; Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

O crescente contingente de pessoas com incapacidades implica desafios para o planejamento de ações em saúde, tendo importante repercussão clínica e de saúde pública¹. Estima-se que 15% da população do mundo tenha deficiência. Destas, de 110 a 190 milhões de adultos experimentam dificuldades funcionais, com impacto pessoal e social. Devido às condições de saúde, fatores ambientais e envelhecimento populacional, o número de pessoas com incapacidades tende a aumentar². A dor musculoesquelética (DME), principalmente na coluna, é a situação mais comum e dispendiosa para a incapacidade nas atividades de vida diária (AVD) e no trabalho, com altas taxas de licenças-saúde e aposentadorias³.

Mota et al.⁴ mostraram elevada (62,5%) prevalência de dor crônica em população de município amazônico; o estudo ainda apontou que indivíduos com intensidade insuportável e frequência diária do sintoma relataram maior dificuldade para realização de atividades pesadas (91,5%). Revisão descritiva da literatura brasileira realizada por Vasconcelos e Araújo⁵ descreve que a dor crônica foi significativa em todos os estudos analisados, com prevalências variando entre 29,3% e 73,3%.

Diante do exposto, é importante compreender essa possível relação: dor musculoesquelética e funcionalidade. O

medo e a aflição da dor são mecanismos que comprometem o movimento corporal e a funcionalidade³. A DME é reconhecida como problema comum na sociedade, com prevalências superiores a 50%^{6,7}, e definida como “desagradável experiência sensorial e emocional”⁸. Ainda assim, esta condição não apresenta a mesma prioridade dentro do Sistema Único de Saúde que outras condições crônicas possuem. Como seu desfecho não é geralmente uma limitação e a total incapacidade ou morte, ações para a DME são relegadas ao segundo plano, sendo deixadas de lado inclusive pelas, já não tão recentes, redes temáticas de atenção à saúde normatizadas pelo Ministério da Saúde⁹.

A compreensão da DME, suas implicações na incapacidade física e no comprometimento da execução de atividades de vida, é necessária para planejamento de estratégias e priorização de cuidado e da promoção de melhor funcionalidade. Sem o embasamento científico correto, políticas públicas voltadas para esta população são postas de lado pelos formuladores de políticas. O objetivo do trabalho foi estimar a prevalência de incapacidade para realizar tarefas de vida diária e identificar sua associação com DME e outros fatores sociodemográficos em moradores de município do Nordeste do Brasil, tendo por finalidade desnudar uma importante característica da população que é pouco compreendida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal. A escolha do município foi feita com base no número de habitantes (35.088), baixo Índice de Desenvolvimento Humano (0,657) e cobertura da Estratégia Saúde da Família (87,7%). Dentro do município foram selecionadas oito localidades, sendo quatro em aglomerações urbanas e quatro em áreas rurais, para realizar a coleta de dados, devido ao maior contingente populacional e à facilidade de acesso para os municípios. Na mancha urbana eram residentes 78,1% da população, e na rural 21,9%¹⁰.

O critério de elegibilidade para os entrevistados foi a busca espontânea para a assistência em saúde. Foram excluídas menores de 13 anos, sem autonomia para responder de forma independente e que não quiseram participar do estudo. Todos os participantes deste estudo ou responsáveis legais assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra de conveniência consistiu em 766 indivíduos investigados, número suficiente para responder aos objetivos, considerando a menor prevalência de incapacidade funcional em população brasileira (26,8%)¹¹, com margem de erro de 0,04 em 95% das possíveis amostras.

Variável dependente

Para verificar a incapacidade funcional, foi questionado o grau de dificuldade utilizando escala de Likert (não se aplica, não consigo, muita dificuldade, pouca dificuldade e sem dificuldade)¹² para realizar as tarefas corporais de vida diária: carregar objeto pesado, carregar objeto leve, subir e descer escadas, ajoelhar, caminhar no plano, ficar na mesma posição e realizar transferências (atividades baseadas no Questionário de Incapacidade de Roland-Morris¹³). Foi considerada incapacidade funcional qualquer dificuldade em realizar as tarefas questionadas.

Variáveis independentes

A presença de dor musculoesquelética foi investigada pelo Questionário Nórdico¹⁴, contendo o relato do entrevistado

sobre o local da dor (coluna, membros superiores, membros inferiores e difusa), e acrescentadas perguntas sobre as características da dor: intensidade no momento da entrevista e no período de crise, verificada pela utilização da escala visual analógica¹⁵ e categorizada em sem dor, pouca, moderada e forte/insuportável; frequência indicada pelo número de dias com dor na semana; e tempo de início da queixa mensurada pelo início do quadro álgico em meses. Além disso, foram coletados os dados sociodemográficos: idade, sexo, local de moradia e profissão.

Análise dos dados

Análise dos dados realizada usando o programa Stata, versão 13.0. Prevalência de incapacidade foi estimada com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Foi realizada uma análise para a incapacidade baseada em ter e não ter dificuldade em realizar tarefas corporais de vida diária, isto é, *alguma incapacidade funcional*. A prevalência de dor também foi estimada com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas e porcentagem para as categóricas. Análises bivariadas foram calculadas para identificar possíveis associações de incapacidade e as variáveis independentes, incluindo a dor musculoesquelética ($p < 0,20$). Foram construídos cinco modelos de regressão logística para incapacidade, considerando sexo, idade, ocupação e presença de dor e as características da dor. Todas as variáveis inclusas nos modelos tiveram $p < 0,05$ nas análises bivariadas.

RESULTADOS

Das 1.437 pessoas que procuraram assistência à saúde, 845 (58,8%) indivíduos responderam ao questionário da pesquisa, 592 (41,2%) foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão (Figura 1); 9,3% estavam inconsistentes e foram excluídos. Assim, 766 pessoas participaram do estudo. O maior número de entrevistadas ocorreu na região urbana (76,3%); na área rural o correspondente de respondentes foi de 23,7%.

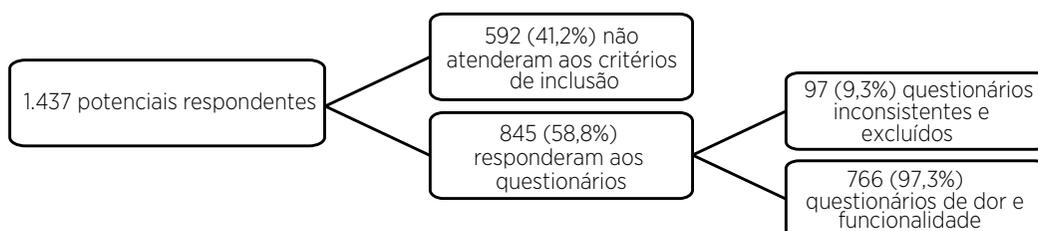


Figura 1. Fluxograma da amostra

A prevalência de *alguma* dificuldade para realizar atividades de vida diárias foi de 87,6% (IC_{95%} 85,3%-89,9%), de *muita* dificuldade foi de 66,1% (IC_{95%} 62,7%-69,4%), e de DME foi de 67,5% (IC_{95%} 64,3%-70,7%). As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa de dor musculoesquelética e de alguma incapacidade dos indivíduos segundo características pessoais

| Características | Dor | | Alguma incapacidade | |
|------------------------------|-------|-------------|---------------------|-------------|
| | sim % | não % | sim % | não % |
| Idade (anos) | | | | |
| 13 a 59 | 34,9 | 65,1 | 13,9 | 86,1 |
| 60 e mais | 26,2 | 73,8 | 7,3 | 92,7 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 39,1 | 60,8 | 16,6 | 83,4 |
| Feminino | 29,2 | 70,8 | 10,7 | 89,4 |
| Trabalho | | | | |
| Sem demanda corporal | 33,1 | 66,9 | 13,6 | 86,4 |
| Com demanda corporal | 27 | 73 | 9,5 | 90,5 |
| Apresenta dor | | | | |
| Não | | | 34,1 | 66 |
| Sim | 100 | 100 | 4 | 96 |
| Local dor | | | | |
| Sem dor | 96,7 | | 32,7 | 67,3 |
| Coluna | | 100 | 3,4 | 96,6 |
| Membros superiores | | | 6,9 | 93,1 |
| Membros inferiores | | | 1,7 | 98,3 |
| Difusa | | | 16,7 | 83,3 |
| Intensidade na crise | | | | |
| Sem dor | 96 | | 32,6 | 67,4 |
| Pouca | | 100 | 6,3 | 93,7 |
| Moderada | | | 7,7 | 93,3 |
| Forte/insuportável | | | 2,9 | 97,1 |
| Frequência dor (dias/semana) | | | | |
| Sem dor | 97,5 | | 33,2 | 66,8 |
| Menos de 1 | | 100 | 9,1 | 90,1 |
| 1 a 3 | | | 3,5 | 96,5 |
| Mais de 4 | | | 2,8 | 97,2 |
| Não sabe definir | | | 10,8 | 89,2 |
| Início da dor (meses) | | | | |
| Sem dor | 100 | | 34,1 | 65,9 |
| 0 a 12 | | 100 | 6,5 | 93,5 |
| 13 a 60 | | | 3,2 | 96,8 |
| 61 a 120 | | | 0,9 | 99,1 |
| 121 a 600 | | | 4,4 | 95,6 |

Dos 555 indivíduos que relataram dor musculoesquelética, 46,6% relataram dor na coluna, de intensidade forte ou insuportável nos episódios de crise (73,7%), com frequência maior a 4 dias por semana (68,8%), e caráter crônico com início há mais de um ano (33%). As incapacidades

foram referidas com maior frequência por idosos (92,75), sexo feminino (89,4%), trabalhadores com demanda corporal (90,5%) e com dor (96%) nos membros inferiores, de intensidade forte/insuportável, com mais de quatro dias semanais e de 5 a 10 anos.

Em média, as pessoas apresentaram dificuldade em 3,6 (DP=2,5) tarefas dentre as oito pesquisadas. As tarefas com a maior frequência de dificuldade relatada pelos indivíduos foram *carregar objeto pesado* (27,3%), *ficar na mesma posição* (22,4%) e *subir escada* (22%). Referente às atividades que os indivíduos não conseguiam realizar, *carregar objeto pesado* (27%), *ajoelhar-se* (16,7%) e *subir escadas* (10,7%) eram as mais frequentes (Gráfico 1).

A Tabela 2 mostra cinco modelos de regressão logística multivariada dos fatores de associação para dificuldade em realizar as atividades questionadas. No primeiro modelo, a dor é o principal fator de associação para explicá-la (OR 9,9; IC_{95%} 5,9-16,5), seguida da idade superior a 60 anos (OR 2; IC_{95%} 1,1-3,8). Referente à localização (modelo 2), dor em membros inferiores tem maior associação com a alguma incapacidade (OR 23,2; IC_{95%} 7,1-75,7), seguido da coluna (OR 12,2; IC_{95%} 5,9-25,5). No modelo 3, realizar tarefas têm maior associação com a intensidade forte ou insuportável nos episódios de crise (OR 14; IC_{95%} 7,3-26,9). O modelo 4 indica que a associação entre a dificuldade na execução de atividades e a frequência da dor é proporcional. Por fim, a cronicidade do quadro algíco (modelo 5), estabelecida pelo tempo de início, associa-se de maneira que dores entre 61 e 120 meses (OR 45,3; IC_{95%} 6,2-332,5) têm maior influência.

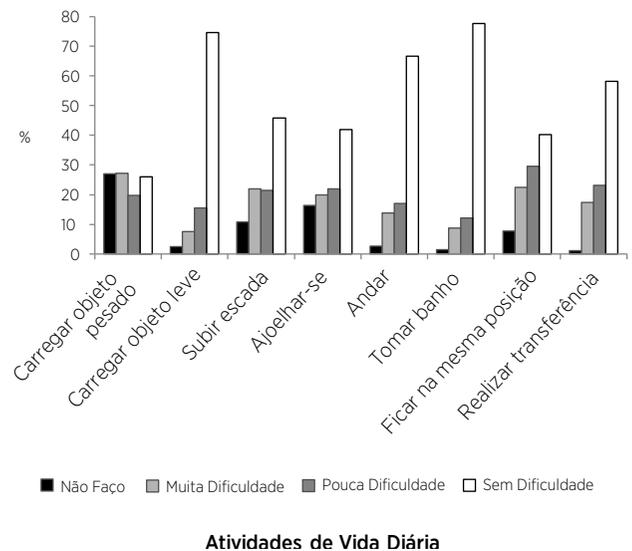


Gráfico 1. Distribuição relativa dos participantes segundo a dificuldade de realização das atividades de vida diária

Tabela 2. Modelos de regressão logística de *alguma* incapacidade em realizar tarefas corporais e características individuais e de dor

| | | ALGUMA INCAPACIDADE EM REALIZAR FUNÇÕES CORPORAIS | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|---|--------|--------------------|--------|------------------|--------|--------------------|--------|---------------------|--------|
| | | OR (IC _{95%}) p | | | | | | | | | |
| | | Modelo 1 | | Modelo 2 | | Modelo 3 | | Modelo 4 | | Modelo 5 | |
| Sexo | Feminino | 1,4 (0,8-2,5) | 0,163 | 1,4 (0,8-2,5) | 0,193 | 1,4 (0,8-2,5) | 0,178 | 1,4 (0,8-2,5) | 0,180 | 1,5 (0,9-2,6) | 0,126 |
| Idade | 60 anos ou mais | 2 (1,1-3,8) | 0,030 | 2 (1-3,7) | 0,035 | 2,1 (1,1-3,9) | 0,024 | 2 (1,1-3,8) | 0,028 | 2,1 (1,1-4,1) | 0,024 |
| Trabalho | Com demanda física | 1,4 (0,9-2,3) | 0,177 | 1,4 (0,9-2,4) | 0,161 | 1,4 (0,8-2,2) | 0,231 | 1,4 (0,8-2,3) | 0,201 | 1,4 (0,8-2,3) | 0,223 |
| Dor | | 9,9 (5,9-16,5) | <0,000 | | | | | | | | |
| Local da dor | Sem dor | | | 1 | | | | | | | |
| | Coluna | | | 12,2 (5,9-25,5) | <0,000 | | | | | | |
| | Membros superiores | | | 5,6 (2,5-12,9) | <0,000 | | | | | | |
| | Membros inferiores | | | 23,2 (7,1-75,7) | <0,000 | | | | | | |
| | Difusa | | | 2 (0,63-6,1) | 0,247 | | | | | | |
| Intensidade da dor na crise | Sem dor | | | | | 1 | | | | | |
| | Pouca | | | | | 7 (1,6-30,3) | 0,010 | | | | |
| | Moderada | | | | | 5 (2,4-10,6) | <0,000 | | | | |
| | Forte/insuportável | | | | | 14 (7,3-26,9) | <0,000 | | | | |
| Frequência da dor (dia/semana) | Sem dor | | | | | | | 1 | | | |
| | Menos de 1 | | | | | | | 4,4 (1,7-11,8) | 0,003 | | |
| | 1-3 | | | | | | | 11,5 (3,5-38,1) | <0,000 | | |
| | Mais de 4 | | | | | | | 14,3 (7,3-28) | <0,000 | | |
| | Não sabe definir | | | | | | | 3,4 (1,1-10,1) | 0,028 | | |
| Início da dor (meses) | Sem dor | | | | | | | | | 1 | |
| | 0-12 | | | | | | | | | 6,3 (3,2-12,5) | <0,000 |
| | 13-60 | | | | | | | | | 12,8 (5,4-30,7) | <0,000 |
| | 61-120 | | | | | | | | | 45,3 (6,2-332,5) | <0,000 |
| | 121-600 meses | | | | | | | | | 9,2 (3,2-26,4) | <0,000 |

DISCUSSÃO

Trata-se de estudo inovador, na medida em que apresenta o impacto de dores na incapacidade, e não apenas em doenças e queixas específicas. Aproximadamente 80% dos participantes tinham incapacidade, a dor foi o principal fator de associação às limitações funcionais. Desta forma, torna-se necessário realizar o planejamento estratégico e priorização de cuidado e tratamento das queixas musculoesqueléticas tanto para o plano terapêutico individual quanto para a

gestão das ações e serviços, possibilitando uma melhor capacidade de resposta dos equipamentos de saúde.

Embora a maioria relate dor na coluna, a queixa em membros inferiores teve maior influência sobre a funcionalidade, provavelmente devido às AVDs se relacionarem ao deslocamento. Estudo encontrou limitações funcionais devido a dor lombar em 20% dos entrevistados e 29% naqueles que apresentaram dor nos membros inferiores¹⁶. Além do local de dor, o longo tempo de início e frequência apresentaram-se como indicadores

importantes, tendo efeito negativo na funcionalidade e qualidade de vida¹⁷.

A prevalência de incapacidade funcional varia (15,5% a 87%), a depender principalmente da graduação e das atividades para definir a incapacidade funcional, bem como da população estudada¹⁸. Este estudo apresentou elevada prevalência de dificuldade para, em média, três atividades. No Brasil, 36,7% dos adultos relataram incapacidade, considerada dificuldade de caminhar 100 metros¹³. Na região Sudeste, 98,2% dos idosos apresentam algum grau de incapacidade funcional¹⁹. Outros estudos apontaram prevalência de 17,6% de incapacidade para atividades básicas de vida diária e 46,3% para atividades instrumentais de vida diária²⁰. No Sul, 26,8% a 28,8% dos idosos tinham incapacidade para atividade básicas e instrumentais de vida diária¹¹. De 54 países, Irlanda e Noruega foram os com menor incapacidade, 4,3%, e a África do Sul o maior (35,9%)²¹. A incapacidade funcional merece, portanto, maior atenção política e recursos na saúde pública.

A DME é um dos fatores que pode comprometer as atividades habituais e limitar atividades recreacionais, relações sociais e familiares²². De fato, este estudo constatou que a dor impactou a incapacidade funcional, mais do que o avançar da idade. Para diversos autores^{4,23,24}, a presença de dor em uma ou mais partes do corpo é um dos fatores que pode propiciar a incapacidade em atividades como subir escadas, abaixar-se, entre outras²⁵.

A dor em si e o comportamento do indivíduo, por medo de desencadear a dor e a manutenção de uma posição antálgica, contribuem para o desenvolvimento e manutenção de incapacidade. A intensidade da dor tem relação positiva com a disfunção, mas sem influência da localização, duração e tipo de dor crônica²⁶. Dores leves já apresentaram prejuízo na realização de tarefas diárias e dores fortes/insuportáveis limitam ainda mais a vida, tanto em jovens adultos quanto em idosos²⁵.

Existe influência direta entre a idade e a funcionalidade^{11,27}. Há associação da incapacidade funcional com o aumento da idade ($p < 0,001$), chegando a uma prevalência 3,5 vezes maior nos indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, quando comparados àqueles de 60 a 64 anos¹¹. A idade influenciou na incapacidade, mas em menor dimensão, o contrário do que se esperava. A idade interfere na funcionalidade por questões fisiológicas associadas ao envelhecimento, como diminuição de força, reflexos, equilíbrio, entre outros²⁸. A relação entre sexo e capacidade funcional apresenta dados distintos na literatura^{27,29}.

Neste contexto, como idade e sexo não são fatores modificáveis para otimizar a capacidade funcional, melhorar a eficiência dos serviços de saúde para o controle da dor pode ser um caminho adequado para as implicações funcionais do ser humano. É importante que o gerenciamento seja realizado por profissionais de saúde com competência, de maneira a identificar janelas de oportunidade junto ao usuário e seus fatores desencadeantes. Para planejamento de uma linha de cuidado para dor, é imprescindível sua identificação precoce.

A DME é a maior queixa de demanda ativa depois de pedidos de laudos e exames em serviços de atenção primária à saúde. Entretanto, a incapacidade é subidentificada, os serviços devem incorporar em sua prática formas de cuidado norteados na equidade do tratamento para DME. Com avaliações adequadas, o cuidado pode ser mais bem estruturado, oferecendo ações que transitam entre a promoção, prevenção, cura e reabilitação³⁰.

Para este processo ser resolutivo, é necessário recursos humanos e infraestrutura adequada. Este deve ser organizado entre todos os atores responsáveis pela saúde, desde os formuladores de políticas, gestores, profissionais e sociedade. Políticas públicas devem ser colocadas em prática, visando uma linha de cuidado para os usuários com dor e incapacidades funcionais decorrentes desta.

Os autores reconhecem as limitações deste estudo. Considerando desenho transversal, não há possibilidade de realizar inferência causal entre dor e funcionalidade, entretanto há análise robusta para verificar possibilidades de associação. Para minimizar erros, foram usados questionários validados. Apesar da amostra de conveniência, houve o cuidado em realizar coleta em oito locais do município. Isto permitiu que a distribuição proporcional da amostra em relação às variáveis sociodemográficas ficasse próxima àquela da população.

CONCLUSÃO

As prevalências de *alguma e muita* incapacidade foram altas. A dor musculoesquelética de caráter crônico, intensidade forte na crise, frequente e, predominantemente, na coluna também apresentou elevada prevalência. Especificamente, a dor em membros inferiores, de intensidade forte/insuportável, frequência maior que quatro dias na semana e com início há mais de cinco anos apresentou maior associação com

a incapacidade. Este estudo contribui para direcionar a construção de ações de cuidado que visem minimizar e prevenir dificuldades em realizar tarefas diárias. Sugere-se direcionamento de políticas públicas voltadas para o cuidado da dor e incapacidades, assim como a capacitação de profissionais e melhor estruturação dos serviços.

REFERÊNCIAS

- Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(2):324-35. doi: 10.1590/S1415-790X2008000200014
- World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: better health for all people with disability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
- Lee H, Hübscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, et al. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain.* 2015;156(6):988-97. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000146
- Mota PHS, Gaudereto BL, Cardoso MRA, Schmitt ACB. Prevalence of musculoskeletal pain and impact on physical function and health care services in Belterra/PA. *Fisioter Mov.* 2016;29(1):103-12. doi: 10.1590/0103-5150.029.001.A011
- Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. *BrJP.* 2018;1(2):176-9. doi: 10.5935/2595-0118.20180034
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith PWC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet.* 1999;354(9186):1248-52. doi: 10.1016/S0140-6736(99)03057-3
- Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):221-30. doi: 10.1590/S1413-81232011000100025
- Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O'Hanlon J, McDonough SM. A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain-protocol. *Syst Rev.* 2014;3:106. doi: 10.1186/2046-4053-3-106
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro; 2011 [cited 2020 Feb 19]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
- Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):796-805. doi: 10.1590/S0034-89102009005000057
- Andrade KRC, Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:89. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005945
- Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 1983;8(2):141-4. doi: 10.1097/00007632-198303000-00004
- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(3):307-12. doi: 10.1590/S0034-89102002000300008
- Lara-Muñoz C, De Leon SP, Feinstein AR, Wells CK. A comparison of three rating scales for measuring subjective phenomena in clinical research: II. Use of experimentally controlled visual stimuli. *Arch Med Res.* 2004;35(1):43-8. doi: 10.1016/j.armed.2003.07.007
- Silva AG, Alvarelhão J, Queirós A, Rocha NP. Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disabil Health J.* 2013;6(4):369-76. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.04.007
- Rodríguez-Romero BI, Pita-Fernández S, Pértega-Díaz S. Impact of musculoskeletal pain on health-related quality of life among fishing sector workers. *Clin Rheumatol.* 2015;34(6):1131-9. doi: 10.1007/s10067-014-2550-1
- Lan TY, Melzer D, Tom BDM, Guralnik JM. Performance tests and disability: developing an objective index of mobility-related limitation in older populations. *J Gerontol Med Sci.* 2002;57(5):M294-301. doi: 10.1093/gerona/57.5.M294
- Tavares DMS, Dias FA. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(1):112-20. doi: 10.1590/S0104-07072012000100013
- Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S. Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):521-9. doi: 10.1590/0104-07072015001652014
- Mitra S, Sambamoorthi U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil.* 2014;36(11):940-7. doi: 10.3109/09638288.2013.825333
- Trippolini MA, Dijkstra PU, Jansen B, Oesch P, Geertzen JH, Reneman MF. Reliability of clinician rated physical effort determination during functional capacity evaluation in patients with chronic musculoskeletal pain. *J Occup Rehabil.* 2014;24(2):361-9. doi: 10.1007/s10926-013-9470-9
- Monnier A, Larsson H, Djupsjöbacka M, Brodin LA, Ång BO. Musculoskeletal pain and limitations in work ability in Swedish marines: a cross-sectional survey of prevalence and associated factors. *BMJ Open.* 2015;5:e007943. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007943
- Silva AG, Alvarelhão J, Queirós A, Rocha NP. Pain intensity is associated with self-reported disability for several domains of life in a sample of patients with musculoskeletal pain aged 50 or more. *Disabil Health J.* 2013;6(4):369-76. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.04.007
- Björnsdóttir SV, Jónsson SH, Valdimarsdóttir UA. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scand J Rheumatol.* 2013;42(1):59-70. doi: 10.3109/03009742.2012.697916

26. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditte JW. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain*. 2013;14(10):1019-30. doi: 10.1016/j.jpain.2013.05.005
27. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):633-40. doi:10.1590/0034-7167.2015680409i
28. Theis KA, Roblin D, Helmick CG, Luo R. Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011-2013, NHIS. *Disabil Health J*. 2018;11(1):108-15. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.010
29. Candotti CT, Noll M, Marchetti BV, Rosa BN, Medeiros MGS, Vieira A, et al. Prevalence of back pain, functional disability, and spinal postural changes. *Fisioter Mov*. 2015;28(4):711-22. doi: 10.1590/0103-5150.028.004.A008
30. Trindade KMC, Schmitt ACB, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. *Fisioter Pesqui*. 2013;20(3):228-34. doi: 10.1590/S1809-29502013000300006