ENFERMAGEM
ATUAÇÃO NO TRATAMENTO DA DOR

Áquila Lopes Gouvêa
Carmen Mohamad Rida Saleh
Hazem Adel Ashmawi

Atheneu

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

ENFERMAGEM
ATUAÇÃO NO TRATAMENTO DA DOR

L PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS


SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
Tel.: 08000267753
www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

ENFERMAGEM
ATUAÇÃO NO TRATAMENTO DA DOR

Áquila Lopes Gouvêa
Carmen Mohamad Rida Saleh
Hazem Adel Ashmawi

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2023

Parte I
Considerações Gerais

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

1

Epidemiologia da Dor – As Dores Crônicas como um Problema de Saúde Pública Mundial

Érica Brandão de Moraes ▪ João Batista Santos Garcia
Isabela Arantes de Mattos ▪ Janillê Luciana de Araújo

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

A dor é uma experiência vivenciada por quase todos os seres humanos, pois constitui um instrumento de proteção que possibilita a detecção de estímulos físicos e químicos nocivos.[1] A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.[2] É compreendida como um fenômeno multifatorial em que aspectos emocionais, socioculturais e ambientais são fatores que compõem o fenômeno.

A concepção descrita pela IASP valoriza a possibilidade da referência de dor pelo paciente, mesmo na ausência de uma lesão tecidual evidente, evidenciando, dessa forma, que ela pode ser consequência de uma disfunção neurofisiológica.[1] Quanto à duração, a dor pode ser aguda ou crônica. A dor aguda tem início recente e é mais comumente associada a uma lesão específica; indica que o dano ou lesão já ocorreu. Já a dor crônica (DC) é uma dor constante ou intermitente que persiste por certo período de tempo e não pode ser atribuída a uma causa específica. A DC não representa somente um sintoma, mas caracteriza-se por um estado patológico bem-definido, que persiste além da solução do seu processo etiológico.[1]

Ainda não há um critério definido para o tempo de início da DC. Alguns estudos utilizam como critério uma dor com duração acima de três meses,[3-6] enquanto outros definem a partir de 6 meses de duração.[7-9]

Do ponto de vista fisiopatológico, a DC pode ser nociceptiva ou neuropática. A DC por nocicepção ocorre por lesão e ativação dos nociceptores (terminações nervosas livres de fibras Aδ e C) que transmitem os impulsos para a medula espinal

e para os centros supraespinais. Já a dor neuropática é causada por lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo.[10]

A DC como uma doença e não um sintoma pode ter consequência na qualidade de vida. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte, dentre outros, encontram-se associados a quadros de DC. A dor passa a ser o centro, direciona e limita as decisões e os comportamentos do indivíduo. A impossibilidade de controlá-la traz sempre sofrimento físico e psíquico.[11]

Estima-se que a prevalência de DC possa variar de 12% a 80%,[12] e a DC com característica neuropática (DCCN) atinge, em média, 7% a 8% da população geral e cerca de um terço da população com DC.[13,14]

➤ Epidemiologia da dor crônica no mundo

No mundo, a DC tem sido associada ao sexo feminino, ao aumento da idade, a ser divorciado, ao baixo nível socioeconômico e à baixa escolaridade. Devido a fortes interesses em saúde pública, a maioria dos estudos epidemiológicos sobre dor vem da Europa e, em particular, dos países escandinavos.[15] Variações de prevalência são encontradas nos diversos países e refletem diferenças entre as populações estudadas, os critérios para definição da DC e a forma metodológica da pesquisa.[16]

Os estudos também mostram diferentes formas de coletas de dados na entrevista, tais como: telefone,[3,4,7,17] enviada por postal,[13] *internet*[16] e pessoalmente.[9,18,19] Na Tabela 1.1, pode-se observar a distribuição dos estudos epidemiológicos sobre DC nos últimos 15 anos.

GIDS POR DIREITOS AUTORAIS

Tabela 1.1. Distribuição dos estudos epidemiológicos no período de 2001 a 2015.

Continente	Local de estudo	População	Amostra	Prevalência de DC	Ano
Europa	Espanha	Geral	5.000	23,4%	2002
	Noruega	Geral	1.912	24,4%	2004
	Europa (15 países)	Geral	46.394	19%	2006
	Reino Unido	Geral	6.000	48% (8%, DCCN)	2006
	Espanha	Idosa	592	73,5%	2007
	Dinamarca	Geral	5.552	20,2%	2008
	França	Geral	30.155	31,7% (6,9%, DCCN)	2008
	Suécia	Geral	826	46%	2010
América do Norte	Canadá	Geral	2.012	29%	2002
	Minnesota (EUA)	Geral	5.897	64,4%	2007
	Estados Unidos	Geral	27.035	30,7%	2010

(*continua*)

Tabela 1.1. Distribuição dos estudos epidemiológicos no período de 2001 a 2015. (*continuação*)

Continente	Local de estudo	População	Amostra	Prevalência de DC	Ano
Ásia	Taiwan	Idosa	219	42%	2006
	Nepal	Geral	1.730	50%	2006
	Israel	Geral	3.738	46%	2008
	Hong Kong	Geral	5.001	35%	2010
	China	Geral	1.003	42,2%	2014
	Japão	Geral	6.000	39,3%	2015
América do Sul	Rio Grande do Sul (Brasil)	Geral	3.182	4,2% (lombar)	2004
	Londrina (Brasil)	Idosa	529	51,4%	2007
	Salvador (Brasil)	Geral	2.297	41,4%	2008
	São Paulo (Brasil)	Geral	2.401	28,7%	2009
	São Luís (Brasil)	Geral	1.597	42% (10%, DCCN)	2012
	São Paulo (Brasil)	Geral	1.108	42%	2014
África	Nigéria	Geral	2.143	16,4% (costas)	2007
Oceania	Austrália	Geral	17.543	20% mulheres e 17,1% homens	2001
	Sul da Austrália	Geral	2.973	17,9%	2010

Fonte: Desenvolvida pela autoria do capítulo.

MATERIAL PROTEGIDO

Europa

Na Europa se concentram grande parte dos estudos epidemiológicos sobre DC. Em 2002, na Espanha, foi realizado um estudo com 11.980 pessoas. A prevalência de DC foi 23,4%, sendo mais frequente nas mulheres e em pessoas acima de 65 anos. Os locais mais comuns de dor foram membros inferiores (22,7%), costas (21,6%) e cabeça (20,3%). A dor de cabeça foi mais comum nas mulheres (22,7%) e a dor em membros inferiores foi mais comum nos homens (24,1%). A dor interferiu nas atividades diárias em 27,1% e a maioria fazia uso de analgésicos (93,2%).[4]

Em 2004, na Noruega, outro estudo foi realizado com 1.912 pessoas. A prevalência de DC foi 25,5%. A média de duração da dor foi de 13,2 anos. Com relação à localização corporal da dor, 59% tinham dor em mais de cinco locais. Os medicamentos mais utilizados para o tratamento foram analgésicos (43%) e 31,3% não fizeram algum tipo de tratamento. No modelo final, mulheres e pessoas que tinham escolaridade primária tiveram mais dor crônica.[5]

O maior estudo da Europa foi realizado em 2006 com a participação de 15 países. Um total de 46.394 pessoas respondeu o questionário. A prevalência média de DC para toda a Europa foi 19%, sendo mais alta na Noruega, Polônia e Itália, e

menor na Espanha, Irlanda e Reino Unido. Em cada país a prevalência encontrada foi: Espanha (12%), Irlanda (13%), Reino Unido (13%), França (15%), Suíça (16%), Dinamarca (16%), Alemanha (17%), Holanda (18%), Suécia (18%), Finlândia (19%), Áustria (21%), Bélgica (23%), Itália (26%), Polônia (27%) e Noruega (30%).[8]

Nesse estudo, as mulheres referiram mais dor do que os homens. A dor foi mais prevalente entre 41 e 60 anos. Somente 12% dos respondentes sofriam de DC há menos de 2 anos, quase 60% tinham dor por período entre 2 e 15 anos e muitos reportaram dor com duração maior que 20 anos (21%). Uma em cada cinco pessoas tinha dor de cabeça e em membros inferiores.[8] A dor foi intensa em 34% das pessoas, e 31% não toleravam mais a dor. Um em cada quatro afirmou que sua dor influenciava na situação de trabalho em que se encontrava. A dor também teve grande impacto no estado emocional; 21% dos respondentes disseram que tiveram diagnóstico de depressão por causa da dor. Somente 25% foram no especialista em dor. Com relação ao tipo de medicamento utilizado para o tratamento da dor, a maioria utilizava anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) – 55%; 43% usavam analgésicos, e 13% eram opioides. Com relação à satisfação com o tratamento, 40% estavam insatisfeitos com o tratamento recebido.

Ainda em 2006, no Reino Unido, foi realizado o primeiro estudo populacional abordando dor crônica com característica neuropática (DCCN). Participaram desse estudo 6 mil pessoas. A prevalência de DC foi 48% e de DCCN foi 8%. A DCCN esteve associada com o sexo feminino, às pessoas impossibilitadas de trabalhar e com baixo nível educacional. As pessoas com DCCN tiveram maior intensidade e duração da dor.[14]

No ano de 2007, foi estudada a prevalência de DC na região mediterrânea da Espanha. Seissentos idosos participaram desse estudo. A prevalência de DC foi de 89,9% e esteve associada ao baixo nível de escolaridade, tendo sido significantemente maior nas mulheres do que nos homens. Os locais mais frequentes foram articulações, membros inferiores, costas e joelho. Mulheres e pessoas com maior idade sentiam dor a mais tempo. A intensidade dolorosa no pior momento de dor e no contexto geral também foi maior nas mulheres. A dor interferiu nas atividades diárias em 48,6% da população.[6]

No ano de 2008, uma pesquisa epidemiológica sobre DC foi realizada na Dinamarca com 5.552 pessoas. A prevalência de DC encontrada foi de 20,2%. O sexo feminino esteve associado ao aumento da DC. A prevalência aumentou com a idade para homens. Entretanto, nas mulheres a prevalência aumentou somente até 65 anos. Os divorciados, separados e viúvos tiveram mais DC do que as pessoas que eram casadas. Houve uma clara associação entre DC e escolaridade. Observou-se que a prevalência de DC diminuiu com o aumento da escolaridade. Pessoas obesas reportaram mais DC do que pessoas que não obesas. O estado de saúde foi considerado péssimo em 79,4%. No geral, 45,9% dos respondentes com DC não estavam satisfeitos com o tratamento que receberam.[18]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Na França, ainda no ano de 2008, outro estudo populacional com DCCN foi realizado com 30.155 pessoas. A prevalência encontrada foi 31,7% para DC e 6,9% para DCCN, que esteve associada com idades entre 50 e 64 anos e profissionais que viviam em áreas rurais. Foi mais frequente em membros inferiores e sua intensidade e duração foram maiores em comparação às pessoas com DC sem característica neuropática.[13]

Em 2010, foi estudada a epidemiologia da DC no sul da Suécia. Participaram desse estudo 826 pessoas acima de 18 anos. A prevalência encontrada foi 46%, e aumentou com a idade após 60 anos. A causa da dor era desconhecida por 46% das pessoas com DC. A diminuição do apetite, o humor deprimido e a fadiga estiveram mais presentes nas pessoas com DC.[20]

América do Norte

Poucos trabalhos epidemiológicos foram desenvolvidos nos países da América do Norte. Em 2002, no Canadá, um estudo foi realizado com 2.010 adultos através de entrevistas por telefone. No geral, 29% dos respondentes reportaram DC, correspondendo a 27% dos homens e 31% das mulheres. A prevalência aumentou com a idade, atingindo seu pico nas pessoas com mais de 55 anos. Os locais mais comuns foram costas (35%), membros inferiores (21%), cabeça (15%) e joelhos (14%). A intensidade da dor foi forte em 31,7%. A média de duração dos episódios dolorosos foi de 10,7 anos. Os medicamentos mais utilizados foram analgésicos (49%) e opioides (22%). Com relação às atividades diárias, 61% deixavam de fazer suas atividades recreativas e 58% não tinham condições de fazer suas atividades em casa.[7]

Em 2008, em Minnesota (EUA), foi realizado um estudo com 5.897 participantes. A prevalência de DC foi 64,4%. Os locais mais prevalentes foram cabeça (31,9%) e região lombar (37,7%).[21] Posteriormente em 2010, ainda nos Estados Unidos, outro estudo foi realizado. De um total de 10.968 respondentes, 34,5% referiram sentir DC nos últimos 6 meses. Em geral, a prevalência de DC aumentou após 64 anos e foi maior nas mulheres (34,3%) do que nos homens (26,7%). Os divorciados/separados tiveram mais DC, e os solteiros foram menos acometidos. Os indicadores socioeconômicos estiveram associados ao aumento de DC nos níveis mais baixos. Com relação à causa da dor, 68% relataram ter uma causa física e um terço não sabia a causa da dor. No que se refere à localização corporal da dor, 25% referiram apenas um local no corpo e 75% referiram mais de um local no corpo.[16]

Em 2015, um estudo com 2.508 pessoas foi conduzido na Alemanha. A prevalência de DC foi de 28,3%, e 7,3% apresentavam algum grau de incapacidade. Presença de comorbidades como doenças cardíacas, reumáticas e gastrointestinais foram associadas a maior grau de incapacidade dentre os pacientes com DC.[22]

MATERIAL PROTEGIDO PELOS DIREITOS AUTORAIS

Ásia

No continente asiático, as publicações com enfoque epidemiológico se concentram em Israel e Hong Kong. Poucos estudos foram encontrados em outros países. No ano de 2006, em Taiwan, foi realizado um estudo com 219 idosos. A prevalência de DC encontrada foi 42%. Fatores associados foram sexo feminino e baixo nível educacional.[23] Em Nepal, no ano de 2007, uma pesquisa foi conduzida com 1.730 indivíduos, e a DC foi presente em quase 50% das pessoas. Os fatores associados foram o sexo feminino, a idade acima de 30 anos, a baixa escolaridade e o hábito de fumar. Os locais mais comuns foram cabeça (20,1%) e costas (25,8%).[24]

Em Israel, no ano de 2008, um estudo foi realizado com 3.738 participantes. A prevalência de DC foi 46%. Os locais mais frequentes foram costas (32%), membros (17%) e cabeça (13%). A dor foi associada com gênero feminino, ser divorciado, viúvo ou separado, baixo nível educacional e dias perdidos no trabalho. Com relação à intensidade da dor, 3,7% tinham dor leve, 59,2% tinham dor moderada e 37,1% tinham dor intensa. Quando foi examinado o impacto da DC nas atividades diárias, 30,6% das pessoas achavam que não influenciava ou que influenciava pouco, 31% achavam que a influência era moderada e 31,5% achavam que a dor atrapalhava muito as atividades diárias. Com relação à procura por atendimento médico, 67,2% haviam procurado atendimento e 14,7% visitavam o médico de 3 a 5 vezes em 6 meses. Metade dos entrevistados tinha consultado com um especialista.[17]

No ano de 2010, um estudo foi realizado com 5 mil pessoas em Hong Kong. A prevalência de DC foi de 35%. Aproximadamente 40% das mulheres reportaram DC, e foi estatisticamente significante maior do que nos homens. No modelo final de regressão mulheres, indivíduos com idade maior que 40 anos, divorciados ou separados foram os que mantiveram associação. Os locais mais comuns de dor foram pernas (33%), costas (29%) e cabeça (19%). As mulheres tiveram um percentual maior de dor de cabeça do que os homens. Enquanto 65% dos respondentes reportaram não interferir nos dias de trabalho, 12% falaram que a DC causou 1 a 3 dias de interferência nas atividades do trabalho. Não houve diferença no grupo de pessoas com e sem DC no que se refere ao fumo e ao consumo de álcool.[19]

Na China, em 2014, um estudo com 1.003 pessoas através de entrevista estruturada encontrou prevalência de DC de 42,2%. Os tipos mais comuns foram as lombalgias (17,6%) e as cefaleias (14,2%). Os maiores prejuízos em relação à dor estavam relacionados ao aumento de consultas e à medicina chinesa para alívio da dor.[25]

Recentemente, em 2015, foi realizado um estudo com 6 mil indivíduos no Japão. A prevalência de DC foi de 39,3%. Os fatores de risco associados foram sexo feminino, idade avançada e não praticar atividade física. Os indivíduos com DC

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

apresentaram pior qualidade de vida e maiores escores de angústia psicológica se comparados aos que não tinham DC.[26]

América do Sul

Na América do Sul, os poucos estudos realizados vieram do Brasil. Em 2004, no Rio Grande do Sul, um estudo transversal de base populacional foi conduzido com 3.182 pessoas acima de 20 anos com o objetivo de estimar a dor lombar. A prevalência encontrada foi de 4,2% e esteve associada ao sexo, à idade, ao fumo e à posição no trabalho.[27]

Em 2007, um estudo realizado através de entrevista domiciliar com 529 idosos em Londrina observou que 51,4% apresentaram queixa de DC. Os locais mais prevalentes foram região dorsal (21,7%) e membros inferiores (21,5%). A intensidade foi leve em metade dos casos (50,7%), moderada em 38,4% dos casos e descrita como intensa em 9,5% dos casos. A frequência da dor diária ocorreu em 32,6% das pessoas. A duração do episódio foi considerada variável em 34%, e em 19,1% foi de 1 a 6 horas e em 18% foi contínua.[11]

O primeiro estudo populacional com população geral foi realizado em 2008, na cidade de Salvador, Bahia. Participaram desse estudo 2.297 indivíduos. A prevalência de DC foi de 41,4%, com prevalência maior nas mulheres (48,4%). A região lombar foi mais presente, representando 16,3%. No modelo final, idade, ser ex-fumante e obesidade central estiveram associados à DC em ambos os sexos. O consumo excessivo de álcool na mulher e o fumo para os homens também estiveram associados à DC.[9]

No ano de 2009, o estudo chamado EPIDOR foi realizado no estado de São Paulo com 2.401 pessoas acima de 18 anos. A prevalência de DC foi 28,7% e os seguintes fatores foram associados: sexo feminino, aumento da idade, divorciados e viúvos, obesos e baixo nível educacional.[28] Posteriormente, outro estudo foi realizado em 2014 e foi observado uma maior prevalência de DC: 42%. A dor contínua estava presente em 32,8% dos indivíduos com DC e estes tinham pior qualidade de vida.[29]

Em 2012, foi realizada uma pesquisa populacional na cidade de São Luís (MA) com enfoque na DC com e sem características neuropáticas. A amostra consistiu de 1.597 indivíduos. A prevalência de DC em São Luís foi de 42%, e 10% apresentaram dor com características neuropática, percentual maior que Reino Unido (8%)[14] e França (6,9%).[13] O aumento da idade foi um forte fator associado, observando-se que a prevalência de DC aumentou nos indivíduos mais velhos. O tempo de duração da dor nesse estudo concentrou-se entre 6 meses e 4 anos, com frequência predominantemente diária, e a intensidade dolorosa e o tempo de dor foram maiores nas pessoas que tinham DC com característica neuropática. Houve predominância da dor em membros inferiores nessa população

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

(51%). Grande parte da população ainda não sabia a causa da dor (50,89%). Nesse estudo, os medicamentos mais utilizados para o tratamento da DC foram analgésicos e AINEs.[30]

África

No continente africano, os estudos se delimitam a populações específicas de hospitais e clínicas de dor. Ainda não se conhece a prevalência da DC na África. Em 2007, um estudo transversal populacional com enfoque na dor na coluna foi desenvolvido na Nigéria e contou com a participação de 2.143 indivíduos. A prevalência encontrada foi de 16,4%. O fator associado foi o aumentou da idade.[31]

Oceania

Na Oceania, os estudos populacionais sobre DC se concentram na Austrália. No ano de 2001, um estudo realizado com 17.543 pessoas encontrou que 20% das mulheres e 17,1% dos homens referiam DC. A prevalência aumentou com a idade, sendo maior nos grupos de idades das mulheres do que nos grupos dos homens. A dor interferiu nas atividades diárias em 11% dos homens e 13,5% das mulheres. Pessoas com nível de escolaridade maior e que utilizavam o serviço de saúde privado tiveram menos DC.[3] Em 2010, um novo estudo foi realizado no sul da Austrália com 2.973 pessoas. A prevalência de DC foi de 17,9%. Sexo, idade e estado civil não estiveram associados. Associações significativas ocorreram com elevado nível de escolaridade e situação de trabalho. O nível de interferência nas atividades diárias era leve em um terço dos respondentes, e moderado para outro terço.[32]

Os estudos epidemiológicos mostram que a DC é um problema de saúde pública mundial com grandes implicações socioeconômicas para a sociedade. O conhecimento da epidemiologia da DC é fundamental para planejar melhorias no sistema de saúde, incluindo organizações de prevenção e tratamento.

A variação de prevalência reflete amostras heterogêneas. Há representações diferentes de sexo masculino e feminino, além de níveis educacionais diversos. Os critérios de definição para DC e a forma como os dados foram coletados também podem intervir na variação da prevalência de DC encontrada. Uma abordagem metodológica mais rigorosa, uniforme e sistemática nos estudos epidemiológicos em DC se faz necessária.

No Brasil, ainda não se conhece a prevalência geral de DC, pois somente alguns estados realizaram estudos. A existência de dados confiáveis sobre a prevalência de DC em países em desenvolvimento, como o Brasil, é fundamental para direcionar investimentos, ações preventivas e terapêuticas. Conhecer os fatores subjacentes à variação da prevalência de DC, com enfoque na DCCN, pode avançar nossa compreensão sobre o impacto na saúde pública.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

➤ Referências bibliográficas

1. Neto OA, Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. 2009.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. Pain. 2020 May 23. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
3. Blyth F, March L, Brnabic A, Jorm L, Williamson M, Cousins M. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain. 2001 Jan;89(2-3):127-34. doi: S0304395900003559 [pii].
4. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López J, Segú J. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5,000 homes. Eur J Pain. 2002;6(2):133-40. doi: 10.1053/eujp.2001.0310.
5. Rustøen T, Wahl A, Hanestad B, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. Eur J Pain. 2004 Dec;8(6):555-65. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.02.002.
6. Miró J, Paredes S, Rull M et al. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. Eur J Pain. 2007 Jan;11(1):83-92. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.01.001.
7. Moulin D, Clark A, Speechley M, Morley-Forster P. Chronic pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. Pain Res Manag. 2002;7(4):179-84.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. Eur J Pain. 2006 May;10(4):287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
9. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. Pain. 2008 Oct;139(3):498-506. doi: 10.1016/j.pain.2008.06.008.
10. Haanpää M, Attal N, Backonja M et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain. 2011 Jan;152(1):14-27. doi: 10.1016/j.pain.2010.07.031.
11. Dellaroza M, Pimenta C, Matsuo T. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. Cad Saúde Pública. 2007 May;23(5):1.151-60. doi: S0102-311X2007000500017 [pii].
12. Abu-Saad Huijer H. Chronic pain: a review. J Med Liban. 2010 Jan-Mar; 58(1):21-7.
13. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-7. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013.
14. Torrance N, Smith B, Bennett M, Lee A. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin: results from a general population survey. J Pain. 2006 Apr;7(4):281-9. doi: 10.1016/j.jpain.2005.11.008.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

15. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, gender and pain: a review of recent clinical and experimental findings. J Pain. 2009 May;10(5):447-85. doi: 10.1016/j.jpain.2008.12.001.
16. Johannes C, Le T, Zhou X, Johnston J, Dworkin R. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. J Pain. 2010 Aug;11(11):1.230-9. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.002.
17. Neville A, Peleg R, Singer Y, Sherf M, Shvartzman P. Chronic pain: a population-based study. Isr Med Assoc J. 2008 Oct;10(10):676-80.
18. Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. Eur J Pain. 2009 Mar;13(3):287-92. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.04.007.
19. Wong W, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. J Pain. 2011 Sep;12(2):236-45. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.004.
20. Jakobsson U. The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in Southern Sweden. Scand J Rheumatol. 2010;39(5):421-9. doi: 10.3109/03009741003685616.
21. Watkins EA, Wollan PC, Melton LJ, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County health study. Pain Med. 2008 Mar;9(2):166-74. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00280.x.
22. Hauser W, Schmutzer G, Hilbert A, Brahler E, Henningsen P. Prevalence of chronic disabling noncancer pain and associated demographic and medical variables: a cross-sectional survey in the general German population. Clin J Pain. 2015 Oct;31(10):886-92. doi: 10.1097/ajp.0000000000000173.
23. Yu HY, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. Pain Manag Nurs. 2006 Mar;7(1):2-11. doi: 10.1016/j.pmn.2005.12.002.
24. Bhattarai B, Pokhrel PK, Tripathi M et al. Chronic pain and cost: an epidemiological study in the communities of Sunsari district of Nepal. Nepal Med Coll J. 2007 Mar;9(1):6-11.
25. Jackson T, Chen H, Iezzi T, Yee M, Chen F. Prevalence and correlates of chronic pain in a random population study of adults in Chongqing, China. Clin J Pain. 2014 Apr;30(4):346-52. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829ea1e3.
26. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M et al. Chronic pain in the Japanese community: prevalence, characteristics and impact on quality of life. PLoS One. 2015;10(6):e0129262. doi: 10.1371/journal.pone.0129262.
27. Silva MC, Fassa AG, Valle NC. Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Apr;20(2):377-85. doi: S0102-311X2004000200005 [pii].

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

28. Dias T, Latorre M, Appolinário J, Silva A, Ferreira K, Teixeira M. The prevalence of chronic pain in São Paulo (Brazil): a population-based study using telephone interview. In: Abstracts of the 5th World Institute of Pain Congress; 2009 Mar; New York (USA). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250066.
29. Cabral DM, Bracher ES, Depintor JD, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo city. J Pain. 2014 Nov;15(11):1.081-91. doi: 10.1016/j.jpain.2014.07.001.
30. Vieira EBM, Garcia JB, Silva AA, Araújo RLM, Jansen RC. Prevalence, characteristics and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. J Pain Symptom Manage. 2012 Aug;44(2):239-51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.08.014.
31. Gureje O, Akinpelu AO, Uwakwe R, Udofia O, Wakil A. Comorbidity and impact of chronic spinal pain in Nigeria. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Aug;32(17):e495-500. doi: 10.1097/BRS.0b013e31810768fc.
32. Currow D, Agar M, Plummer J, Blyth F, Abernethy A. Chronic pain in South Australia: population levels that interfere extremely with activities of daily living. Aust N Z J Public Health. 2010 Jun;34(3):232-9. doi: 10.1111/j.17536405.2010.00519.x.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS