

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fabíola Maria Sabino Meireles

**A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA
COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA ASSISTIDA EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA-CE**

Fortaleza/CE

2023

Fabíola Maria Sabino Meireles

**A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA
COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA ASSISTIDA EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA-CE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Programa
de Pós-graduação Profissional em Saúde
da Família, da Rede Norte Nordeste de
Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal do Ceará

Orientadora: Dra. Patrícia Moreira Costa
Collares

Área de concentração: Saúde da Família

Linha da Pesquisa: Promoção da Saúde

**FORTALEZA/CE
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M453r Meireles, Fabíola.

A repercussão da pandemia na qualidade de vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-Ce / Fabíola Meireles. – 2023.

114 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Moreira Costa Collares.

1. Qualidade de vida. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Dor crônica. I. Título.

CDD 610

Fabíola Maria Sabino Meireles

**A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA
COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA ASSISTIDA EM UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA-CE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

Banca Examinadora:

Presidente/Orientador: Dra. Patrícia Moreira Costa Collares
Universidade Federal do Ceará

Prof.1: Keyla Rejane Frutuoso de Moraes
Hospital Geral de Fortaleza

Prof. 2: Renata de Sousa Alves
Universidade Federal do Ceará

Prof. 3: Rafael Barreto de Mesquita
Universidade Federal do Ceará

Data da Aprovação: 27 de fevereiro de 2023

Fortaleza-Ce

Na vida, existem pessoas que ficam marcadas para sempre. Pessoas essas, que mesmo na presença ou ausência física nos apresentam projetos de sonhos e outras que nos desafiam a construí-los. Gostaria de deixar expresso aqui a minha eterna GRATIDÃO aos meus pais José Antoane Castelo Meireles e Efigênia Sabino Meireles (*in memoriam*) que se vivos estivessem, estariam vibrando com mais essa vitória, o título de mestre. Quando estavam presentes, batalhavam, me incentivam, e me apoiavam em tudo, mostrando-me a maneira mais sábia para resolver os obstáculos. Hoje, posso afirmar que sem a ajuda deles lá de cima, eu nada seria. Portanto, só me resta dizer obrigada Painho, obrigada Mainha por tudo isso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, que me deu sabedoria e força para que eu pudesse realizar o sonho de um dia tornar-me mestre. A ti, meu Senhor, toda honra e toda a Glória.

À minha família e aos meus sobrinhos, pelo carinho, incentivo e zelo que sempre tiveram comigo, em especial a minha segunda mãe Anésia Sabino Meireles Teixeira, que na ausência da minha mãe Efigênia Sabino Meireles (*in memorian*) é sempre tão presente dedicada em minha criação.

A minha orientadora Dra. Patrícia Moreira Costa Collares, que caminhou comigo durante toda a trajetória do mestrado. Que nas horas de desespero estava lá me dando forças e acreditando no meu trabalho. Obrigada pelo tempo disponibilizado para os encontros de revisões, correções, e por todas as explicações para que este trabalho fosse finalizado com muito sucesso.

Ao professor Dr. Bernardo Coutinho, pela sua presteza em realizar a análise estatística e por contribuir na organização e análise dos dados.

Aos membros da banca de defesa, professoras Dras. Keyla Rejane Frutuoso de Moraes, Renata de Sousa Alves e professor Dr. Rafael Barreto de Mesquita pelos apontamentos pertinentes, sugestões, reflexões e ideias que de forma construtiva engrandece o trabalho.

Aos professores do programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família, da nucleadora Universidade Federal do Ceará, por toda dedicação e todo conhecimento transmitido durante o curso, e aos meus colegas de turma que juntos, trilharam esse caminho.

A minha equipe de trabalho, em especial a coordenadora da Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais – COEPP, Dra Anamaria Cavalcante e Silva por permitir a realização deste estudo em horário trabalho, a minha amiga Cristiana Ferreira da Silva pelas orientações metodológicas, ao colega Freed Luckas de Vasconcelos pela ajuda na formatação textual e aos demais colegas que de alguma forma colaboraram para a conclusão deste trabalho.

A coordenação da Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno, que prontamente disponibilizou sala para a coleta de dados e aos pacientes que fizeram parte da amostra do estudo de forma voluntária e que muito contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

A Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza em nome da Rebeca de Souza Oliveira que prontamente forneceu o mapa com a distribuição territorial dos participantes do estudo.

Por que choras assim?
Não vês o meu olhar sobre ti?
Por que sofres assim?
Não vês que estou lutando por ti?
Quando a força acabar, estarei lá.
Quando o grito ecoar, irei te buscar.
Conheço tuas derrotas. Abro novas portas
De tuas quedas irei te levantar não haverá tristeza nem dor
O tempo da vitória chegou!
Ticiania de Paula

RESUMO

A dor crônica musculoesquelética é um problema de saúde pública, e uma das principais causas de afastamento de trabalho, por incapacidade temporária ou permanente. Objetivou-se avaliar a repercussão da pandemia na qualidade de vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE. Trata-se de uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa, cuja amostra compreendeu 106 pacientes, com idade maior ou igual a 18 anos, em atendimento para Síndrome Gripal com queixa de dor crônica musculoesquelética. Aplicou-se os questionários: sociodemográfico, WHOQOL-BREF, e Inventário Breve de Dor. Os dados foram analisados descritivamente utilizando as correlações estatísticas não paramétricas por meio do *Software Statistical Package For Social Sciences* versão 17. Os resultados mostram que a maioria são mulheres (89,6 %), com faixa etária 40 a 59 anos (51,9%). A condição de moradia é própria em 59,4% sujeitos e ser solteiro (a) (53,8%) foi o estado civil predominante. Dos entrevistados, 83,0% tem filhos e aqueles que possuem uma renda familiar de 1.212,00 a 4.848,00 reais, representam 55,7% dos sujeitos. A maioria (66,0%) tem outras doenças não relacionadas a dor crônica musculoesquelética. O tempo de diagnóstico de dor crônica foi maior que um ano em 84,0%, com dor grave na última semana (56,60%). Predominou pessoas que não tiveram covid-19, ou arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya) em 66,0% dos entrevistados. O estudo mostrou associação entre Qualidade de Vida (QV) e as variáveis: aparecimento da dor ($p = 0,05$); internação por covid-19 ($p = 0,04$); intensidade de dor pós covid-19 ($p = 0,03$). O teste de normalidade (Shapiro-Wilk) mostrou que há distribuição diferente da normal ($p < 0,05$) para as variáveis: N° de filhos, N° de pessoas trabalham, ou possuem renda, Renda familiar, Total de pessoas residentes, N° locais de dor, Período do dia em que a dor aparece, n° de outras doenças, n° de Sinais e sintomas, WQ_Relações Sociais, e IBD_Interferência. O teste-t revelou que a média da amostra WQ_geral normal é diferente: da média do WQ: geral; físico; psicológico; e ambiente com significância de $p < 0,05$. A QV tem efeito sobre WQ_Relações Sociais ($p < 0,048$) e IBD_Interferência ($< 0,001$). Conclui-se que a covid-19 impactou negativamente na Qualidade de Vida das pessoas com dor crônica musculoesquelética e agravamento do quadro algíco dos entrevistados com quadro severo de covid-19.

Descritores: Qualidade de vida, atenção primária à saúde, dor crônica

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Diagrama ilustrativo da composição da amostra	34
FIGURA 2	Distribuição territorial dos participantes do estudo, segundo o GQIS	38
FIGURA 3	Nuvem de palavras acerca da entrevista aos sujeitos da pesquisa	56

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1	Domínios e facetas do WHOQOL-bref	26
TABELA 1	Características sociodemográficas	41
TABELA 2	Descrição dados clínicos do questionário sociodemográfico	42
TABELA 3	Dados clínicos relacionados a dor no questionário sociodemográfico	43
TABELA 4	Descrição dados clínicos relacionados a quadros virais no questionário sociodemográfico	44
TABELA 5	Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, acerca da intensidade / severidade da dor	46
TABELA 6	Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, acerca da interferencia nos aspectos da vida	47
TABELA 7	Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, sobre medicação	48
TABELA 8	Distribuição normal e não normal do questionário IBD – Statistics	48
TABELA 9	Descrição de dados do questionário o WHOQOL-bref, sobre qualidade de vida e avaliação da saúde	49
TABELA 10	Descrição do domínio físico do questionário WHOQOL-bref	50
TABELA 11	Descrição do domínio psicológico do questionário WHOQOL-bref	51
TABELA 12	Descrição do domínio relações pessoais do questionário WHOQOL-bref	52
TABELA 13	Descrição do domínio meio ambiente do questionário WHOQOL-bref	53
TABELA 14	Descrição normal e não normal dos domínios do questionário WHOQOL-bref – Statistics	55
TABELA 15	Descrição dos domínios do questionário WHOQOL-bref – Teste de Normalidade	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
DCM	Dor crônica musculoesquelética
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBD	Inventário Breve de Dor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	13
2OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos	17
3REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil	18
3.2 Atenção à dor crônica musculoesquelética	21
3.2.1 Qualidade de vida no contexto das dores crônicas musculoesqueléticas ...	24
3.3 A relação da pandemia por covid-19 e a dor musculoesquelética	26
3.4 A territorialização em saúde como um potencial de intervenção junto a população	28
4 MÉTODOS	31
4.1 Tipo de pesquisa	31
4.2 Local e período da pesquisa	31
4.3 População e amostra da pesquisa	31
4.4 Critérios de inclusão	32
4.5 Critérios de exclusão	32
4.6 Coleta de dados	32
4.7 Organização e análise de dados	36
4.8 Aspectos éticos	37
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	58
7 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....	76
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE C – TABELAS E QUADROS PROVENIENTES DO PROGRAMA SPSS82	
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO WHOQOL BREF.....	109
ANEXO 2 - INVENTÁRIO BREVE DA DOR	113

1 INTRODUÇÃO

Considerando a dor crônica musculoesquelética (DCM) como um problema de saúde pública, e uma das principais causas de afastamento de trabalho, por incapacidade temporária ou permanente, que o presente estudo abordou a repercussão da pandemia na qualidade de vida (QV) de usuários de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) por meio de uma avaliação da população adscrita ao território.

No ano de 1988, a Constituição Federal do Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um marco na história da sociedade brasileira, o qual veio garantir medidas individuais e coletivas, assim como o direito universal à saúde, à previdência e à assistência social, com regulamentação e consolidação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8.142/40 (SARRETA, BERTANI, 2011).

Por meio da consolidação do SUS e objetivando acolher as carências apresentadas por usuários, gestores e comunidade, os serviços foram direcionados a partir de uma rede de cuidados através de fluxos, definidas por critérios culturais, epidemiológicos e econômicos. Pensando em um sistema que ofereça atenção não só à enfermidade, mas ao usuário como um todo. Assim, emergiu a Atenção Primária em Saúde (APS) como primeiro contato com ações voltadas para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dentro do território. Por intermédio da APS, os usuários tem acesso aos níveis secundário e terciário de atendimento (DASCHEVI et al., 2015; FARIA, 2020; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Assim, em 1994, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando mudar a forma tradicional de prestação da assistência em saúde da população mais vulnerável, através da territorialização e reforma sanitária. A atenção ocorre por uma equipe multiprofissional que busca um cuidado integral, de forma intersetorial para oferecer um atendimento contínuo e resolutivo (SILVA et al., 2020; YAMADA et al., 2017).

Diante do exposto, com o objetivo de assegurar a integralidade na atenção à saúde, observou-se a necessidade da inserção de outras categorias profissionais, além daquelas que constituíam a equipe inicial. Com isso, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria Nº.154/GM, de 24 de janeiro de 2008, o qual incluía o fisioterapeuta como membro

da equipe (GAMA, 2010; MAIA et al., 2015).

Dentre as demandas procuradas pelo usuário na atenção básica está o grupo das doenças crônicas não transmissíveis, principal motivo que leva a procura pelo profissional fisioterapeuta. O mesmo passou a exercer atendimento na atenção básica, atuando em programas de saúde pública a fim de atingir a integralidade que busca a assistência completa ao usuário, voltando sua atenção para a prevenção e promoção da saúde, contribuindo com a melhoria da QV da população. Ressalta-se que a Fisioterapia tem competência de atuação em todos os níveis de atenção à saúde (GAMA, 2010; LEAL; OLIVEIRA; BARBOSA, 2021; MAIA et al., 2015).

Uma das alterações que atinge a população de maneira, muitas vezes, incapacitante é a dor musculoesquelética, e que, por não ter inicialmente uma atenção adequada, pode vir a se tornar crônica. Na atenção primária em saúde, a dor musculoesquelética tem-se mostrado com um dos problemas de saúde pública mais recorrentes, apresentando-se como uma das principais queixas pelos usuários, afetando cerca de 39 % da população do Brasil. A DCM aparece em um período de aproximadamente 12 semanas, contribuindo para incapacidade, depressão, ansiedade, distúrbios do sono e conseqüentemente baixa QV. Muitas vezes a dor musculoesquelética é decorrente de condições de saúde precárias ou má uso da biomecânica do corpo, como por exemplo, durante as atividades de vida diária (BARTZ; BUENO; VIEIRA, 2015; PONTIN et al., 2021; VIEIRA et al., 2012).

Desse modo, vê-se a problemática descrita como um desafio para APS, que necessita de estratégias resolutivas a longo prazo baseando-se em medidas que visem a melhoria da QV da população que sofre com DCM.

No campo da saúde pública, a educação em saúde a partir de uma intervenção educativa vem sendo apresentada como estratégia para melhora na QV e propõe, a partir do ensino e prática, a melhor forma de execução das tarefas diárias, redução da dor e contribuição para a prevenção de agravos, através da orientação de movimentos corretos e exercícios que atuam controlando o quadro álgico e mantendo e/ou ampliando a funcionalidade (BOBBO et al., 2018; BORGES et al., 2011).

O *National Institute for Health* e as diretrizes de osteoartrite *Care Excellence* preconizam como importante tratamento para controle de DCM o exercício realizado através do fortalecimento muscular e aptidão aeróbica, uma vez que o indivíduo deve permanecer em atividade evitando, assim, o repouso,

garantindo os benefícios específicos na redução do quadro álgico e melhoria da saúde física e mental, que por sua vez leva a uma redução na procura do serviço público e um aumento na QV (GENEEN et al., 2017).

São destaques de subnotificação na atenção básica, e causa direcionada para a atenção secundária, problemas de saúde como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, dores na coluna, disfunções musculoesqueléticas, artrites, osteoartroses, doenças reumáticas, entre outras, que em muitos casos são caracterizados como crônicos e que, por afetarem principalmente o psicossocial, geram diferentes graus de incapacidade funcional, ocasionando graves problemas na saúde da população, e que pode influenciar diretamente nos gastos públicos (MATA et al., 2011; PRUDENTE et al., 2020).

Entre os fatores que podem levar ao agravamento da DCM está a pandemia da covid-19, como destacado pela literatura (SOUZA et al., 2020; SANTOS-JÚNIOR et al., 2022). De forma adicional e correlacionada existe uma série de fatores que pode facilitar a ocorrência de episódios de dores musculoesqueléticas ou até mesmo ocasionar um aumento nos casos já presentes, diante um confinamento prolongado. A ausência da prática de atividade física induz a atrofia do músculo esquelético, recomendando uma relação prognóstica patológica entre o grau de enfraquecimento muscular e o desenvolvimento, da dor lombar, citada como exemplo (RUBIO et al., 2021).

Para melhor ilustrar esse cenário, tem-se a relação entre a pandemia e o agravamento da saúde musculoesquelética dos trabalhadores, principalmente dos segmentos da coluna lombar e cervical. Isto deve-se ao fato das atividades de trabalho que, ao serem mantidas em domicílio trazem fatores associados como: estresse, dificuldade de conseguir conciliar o trabalho doméstico com as atividades de vida diária, má postura, mobilidade reduzida, aumento da carga de trabalho e falta da prática de atividade física (SANTOS et al., 2021).

O distanciamento social foi uma importante medida recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para limitar as altas taxas de contaminação e minimizar a pressão sobre os sistemas de saúde. Por outro lado, essa opção pode evidenciar outra pandemia, que se trata dos estilos de vida sedentários. Até quando não relacionado à covid-19, a reclusão social é uma condição que contribui para o surgimento de manifestações musculoesqueléticas, como dores musculares e articulares. Os fisioterapeutas enfrentam obstáculos, tais como: pacientes que já

possuem restrição física e mobilidade apresentam dificuldade da realização de exercícios e redução no volume de exercícios a longo prazo (SILVA; SOUSA, 2020).

Assim, em virtude da DCM ser apontada como um problema de saúde pública, entende-se que há necessidade do desenvolvimento de estratégias de identificação, diagnóstico e acompanhamento de pacientes que favoreçam o restabelecimento da disposição física e mental, a fim de proporcionar um viver mais saudável em busca da QV e da funcionalidade das pessoas acometidas pela DCM .

O envolvimento do pesquisador com a temática se deu a partir da necessidade do paciente atendido individualmente no ambulatório de Fisioterapia, continuar seu tratamento por um maior período, e também por relatarem, com frequência, a presença de dores osteomioarticulares na fase crônica.

Pensando em uma alternativa para a otimização terapêutica desses pacientes, foi que, em 2018 as fisioterapeutas da UAPS Roberto da Silva Bruno, iniciaram um projeto de intervenção que tem o nome de grupo de dor crônica. Os usuários recebiam atendimento duas vezes por semana, com atuação direta da Fisioterapia em todo o processo. Orientado por mim, fisioterapeuta da unidade à época, este grupo tinha por finalidade, proporcionar ao usuário melhor entendimento de suas incapacidades, requerendo, de certa forma, mudanças nos hábitos e estilos de vida que apresentam risco à saúde.

Diante dos problemas de DCM da população que busca espontaneamente o atendimento da Fisioterapia e com base no diagnóstico situacional da Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno, este estudo traz a proposta de diagnóstico situacional da relação entre a pandemia e as dores crônicas musculoesqueléticas na população adscrita. De acordo com o diagnóstico proposto para esta unidade, esse modelo poderá ser expandido para outras Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza/CE.

A ideia que perpassa este projeto é a implementação de um modelo de avaliação e referenciamento de usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Roberto da Silva Bruno, para uma rede de serviços que podem envolver desde ações educativas, orientações posturais e intervenção coletiva e/ou individual, caso seja detectada a necessidade. Este modelo de atenção à DCM visa suprir a demanda populacional que busca a atenção primária com quadro de síndrome gripal e queixa de DCM e gerar impacto na funcionalidade e QV desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a repercussão da pandemia na qualidade de vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza-Ce.

2.2 Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil de saúde dos pacientes que estão na sala de espera por síndrome gripal na unidade em estudo.

- ✓ Descrever por meio do georreferenciamento a distribuição espacial dos sujeitos da pesquisa.

- ✓ Classificar a intensidade de dor dos participantes do estudo seguindo o inventário de dor.

- ✓ Analisar a qualidade de vida dos indivíduos correlacionada com a dor crônica musculoesquelética.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, a APS é o primeiro contato do usuário que procura o serviço público, a fim de buscar solução para os mais variados problemas de saúde. Na APS a ESF atua a fim de proporcionar ao paciente da área de territorialização, um cuidado integral à saúde, considerando sua singularidade e inserção sociocultural, por meio de equipes multiprofissionais. Ações contemplativas de promoção, prevenção, reabilitação de caráter individual e coletivo, são essenciais para a saúde da população com a intenção de minimizar agravos causados pelas patologias, reduzir uma maior demanda para a atenção secundária, e assim diminuir maiores impactos negativos na saúde pública (RAMOS et al., 2018).

O novo sistema de saúde causou uma renovação em virtude da descentralização que organizava sua estrutura em três entes federativos, no âmbito nacional, regional e municipal a fim de estabelecer uma hierarquia nos critérios de repasse e oferta de ações e serviços de saúde e controle social (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013).

A APS passa por diferentes mudanças no intuito de organizar o fluxo da demanda populacional e diversos modelos já foram implantados, entre eles o Programa de Saúde da Família (PSF), que é atualmente reconhecido como ESF. Com intuito de reduzir o número de mortalidade infantil e adulta, essa foi criada para ampliar o trabalho dos profissionais da Unidade de Atenção Primária à Saúde através de uma atuação preventiva e interventiva, de acordo com a definição da territorialização da área descrita pela habilidade resolutiva da saúde pública, na tentativa de ajudar às necessidades da população, no desenvolvimento de um modelo assistencial moderno (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Vale ressaltar, que mesmo com a ampliação desses serviços, muitos são os desafios encontrados na realização de um trabalho voltado para a atenção integral à saúde. É de fundamental importância que os profissionais da unidade, realizem de forma humanizada o acolhimento do paciente, facilitando dessa forma o diálogo entre profissional-paciente. Assim, espera-se que o usuário sinta-se devidamente acolhido e cuidado diante do problema que o motivou a buscar o

serviço de saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Para o crescimento desse modelo, necessita-se que princípios sejam seguidos, a fim de contribuir para as práticas de saúde, são eles: centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A APS antes de passar por uma alteração em sua normativa, contava com uma equipe mínima de profissionais atuando ESF: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e saúde bucal, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se estabilizou como plano preferencial do sistema de saúde na atenção básica. Percebeu-se então, a necessidade de expansão dessa equipe, para atender a melhoria do padrão da assistência oferecida aos usuários do SUS, a fim de minimizar os agravos e reduzir o número de mortalidade (TAVARES; COSTA; DRIUSSO, 2018).

Foi então que em 2008, a ESF passou a contar com mais categorias profissionais com a criação do NASF, através da Portaria Ministerial nº 154/2008, a qual se destaca como fundamental política, na abrangência de especialistas inseridos na saúde da família, sendo o profissional fisioterapeuta parte integrante dessa equipe, com elevada atuação na APS, a fim de proporcionar uma reorganização no plano assistencial, através de ações preventivas, criação de grupos em comunidades, busca ativa de patologias entre elas as crônicas degenerativas, juntamente com o apoio dos profissionais do NASF (MACIEL et al., 2015).

O avanço na saúde pública ganhou espaço na história da população brasileira, com o surgimento do SUS, sendo dever do Estado, proporcionar um melhor bem estar físico e mental, além da continuidade da vida no âmbito individual e coletivo. Com pensamento de aperfeiçoar a assistência prestada, é que se faz necessário a inserção do profissional fisioterapeuta na atenção primária à saúde, uma vez que é generalista, e deve ampliar seus cuidados em ações de promoção e prevenção, além de quando necessário realizar medidas interventivas (MAIA et al., 2015).

A Fisioterapia tem-se mostrando cada vez mais importante no SUS, atuando nos três níveis de atenção no cuidado integral à saúde. As atribuições do fisioterapeuta são executar a avaliação fisioterapêutica, estabelecer diagnósticos

cinesiológicos funcionais, ações educativas e preventivas em saúde, visita domiciliar, e inserir-se no campo de gerenciamento de serviços, entre outros (ALVES et al., 2020; MAIA et al., 2015).

A atuação do fisioterapeuta na APS, além da promoção e prevenção, que se utiliza da educação em saúde, reside na priorização da assistência individual e da comunidade. De forma adicional, visa fortalecer o vínculo entre o indivíduo e a equipe multidisciplinar, como também realizar a reabilitação, através da atuação em grupos, práticas integrativas, atividade física, medicina tradicional chinesa, com a finalidade de devolver ao usuário a sua funcionalidade, que por motivo de dor musculoesquelética, procura a unidade em busca de auxílio, promover uma melhor saúde física e emocional, assim como a sua reinserção na comunidade (BRAGHINI; FERRETTI; FERRAZ, 2017).

O serviço público de saúde encontra desafios a serem vencidos, diante do crescimento de doenças crônicas não transmissíveis. A população brasileira sofre com acometimentos, causando prejuízo aos cofres públicos, aumentando assim a busca por profissionais fisioterapeutas na APS. Uma técnica que pode ser aplicada em grupo, beneficiando o usuário que sofre com dores osteomioarticulares, é a prática do Pilates, que possibilita melhora na mobilidade muscular e articular, flexibilidade, respiração, ganho de força muscular e amplitude de movimento, equilíbrio e conseqüentemente melhora no padrão de funcionalidade. Diante disso, o fisioterapeuta, aumenta as possibilidades de atender uma maior demanda, promovendo estratégias de persistência ao tratamento (LEAL; OLIVEIRA; BARBOSA, 2021).

A ESF, que vivencia realidades diferentes em cada comunidade, conta com o apoio do NASF na assistência, que se caracterizava no desempenho de medidas preventivas. Além disso, passa a atuar com práticas reabilitadoras, pelo profissional fisioterapeuta, que se utiliza de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), sendo elas: acupuntura, práticas corporais, fitoterapia, homeopatia, entre outras, como método essencial ao cuidado priorizando a humanização, considerando meios naturais com base no autocuidado, em busca de uma melhor QV (SANTOS; SANTOS, 2017).

3.2 Atenção à dor crônica musculoesquelética

A DCM pode ser estabelecida por um estímulo sensorial ou emocional, até mesmo um dano tecidual. Uma das principais causas pela qual a população busca pelo atendimento médico é a dor, principalmente, por distúrbio musculoesquelético, como condição crônica que muitas vezes se tem mostrado incapacitante, causando invalidez e afastamento de trabalho. Um plano de autocuidado aconselhado para o alívio algico é a prática de exercício, que atua principalmente na melhora da qualidade do sono, uma vez que redução do sono, aumenta a sensibilidade da dor (COHEN, VASE, HOOTEN, 2021).

Apontada como um problema de saúde pública, a dor crônica, advinda de problemas relacionados a patologias crônicas, acarreta gastos elevados ao poder público, além de ocasionar sofrimento para o indivíduo por afetar a saúde física e mental, o que muitas vezes o torna incapacitado para atividades de vida diária. O SUS deve abranger ações na atenção básica com estratégias educativas, a fim de reduzir os gastos públicos e o resultado negativo que afeta a QV e, conseqüentemente, a funcionalidade da população (CAMARGO NETO, 2010, BARTZ, BUENO, VIEIRA, 2015).

Cerca de 40% da população pode, em determinado momento da vida, apresentar dor musculoesquelética. Diante desse desafio, a equipe de profissionais deve estar preparada para atender essa demanda nos três níveis de atenção à saúde e entre eles, o nível primário tem maior capacidade resolutiva, no manejo dessa condição de saúde. A dor musculoesquelética foi apontada como sendo uma das causas mais frequentes para o encaminhamento para o nível secundário, principalmente de indivíduos adultos (que correspondem a 39%), o que acarreta problema de saúde pública, por causar dano físico e mental, assim como prejuízo na economia pública (PONTIN et al., 2021).

Diante disso faz-se importante que a equipe de profissionais do nível primário seja cada vez mais capacitada para identificar os sinais e sintomas e criar estratégias de resolução baseadas em evidências científicas no tratamento dessas patologias. A intervenção como tratamento na DCM em uma unidade de atenção primária à saúde, deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar com atividade física, exercícios de equilíbrio, flexibilidade, exercícios aeróbicos e fortalecimento muscular, para prevenção de agravos e recorrências de acordo com a

necessidade de cada usuário (CAMARGONETO, 2010; COHEN; VASE; HOOTEN, 2021).

Dentre as estratégias destinadas ao tratamento da DCM por uma equipe multidisciplinar temos a formação de grupos de práticas corporais e a fisioterapia atuando no ajuste da funcionalidade através do método Pilates, o ganho ou manutenção da força muscular, a melhora do tônus e flexibilidade, o reestabelecimento do equilíbrio, relaxamento da musculatura e prevenção do desuso muscular. No processo psicológico, os benefícios estão relacionados à redução da ansiedade, depressão e inaptidão causada pelo quadro algico, sendo a atividade física, a mais aconselhada no programa de QV (LEAL; OLIVEIRA; BARBOSA, 2021; MONTINI, NEMAN, 2012).

Estudos recentes apontam que a DCM é uma das maiores demandas por consultas médicas na atenção primária a saúde, com um percentual de 14,5% a 15,7%. Uma pesquisa contendo 21 revisões mostrou melhora na funcionalidade quando trabalhado através de uma abordagem multidisciplinar envolvendo fisioterapia, exercícios, práticas complementares e integrativas (COHEN; VASE; HOOTEN, 2021; FAYÃO, et al., 2019).

Pesquisa realizada por Nicolson et al. (2017) revela alta prevalência do papel dos exercícios terapêuticos, que envolve atividade aeróbica, fortalecimento muscular e mobilidade, na indicação de manejo e melhora do quadro algico, condição de saúde e funcionalidade daqueles que sofrem com dor crônica musculoesquelética. Existem relatos de muitos que sofrem com essa algia de queixas como o medo e a insegurança de praticar algum tipo de atividade que gere movimento, com receio de agravamento do quadro. Diante disso, faz-se necessário a orientação de profissionais qualificados e uma maior oferta de programas de exercícios para que a população tenha uma maior adesão e eficácia ao tratamento.

O grupo de dor na comunidade mostrou-se uma estratégia benéfica para grande parte da população que busca auxílio na atenção básica. Esta ação de baixo custo deve ser adotada por ações governamentais a fim de beneficiar uma maior quantidade de usuários que sofre com patologias crônicas. O propósito é que as UAPS sejam uma alternativa menos dispendiosa para a prevenção de agravos, reincidência ou aparecimento de novos casos reforçando a importância de um estilo de vida saudável, além de um tratamento a longo prazo com exercícios em grupo (MONTINI; NEMAN, 2012).

Segundo as Diretrizes Normativas da OMS, acerca do relatório de Gerenciamento da Dor, a conduta deve ser definida por uma equipe multiprofissional, a fim de proporcionar ao indivíduo uma redução no quadro algico, reestabelecimento funcional e recuperação da saúde física e emocional (CASTRO et al., 2019).

Devido à falta de informação atualizada da atenção primária em condutas baseadas em evidências, muitos encaminhamentos ainda são referenciados à atenção secundária, casos estes que poderiam ser resolvidos com abordagem terapêutica na atenção básica. Para um melhor acompanhamento dos casos de DCM, é que a literatura aponta um trabalho multidisciplinar através dos profissionais do NASF entre eles: fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, médico acupunturista, educador físico entre outros (PRUDENTE et al., 2020).

A falta de profissionais de Fisioterapia e serviços ofertados nos centros especializados da rede secundária e terciária dificulta o acesso integral da assistência em rede, para o usuário que busca alívio do quadro algico provocado por dores crônicas musculoesqueléticas, o que gera uma maior demanda na atenção primária, tanto para medidas preventivas, quanto para reabilitação por meio de intervenção, na qual o fisioterapeuta desenvolve um trabalho por meio de atividades em grupo, individual e visita domiciliar (TRINDADE; SCHMITT; CASAROTTO, 2013).

Distúrbios osteomusculares ocasionados por dor crônica musculoesquelética, relatados por usuários da atenção básica, pode ser reduzidos através do tratamento fisioterapêutico individual, com atendimento semanal, complementados com orientações domiciliares, confirmando a importância do autocuidado e educação em saúde para uma vida mais saudável e uma melhor QV. Para tanto, julga-se importante a inserção do fisioterapeuta na APS, visto que promove uma melhora na saúde da população, diminui custos públicos, promove ações de prevenção a agravos, não restrita aos procedimentos de reabilitação, além de conceder um melhor vínculo entre os profissionais e comunidade (FREIRE et al, 2020; LANGONI, VALMORBIDA, RESENDE, 2012).

Profissionais do NASF são responsáveis pelo desenvolvimento de programas de educação e promoção na saúde na APS, a fim de proporcionar ao usuário do território uma atenção integral. Essa atuação se dá de forma individual ou em equipes, para aqueles que apresentam DCM. Um “Grupo da Coluna”, para atender usuários que sofrem de dor musculoesquelética crônica em uma Unidade

Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, promoveu ações esclarecedoras aos usuários a respeito de suas limitações, como trata-las, facilitando o entendimento de manter uma boa postura, além de demonstrar exercícios terapêuticos para evitar o agravamento das dores recorrentes da cronicidade musculoesquelética (VIEIRA; BARTZ; JORNADA, 2017).

Esse grupo foi realizado em cinco encontros, com duas horas de duração, uma vez por semana em uma UBS de Porto Alegre e contemplando em cada edição de oito a doze usuárias. Na prática eram realizados exercícios terapêuticos para percepção corporal, fortalecimento muscular, alongamento e relaxamento da musculatura, sendo benéfico para que os usuários tivessem um melhor entendimento do seu problema, a reinserção na comunidade, e a experiência de uma vida saudável através da prática de atividade física (VIEIRA, BARTZ, JORNADA, 2017).

Algumas orientações dependem da tomada de decisão de profissionais do NASF e a equipe de saúde da família para melhora do quadro algico do paciente que sofre com DCM, como: estimular a presença em grupos de atividade física, ou em atividades de práticas integrativas, que trabalhem com o fortalecimento muscular, alongamento, relaxamento, exercícios aeróbicos, que sejam realizados pela UBS. Caso não sejam realizados grupos específicos, estimular a equipe do NASF para a importância da implantação dessas ações (BRASIL, 2012).

3.2.1 Qualidade de vida no contexto das dores crônicas musculoesqueléticas

A QV de algumas pessoas é muitas vezes afetada pelo incomodo causado pelas dores crônicas musculoesqueléticas, que acarreta prejuízo nas tarefas de vida diária. Alguns agentes são apontados como desencadeantes dessas dores, como fator ambiental, psicossocial, saneamento básico, falta de orientação postural, e uso incorreto da mecânica articular e muscular. Para melhora na QV da população, estratégias como educação em saúde e intervenção educativa através de exercícios estão sendo utilizadas na atenção básica à saúde de forma coletiva por meio de grupos, a fim de proporcionar um estilo de vida mais saudável, redução do quadro algico, melhor flexibilidade e mobilidade, reeducação postural e fortalecimento muscular (BORGES et al., 2011).

Faz-se importante que os profissionais da equipe de estratégia da saúde

da família, quando se refere a saúde pública, conheçam a situação territorial da sua área e, entendam a realidade da comunidade com finalidade de estimular ações de promoção e prevenção à saúde, uma vez que a DCM está diretamente relacionada com a QV da população (SILVA et al., 2016).

No desenvolvimento da fase de envelhecimento, a dor musculoesquelética é apontada como uma das mais frequentes dentre as dores crônicas, sendo a dor e a redução da função articular, as mais prevalentes. Diante do quadro algico que acomete o paciente idoso, considera-se uma redução da QV, e conseqüentemente, um elevado custo para o poder público (STORCHI et al., 2016).

Além, dos sintomas dolorosos causados pelo distúrbio musculoesquelético, a DCM está relacionada com sintomas psíquicos como a depressão e a ansiedade, o que afeta diretamente a QV do indivíduo, devido a uma maior incapacidade física, afastamento no trabalho, distanciamento do convívio familiar e social, dificuldade de realização de atividade de vida diária, dificultando o processo no âmbito pessoal e profissional (SILVA, 2021).

Dentre os diversos instrumentos utilizados para avaliar a QV, tem-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde significado (WHOQOL-BREF), um questionário validado, abreviado em português, constituído por 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. E de forma complementar, o Inventário Breve de Dor desenvolvido em uma escala de 0 a 10 para fornecer uma forma fácil de medir a intensidade da dor e até que ponto isso interfere na vida dos que a sofrem (BRAGA et al., 2011; TAN et al., 2004). Os mesmos serão utilizados nesse estudo para auxílio de uma melhor avaliação e intervenção da QV.

O grupo de QV da OMS, a fim de agilizar o processo de preenchimento do questionário WHOQOL-100, sem a perda de características, criou uma forma abreviada do instrumento, o WHOQOL-bref. Composto por 26 questões, com duas referentes a QV, e o restante de 24 formam as facetas divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, conforme descrito no quadro 1 (FLECK et al., 2000).

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref

<p>Domínio 1 - Domínio físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho Domínio <p>Domínio 2 - Domínio psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais Domínio <p>Domínio 3 - Relações sociais</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Atividade sexual Domínio <p>Domínio 4 - Meio ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
--

* Descrição de domínios e facetas do WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000)

3.3 A relação da pandemia por covid-19 e a dor musculoesquelética

O ano de 2020 foi marcado mundialmente pela crise do coronavírus (covid- 19), uma doença transmissível de grande contágio, provocada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS CoV 2). A OMS declarou em 11 de março de 2020 uma pandemia pelo novo coronavírus (covid-19) devido à prevalência de um surto global para conter o vírus e reduzir o risco de contaminação, foram necessárias algumas medidas como o distanciamento social, isolamento e confinamento comunitário (TEIXEIRA, FREITAS, CARVALHO;. 2020; SANTOS et al., 2021).

O surgimento do novo coronavírus, apareceu para modificar a realidade

mundial. Pertencente a uma classe de vírus que compromete além do aparelho respiratório, outros sistemas como: gastrointestinal, neurológico e muscular. Os sintomas variam de leves a graves, dependendo da condição clínica, ocorrendo a necessidade de suporte ventilatório com importante índice de mortalidade (FREITAS, MEDEIROS, MEDEIROS., 2021).

Nota-se que a covid-19 apresenta grandes impactos em diversos sistemas do corpo, principalmente no sistema respiratório e cardiovascular, promovendo um déficit funcional da musculatura respiratória, e dificuldade de suportar a realização de atividade de vida diária, além da redução de mobilidade. O sistema musculoesquelético é afetado por fraqueza muscular, dor, perda de equilíbrio, alteração biomecânica dificultando a realização de exercícios físicos, rotina diária e movimentos básicos como o simples fato de caminhar, sentar e levantar, entre outros (SOUZA et al., 2020).

Uma das causas observadas para o aumento da DCM durante a pandemia, foi o medo da contaminação com o vírus pela somatização de sintomas, além de sentir-se inseguros quanto à prevenção e recuperação. A QV da população idosa e dos que sofrem com doenças crônicas em tempos pandêmicos, torna-se mais comprometida quando se avalia a capacidade em realizar atividade de vida diária, devido a inatividade advinda do isolamento social. A falta de interação e convívio social durante o isolamento prejudicou a saúde física e mental, assim como a funcionalidade, pois a época tornou-se mais propícia a inatividade. Como dito anteriormente, a prática de exercício físico é um dos principais métodos para alívio da DCM (GRACIANO et al., 2020; FREITAS, MEDEIROS, MEDEIROS., 2021).

Por outro lado, a realização da prática de exercícios sem a devida orientação do profissional, pode constituir uma situação de agravamento do quadro álgico, pelo fato da sobrecarga de forças. Reforça-se isso uma vez que pessoas iniciaram essas atividades no período pandêmico sem o devido condicionamento (RUBIO et al., 2021; SOUZA et al., 2020).

Entretanto, a busca pela saúde e bem estar tem evoluído mesmo com a chegada da pandemia por covid-19. Diante do isolamento social, a prática de exercícios funcionais adaptados para o domicílio tem feito parte da rotina de muita gente através da supervisão de um profissional de educação física e fisioterapeuta objetivando devolver a função muscular por meio da reabilitação (RUBIO et al.,

2021; SOUZA et al., 2020).

Diante do exposto, verifica-se que a pandemia afeta a saúde da população, causando crise na saúde, na qual aDCM é agravada pela suspensão do tratamento e sintomas mentais e emocionais como ansiedade e depressão. A QV dos pacientes que tiveram covid-19 é afetada pela diminuição da força muscular, e redução da função pulmonar, contribuindo assim na dificuldade de exercer algumas tarefas diárias o que necessita de tratamento fisioterapêutico com atividades de fortalecimento muscular e ajuste na função neuromuscular a fim de proporcionar uma vida mais QV adequada e uma melhor funcionalidade (SOUZA et al., 2020; TEIXEIRA; FREITAS; CARVALHO, 2020).

3.4 A territorialização em saúde como um potencial de intervenção junto a população

Uma das estratégias discutida na PNAB é a territorialização que tem o propósito de evidenciar o meio de articulação na saúde pública para reunir e avaliar a forma de vida da população (SILVA et al., 2020).

Com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) a territorialização tem seus conceitos e princípios descritos dentro do contexto do sistema de saúde, onde os municípios são diretamente responsáveis pelo atendimento efetivo das carências e demandas de saúde da população. A ESF envolve reorientar a prática da territorialização, sendo responsável pela execução das ações no campo específico baseada no levantamento de necessidades e demandas locais (SILVA, et al., 2021).

Dentro da APS a territorialização desempenha um importante papel, além de identificar os diversos problemas de saúde por meio da aproximação da ESF com os usuários, facilita o conhecimento da história e cultura da população. A territorialização tem se mostrado uma ferramenta essencial no planejamento, programação e desenvolvimento das intervenções de saúde dentro da PNAB, a fim de diagnosticar os mais diversos problemas de saúde da comunidade de um determinado território. Os profissionais da ESF, necessariamente, deverão agir no sistema de territorialização e mapeamento das áreas de execução da equipe para identificação de grupos, famílias e usuários em situação de risco e vulnerabilidade (SILVA et al., 2019).

A APS tem entre suas atribuições ser o primeiro acesso do usuário ao sistema público de saúde e se baseia no apoio individual e populacional. Isso inclui

ações para promover, prevenir, reabilitar a saúde dos sujeitos de forma integral. A equipe multiprofissional é responsável pelos serviços que buscam os princípios da integralidade, acessibilidade, universalidade, equidade e continuidade do cuidado, construindo vínculos com a população e alcançando as pessoas por meio do delineamento de áreas de foco sobre os cuidados da equipe de saúde sanitária (BURITY, 2021).

A territorialização também pode ajudar na gestão, assim como na identificação e execução das melhores intervenções a partir da realidade local. Ela envolve o processo de análise do território geoespacial em todas as dimensões para obter uma maior visão de seu contexto e das necessidades de acordo com cada realidade. A territorialização não é somente a análise dos limites geográficos, ela entende a real necessidade da população que habita naquele território para executar suas ações de acordo com as diretrizes da APS (PEREIRA, et al., 2020).

A territorialização se aplica desde a marcação de área de atuação, a organização do fluxo de trabalho, das ações de saúde, até o meio de avaliação da condição de moradia e saúde da comunidade. Objetivando, assim, deliberar acerca da carência da população territorial e executar as atividades de acordo com a necessidade levantada (MACIEL et al., 2020)

É importante destacar que é um método pelo qual se pode entender o convívio populacional nos níveis social, cultural e econômico, com a finalidade de construir dados confiáveis que demonstrem a verdadeira existência social e de saúde de uma determinada área. Para uma melhor efetividade na territorialização, é fundamental que se defina a área de prestação de serviços e se examine o local, a população e a atividade social. Só assim será possível definir as ligações com determinados serviços e com centros de referência em saúde (SILVA et al., 2020).

Para um melhor desempenho das ações em um território é importante que a ESF antes mesmo de executá-las, conheça o espaço e planeje as atividades de acordo com a necessidade do local. Para isso é importante ressaltar que a área é o local de execução das ações da UAPS, constituída por microáreas que contempla uma população de 2.400 a 4.000 indivíduos. Toda microárea é formada por no máximo 750 pessoas, sendo função atuante do Agente Comunitário de Saúde (MACIEL et al., 2020).

Essa abordagem requer a compreensão do território e o seu funcionamento para uma posterior divisão que leve em consideração todas as

características únicas dos grupos inseridos. Dessa forma, a territorialização pode ser utilizada para estudar as necessidades da comunidade inserida na rede básica de saúde, bem como para definir o campo de atuação de cada UAPS (SILVA et al., 2020).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo aplicada a indivíduos da sala de espera com queixas de síndrome gripal, para investigação da relação desta com DCM e QV, durante a pandemia.

Na pesquisa quantitativa os resultados obtidos são representados através de números, tabelas, taxas e proporções, além de poder avaliar objetos específicos, diferenças e relações significativas entre variáveis (MINAYO et al., 2005).

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2022, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Dr. Roberto da Silva Bruno, localizado na Av. Borges de Melo, 990, Bairro de Fátima, em Fortaleza-CE. Esta UAPS faz parte da Regional IV e possui, em seu quadro profissional, quatro equipes da ESF, com quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, três dentistas, duas assistentes de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal e, 13 agentes comunitários de saúde. A unidade também é sede do NASF. Administrativamente a área da unidade *locus* dessa pesquisa é subdividida em 13 microáreas cobertas, 1 microárea descoberta, sendo equipes: 428 (Aeroporto e Fátima), 429 (Aeroporto e Vila União), 435 (Fátima) e, 446 (Parreão) (FORTALEZA, 2022).

De acordo com o Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, obtido através do prontuário eletrônico *FastMedic*, a UAPS atende uma população, segundo o IBGE, de 39.502 habitantes, com população cadastrada no *FastMedic* de 11.626 (FORTALEZA, 2022).

4.3 População e amostra da pesquisa

Segundo Marotti et al. (2008), a população é o conjunto de unidades sobre o qual se deseja obter informação. Dessa forma, a população desta pesquisa foi composta por indivíduos para atendimento na sala de espera no território da referida unidade e que estavam cadastrados no prontuário eletrônico *FastMedic*.

Entende-se que a amostra se refere ao subconjunto de unidades retiradas de uma determinada população para que se possa obter a informação desejada, que neste caso será representada (MAROTTI et al., 2008).

Fizeram parte da amostra os indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, em sala de espera para atendimento na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno que tinham apresentado síndrome gripal no período da pandemia (março de 2020 a julho de 2022) que possuíam queixas de dor crônica musculoesquelética. Segundo dados cedidos pela Regional IV, através do *FastMedic*, a média mensal de pacientes atendidos por síndrome gripal acima de 18 anos em 2021 foi de 146 pessoas.

Tendo em vista que em 2021 a média mensal de pacientes maiores de 18 anos atendidos com síndrome gripal na UAPS Roberto da Silva Bruno foi de 146 pacientes, adotando uma frequência hipotética do fator do resultado na população de 50% (máximo nível de incerteza) e uma confiança de 95% estimou-se ser necessário avaliar 106 pacientes a fim de obter uma amostra que represente essa população.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos com idade a partir de 18 anos, independente do gênero, que apresentavam dor crônica de origem musculoesquelética persistente com mais de três meses, residentes em Fortaleza, cadastrados no SUS e/ou assistidos pela UAPS Roberto da Silva Bruno, em espera por atendimento devido a síndrome gripal.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos com alterações cognitivas, auditivas e/ou visuais, que impossibilitava o momento de aplicação dos questionários no ato da avaliação, de forma fidedigna.

4.6 Coleta de dados

A captação dos sujeitos para a coleta de dados se deu especificamente na unidade de saúde elencada no estudo, sendo coletados por meio de entrevista. A coleta de dados foi realizada durante o horário de trabalho, no período da manhã e

tarde, duas vezes por semana, durante 15 dias úteis, utilizando a sala de apoio a amamentação e um consultório, como estratégia de um melhor deslocamento dos usuários. Em alguns casos, foi necessário usar o corredor da unidade, uma vez que o usuário poderia ser chamado para a consulta a qualquer momento.

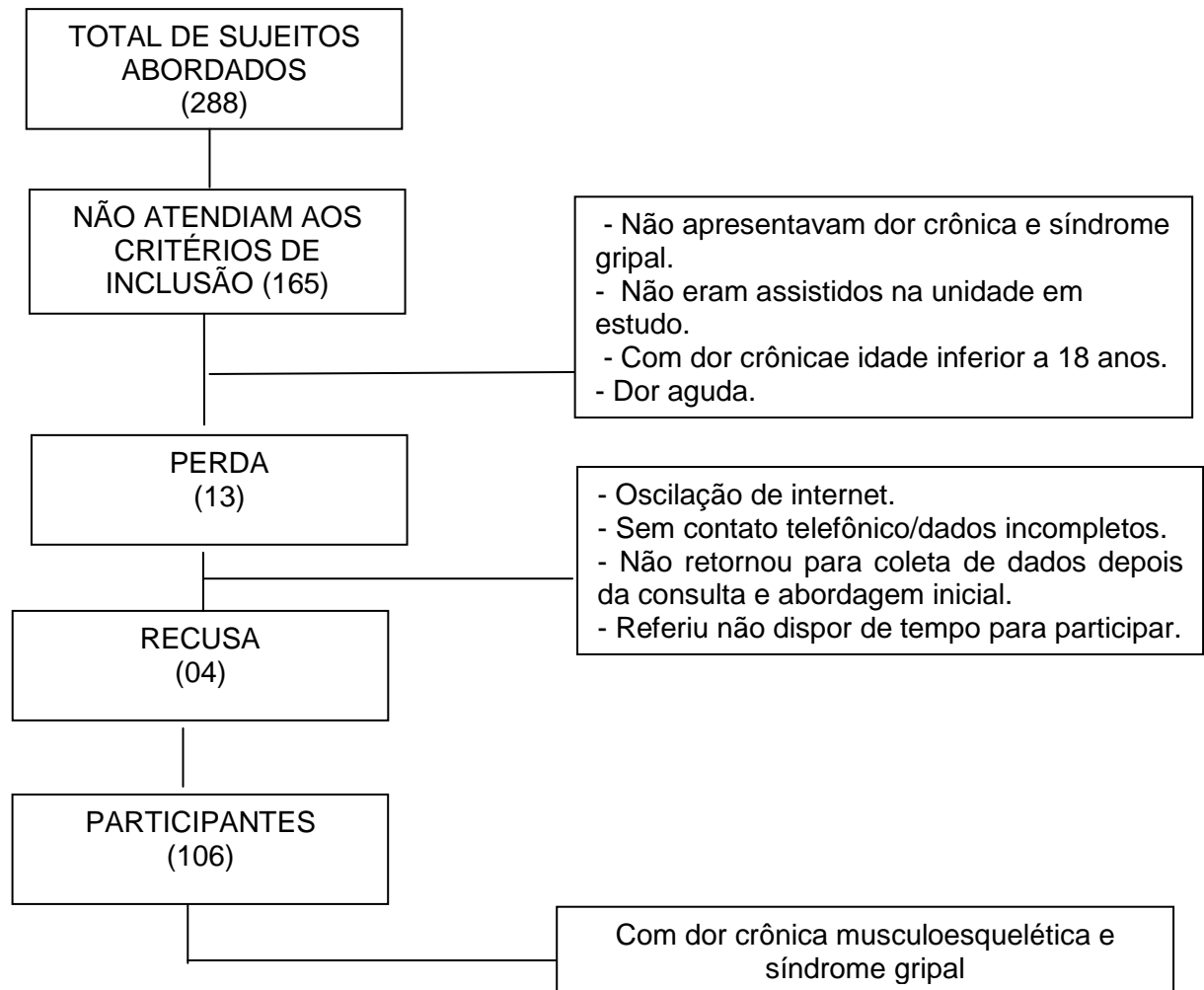
Ao chegar na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno, a pesquisadora, se aproximava dos usuários que estavam em sala de espera, se apresentava, explicava o motivo da pesquisa, analisava os critérios de inclusão e exclusão, e de acordo com a devolutiva, convidava e interrogava sobre a disponibilidade na participação da pesquisa.

Do total de 288 usuários (Figura 01) que foram abordados em sala de espera, 106 entraram para a pesquisa por apresentar queixa de síndrome gripal e dor crônica musculoesquelética no período referido. Não atendiam aos critérios de inclusão 165 usuários, sendo 139 que não apresentavam DCM e síndrome gripal, 12 que não pertenciam à área de cobertura da unidade em estudo, 02 com DCM e idade inferior a 18 anos, 12 com dor aguda (duração menor que três meses). Houve uma recusa de 04 e uma perda de 13 sujeitos por motivos diversos.

Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, conseguiu-se uma amostra composta por 106 usuários que se enquadravam nas condições propostas, e respeitava o previsto pelo cálculo amostral.

A fim de resultar no levantamento das informações, de início, a pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa, esclarecendo aos participantes que os dados fornecidos seriam mantidos em sigilo sendo utilizados apenas com finalidade de pesquisa, que a participação era anônima e de forma voluntária, e que a qualquer momento ele poderia desistir da pesquisa, sendo solicitada a assinatura do TCLE.

Figura 1 - Diagrama ilustrativo da composição da amostra



Fonte: dados da pesquisa

Os instrumentos de coleta de dados a serem descritos a seguir foram adaptados para o *google forms* como uma estratégia de dar celeridade a coleta e análise dos dados. Durante a coleta de dados, também foi possível registrar, além das entrevistas, alguns pontos relevantes, que possibilitaram ao entrevistado complementar as informações, e um melhor esclarecimento a respeito da dor crônica.

Foi aplicado um questionário sócio-demográfico elaborado pela própria autora, contendo dados pertinentes ao estado de saúde, ocupação, gênero e idade a fim de retratar a população estudada e que também contemplará dados referente ao aparecimento da doença, tempo de instalação e possíveis causas (APÊNDICE A).

Para prosseguimento da pesquisa, os participantes responderam os seguintes questionários:

- WHOQOL-BREF - usado para avaliar a QV. É um questionário validado, abreviado em português, constituído por 26 questões distribuídas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a QV (ANEXO 1) (BRAGA et al., 2011).

Para fins de análise dos dados referentes ao Whoqol Bref adotou-se o proposto por Fleck et al (2000) e Almeida-Brasil et al. (2017) no qual as pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV. De modo complementar adotou-se como ponto de corte (65,22) os dados referidos na pesquisa de Cruz et al. (2011).

- Inventário Breve de Dor - forma traduzida de *Brief Pain Inventory* (BPI). Um instrumento validado e traduzido para o português. Desenvolvido em uma escala de 0 a 10 para fornecer uma forma fácil de medir a intensidade da dor e até que ponto isso interfere na vida dos que a sofrem. De acordo com os dados da dor atual, os entrevistados classificam a mais intensa, a menos intensa e a média, além do grau em que a dor interfere com 7 domínios de funcionamento (atividade geral, humor, caminhada, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e gozo de vida) (ANEXO 2) (TAN et al., 2004). Quanto mais altos os valores aferidosm sugerem melhor percepção de QV.

- Propõe-se após a defesa da dissertação realizar, como devolutiva para os sujeitos pesquisados, as rodas de conversa, a serem agendadas previamente com os pacientes que se propuseram a participar do estudo, na qual será apresentada uma cartilha educativa sobre dor crônica, criada no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a EducaDOR (<http://www7.bahiana.edu.br//jspui/handle/bahiana/540>) (MENDEZ et al., 2017). A referida cartilha abrange de forma clara e detalhada o conceito de dor, abordando a dor aguda e crônica, suas características e diferenças, formas de enfrentamento e

possíveis crenças que pacientes e cuidadores têm acerca da dor, tendo sido validada por Vieira et al. (2019).

4.7 Organização e análise de dados

Os dados coletados foram tabulados no Excel 2013 e analisados descritivamente através de correlações estatísticas não paramétricas por meio do *Software Statistical Package For Social Sciences (SPSS)* versão 17.

Os dados dos sujeitos da pesquisa foram estruturados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel versão 2013 que abrangia os dados sociodemográfico do território da UAPS Roberto Bruno. Após a organização dos dados nessa planilha, foi feito o georreferenciamento no *Google Maps*. Para uma melhor ilustração da distribuição espacial dos mapas a Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) utilizou-se um software livre de geoprocessamento QGIS que tem acesso de código aberto sendo um Sistema de Informação Geográfica livre. O acesso a interface é de fácil entendimento facilitando a interação com o usuário.

A seguir serão apresentados alguns esclarecimentos acerca da categorização dos dados, que foi realizada com o intuito de facilitar a gestão e visualização dos resultados, bem como posterior análise e discussão. Alguns dos resultados descritivos do questionário sociodemográfico dessa pesquisa, foram agrupados em categorias seguindo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), visando uma melhor demonstração.

A CBO foi adotada na categorização dos resultados e uma das suas classificações é estruturada em grande grupo, dividida em nove títulos: membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares, membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes, profissionais das ciências e das artes, técnicos de nível médio, trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, trabalhadores em serviços de reparação e manutenção (BRASIL, 2002).

Do mesmo modo, os resultados do questionário Inventário Breve da Dor (IBD), também foram categorizados. Para uma melhor descrição, foi-se utilizado a

seguinte classificação: escores: 0 – sem dor, 1 a 3 - dor leve, 4 a 7 – dor moderada e 8 a 10 - dor grave (BOONSTRA et al., 2016).

Ressalta-se que alguns dos dados aqui apresentados sobre as doenças pregressas, o respondente ao questionamento apresentava distribuição de múltiplas respostas, uma vez que os sujeitos poderiam citar mais de uma doença. Como estratégia de melhor visualização destes dados as respostas foram agrupadas seguindo a CID 11 (OMS, 2022).

Para categorização da área de dor do questionário IBD utilizou-se o agrupamento das variáveis por região corporal: cabeça, face, região cervical, região torácica, região lombar, membros superiores, membros inferiores, região, pélvica, anal ou genital e dor generalizada.

Foi construído um banco de dados contendo as variáveis categóricas, no programa SPSS. A estatística descritiva foi realizada através da apresentação da frequência absoluta e relativa para as variáveis nominais e da medida de tendência central e variabilidade para as variáveis numéricas. Para análise e distribuição da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk reportando média e desvio padrão para as variáveis com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil (25 e 75) para as variáveis com distribuição não normal. E de forma complementar a estatística analítica adotou o teste qui-quadrado e t-sudent, adotando o $p \leq 0,05$.

4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitou os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 06/05/2022, com o parecer nº 5.392.905. A coleta de dados deu-se início somente após aprovação do CEP.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e estavam cientes de que os riscos da pesquisa são considerados mínimos e que caso haja algum constrangimento ao responder o

questionário o participante poderá a qualquer momento retirar sua participação da pesquisa. Terão como benefícios da pesquisa enriquecer o conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre QV e DCM, bem como proporcionar estratégias de educação em saúde aos participantes da pesquisa no momento da devolutiva do estudo na referida unidade.

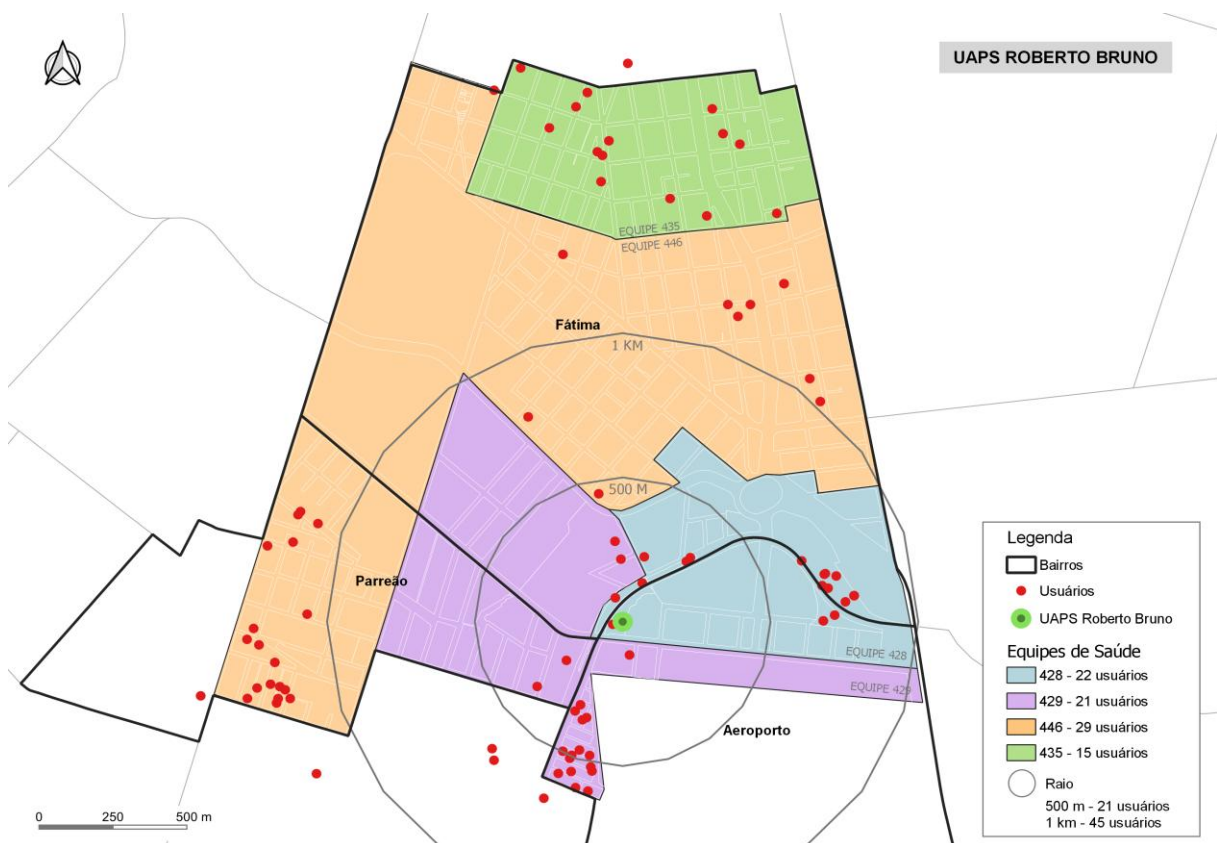
Para o desenvolvimento desta pesquisa foi apresentada a carta de anuência, liberada mediante envio do projeto à Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP).

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 106 usuários que estavam na sala de espera da UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno. A maioria era do sexo feminino 95 (89,62%), com idade mínima de 18, máxima de 85, média de 51,04 e desvio padrão 13,611. Ser solteiro (a) 57 (53,77%) foi o estado civil predominante entre a população pesquisada. Destes, 45 (46,39%) moram no bairro de Fátima (tabela 01). Vale ressaltar que possíveis inconsistências no quantitativo de bairros *versus* microareas deveu-se ao relato do usuário, no reconhecimento do bairro para o seu respectivo endereço.

O mapa abaixo (Figura 02), ilustra a distribuição geográfica dos sujeitos da pesquisa assistidos na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno.

Figura 2 - Distribuição territorial dos participantes do estudo, segundo o QGIS



Fonte: dados da pesquisa.

Destaca-se que o recorte escolhido a partir do programa QGIS, demonstra apenas um recorte do mapa, para uma melhor visualização dos

resultados (figura 02). Uma vez que, de uma amostra com 106 pacientes, 91 sujeitos foram encontrados dentro dos bairros (Fátima, Parreão e Aeroporto), e 15 estão localizados completamente fora da área de cobertura da UAPS Roberto Bruno, mas ainda assim tem vínculo terapêutico com esta unidade. Vale ressaltar que somente parte dos bairros Parreão e Aeroporto estão dentro do território da UAPS. Com isso, 87 sujeitos estão dentro dos bairros e cobertos pelas equipes e 4 sujeitos estão fora da área de cobertura.

De forma complementar, é enfatizada na figura 2 a distribuição espacial a partir de um raio de 500ms e 1Km de distância para a UAPS do estudo. Percebe-se uma distribuição heterogênea dos sujeitos pelo território com algumas áreas de maior densidade populacional. Este aspecto se faz necessário observar na avaliação do meio ambiente e do acesso ao serviço de saúde.

A condição de moradia é própria para 63 (59,43%) sujeitos, 27 (25,47%) deles reponderam ser a quantidade de pessoas predominante de três na residência, com a quantidade de 1 a 3 filhos 74 (69,81%). Entre os sujeitos que informaram ter apenas uma pessoa que trabalha ou possui uma renda no domicílio, o quantitativo foi de 49 (46,23%).

No que se refere a ocupação, 34 (32,08%) são trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, com renda familiar representada de 1.212,00 a 4.848,00 reais para 59 (55,66%) dos sujeitos pesquisados. a carga horária de trabalho diária foi informada por 28 sujeitos (26,42%) como sendo de 4 a 8 horas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas.

VARIÁVEIS	Nº	%
BAIRRO (área coberta pela Unidade de Atenção Primária à Saúde)		
Fatima	46	52,87%
Aeroporto	21	24,14%
Parreão	20	22,99%
Sexo		
Feminino	95	89,62%
Masculino	11	10,38%
Faixa etária		
18 a 39 anos	21	19,81%
40 a 59 anos	54	50,94%
60 anos ou mais	31	29,25%
Estado civil		
Solteiro (a)	57	53,77%
Casado (a)	32	30,19%
Divorciado (a)	7	6,60%
União estável	6	5,66%
Separado (a)	2	1,89%
Viúvo (a)	2	1,89%
Presença de filhos?		
Sim	88	83,02%
Não	18	16,98%
Número de filhos		
0	18	16,98%
1 a 3	74	69,81%
4 a 6	14	13,21%
Ocupação		
Do lar	33	31,13%
Aposentada	14	13,21%
Outros (autonomo e desempregado)	6	5,66%
Profissionais das ciências e das artes	11	10,38%
Trabalhador de serviços administrativos	6	5,66%
Trabalhador de serviços, vendedores do comércio	34	32,08%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1	0,94%
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	1	0,94%
Nº de horas de trabalho dia		
Não trabalho	53	50,00%
4 a 8 horas	28	26,42%
9 a 12 horas	22	20,75%
Menos de 4 horas	2	1,89%
Mais de 12 horas	1	0,94%
Total de pessoas residentes		
1	12	11,32%
2	24	22,64%
3	27	25,47%
4	19	17,92%
5 a 10	24	22,64%

Nº de pessoas trabalham, ou possuem renda		
0	2	1,89%
1	49	46,23%
2	39	36,79%
3 a 5	16	15,09%
Renda familiar		
Sem renda (recebe apoio da família)	3	2,83%
Menor que 1.212,00	34	32,08%
De 1.212,00 a 4.848,00	59	55,66%
Acima de 4.848,00 a 9.696,00	8	7,55%
Acima de 9.696,00 a 14.544,00	2	1,89%
Condição de moradia		
Residência própria	63	59,43%
Alugada	35	33,02%
Cedida	8	7,55%

* Dados apresentados em frequência absoluta e relativa. A classificação da faixa etária, fundamentou-se no modelo adotado na Pesquisa Nacional de Saúde 2019, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

Na história da doença pregressa, além da DCM, predominam doenças no sistema circulatório em 35 (25,18%) dos sujeitos. Entre as doenças do sistema circulatório destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (30 pacientes). As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foram evidenciadas em 16 pacientes, enquanto as doenças do sistema músculo-esquelético ou do tecido conjuntivo (hérnia de disco e fibromialgia) apenas em 4 pacientes e transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento (ressalta-se ansiedade) em 14 pacientes.

Tabela 2 - Descrição dados clínicos do questionário sociodemográfico

VARIÁVEIS	Nº	%
Presença de outras doenças (NÃO RELACIONADAS A DOR DOR CRÔNICA)		
Sim	70	66,04%
Não	36	33,96%
Outras doenças		
Doenças do sistema circulatório	35	25,18%
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	28	20,14%
Doenças do sistema músculo-esquelético ou do tecido conjuntivo	27	19,42%
Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento	26	18,71%
Doenças do sistema respiratório	8	5,76%
Doenças do sistema digestivo	5	3,60%
Doenças do sistema nervoso	3	2,16%
Neoplasias	3	2,16%
Doenças micobacterianas	2	1,44%
Doenças do sangue ou órgãos formadores de sangue	1	0,72%

Acerca do tempo de diagnóstico de DCM, dos respondentes 89 (83,96%)

informaram o aparecimento há mais de um ano. Quanto à intensidade da dor na última semana, foi referida pelos participantes como dor grave, apontada por 60 (56,60%) dos entrevistados, com maior aparecimento no período da noite, informada por 78 (73,58%) dos usuários. Quanto aos aspectos relacionados ao período do dia em que a dor aparece, os usuários tinham a opção de marcar, um ou mais turnos, mas optou-se por descrever os dados apenas em um período. Diante disso, o somatório da percentagem ultrapassou o número de cem por cento.

Tabela 3 - Dados clínicos relacionados a dor no questionário sociodemográfico

VARIÁVEIS	Nº	%
Tempo de diagnóstico de dor crônica		
Até 3 meses	1	0,94%
Entre 3 e 5 meses	1	0,94%
Entre 5 e 12 meses	15	14,15%
Mais que 01 ano	89	83,96%
Local da dor		
Cabeça	2	1,89%
Face	1	0,94%
Região cervical	28	26,42%
Região torácica	39	36,79%
Região lombar	47	44,34%
Membros superiores	45	42,45%
Membros inferiores	70	66,04%
Região pélvica, anal ou genital	2	1,89%
Intensidade da dor na última semana		
Zero (sem dor)	2	1,89%
De 1 - 3 (leve)	11	10,38%
De 4 - 7 (moderada)	33	31,13%
De 8 - 10 (grave)	60	56,60%
Período do dia em que a dor aparece		
Manhã	54	(50,94%)
Tarde	40	(37,74%)
Noite	78	(73,58%)
Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia		
Nenhum	64	60,38%
Um a seis	31	29,25%
Sete a quatorze	10	9,43%
Quinze a trinta	1	0,94%
A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele		
SIM – Eu tenho essas sensações frequentemente	67	63,21%
NÃO – Minha dor não dá essas sensações	39	36,79%
A dor aparece de repente em crises		
SIM – Eu tenho essas sensações frequentemente	55	51,89%
NÃO – Minha dor realmente não dá essas sensações	51	48,11%

A sensação referida do tipo picada, formigamento, alfinetada ou agulhada foi referida por 67 (63,21%), e como choque elétrico, sobressalto e espasmo por 55

(51,89%). Observou-se que 64 (60,38%) dos interrogados nos últimos 6 meses, não deixou de fazer suas atividades do dia a dia (trabalho, escola ou trabalho de casa) por causa dessa dor.

Diante da fragilidade da dor e a dificuldade de realizar tratamento fisioterapêutico, os pacientes foram orientados pela entrevistadora, que no momento da consulta médica, solicitasse ao profissional, o encaminhamento para rede especializada do município, e ao sair do consultório procurasse o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) da UAPS Roberto Bruno, para colocar o encaminhamento na fila de espera da regulação.

Para melhor ilustrar, a realidade vivenciada pelos pacientes na Rede de Atenção à Saúde, segue o relato: *“tem dias que choro com dor, sei que preciso de exercício, sei que não posso ficar sedentário, mas não tenho condições de pagar”* (sujeito da pesquisa, material extraído do diário de campo).

Em determinados momentos foi necessário dar uma pausa na entrevista, ter um olhar de sensibilidade e acolhimento ao conversar com o (a) paciente. O diálogo destinou-se a uma palavra de conforto, visando a importância de oferecer uma escuta especializada, para o alívio do quadro algico.

Tabela 4 - Descrição dados clínicos relacionados a quadros virais no questionário sociodemográfico

VARIÁVEIS	Nº	%
Tiveram covid-19		
Não	70	66,04%
Sim	36	33,96%
Período do diagnóstico de covid-19		
2020	19	45,24%
2021	16	38,10%
2022	7	16,67%
Internamento por covid-19		
Não	33	91,67%
Sim	3	8,33%
Outras síndromes gripais (SG)		
Sim	106	100%
Não	00	00%
Período SG		
2019	1	0,94%
2020	4	3,77%
2021	8	7,55%
2022	92	86,79%
Não lembro o ano	1	0,94%
Internação SG		
Sim	00	00%
Não	106	100%

Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)		
Não	70	66,04%
Sim	36	33,96%
Período da Arbovirose (N = 36)		
2000 a 2005	2	4,88%
2006 a 2010	1	2,44%
2011 a 2015	3	7,32%
2016 a 2020	25	60,98%
2021 acima	8	19,51%
Não lembra	2	4,88%
Internação Arbovirose (N = 36)		
Não	34	94,44%
Sim	2	5,56%

Observa-se o predomínio de pessoas sem covid-19 70 (66,04%), comparado a pessoas que positivaram 36 (33,96%), sendo que a maior parte destes 33 (91,67%) não necessitou de internação. No ano de 2020, tem-se um maior número de casos positivos dentro da presente amostra, representado por 19 (45,24%) dos sujeitos infectados. Destes, seis apresentaram reinfecção.

Todos os entrevistados (100%) relataram outras síndromes gripais, com maior aparecimento no ano de 2022, representada por 92 (86,79%) dos sujeitos entrevistados, porém não houve nenhuma internação.

Quanto à avaliação das arboviroses (dengue, zika e chikungunya), percebeu-se que a maioria, 70 (66,04%), não apresentou e 36 (33,96%) já tiveram, sem a necessidade de internação, em 34 (94,44%) usuários, prevalecendo os casos no período de 2016 a 2020, informado por 25 (60,98%) sujeitos.

Quando questionados acerca da internação temos apenas 3 casos para covid-19, e dois casos para arboviroses. Ressalta-se que em ambas as situações os pacientes reportam agravamento do quadro de dor durante a internação hospitalar.

A seguir, serão descritos os resultados provenientes do questionário IBD, abordando 7 domínios de funcionamento: atividade geral, humor, caminhada, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e prazer de viver, de acordo com a Tabela 5. Durante a vida, a maioria das pessoas pode apresentar dor muito usual, a exemplo de dor de cabeça, dor de dente, etc. Observou-se que 94 (88,68%) dos interrogados apresenta dor diferente dessas no momento da entrevista, ou seja, estão com um quadro agudizado da sua dor crônica (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, acerca da intensidade / severidade da dor

VARIÁVEIS	Nº	%
PRESENÇA DE OUTROS TIPOS DE DOR		
Sim	94	88,68%
Não	12	11,32%
ÁREAS DE DOR		
Cabeça	7	1,60%
Face	0	0,00%
Região cervical	24	5,48%
Região torácica	84	19,18%
Região lombar	55	12,56%
Membros superiores	95	21,69%
Membros inferiores	153	34,93%
Região pélvica, anal ou genital	14	3,20%
Dor generalizada	6	1,37%
PIOR DOR		
Zero (sem dor)	8	7,55%
De 1 - 3 (leve)	9	8,49%
De 4 - 7 (moderada)	32	30,19%
De 8 - 10 (grave)	57	53,77%
DOR MAIS FRACA		
Zero (sem dor)	15	14,15%
De 1 - 3 (leve)	34	32,08%
De 4 - 7 (moderada)	50	47,17%
De 8 - 10 (grave)	7	6,60%
MÉDIA DA DOR		
Zero	1	0,94%
De 1 - 3 (leve)	20	18,87%
De 4 - 7 (moderada)	62	58,49%
De 8 - 10 (grave)	23	21,70%
DOR AGORA		
Zero (sem dor)	24	22,64%
De 1 - 3 (leve)	26	24,53%
De 4 - 7 (moderada)	34	32,08%
De 8 - 10 (grave)	22	20,75%

Com relação a área da dor, a mais frequente relatada por 34,93% dos sujeitos foi o membro inferior. Vale ressaltar que os sujeitos tinham a opção de marcar mais de uma área de dor, resultando no quantitativo de 153 para essa região. Diante disso, o somatório da percentagem ultrapassou o número de cem por cento.

Identificou-se que 57 (53,77%) dos sujeitos referiram a pior dor, como grave (escore de 8-10), a dor mais fraca 50 (44,17%), como moderada (escore de 4-7) nas últimas 24 horas, e a média da dor achada, foi classificada como dor moderada (escore 4-7) por 62 (58,49%) dos entrevistados. No momento da entrevista observou-se esta intensidade de dor moderada em 34 (32,08%)

No entanto, a intensidade da dor em uma escala de zero a dez, não interferiu nos aspectos da vida como: atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento interpessoal, sono e na habilidade de apreciar a vida, para a maioria da população investigada (Tabela 6).

Tabela 6 - Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, acerca da interferência nos aspectos da vida

VARIÁVEIS	Nº	%
ATIVIDADE GERAL		
Zero (sem dor)	58	54,72%
De 1 - 3 (leve)	2	1,89%
De 4 - 7 (moderada)	18	16,98%
De 8 - 10 (grave)	28	26,42%
HUMOR		
Zero (sem dor)	57	53,77%
De 1 - 3 (leve)	3	2,83%
De 4 - 7 (moderada)	22	20,75%
De 8 - 10 (grave)	24	22,64%
HABILIDADE DE CAMINHAR		
Zero (sem dor)	43	40,57%
De 1 - 3 (leve)	4	3,77%
De 4 - 7 (moderada)	26	24,53%
De 8 - 10 (grave)	33	31,13%
TRABALHO		
Zero (sem dor)	43	40,57%
De 1 - 3 (leve)	4	3,77%
De 4 - 7 (moderada)	23	21,70%
De 8 - 10 (grave)	36	33,96%
RELACIONAMENTO COM OUTRA PESSOA		
Zero (sem dor)	75	70,75%
De 1 - 3 (leve)	6	5,66%
De 4 - 7 (moderada)	10	9,43%
De 8 - 10 (grave)	15	14,15%
SONO		
Zero (sem dor)	49	46,23%
De 1 - 3 (leve)	1	0,94%
De 4 - 7 (moderada)	20	18,87%
De 8 - 10 (grave)	36	33,96%
HABILIDADE DE APRECIAR A VIDA		
Zero (sem dor)	65	61,32%
De 1 - 3 (leve)	3	2,83%
De 4 - 7 (moderada)	10	9,43%
De 8 - 10 (grave)	28	26,42%

Para a descrição do tratamento ou medicação usada para a dor, o usuário tinha a opção de relatar múltiplas respostas, assim, ultrapassando a porcentagem de

cem por cento. Para a categorização, foi realizado um agrupamento dessa variável em classes farmacológicas.

Quando questionados sobre quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor, a medicação mais referida foi da classe analgésica, usada por 52 (49,06%) dos entrevistados, seguida por antiinflamatórios com 47 usuários (44,34%). No que se refere a melhora proporcionada pela medicação usada, nas últimas 24 horas, a maioria 61 (57,55%) reconhece uma melhora expressiva com valor médio de 6,6. Chama atenção o fato de 13 (12,26%) usuários, não apresentarem nenhum alívio do quadro sintomático de dor, durante a administração de medicações (Tabela 7).

Tabela 7 - Descrição de dados do questionário Inventário Breve da Dor, sobre medicação

VARIÁVEIS	Nº	%
TRATAMENTO OU MEDICAÇÃO		
Analgésico	52	49,06%
Antiinflamatório	47	44,34%
Não toma	14	13,21%
Massagem com gel	5	4,72%
Não lembra	5	4,72%
Relaxante muscular	4	3,77%
Antidepressivo	4	3,77%
Corticoide	2	1,89%
Faz alongamento	1	0,94%
Compressa	1	0,94%
ALÍVIO PELA MEDICAÇÃO		
0	13	12,26%
De 1 a 3	6	5,66%
De 4 a 6	26	24,53%
De 7 a 10	61	57,55%

Na tabela 08, são abordados os dados de interferência da dor, tendo sido representado por distribuição não normal, com: mediana 3,43 (0,71 - 6,14). Os dados do estudo referente a intensidade / severidade da dor apresenta média 5,033 e desvio padrão [DP] 2,1912.

Tabela 8 - Distribuição normal e não normal do questionário IBD – Statistics

VARIÁVEIS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
IBD - Intensidade/severidade	5,033	2,1912
IBD – Interferência*		

* IBD – Interferência (distribuição não normal): mediana 3,43; percentil 25 (0,71), percentil 75 (6,14).

Os dados demonstrados a seguir, são referentes ao instrumento de avaliação de QV WHOQOL-bref, divididos em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

Quando questionados sobre, como você avalia sua QV, boa parte dos entrevistados 50 (47,17%) indicou a opção quatro (boa), tendo uma média de 82,94 e DP de 9,681. Em relação avaliação da saúde observa-se que 34 (32,08%) informaram a opção três (nem satisfeito nem insatisfeito), com média de 2,9 (Tabela 09).

Tabela 9 - Descrição de dados do questionário o WHOQOL-bref, sobre qualidade de vida e avaliação da saúde

VARIÁVEIS	Nº	%
QUALIDADE DE VIDA		
Muito ruim - 1	2	1,89%
Ruim - 2	5	4,72%
Nem ruim nem boa - 3	44	41,51%
Boa - 4	50	47,17%
Muito boa – 5	5	4,72%
AVALIAÇÃO DA SAÚDE		
Muito insatisfeito - 1	5	4,72%
Insatisfeito - 2	33	31,13%
Nem satisfeito nem insatisfeito - 3	34	32,08%
Satisfeito - 4	29	27,36%
Muito satisfeito – 5	5	4,72%

Com relação às perguntas, se a dor física impede de fazer o que precisa, 44 (41,51%) responderam escore três (mais ou menos), e da mesma forma para existência de energia suficiente para o seu dia a dia, 47 (44,34%) sujeitos apontaram sendo equivalente a médio (Tabela 10).

O grau de satisfação com o sono foi avaliado como insatisfeito, representado por 33 (31,13%) dos usuários. Quanto a capacidade de locomoção 35 (33,02%) marcaram a opção três (nem ruim nem bom).

Os sujeitos demonstraram-se satisfeitos quanto a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia e para o trabalho, 41 (38,68%) e 48 (45,28%) respectivamente. Já com relação a necessidade de algum tratamento médico para levar a vida diária, a posição três (mais ou menos) foi a mais relatada por 44 (41,51%) dos usuários.

Os dados da pesquisa mostram uma média de 67,951 e desvio padrão

[DP] de 10,8993 para o domínio físico, sendo a maior média entre todos os domínios.

Tabela 10 - Descrição do domínio físico do questionário WHOQOL-bref

FACETAS	Nº	%
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		
Nada - 1	18	16,98%
Muito pouco - 2	18	16,98%
Mais ou menos - 3	44	41,51%
Bastante - 4	23	21,70%
Extremamente – 5	3	2,83%
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?		
Nada - 1	2	1,89%
Muito pouco - 2	26	24,53%
Médio - 3	47	44,34%
Muito - 4	20	18,87%
Completamente – 5	11	10,38%
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?		
Muito insatisfeito - 1	8	7,55%
Insatisfeito - 2	33	31,13%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	25	23,58%
Satisfeito - 4	31	29,25%
Muito satisfeito 5	9	8,49%
Quão bem você é capaz de se locomover?		
Muito ruim - 1	7	6,60%
Ruim - 2	18	16,98%
Nem ruim nem bom - 3	35	33,02%
Bom - 4	31	29,25%
Muito bom – 5	15	14,15%
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		
Muito insatisfeito - 1	2	1,89%
Insatisfeito - 2	25	23,58%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	33	31,13%
Satisfeito - 4	41	38,68%
Muito satisfeito 5	5	4,72%
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		
Nada - 1	2	1,89%
Muito pouco - 2	16	15,09%
Mais ou menos - 3	44	41,51%
Bastante - 4	40	37,74%
Extremamente – 5	4	3,77%
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?		
Muito insatisfeito - 1	1	0,94%
Insatisfeito - 2	25	23,58%

Nem satisfeito nem insatisfeito -3	27	25,47%
Satisfeito - 4	48	45,28%
Muito satisfeito 5	5	4,72%

* Descrição domínios e facetas (PEDROSO et al., 2010) .

Na pergunta, “o quanto você aproveita a vida”, 35 (33,02%) dos usuários apontaram a opção três (mais ou menos). Analisando o nível de concentração, percebe-se uma resposta positiva, pois 48 (45,28%) responderam bastante concentrados. Quando questionados sobre o quanto que a vida tem sentido, bastante, foi a resposta escolhida por 64 (60,38%) sujeitos (Tabela 11).

Para a autoestima, na questão “se você está satisfeito com a sua aparência física”, obteve-se 37 (34,91%) de respostas apontadas como muito. Na pergunta, com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão, observou-se que, algumas vezes, foi a resposta citada pela maioria 56 (52,83%) dos entrevistados. Na pergunta “se está satisfeito consigo mesma”, a opção, satisfeito, foi relatada por 54 (50,94%) dos entrevistados.

Para o domínio psicológico a amostra evidenciou a menor média 62,201 e desvio padrão [DP] 9,6487 entre todos os domínios.

Tabela 11 - Descrição do domínio psicológico do questionário WHOQOL-bref

FACETAS	Nº	%
O quanto você aproveita a vida?		
Nada - 1	11	10,38%
Muito pouco - 2	32	30,19%
Mais ou menos - 3	35	33,02%
Bastante - 4	26	24,53%
Extremamente – 5	2	1,89%
O quanto você consegue se concentrar?		
Nada - 1	8	7,55%
Muito pouco - 2	14	13,21%
Mais ou menos - 3	33	31,13%
Bastante - 4	48	45,28%
Extremamente – 5	3	2,83%
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?		
Nada - 1	3	2,83%
Muito pouco - 2	4	3,77%
Mais ou menos - 3	21	19,81%
Bastante - 4	64	60,38%
Extremamente – 5	14	13,21%
Você é capaz de aceitar sua aparência física?		
Nada - 1	2	1,89%

Muito pouco - 2	8	7,55%
Médio - 3	30	28,30%
Muito - 4	37	34,91%
Completamente – 5	29	27,36%
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?		
Nunca - 1	14	13,21%
Algumas vezes - 2	56	52,83%
Frequentemente - 3	15	14,15%
Muito frequentemente - 4	10	9,43%
Sempre – 5	11	10,38%
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?		
Muito insatisfeito - 1	1	0,94%
Insatisfeito - 2	18	16,98%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	20	18,87%
Satisfeito - 4	54	50,94%
Muito satisfeito 5	13	12,26%

* Descrição domínios e facetas (PEDROSO et al., 2010)

Analisando o domínio relações pessoais, a maioria dos entrevistados demonstra estar satisfeitos quando questionados sobre: às relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas) contemplados por 58 (54,72%); no apoio que recebe dos seus amigos representados por 51 (48,11%); e na vida sexual expresso por 53 (50%) dos representantes (Tabela 12). O domínio acima citado é representado por (distribuição não normal): mediana 60,000; percentil 25 (46,667), percentil 75 (66,667).

Tabela 12 - Descrição do domínio relações pessoais do questionário WHOQOL-bref

FACETAS	Nº	%
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?		
Muito insatisfeito - 1	3	2,83%
Insatisfeito - 2	11	10,38%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	20	18,87%
Satisfeito - 4	58	54,72%
Muito satisfeito 5	14	13,21%
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		
Muito insatisfeito - 1	3	2,83%
Insatisfeito - 2	17	16,04%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	24	22,64%
Satisfeito - 4	51	48,11%
Muito satisfeito 5	11	10,38%

Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito - 1	7	6,60%
Insatisfeito - 2	8	7,55%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	26	24,53%
Satisfeito - 4	53	50,00%
Muito satisfeito 5	12	11,32%

* Descrição domínios e facetas (PEDROSO et al., 2010)

Considerando a pergunta “quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?” houve predomínio da resposta três (mais ou menos) em 52 (49,06%) dos usuários. Sobre a satisfação com as condições do local onde mora 62 (58,49%) informaram a opção quatro (satisfeito). Ao analisar se o usuário tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, 47 (44,34%) apresentaram-se muito pouco satisfeito (Tabela 13).

Quando questionados sobre “quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?”, a satisfação foi apontada pela maioria dos usuários 48 (45,28%), assim como o meio de transporte relatado por 62 (58,49%) dos pesquisados.

Investigados a respeito da disponibilidade de informações que precisa no seu dia-a-dia, a maior parte 60 (56,60%) apresentou resposta de número três (médio). No que se refere a oportunidade de lazer, houve empate nas respostas, com 36 (33,96%) demonstrando muito pouco e médio entre as opções.

Já em relação ao ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos), encontrou-se resposta de número três (mais ou menos), representada por 52 (49,06%) e o meio de transportes resposta quatro (satisfeito) por 62 (58,49%) dos respondentes. O domínio meio ambiente apresenta média de 64,434 e desvio padrão (8,2900).

Tabela 13 - Descrição do domínio meio ambiente do questionário WHOQOL-bref

FACETAS	Nº	%
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?		
Nada - 1	5	4,72%
Muito pouco - 2	15	14,15%
Mais ou menos - 3	52	49,06%
Bastante - 4	32	30,19%
Extremamente – 5	2	1,89%
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?		
Muito insatisfeito - 1	3	2,83%

Insatisfeito - 2	11	10,38%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	18	16,98%
Satisfeito - 4	62	58,49%
Muito satisfeito 5	12	11,32%
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	26	24,53%
Nada - 1	47	44,34%
Muito pouco - 2	27	25,47%
Médio - 3	2	1,89%
Muito - 4	4	3,77%
Completamente - 5		
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?		
Muito insatisfeito - 1	7	6,60%
Insatisfeito - 2	18	16,98%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	29	27,36%
Satisfeito - 4	48	45,28%
Muito satisfeito 5	4	3,77%
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?		
Nada - 1	4	3,77%
Muito pouco - 2	16	15,09%
Médio - 3	60	56,60%
Muito - 4	20	18,87%
Completamente - 5	6	5,66%
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		
Nada - 1	17	16,04%
Muito pouco - 2	36	33,96%
Médio - 3	36	33,96%
Muito - 4	12	11,32%
Completamente - 5	5	4,72%
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?		
Nada - 1	11	10,38%
Muito pouco - 2	6	5,66%
Mais ou menos - 3	52	49,06%
Bastante - 4	36	33,96%
Extremamente - 5	1	0,94%
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?		
Muito insatisfeito - 1	1	0,94%
Insatisfeito - 2	18	16,98%
Nem satisfeito nem insatisfeito -3	23	21,70%
Satisfeito - 4	62	58,49%
Muito satisfeito 5	2	1,89%

* Descrição domínios e facetas (PEDROSO et al., 2010)

As médias/DP da QV em cada domínio foram físico $67,9 \pm 10,9$, psicológico $62,2 \pm 9,6$ e ambiente $64,4 \pm 8,3$. A maior média foi observada no domínio físico e a menor no psicológico. E no caso das relações sociais temos uma mediana de 60.

Tabela 14 - Descrição normal e não normal dos domínios do questionário WHOQOL-bref – Statistics

Domínios e QV geral	(Média ± Desvio padrão)
Físico	67,951±10,8993
Psicológico	62,201± 9,6487
Relações Sociais*	
Ambiente	64,434± 8,2900
QV Geral	82,94±9,681

* Relações sociais (distribuição não normal): mediana 60,000; percentil 25 (46,667), percentil 75 (66,667).

Tabela 15 - Descrição dos domínios do questionário WHOQOL-bref – Teste de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
WQ_geral	,980	106	,115
WQ_Físico	,978	106	,073
WQ_psicológico	,983	106	,209
<u>WQ Relações Sociais</u>	<u>,969</u>	<u>106</u>	<u>,014</u>
WQ_ambiente	,976	106	,054

O teste de normalidade (Shapiro-Wilk) mostrou que o domínio WQ Relações Sociais é estatisticamente significativo com $p \leq 0,05$, tendo os seus dados validade externa, ao contrários dos demais domínios. Assim, pode-se inferir o papel relevante das relações sociais na percepção de qualidade de vida dos sujeitos com dor crônica musculoesquelética, sendo algo passível de ser trabalhado para melhorar a percepção de QV.

Ao término da aplicação dos questionários, acima descritos foi perguntado aos sujeitos: “Você tem algum comentário sobre o questionário QHOQOL-Bref?” De modo positivo eles afirmaram coletivamente ter sido bom, satisfatório, produtivo, reflexivo e muito construtivo. Com o intuito de melhor ilustrar o depoimento dos sujeitos foi elaborado uma nuvem de palavras que expressa a importância desse momento para as pessoas pesquisadas.

Figura 3 - Nuvem de palavras acerca da entrevista aos sujeitos da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa editado no <https://www.wordclouds.com/>.

De forma complementar seguem algumas falas ilustrativas, para corroborar com a construção da nuvem de palavras:

“Muito bom porque ativa a memória e porque contribui para a sociedade.”

“Uma boa avaliação, perguntas pertinentes.”

“Avalia questões quanto a saúde mental.”

“Muito bom, bem profundo. Consegue abordar o psicológico, o físico”

“Algumas perguntas, as respostas são complexas.”

“Bastante importante porque despertou a ideia de tirar um tempo para se conhecer melhor.”

No recorte das falas percebe-se a importância atribuída pelas pessoas com dor crônica para essa escuta qualificada, na qual elas se permitiram refletir sobre o momento vivido e sua condição de saúde. De forma adicional há a percepção do papel delas enquanto sujeitos da pesquisa, a qualidade e clareza das questões aplicadas, bem como sua diversidade. Tal componente fortalece a qualidade dos dados aqui apresentados.

Visando uma melhor compreensão dos resultados foi aplicado o teste “Qui-Quadrado” que mostrou não haver associação entre a QV e as seguintes variáveis testadas, para a amostra pesquisada: sexo ($X^2_{(1)}$ 0,27; $p = 0,60$); faixa etária ($X^2_{(2)}$ 4,45; $p = 0,10$); estado civil ($X^2_{(5)}$ 2,89; $p = 0,71$); ter filhos ($X^2_{(1)}$ 1,30; $p = 0,25$); ter ocupação ($X^2_{(1)}$ 0,007; $p = 0,93$); nº de horas trabalhadas ($X^2_{(4)}$ 7,87; $p = 0,09$); renda familiar ($X^2_{(4)}$ 5,51; $p = 0,23$); condição de moradia ($X^2_{(2)}$ 0,79; $p = 0,67$); ter outras doenças ($X^2_{(2)}$ 0,79; $p = 0,67$); tempo de diagnóstico da dor ($X^2_{(1)}$ 1,41; $p = 0,23$); intensidade da dor ($X^2_{(3)}$ 3,13; $p = 0,37$); deixar de fazer atividade ($X^2_{(1)}$ 2,51; $p = 0,11$); ter covid-19 ($X^2_{(1)}$ 3,03; $p = 0,08$); arbovirose ($X^2_{(1)}$ 3,03; $p = 0,08$); ter internação por arboviroses ($X^2_{(1)}$ 0,12; $p = 0,72$).

Em contrapartida, o teste Qui-Quadrado mostrou que há associação entre QV e as seguintes variáveis: aparecimento da dor ($X^2_{(1)}$ 3,702; $p = 0,05$); internação por covid-19 ($X^2_{(2)}$ 6,06; $p = 0,04$); intensidade de dor pós covid-19 ($X^2_{(1)}$ 4,42; $p = 0,03$). Ou seja, isso demonstra que a medida do aumento da dor, há a diminuição da QV em pacientes com covid-19.

A avaliação da normalidade dos dados numéricos foi realizada utilizando o teste Shapiro-Wilk considerando o p valor $\leq 0,05$. O teste de normalidade (Shapiro-Wilk) mostrou que: N° de filhos, N° de pessoas trabalham, ou possuem renda, Renda familiar, Total de pessoas residentes, N° locais de dor, Período do dia em que a dor aparece, nº de outras doenças, nº de Sinais e sintomas, WQ_Relações Sociais, e IBD_Interferência é diferente da distribuição normal ($p \leq 0,05$).

Para comparação dos grupos foi utilizado o teste T Student independente para as variáveis com distribuição normal e o teste Mann Whitney U para as variáveis com distribuição não normal, considerando o p valor $\leq 0,05$.

O teste-t para uma amostra evidenciou que a média da amostra WQ_geral normal é diferente: da média do WQ_geral ($82,94 \pm 9,681$, $p < 0,05$); a média do WQ_Físico ($67,951 \pm 10,8993$, $p < 0,05$); do WQ_Psicológico ($62,201 \pm 9,6487$, $p < 0,05$); do WQ_Ambiente ($64,434 \pm 8,2900$, $p < 0,05$). Já o teste de Mann-Whitney mostrou que a QV alta tem efeito sobre WQ_Relações Sociais (mediana 60,0 (48,33 - 66,66) com $p < 0,048$) e IBD_Interferência (mediana 3,43 (0,71 - 6,14) com $p < 0,001$).

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa aponta que a maioria dos pacientes com DCM é do sexo feminino; acima dos 50 anos e com renda familiar média de pouco mais de salário mínimo e meio da época. De forma similar, em um estudo que envolveu pacientes com DC de uma UAPS localizada na cidade de Guarulhos, no estado de São Paulo observou a prevalência de sexo feminino, maioria dos sujeitos tinha em média 50 anos e ganhava até quatro salários mínimos (DONÍSIO, SALERMO, PADILHA, 2020). Evidencia-se que mesmo estados de distintas regiões, a DC tem as mesmas características nos sujeitos pesquisados.

Os autores Rocha, Alfiere, Silva (2021) encontraram relação estaticamente significativa ($p < 0,01$) entre idade e DC. Essa dor mostrou-se mais comum em idosos. As razões que podem ajudar para a maior prevalência de DC em adultos podem estar relacionadas ao tipo de atividade laboral exercida, e em idosos isso é evidenciado pelo processo fisiológico de envelhecimento, que eleva o risco de deterioração progressiva da saúde. Na realidade da presente pesquisa, a análise estatística entre idade e a atividade laboral exercida pelos sujeitos não mostrou associação com a qualidade de vida.

No estudo realizado em 16 Unidades de Saúde da Família em um município de São Paulo, a Doença Crônica Não Transmissível (incluindo DC musculoesquelética) foi maior na população de não trabalhadores, podendo sugerir a relação com aposentadoria e afastamento do trabalho (SATO et al., 2017). Já no estudo realizado em 36 UAPS com 540 sujeitos com DC, no Rio Grande do Sul, foi encontrado uma prevalência de trabalhadores (não domésticos) de mais de 50% com falta relacionada a DC (SOUZA, HÄFELE, SIQUEIRA, 2019). De forma semelhante, nossa pesquisa aponta que um terço são trabalhadores que desenvolvem funções em comércio, mas quando perguntados sobre a quantidade de horas trabalhadas, metade dos sujeitos não trabalham.

Pouco mais da metade dos sujeitos informaram que a dor na última semana estava intensa, sendo um expressivo número que refere dor durante o dia. Para melhor compreender, caracteriza-se como o paciente de DC do estudo aquele sujeito que nos últimos dias referiu dor intensa, com acometimento em horário produtivo do dia. Temos metade dessa população que não trabalha, e ao não trabalhar, também

não consegue realizar suas atividades do dia a dia, em detrimento da dor.

O membro inferior foi a área da dor mais frequentemente relatada pelos usuários pesquisados, como origem da dor. Em um estudo de revisão sistemática de Aguiar et al., (2021), que analisou a prevalência de dor crônica no Brasil, encontrou a região lombar como parte do corpo humano com maior queixa, seguido por membros inferiores, cabeça, articulações e membros superiores. Segundo Pimentel et al., (2011) no Brasil, as doenças da coluna correspondem ao primeiro motivo de pagamento de auxílio-doença e ao terceiro motivo de aposentadoria por invalidez ocasionando o afastamento do trabalhador. Uma das causas mais comuns de DCM na APS é a dor nas costas.

A prevalência de outras patologias referidas pelos sujeitos investigados, fora a DC, foram diabetes e hipertensão como doenças do sistema circulatório, o que corrobora com o estudo de SILVA et al., (2018), o qual destaca a presença elevada de sujeitos com hipertensão e/ou diabetes que frequentam a UAPS. Isso demonstra a efetividade do programa Hiperdia que oferece atendimento específico e regular para tratamento gratuito dessas doenças crônicas.

Quanto a avaliação das arboviroses (dengue, zika e chikungunya) , cerca de um terço sujeitos já teve, alguns com casos de internação e agravamento do quadro de dor durante a internação hospitalar. O estudo de Barreto, Gomes e Castro (2021) explicitou informações dos moradores de Fortaleza, uma das regiões mais acometidas do Brasil durante a epidemia de Chikungunya em 2016 e 2017. Dor, idade, anos de estudo e tempo desde o diagnóstico apresentaram correlações moderadas com a QV. A piora da QV, pode estar relacionada com a dor, por ser um dos principais sintomas relacionados a essa patologia.

Portanto, é importante que os profissionais da saúde tenham um olhar mais específico e um melhor acompanhamento da sintomatologia referida pelos pacientes. Uma vez que eles devem estar cientes de que esta é uma população que continua a sentir os efeitos da doença após um episódio agudo (BARRETO; GOMES; CASTRO, 2021).

Observa-se entre os sujeitos com DC o predomínio de pessoas que não tiveram covid-19 quando comparado aquelas que positivaram, sendo que a maior parte não necessitou de internação. Segundo o estudo de Carvalho et al. (2021) com 221 pacientes com RT-PCR positivo para o covid-19, a presença de dor, crônica ou

não, está associada a um impacto negativo na vida da população, limitando assim a vida do paciente. Grande parte dos entrevistados não apresenta dor, e quando referiu, mencionou que não atrapalhava a realização de atividades de vida diária, exigindo uma menor intervenção, sendo um bom indicativo para QV. Pessoas que apresentaram efeito negativo da dor durante o seu dia a dia, precisaram de medidas de intervenção conservadoras, como no caso a internação.

Segundo Freitas, Medeiros, Medeiros, (2021), o cenário pandêmico trouxe uma realidade completamente desconhecida. O medo tomou conta das pessoas pelo que não se conhecia, principalmente o tratamento. Perante essa situação, aconteceu diminuição de relações sociais e a dor se fez presente fazendo com que as algias crônicas já existentes, pudessem ser persistentes tornando o tratamento ainda mais complicado.

A ligação entre covid-19 e DC, foi objeto de estudo. Ressalta-se que um paciente com DC exacerbada pode exigir intervenção médica mais imediata e ao relutar em procurar atendimento médico por medo de uma possível contaminação devido à pandemia, esses pacientes podem agravar o seu quadro (MENDONÇA et al., 2020). Na realidade da presente pesquisa obteve-se resultados significativos em relação ao aumento da dor em pacientes com covid-19, em especial aqueles que passaram por uma internação. Destaca-se que o segmento corpóreo mais afetado e por sua vez citado entre os entrevistados foi o de membros inferiores.

Em uma pesquisa longitudinal foram avaliados oito pacientes por meio do questionário Inventário Breve da Dor, sendo identificada a região cervicoescapular, seguida pela região lombar como a área do corpo onde os sujeitos referiram dor. Com média da intensidade da dor de 4, interferindo na atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento interpessoal, sono e na habilidade de apreciar a vida. A classificação da dor foi referida como fraca a moderada, e afeta as atividades de vida diária (SANTANA et al. 2021).

No estudo de Barbosa et al. (2020), realizado com 22 pacientes idosos com osteoartrose, também utilizou-se o Inventário Breve da Dor. Neste pouco mais da metade (52,3%) informaram sentir algum tipo de dor menos comum na última semana. Quanto a severidade a média de dor foi de $5,1 \pm 2,1$ e interferência da dor foi de $4,5 \pm 2,5$

Em um estudo realizado no Instituto Bahiano de Reabilitação da Fundação José Silveira com 62 sujeitos adultos e idade superior a 50 anos que apresentavam há

mais de três meses episódios breves de dor musculoesquelética, através do Inventário Breve da Dor a intensidade da dor nas 24h antes à entrevista foi de (8 - 10/10) e no momento da coleta uma intensidade mais baixa de (5/10) e 19% informaram não apresentavam dor. Quanto à interferência da DC na atividade geral e habilidade de apreciar a vida foi equivalente (6 e 5/10) (FERREIRA et al., 2022).

Em uma pesquisa realizada com pessoas que sofrem de DC em um período de, pelo menos seis meses, com idade de 18 a 60 anos no território de Unidades Básicas de Saúde em Salvador, Bahia, foi aplicado o instrumento Inventário Breve de Dor (BPI) em dois grupos: Grupo Teste (GT) e Grupo Controle (GC). O GT recebeu a cartilha EducaDor e foram convidados a participar das seis reuniões e o GC recebeu cuidados habituais (VIEIRA et al. 2022).

O GC apresentou uma maior intensidade da dor ($p=0,034$) com referência de dor mais intensa durante a reavaliação ($p=0,011$) implicando na habilidade de caminhar, mesmo não apresentando um resultado estatisticamente significativo. Já no GT, os sujeitos referiram uma diminuição nos níveis de dor e uma redução na interferência da vida diária com resultado estatisticamente significativo ($p=0,041$) na habilidade de caminhar (VIEIRA et al. 2022).

Em um ensaio randomizado controlado de 12 semanas realizado em clínicas públicas de atenção primária na região leste dos Novos Territórios de Hong Kong, este apresentou uma significativa melhora ($p<0,05$) no maior escore de gravidade da dor do questionário IBD no grupo exercício neuromuscular em 6 e 12 semanas após intervenção em comparação com o grupo controle (SIT et al., 2021). Tais dados sugerem a importância de estimular o tratamento e a prática de atividade para os sujeitos da presente pesquisa no momento da devolutiva dos dados.

De acordo com Azevedo et al. (2013), as DCNT entre elas a musculoesquelética estão associadas a demais fatores como por exemplo, idade, sexo, alimentação, sedentarismo, entre outros estão como causas que afetam a QV. Na realidade do nosso estudo a qualidade de vida mostrou associação com o surgimento da dor e o covid-19.

O presente estudo refere que 52,83% dos entrevistados com dor crônica musculoesquelética tem sentimentos negativos algumas vezes entre eles com quadro sugestivo de depressão, elemento que afeta negativamente a sua percepção de qualidade de vida e suas relações sociais.

Estudo realizado com 1.081 sujeitos em três UBS na zona sul do Rio Grande do Sul revelou uma menor QV no sexo feminino, idoso, baixa classe social, solteiras e que tinham doença crônica. Na totalidade dos domínios, com diferença estatisticamente significativa entre as médias, doenças do sistema nervoso foi o mais prevalente, exceto o domínio ambiente referente a pacientes que apresentam doenças mentais (AZEVEDO, et al. 2013).

Segundo Terassi et al., (2020), indivíduos que apresentam DC são mais favoráveis a ter depressão, uma vez que a DC pode provocar sentimentos negativos, medo e ansiedade. É o que revela um estudo de coorte no Reino Unido com 502 informantes, quando comparou a intensidade da dor em dois grupos, revelando que quanto mais alto o nível de dor, maior também foram os índices de depressão (BENYON, et al. 2013).

Para alívio do quadro álgico apresentado pelos 164 pacientes com DC atendidos no Ambulatório de Dor da Universidade Federal da Bahia, os fármacos mais utilizados foram analgésicos seguidos pelos antidepressivos para tratamento de DC (SILVA, et al. 2021). No presente estudo quando questionados sobre quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor, a medicação mais observada foi da classe analgésica, usada por 49,06% dos entrevistados, seguida por antiinflamatórios com 44,34%.

No estudo de Ferretti et al., (2018) realizado com 385 idosos residentes no ambiente urbano de um município catarinense mostra que a maioria deles com dor tem sono de má qualidade (57,59 %). Entre os que não têm DC, a maioria (56,52 %) refere boa qualidade de sono. Qualidade do sono em idosos com e sem DC demonstrou significância de $p < 0,01$. Embora a DC interferindo na qualidade do sono em idosos, o que aumenta com a idade, a causa não está relacionada somente com a idade, mas também devido as comorbidades e estilo de vida com baixo escores. O presente estudo mostra o grau de satisfação com o sono foi avaliado como insatisfatório, apresentado por 31,13% dos usuários.

Em um estudo realizado em quatro UBS (Centro-Sul, Nordeste, Norte, Venda Nova) em Belo Horizonte com 930 pacientes a distribuição dos escores médios da qualidade de vida (QV) geral e em cada domínio do WHOQOLbref mostraram diferenças entre as médias de QV das UBS pesquisadas, de forma que a unidade do Nordeste mostrou maior média e a menor foi a Centro-Sul. Entre as maiores médias

ficou o domínio relações sociais, e a menor média o domínio ambiente, para cada UBS e população estudada (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017). Na realidade deste estudo, foi pesquisada apenas uma UBS de Fortaleza, de cobertura de uma grande área de Fortaleza, podendo ser realizado futuras estratificações considerando as microáreas dos pacientes e suas diferenças sócio-demográficas.

7 CONCLUSÃO

A repercussão da pandemia por covid-19 na QV das pessoas com DCM investigada nessa pesquisa e assistidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza da Regional IV demonstrou que os sujeitos investigados manifestaram DCM nos membros inferiores com intensidade grave na última semana e um maior aparecimento no período da noite. Os sujeitos que apresentaram covid-19 e necessitaram de internação informaram agravamento do quadro de dor.

A caracterização do perfil de saúde dos pacientes investigados demonstra que a maioria apresentam: um tempo de diagnóstico da DCM há mais de um ano e alta prevalência de outras doenças não relacionadas a DCM como a Hipertensão Arterial Sistêmica. A medicação mais referida foi da classe analgésica, com reconhecimento de uma melhora significativa.

O georreferenciamento mostrou-se uma estratégia válida para melhor representar a distribuição espacial dos sujeitos da pesquisa, uma vez que mostrou uma maior densidade populacional de sujeitos no bairro de Fátima. Também, alertou para o fato de pacientes terem a unidade como um ponto de referencia na busca de um serviço de saúde, mesmo não estando na área adscrita do território.

O questionário IBD é um instrumento validado que se mostrou útil na classificação de intensidade de dor dos participantes do estudo tanto relacionado a dor atual, como o perfil de dor em um determinado período de tempo. Quando questionados sobre a pior dor, a maioria dos sujeitos referiram como grave. O resultado identificou que a dor mais fraca e a dor no momento da entrevista foram referidas como moderada.

Por fim, vale esclarecer que a QV dos indivíduos investigados através do questionário WHOQOL-bref demonstrou que os sujeitos apresentam em sua maioria uma QV elevada, no momento da pesquisa. E que a minoria ao ser acometida pela covid-19 teve sua QV afetada negativamente, com maior ênfase para o domínio das relações sociais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. P., et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **BrJP**. São Paulo, v. 4. n. 3, p. 257-267 jul-set, 2021.

ALMEIDA-BRASIL. C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.

ALVES, N. S. et al. Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 1, p. Ano 2020.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016.

AZEVEDO, A. L. S, et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial. Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, jun., 2022.

BARBOSA, G. S. V et al. Correlação entre três instrumentos utilizados para avaliar a dor em pacientes idosos com osteoartrose de joelho em uma clínica escola do Recife, Estado do Pernambuco, Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020.

BARRETO, M. C. A, GOMES, I. P, CASTRO, S. S. Qualidade de vida dos pacientes com chikungunya: fatores associados durante uma epidemia ocorrida no nordeste do Brasil. **J. Health Biol Sci.**;v. 9, n. 1, p. 1-8, 2021.

BARTZ, P. T.; BUENO, A. F.; VIEIRA, A. GRUPO DA COLUNA NA ATENÇÃO BÁSICA. **Cad Edu Saude e Fis.**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p.53-65, 2015.

BENYON, K et al. Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: a longitudinal study. **BMC Family Practice**, 14:67, 2013.

BOBBO, V. C. D. et al. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 23, n. 4, p.1151-1158, 2018.

BORGES, R. G. et al. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre - Brasil. **Motriz**, Rio Claro, v. 17, n. 4, p.719-727, out/dez. 2011.

BRAGA, M. C. P. et al. QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELO WHOQOL-BREF: ESTUDO COM IDOSOS RESIDENTES EM JUIZ DE FORA/MG. **Rev. Aps**, v. 14, n.1, p.93-100, jan/mar. 2011.

BRAGHINI, Cássia Cristina; FERRETTI, Fátima; FERRAZ, Lucimare. The role of physical therapists in the context of family health support centers. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 703-713, dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**: Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília – DF, 2012, v II, 291p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupação**. 2002 Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>

[Acessado em 12/05/2022.](#)

BOONSTRA, A. M. Et al. Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing. **Front Psychol.** v. 7, setembro 2016.

BURITY, E. M. A. Territorialização como instrumento de diagnóstico de vulnerabilidades sociais na Atenção Básica. **Archives of Health**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 1276-1279 special edition, jul. 2021.

CAMARGO NETO, Aristeu de Almeida. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 428-433, set-out, 2010.

CARVALHO, M. C. T et al. O impacto na qualidade de vida nos indivíduos pós Covid-19: O que mudou? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e219101421769, 2021

CASTRO, Silvana de *et al.* Implementação de atendimento ambulatorial para dor crônica: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 69, n. 3, p. 227-232, 2019.

COHEN, Steven P; VASE, Lene; HOOTEN, William M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. **Chronic Pain 1**, Usa, v. 397, n. 29, p. 2082-2097, maio 2021.

CRUZ, L. N. et al. Qualidade de vida no Brasil: valores normativos para o Whoqol-bref em uma amostra da população geral do sul. **Qual Life Res**, 20:1123–1129, 2011.

DASCHEVI, J. M. et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p.31-38, jan/jun. 2015.

DONÍSIO, G. Q., SALERMO, V. Y., PADILHA, A. Sensibilização central e crenças entre pacientes com dores crônicas em uma unidade de atenção primária de saúde. **BrJP**. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-47, jan-mar, 2020.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020

FAYÃO, Júlia Gonzalez; LIBARDONI, et al. Queixas musculoesqueléticas no ombro: características dos usuários e dos atendimentos na atenção primária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p.c78-84, mar. 2019.

FERREIRA, A. F. Et al. Dor musculoesquelética, multimorbidade e fatores associados em indivíduos acompanhados por serviço de fisioterapia: estudo observacional de corte transversal. **BrJP**. São Paulo, v. 5, n. 3, 2022.

FERRETTI, F. et al. Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. **Br J Pain**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-146, abr-jun, 2018.

FLECK, M. PA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016.

FREIRE, L. P. V, et al. As atribuições do fisioterapeuta do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica no município de Lucena-PB. **Arch Health Invest**, v. 9, n. 1, p. 67-73, 2020.

FREITAS, E.P.S; MEDEIROS A. C. T; MEDEIROS, F. A. L. REFLEXÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19 - 3**.

Brasília, DF, p. 108-113, 2021.

GAMA, K. C. S. D. INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA ÉTICA E CIDADÃ. **C&d-revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 1, n. 3, p.12-29, jan/dez. 2010.

GENEEN L. J, et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.

GRACIANO, Y. L. et al. Transtornos somatoformes durante a pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Atenção primária à saúde e informações antropométricas. 2020, p. 1-70. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acessado em 18/04/2022.

LANGONI, Chandra da Silveira; VALMORBIDA, Luiza Armani; RESENDE, Thais de Lima. A INTRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS POR FISIOTERAPEUTAS EM UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 261-270, jul-set, 2012.

LEAL, Marcella Caroline da Costa; OLIVEIRA, Belisa Duarte Ribeiro de; BARBOSA, Soraya Santos Alves. Repercussões da inserção de um grupo de práticas corporais na Atenção Primária. **Rev Interd**, Tabosa de Almeida, v. 13, n. 2021, p. 1-12, 2021.

MACIEL, M. P A. et al. Territorialização e a atenção básica: conhecimento adquirido na prática. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15125-15138, set/out, 2020.

MACIEL, Marcielly dos Santos *et al.* Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família - NASF. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 117-122, jan/jul, 2015.

MAIA, F. E. S. et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na

atenção básica de saúde. **Rev.fac.ciênc.méd**, Sorocaba, v. 17, n. 3, p.110-115, dez. 2015.

MAROTTI, J. et al. Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.186-194, maio/ago 2008.

MATA, M. S et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Natal, v. 16, n. 1, p.221-230, 2011.

MENDEZ, S. P et al. Desenvolvimento de uma cartilha educativa para pessoas com dor crônica. **Rev Dor**. São Paulo, v. 18, n.3, p. 199-211, jul-set, 2017.

MENDONÇA, F. M. et al. EPIDOR: uma abordagem computacional baseada em sistema web e aplicativo móvel para dores crônicas no atual contexto de pandemia do Coronavírus. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento**, v. 9, n. 2, p. 117-128, 2020.

MINAYO, M. C. S et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz p. 71-103, 2005.

MONTINI, Flavio Tanouye; NEMAN, Fabiana Augusto. PREVALÊNCIA E AVALIAÇÃO DA DOR CRÔNICA NOS CADASTRADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM PALMIRA, GUARULHOS/SP. **Science In Health**, v. 3, n. 2, p. 74-86, maio-agos, 2012.

NICOLSON, Philippa Ja *et al.* Intervenções para aumentar a adesão ao exercício terapêutico em idosos com dor lombar e / ou osteoartrite de quadril / joelho: uma revisão sistemática e meta-análise. **Br J Sports Med**, v. 51, p. 791-799, 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66,

p.158-164, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. 2022. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Acessado em 13 de julho de 2022.

PEDROSO. E. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 02, n. 01, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PEREIRA, J. C. et al. A territorialização como instrumento para formação em saúde a partir de uma experiência de extensão popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 233-241, jul. 2020.

PIMENTEL. I. R. S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 20, p 175-181, Jul-Set, 2011.

PONTIN, José Carlos Baldocchi et al. Efeitos positivos de um programa de educação em dor em pacientes com dor crônica: estudo observacional. **Brjp**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 130-135, abr-jun. 2021.

PRUDENTE, Marcella de Paula, et al. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 7, p. 49945-49962, 2020.

RAMOS. E. A. et al. Humanização na Atenção Primária à Saúd, *Rev Med Minas Gerais*, **28 (Supl 5)**, e-S280522.

ROCHA, A. D. X; ALFIERI, F, M; SILVA, N. C. O. V. Prevalência de dor crônica e fatores associados em uma pequena cidade do sul do Brasil. **BrJP**. São Paulo, v. 4, n. 3, p. 225-231, jul-set 2021.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o

controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p.139-147, jan/mar. 2013.

RUBIO, C. C. et al. Percepção da dor musculoesquelética em estado de confinamento: fatores associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, e3454. 2021.

SANTANA, J. L. S et al. ANÁLISE DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA DOR MIOFASCIAL DE UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO NA CIDADE DE SÃO PAULO. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p.42-57, mai-ago 2021

SANTOS-JÚNIOR, F. F. U. Et al. Autoeficácia para dor e atividade física durante o distanciamento social relacionado à COVID-19: estudo transversal. **BrJP**. São Paulo, v. 5, n. 3, 2022.

SANTOS, I. N. et al. Associação entre dor musculoesquelética e teletrabalho no contexto da pandemia de COVID- 19: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Trab**, v. 19, n. 3, p. 342-350, 2021.

SANTOS, Vandrê Rodrigues dos; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. Fisioterapia e práticas integrativas e complementares nos núcleos de apoio à saúde da família. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 207, 29 maio 2017.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. A construção do sus e a participação do assistente social. **Revista Serviço Social & Saúde.**, Campinas, v. X , n. 11, p.31-58, jul. 2011.

SATO. T. O., et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. **R bras ci Saúde**, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017.

SILVA, A. N., et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 2, p. 255-263, 2018.

SILVA, A. M. B. et al. Territorialização em saúde na atenção primária: relato de experiência de acadêmicos em medicina. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8793-8805, jul./aug, 2020.

SILVA, C. A. L. et al. Territorialização como instrumento de planejamento de ações de saúde de residentes da atenção básica. **R. Interd.** v. 12, n. 2, p. 115-120, abr. mai. jun. 2019.

SILVA, F. E. D et al. Processo de implantação da estratégia vigilância à dor crônica osteomioarticular na atenção básica. Relato de caso. *Rev Dor, São Paulo*, v. 17, n. 1, p. 69-72, jan-mar, 2016.

SILVA, J. L. A. et al. Aplicabilidade do processo de territorialização como estratégica para o desenvolvimento da promoção da saúde na Atenção Básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

SILVA. R. M. V.; SOUSA. A. V. C. Fase crônica da COVID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. **Fisioter. Mov., Curitiba.** v. 33, e0033002, 2020.

SILVA, S. M. C. et al. Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **BrJP.** São Paulo. v. 3, 2021

SILVA, K. J et al. Melhores práticas em enfermagem e sua interface com o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020.

SIT. R. W. S, et al. Neuromuscular exercise for chronic musculoskeletal pain in older people: a randomised controlled trial in primary care in Hong Kong. **British Journal of General Practice**, March, 2021.

SOUZA, D. F. S., HÄFELE, V., SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde.** 24:e0085, 2019.

SOUZA, M. O et al. Impactos da COVID-19 na aptidão cardiorrespiratória: exercícios funcionais e atividade física. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. v. 25, e0171, 2020.

STORCHI, S. et al. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica. *Revista Dor*, v. 17, n. 4, p. 283-287, 2016.

TAN, G et al. Validation of the Brief Pain Inventory for Chronic Nonmalignant Pain. **The Journal Of Pain**, v. 5. p. 133-137. mar. 2004.

TEIXEIRA. L.; FREITAS. R. L.; CARVALHO. L. C. Os desafios do tratamento multidisciplinar da dor pós pandemia ocasionada pelo vírus Sars-CoV-2. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1414>, 2020.

TERASSI, M et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor crônica. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n. 1, 2020.

TAVARES, Larissa Riani Costa; COSTA, José Luiz Riani; OISHI, Jorge; DRIUSSO, Patricia. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 9-19, mar. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018.

TRINDADE, Kiria Maria de Carvalho; SCHMITT, Ana Carolina Basso; CASAROTTO, Raquel Aparecida. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. **Fisioter Pesq**, v. 20, n. 3, p. 228-234, 2013.

VIEIRA, Adriane; BARTZ, Patrícia Thurow; JORNADA, Márcia Cardoso da. Repercussão do grupo da coluna sobre o cotidiano de mulheres que apresentam

dores musculoesqueléticas crônicas. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 305-314, 2017.

VIEIRA, A. S. M et al. Validation of an educational booklet for people with chronic pain: EducaDor. **Brjp**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.39-43, jan/mar. 2019.

VIEIRA, A. S. M. et al. Educação em saúde para indivíduos com dor crônica: ensaio clínico. **BrJP**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 39-46, jan-mar 2022.

VIEIRA, E. B. M et al. Prevalence, Characteristics, and Factors Associated With Chronic Pain With and Without Neuropathic Characteristics in São Luis, Brazil. **Journal Of Pain And Symptom Management**. São Luis, p. 239-251. ago. 2012.

YAMADA, A. S. et al. Levantamento de encaminhamentos médicos para Fisioterapia em unidade básica de saúde do Tocantins. **Revista Sítio Novo**, Tocantins, v. 1, p.3-19, out. 2017.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

“A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA ASSISTIDA EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA-CE”

IMPORTANTE!!!	
1) Durante o preenchimento de algumas questões pretende-se marcar a opção correta que é mais significativa.	
2) O anonimato dos entrevistados será garantido e mantido em sigilo.	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICO	
1. Endereço: Rua: Nº Compl..... Bairro..... Telefone	1. Endereço
2. Sexo: 1. Feminino () 2. Masculino ()	2. Sexo _____
3. Idade: 1. Entre 18 a 23 anos () 2. Entre 24 a 29 anos () 3. Entre 30 a 35 anos () 4. Mais de 36 anos ()	3. Idade _____
4. Estado civil: 1. Solteiro (a) () 2. Residenciado (a) () 3. Divorciado (a) () 4. Viúvo (a) () 5. União estável ()	4. Est. civil _____
5. Tem filhos? 1. Sim () Quantos? _____ 2. Não ()	5. Filhos _____
6. Qual sua ocupação? _____	6. Ocupação _____

7. Trabalha quantas horas por dia? 1. Quatro horas 2. Seis horas 3. Oito horas 4. Não trabalho	7. Trabalho _____
8. Na sua residência, quantas pessoas trabalham fora, ou possuem uma renda: _____	8. Nº. pessoas _____
9. Qual a renda da sua família, incluindo o salário de todas as pessoas que moram na sua residência (em reais):	9. Renda _____
10. No total, quantas pessoas moram na sua residência: _____	10. Morador _____
11. Condição de moradia: 1. Residência própria () 2. Alugada () 3. Cedida ()	11. Residência _____
12. Doença (s) de base: _____	12. Doença: _____
13. Tempo de diagnóstico de dor crônica musculoesquelética: 1. Até 3 meses () 2. Entre 3 e 5 meses () 3. Entre 5 e 10 meses () 4. Mais que 01 ano ()	13. Tempo: _____
14. Local da dor: 1. Cabeça, face, pescoço () 2. Região cervical, ombros e membros superiores () 3. Região torácica e abdominal () 4. Costas ou espinha dorsal () 5. Membros inferiores () 6. Região pélvica, anal ou genital () 7. Região lombar e membros inferiores () 8. Dor em dois ou mais locais ()	14. Local: _____
15. Intensidade da dor na última semana: 1. 0 sem dor () 2. 1 a 3 (leve) () 3. 4 a 7 (moderada) () 4. 8 a 10 (grave) ()	15. Intensidade: _____
16. Período do dia em que a dor aparece 1. Manhã () 2. Tarde ()	16. Período: _____

3. Noite ()	
<p>17. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantos dias você deixou de fazer suas atividades usuais (trabalho, escola ou trabalho de casa) por causa dessa dor?</p> <p>1. 0 a 6 dias () 2. 7 a 14 dias () 3. 15 a 30 dias () 4. 31 dias ou mais ()</p>	<p>17. Atividade:</p> <hr/>
<p>18. A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Tipo picada, formigamento, alfinetada ou agulhada.</p> <p>1. NÃO – Minha dor não dá essas sensações () 2. SIM – Eu tenho essas sensações frequentemente ()</p>	<p>18. Sensação:</p> <hr/>
<p>19. A sua dor aparece subitamente/de repente em crises sem nenhuma razão aparente quando você está em repouso? Como choque elétrico, sobressalto e espasmo?</p> <p>1. NÃO – Minha dor realmente não dá essas sensações () 2. SIM – Eu tenho essas sensações frequentemente ()</p>	<p>19. Subitamente:</p> <hr/>
<p>20. Você teve Covid-19?</p> <p>1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quando? _____</p> <p>Houve internação?</p> <p>1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quanto tempo? _____</p>	<p>20. Covid-19</p> <hr/>
<p>21. Houve alteração na intensidade da dor após o Covid-19?</p> <p>1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim:</p> <p>1. Aumentou () 2. Diminuiu ()</p>	<p>21. Intensidade pós Covid-19</p> <hr/>
<p>22. Você teve outras síndromes gripais? (H1N1, H3N2)</p> <p>1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quando? _____</p> <p>Houve internação?</p>	<p>22. Síndromes gripais</p> <hr/>

<p>1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quanto tempo? _____</p>	
<p>23. Houve alteração na intensidade da dor após a síndrome gripal? (H1N1, H3N2) 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim: 1. Aumentou () 2. Diminuiu ()</p>	<p>23. Intensidade pós síndrome gripal</p> <p>_____</p>
<p>24. Você teve arboviroses? (Dengue, Zika, Chikungunya) 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quando? _____</p> <p>Houve internação? 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim, quanto tempo? _____</p>	<p>24. Arboviroses</p> <p>_____</p>
<p>25. Houve alteração na intensidade da dor após arboviroses? (Dengue, Zika, Chikungunya) 1. Sim () 2. Não ()</p> <p>Se sim: 1. Aumentou () 2. Diminuiu ()</p>	<p>25. Intensidade pós arboviroses</p> <p>_____</p>

APÊNCICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: A REPERCUSSÃO DA PANDEMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA ASSISTIDA EM UNIDADE DE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA-CE, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Fabíola Maria Sabino Meireles e tem como objetivo: avaliar a repercussão da pandemia na qualidade de vida da pessoa com dor crônica musculoesquelética assistida em Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-CE. Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo. A captação dos dados acontecerá especificamente na UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno, em sala de espera. Os pacientes serão aqueles com idade igual ou superior a 18 anos, em atendimento para síndrome gripal e que possuam queixas de dor crônica musculoesquelética. A avaliação dar-se-á por meio da aplicação dos questionários sociodemográfico, WHOQOL-BREF, Inventário Breve de Dor adaptados para o *google forms*, o anonimato do sujeito será preservado. Para isso precisamos que o (a) senhor (a), responda algumas perguntas contidas nos questionários acima citados. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados ~~coletados serão~~ utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados nesta pesquisa de mestrado, em eventos e/ou revistas científicas.

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos e que caso haja algum constrangimento ao responder o questionário o (a) Senhor(a) poderá a qualquer momento retirar sua participação da pesquisa e serão mantidas as precauções necessárias para evitar o risco de transmissão de doenças respiratórias, visto o momento pandêmico que o mundo vivencia. Os riscos serão minimizados utilizando-se uma sala em separado para conduzir a entrevista, utilizando máscaras respiratórias e mantendo o distanciamento necessário para evitar a transmissão de vírus respiratórios e ofertando-se material de higiene das mãos (álcool em gel). Os benefícios da pesquisa envolvem o enriquecimento do conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre qualidade de vida e dor crônica musculoesquelética, e proporcionar estratégias de educação em saúde aos participantes da pesquisa no momento da devolutiva do estudo na referida unidade de saúde. A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, o(a) Senhor (a) não receberá qualquer pagamento por sua participação e não terá despesas, no entanto em qualquer momento pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participa e retirar seu consentimento, entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 9 9920 0008, e-mail: fabiolasmeireles@yahoo.com.br, endereço: R. Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

ATENÇÃO: Se o(a) Senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Att., CEP/UFC/PROPESQ 3366-8346.

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: Pesquisadora: Fabíola Maria Sabino Meireles Fone: (85) 999200008, e-mail: fabiolasmeireles@yahoo.com.br, endereço: R. Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora – Fabíola Maria Sabino Meireles – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento.

Fortaleza, _____ de _____, _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – TABELAS E QUADROS PROVENIENTES DO PROGRAMA SPSS

Tabela 16 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA

		Frequencia	Porcentagem
Sexo	Masculino	11	10,4
	Feminino	95	89,6
	Total	106	100,0
Faixa Etária	18 a 39 anos	19	17,9
	40 a 59 anos	55	51,9
	60 anos ou mais	32	30,2
	Total	106	100,0
Estado civil	Casado	32	30,2
	Solteiro	57	53,8
	Viuvo	2	1,9
	Uniao Estavel	6	5,7
	Divorciado	7	6,6
	Separado	2	1,9
	Total	106	100,0
Presença de filhos	Sim	88	83,0
	Não	18	17,0
	Total	106	100,0
N. de filhos	0	18	17,0
	1	27	25,5
	2	33	31,1
	3	14	13,2
	4	7	6,6
	5	6	5,7
	6	1	,9
	Total	106	100,0
Ocupação	Sem ocupação	19	17,9
	Com ocupação	87	82,1
	Total	106	100,0
Renda familiar (intervalo)	Sem renda (recebe apoio da familia)	3	2,8
	Menor que 1.212,00	34	32,1
	De 1.212,00 a 4.848,00	59	55,7
	Acima de 4.848,00 a	8	7,5

	9.696,00		
	Acima de		
	9.696,00 a	2	1,9
	14.544,00		
	Total	106	100,0
Condição de moradia			
	Residência própria	63	59,4
	Alugada	35	33,0
	Cedida	8	7,5
	Total	106	100,0
Presença de outras doenças			
	Sim	70	66,0
	Não	36	34,0
	Total	106	100,0
Nº de outras doenças			
	0	36	34,0
	1	29	27,4
	2	25	23,6
	3	7	6,6
	4	7	6,6
	5	2	1,9
	TOTAL	106	100,0
Tempo de diagnóstico de dor crônica			
	Até 1 ano	17	16,0
	Maior que 1 ano	89	84,0
	Total	106	100,0
Intensidade da dor na última semana			
	Ausência de dor	2	1,9
	leve	11	10,4
	moderada	33	31,1
	intensa	60	56,6
	Total	106	100,0
Período do dia em que a dor aparece			
	1 turno	70	66,0
	2 turnos	6	5,7
	3 turnos	30	28,3
	Total	106	100,0

Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia

Nenhum	64	60,4
1 a 6 dias	31	29,2
7 a 14 dias	10	9,4
15 a 30 dias	1	,9
Total	106	100,0

A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele

Sim	67	63,2
Não	39	36,8
Total	106	100,0

A dor aparece de repente em crises

Sim	55	51,9
Não	51	48,1
Total	106	100,0

Presença de Covid-19

Sim	36	34,0
Não	70	66,0
Total	106	100,0

Internamento

Sim	3	2,8
Não	33	31,1
Total	106	100,0

Alteração na intensidade da dor após o Covid-19

Sim	3	2,8
Total	106	100,0

Outras síndromes gripais

Sim	106	100,0
-----	-----	-------

Internação SG

Não	106	100,0
-----	-----	-------

Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)

	Sim	36	34,0
	Não	70	66,0
	Total	106	100,0
Internação Arbovirose			
	Sim	2	1,9
	Não	104	98,1
	Total	106	100,0
Valid			
	2	16	15,1
	3	13	12,3
	4	24	22,6
	5	17	16,0
	6	19	17,9
	7	9	8,5
	8	8	7,5
	Total	106	100,0

Quadro 2 – Média e Desvio Padrão de variáveis numéricas.

		Idade	WQ_geral	WQ_Físico	WQ_psicológi co
N	Valid	106	106	106	106
	Missing	0	0	0	0
Mean		51,04	82,94	67,951	62,201
Std. Deviation		13,611	9,681	10,8993	9,6487
		WQ_ambiente	IBD - Intensidade/severidade		
N	Valid	106	106	106	106
	Missing	0	0	0	0
Mean			64,434		5,033
Std. Deviation			8,2900		2,1912
		WQ Relações Sociais	IBD- interferência		
N	Valid	106	106	106	106
	Missing	0	0	0	0
Median			60,000		3,43
Percentiles	25		46,667		,71
	75		66,667		6,14

		N. DE HORAS DE TRABALHO/DIA	N. de pessoas trabalham, ou possuem renda	Renda familiar (em reais):	N de LOCAIS DA DOR
N	Valid	106	106	106	106
	Missing	0	0	0	0
	g				
Median		1,00	2,00	2000,00	2,00
Percentiles	25	,00	1,00	1200,00	1,00
	75	2,00	2,00	2700,00	3,00

Tabela 17 - Teste de normalidade - Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Idade	,994	106	,948
N. DE HORAS DE TRABALHO/DIA	,767	106	,000
N. de pessoas trabalham, ou possuem renda	,818	106	,000
Renda familiar (em reais):	,771	106	,000
N de LOCAIS DA DOR	,781	106	,000
WQ_geral	,980	106	,115
WQ_Físico	,978	106	,073
WQ_psicológico	,983	106	,209
WQ Relações Sociais	,969	106	,014
WQ_ambiente	,976	106	,054
IBD - Intensidade/severidade	,987	106	,397
IBD- interferência	,912	106	,000

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

TABELAS DE ASSOCIAÇÃO

Tabela 18 - QV X SEXO

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Sexo	Masculino	Count	1	10	11
		Expected Count	,6	10,4	11,0
		% within Sexo	9,1%	90,9%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	10,0%	10,4%
		% of Total	,9%	9,4%	10,4%
	Feminino	Count	5	90	95
		Expected Count	5,4	89,6	95,0
		% within Sexo	5,3%	94,7%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	83,3%	90,0%	89,6%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Sexo	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 19 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,270(b)	1	,603		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,235	1	,628		
Fisher's Exact Test				,491	,491
Linear-by-Linear Association	,268	1	,605		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,62.

Tabela 20 - QV X FAIXA ETÁRIA

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Faixa Etária	18 a 39 anos	Count	3	16	19
		Expected Count	1,1	17,9	19,0
		% within Faixa Etária	15,8%	84,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	50,0%	16,0%	17,9%
		% of Total	2,8%	15,1%	17,9%
	40 a 59 anos	Count	2	53	55
		Expected Count	3,1	51,9	55,0
		% within Faixa Etária	3,6%	96,4%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	53,0%	51,9%
		% of Total	1,9%	50,0%	51,9%
	60 anos ou mais	Count	1	31	32
		Expected Count	1,8	30,2	32,0
% within Faixa Etária		3,1%	96,9%	100,0%	
% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)		16,7%	31,0%	30,2%	
	% of Total	,9%	29,2%	30,2%	
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Faixa Etária	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 21 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,458(a)	2	,108
Likelihood Ratio	3,457	2	,178
Linear-by-Linear Association	2,810	1	,094
N of Valid Cases	106		

a 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,08.

Tabela 22 - QV X ESTADO CIVIL

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	Alta	baixa	
Estado civil	Casado	Count	3	29	32
		Expected Count	1,8	30,2	32,0
		% within Estado civil	9,4%	90,6%	100,0%

	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	50,0%	29,0%	30,2%
	% of Total	2,8%	27,4%	30,2%
Solteiro	Count	2	55	57
	Expected Count	3,2	53,8	57,0
	% within Estado civil	3,5%	96,5%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	55,0%	53,8%
	% of Total	1,9%	51,9%	53,8%
Viuvo	Count	0	2	2
	Expected Count	,1	1,9	2,0
	% within Estado civil	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	2,0%	1,9%
	% of Total	,0%	1,9%	1,9%
Uniao Estavel	Count	0	6	6
	Expected Count	,3	5,7	6,0
	% within Estado civil	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	6,0%	5,7%
	% of Total	,0%	5,7%	5,7%
Divorciado	Count	1	6	7
	Expected Count	,4	6,6	7,0
	% within Estado civil	14,3%	85,7%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	6,0%	6,6%
	% of Total	,9%	5,7%	6,6%
Separado	Count	0	2	2
	Expected Count	,1	1,9	2,0
	% within Estado civil	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	2,0%	1,9%
	% of Total	,0%	1,9%	1,9%
Total	Count	6	100	106
	Expected Count	6,0	100,0	106,0
	% within Estado civil	5,7%	94,3%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 23 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,896(a)	5	,716
Likelihood Ratio	3,131	5	,680
Linear-by-Linear Association	,047	1	,828
N of Valid Cases	106		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Tabela 24 - QV X PRESENÇA DE FILHOS
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Presença de filhos	Sim	Count	6	82	88
		Expected Count	5,0	83,0	88,0
		% within Presença de filhos	6,8%	93,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	82,0%	83,0%
		% of Total	5,7%	77,4%	83,0%
	Não	Count	0	18	18
		Expected Count	1,0	17,0	18,0
		% within Presença de filhos	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	18,0%	17,0%
		% of Total	,0%	17,0%	17,0%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Presença de filhos	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 25 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,301(b)	1	,254		
Continuity Correction(a)	,337	1	,561		
Likelihood Ratio	2,306	1	,129		
Fisher's Exact Test				,587	,318
Linear-by-Linear Association	1,289	1	,256		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02.

Tabela 26 - QV X POSSUI OCUPAÇÃO

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		Baixa	alta	baixa	
Possui ocupação	SEM OCUPAÇÃO	Count	1	18	19
		Expected Count	1,1	17,9	19,0
		% within Possui ocupação	5,3%	94,7%	100,0%

	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	18,0%	17,9%
	% of Total	,9%	17,0%	17,9%
COM OCUPAÇÃO	Count	5	82	87
	Expected Count	4,9	82,1	87,0
	% within Possui ocupação	5,7%	94,3%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	83,3%	82,0%	82,1%
	% of Total	4,7%	77,4%	82,1%
Total	Count	6	100	106
	Expected Count	6,0	100,0	106,0
	% within Possui ocupação	5,7%	94,3%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 27 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,007(b)	1	,934		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,007	1	,934		
Fisher's Exact Test				1,000	,708
Linear-by-Linear Association	,007	1	,934		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,08.

Tabela 28 - QV X NºHORAS TRABALHADAS
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Nº Horas trabalhadas	Não trabalho	Count	2	50	52
		Expected Count	2,9	49,1	52,0
		% within Nº Horas trabalhadas	3,8%	96,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	50,0%	49,1%
		% of Total	1,9%	47,2%	49,1%
Menos de 4 horas		Count	1	1	2
		Expected Count	,1	1,9	2,0
		% within Nº Horas trabalhadas	50,0%	50,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	1,0%	1,9%
		% of Total	,9%	,9%	1,9%
4 a 8 horas		Count	2	27	29

	Expected Count	1,6	27,4	29,0
	% within N° Horas trabalhadas	6,9%	93,1%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	27,0%	27,4%
	% of Total	1,9%	25,5%	27,4%
9 a 12 horas	Count	1	21	22
	Expected Count	1,2	20,8	22,0
	% within N° Horas trabalhadas	4,5%	95,5%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	21,0%	20,8%
	% of Total	,9%	19,8%	20,8%
Mais de 12 horas	Count	0	1	1
	Expected Count	,1	,9	1,0
	% within N° Horas trabalhadas	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	1,0%	,9%
	% of Total	,0%	,9%	,9%
Total	Count	6	100	106
	Expected Count	6,0	100,0	106,0
	% within N° Horas trabalhadas	5,7%	94,3%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 29 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,878(a)	4	,096
Likelihood Ratio	3,696	4	,449
Linear-by-Linear Association	,044	1	,833
N of Valid Cases	106		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Tabela 30 - QV X RENDA FAMILIAR

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		Baixa	alta	baixa	
Renda familiar	Sem renda (recebe apoio da familia)	Count	1	2	3
		Expected Count	,2	2,8	3,0
		% within Renda familiar	33,3%	66,7%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	2,0%	2,8%
		% of Total	,9%	1,9%	2,8%
	Menor que 1.212,00	Count	1	33	34
		Expected Count	1,9	32,1	34,0

	% within Renda familiar	2,9%	97,1%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	33,0%	32,1%
	% of Total	,9%	31,1%	32,1%
De 1.212,00 a 4.848,00	Count	4	55	59
	Expected Count	3,3	55,7	59,0
	% within Renda familiar	6,8%	93,2%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	55,0%	55,7%
	% of Total	3,8%	51,9%	55,7%
Acima de 4.848,00 a 9.696,00	Count	0	8	8
	Expected Count	,5	7,5	8,0
	% within Renda familiar	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	8,0%	7,5%
	% of Total	,0%	7,5%	7,5%
Acima de 9.696,00 a 14.544,00	Count	0	2	2
	Expected Count	,1	1,9	2,0
	% within Renda familiar	,0%	100,0%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	2,0%	1,9%
	% of Total	,0%	1,9%	1,9%
Total	Count	6	100	106
	Expected Count	6,0	100,0	106,0
	% within Renda familiar	5,7%	94,3%	100,0%
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 31 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,511(a)	4	,239
Likelihood Ratio	4,019	4	,403
Linear-by-Linear Association	,680	1	,409
N of Valid Cases	106		

a 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Tabela 32 - QV X CONDIÇÃO DE MORADIA
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Condição de moradia	Residência própria	Count	3	60	63
		Expected Count	3,6	59,4	63,0
		% within Condição de moradia	4,8%	95,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	50,0%	60,0%	59,4%
		% of Total	2,8%	56,6%	59,4%
	Alugada	Count	2	33	35
		Expected Count	2,0	33,0	35,0
		% within Condição de moradia	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	33,0%	33,0%
		% of Total	1,9%	31,1%	33,0%
	Cedida	Count	1	7	8
		Expected Count	,5	7,5	8,0
		% within Condição de moradia	12,5%	87,5%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	7,0%	7,5%
		% of Total	,9%	6,6%	7,5%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Condição de moradia	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 33 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,796(a)	2	,672
Likelihood Ratio	,631	2	,729
Linear-by-Linear Association	,541	1	,462
N of Valid Cases	106		

a 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Tabela 34 - QV X PRESENÇA DE OUTRAS DOENÇAS
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC=65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Presença de outras doenças	Sim	Count	4	66	70
		Expected Count	4,0	66,0	70,0
		% within Presença de outras doenças	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	66,0%	66,0%
		% of Total	3,8%	62,3%	66,0%
	Não	Count	2	34	36
		Expected Count	2,0	34,0	36,0
		% within Presença de outras doenças	5,6%	94,4%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	34,0%	34,0%
		% of Total	1,9%	32,1%	34,0%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Presença de outras doenças	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 35 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001(b)	1	,973		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,973		
Fisher's Exact Test				1,000	,671
Linear-by-Linear Association	,001	1	,973		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Tabela 36 - QV X TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE DOR

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC=65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Tempo de diagnóstico de dor crônica	Até 1 ano	Count	2	15	17
		Expected Count	1,0	16,0	17,0

		% within Tempo de diagnóstico de dor crônica	11,8%	88,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	15,0%	16,0%
		% of Total	1,9%	14,2%	16,0%
	Maior que 1 ano	Count	4	85	89
		Expected Count	5,0	84,0	89,0
		% within Tempo de diagnóstico de dor crônica	4,5%	95,5%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	85,0%	84,0%
		% of Total	3,8%	80,2%	84,0%
Total		Count	6	100	106
		Expected Count	6,0	100,0	106,0
		% within Tempo de diagnóstico de dor crônica	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 37 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,413(b)	1	,235		
Continuity Correction(a)	,379	1	,538		
Likelihood Ratio	1,163	1	,281		
Fisher's Exact Test				,246	,246
Linear-by-Linear Association	1,400	1	,237		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

Tabela 38 - QV X INTENSIDADE DA DOR

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)			Total
			Baixa	alta	baixa
Intensidade da dor na última semana	Ausência de dor	Count	0	2	2
		Expected Count	,1	1,9	2,0
		% within Intensidade da dor na última semana	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	2,0%	1,9%
		% of Total	,0%	1,9%	1,9%
leve		Count	0	11	11
		Expected Count	,6	10,4	11,0

		% within Intensidade da dor na última semana	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	11,0%	10,4%
		% of Total	,0%	10,4%	10,4%
	moderada	Count	0	22	22
		Expected Count	1,2	20,8	22,0
		% within Intensidade da dor na última semana	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	22,0%	20,8%
		% of Total	,0%	20,8%	20,8%
	intensa	Count	6	65	71
		Expected Count	4,0	67,0	71,0
		% within Intensidade da dor na última semana	8,5%	91,5%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	65,0%	67,0%
		% of Total	5,7%	61,3%	67,0%
Total		Count	6	100	106
		Expected Count	6,0	100,0	106,0
		% within Intensidade da dor na última semana	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 39 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,135(a)	3	,371
Likelihood Ratio	4,985	3	,173
Linear-by-Linear Association	2,459	1	,117
N of Valid Cases	106		

a 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Tabela 40 - QV X DEIXOU FAZER ATIVIDADES

Crosstab

		Count	QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total
			baixa	alta	baixa
Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	Nenhum				
		Count	4	60	64
		Expected Count	3,6	60,4	64,0
		% within Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	6,3%	93,8%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	60,0%	60,4%
	% of Total	3,8%	56,6%	60,4%	

	1 a 6 dias	Count	1	30	31
		Expected Count	1,8	29,2	31,0
		% within Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	3,2%	96,8%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	30,0%	29,2%
		% of Total	,9%	28,3%	29,2%
	7 a 14 dias	Count	1	9	10
		Expected Count	,6	9,4	10,0
		% within Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	10,0%	90,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	9,0%	9,4%
		% of Total	,9%	8,5%	9,4%
	15 a 30 dias	Count	0	1	1
		Expected Count	,1	,9	1,0
		% within Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	1,0%	,9%
		% of Total	,0%	,9%	,9%
Total		Count	6	100	106
		Expected Count	6,0	100,0	106,0
		% within Nos últimos 6 meses, quantos dias você deixou de fazer suas atividades do dia a dia	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 40 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,798(a)	3	,850
Likelihood Ratio	,852	3	,837
Linear-by-Linear Association	,001	1	,973
N of Valid Cases	106		

a 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Tabela 41 - QV X APARECIMENTO DA DOR
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC=65,22)		Total	
		Baixa	alta	baixa	
A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele	Sim	Count	6	61	67
		Expected Count	3,8	63,2	67,0
		% within A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele	9,0%	91,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	61,0%	63,2%
		% of Total	5,7%	57,5%	63,2%
	Não	Count	0	39	39
		Expected Count	2,2	36,8	39,0
		% within A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	39,0%	36,8%
		% of Total	,0%	36,8%	36,8%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within A dor aparece com uma sensação estranha e desagradável na pele	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 42 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,702(b)	1	,054		
Continuity Correction(a)	2,215	1	,137		
Likelihood Ratio	5,713	1	,017		
Fisher's Exact Test				,083	,059
Linear-by-Linear Association	3,667	1	,055		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,21.

Tabela 43 - QV X APRECIMENTO DA DOR
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC=65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
A dor aparece de repente em crises	Sim	Count	5	50	55
		Expected Count	3,1	51,9	55,0
		% within A dor aparece de repente em crises	9,1%	90,9%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	83,3%	50,0%	51,9%
		% of Total	4,7%	47,2%	51,9%
	Não	Count	1	50	51
		Expected Count	2,9	48,1	51,0
		% within A dor aparece de repente em crises	2,0%	98,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	50,0%	48,1%
		% of Total	,9%	47,2%	48,1%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within A dor aparece de repente em crises	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 44 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,519(b)	1	,112		
Continuity Correction(a)	1,361	1	,243		
Likelihood Ratio	2,760	1	,097		
Fisher's Exact Test				,207	,121
Linear-by-Linear Association	2,496	1	,114		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,89.

Tabela 45 - QV X PRESENÇA DE COVID
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC=65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Presença de Covid-19	Sim	Count	4	32	36
		Expected Count	2,0	34,0	36,0
		% within Presença de Covid-19	11,1%	88,9%	100,0%

		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	32,0%	34,0%
		% of Total	3,8%	30,2%	34,0%
	Não	Count	2	68	70
		Expected Count	4,0	66,0	70,0
		% within Presença de Covid-19	2,9%	97,1%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	68,0%	66,0%
		% of Total	1,9%	64,2%	66,0%
Total		Count	6	100	106
		Expected Count	6,0	100,0	106,0
		% within Presença de Covid-19	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 46 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,033(b)	1	,082		
Continuity Correction(a)	1,684	1	,194		
Likelihood Ratio	2,834	1	,092		
Fisher's Exact Test				,177	,100
Linear-by-Linear Association	3,004	1	,083		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Tabela 47 - QV X INTERNAÇÃO COVID
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	Alta	baixa	
Internação por COVID-19	0	Count	2	68	70
		Expected Count	4,0	66,0	70,0
		% within Internação por COVID-19	2,9%	97,1%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	68,0%	66,0%
		% of Total	1,9%	64,2%	66,0%
	Sim	Count	1	2	3
		Expected Count	,2	2,8	3,0
		% within Internação por COVID-19	33,3%	66,7%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	2,0%	2,8%
		% of Total	,9%	1,9%	2,8%

	Não	Count	3	30	33
		Expected Count	1,9	31,1	33,0
		% within Internação por COVID-19	9,1%	90,9%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	50,0%	30,0%	31,1%
		% of Total	2,8%	28,3%	31,1%
	Total	Count	6	100	106
		Expected Count	6,0	100,0	106,0
		% within Internação por COVID-19	5,7%	94,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 48 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,060(a)	2	,048
Likelihood Ratio	4,025	2	,134
Linear-by-Linear Association	1,972	1	,160
N of Valid Cases	106		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Tabela 49 - QV X INTENSIDADE DOR POSCOVID
Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Alteração na intensidade da dor após o Covid-19	Não	Count	5	98	103
		Expected Count	5,8	97,2	103,0
		% within Alteração na intensidade da dor após o Covid-19	4,9%	95,1%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	83,3%	98,0%	97,2%
		% of Total	4,7%	92,5%	97,2%
	Sim	Count	1	2	3
		Expected Count	,2	2,8	3,0
		% within Alteração na intensidade da dor após o Covid-19	33,3%	66,7%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	2,0%	2,8%
		% of Total	,9%	1,9%	2,8%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Alteração na intensidade da dor após o Covid-19	5,7%	94,3%	100,0%	

	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%

Tabela 50 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,428(b)	1	,035		
Continuity Correction(a)	,700	1	,403		
Likelihood Ratio	2,289	1	,130		
Fisher's Exact Test				,162	,162
Linear-by-Linear Association	4,386	1	,036		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Tabela 51 - QV X AROVIROSES**Crosstab**

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)	Sim	Count	4	32	36
		Expected Count	2,0	34,0	36,0
		% within Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)	11,1%	88,9%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	66,7%	32,0%	34,0%
		% of Total	3,8%	30,2%	34,0%
	Não	Count	2	68	70
		Expected Count	4,0	66,0	70,0
		% within Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)	2,9%	97,1%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	68,0%	66,0%
		% of Total	1,9%	64,2%	66,0%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 52 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,033(b)	1	,082		
Continuity Correction(a)	1,684	1	,194		
Likelihood Ratio	2,834	1	,092		
Fisher's Exact Test				,177	,100
Linear-by-Linear Association	3,004	1	,083		
N of Valid Cases	106				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

Tabela 53 - QV X INTERNAÇÃO ARBOVIROSES**Crosstab**

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
Internação Arbovirose	Sim	Count	0	2	2
		Expected Count	,1	1,9	2,0
		% within Internação Arbovirose	,0%	100,0%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	,0%	2,0%	1,9%
		% of Total	,0%	1,9%	1,9%
	Não	Count	6	98	104
		Expected Count	5,9	98,1	104,0
		% within Internação Arbovirose	5,8%	94,2%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	98,0%	98,1%
		% of Total	5,7%	92,5%	98,1%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within Internação Arbovirose	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 54 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,122(b)	1	,727		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,235	1	,628		
Fisher's Exact Test				1,000	,889

Linear-by-Linear Association	,121	1	,728
N of Valid Cases	106		

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Tabela 55 - QV X FAIXA ETÁRIA

Crosstab

		QV (alta e baixa; PC= 65,22)		Total	
		baixa	alta	baixa	
AGRUPAMENTO Idade	18 a 39 anos	Count	3	18	21
		Expected Count	1,2	19,8	21,0
		% within AGRUPAMENTO Idade	14,3%	85,7%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	50,0%	18,0%	19,8%
	40 a 59 anos	Count	2	52	54
		Expected Count	3,1	50,9	54,0
		% within AGRUPAMENTO Idade	3,7%	96,3%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	33,3%	52,0%	50,9%
	60 anos ou mais	Count	1	30	31
		Expected Count	1,8	29,2	31,0
		% within AGRUPAMENTO Idade	3,2%	96,8%	100,0%
		% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	16,7%	30,0%	29,2%
Total	Count	6	100	106	
	Expected Count	6,0	100,0	106,0	
	% within AGRUPAMENTO Idade	5,7%	94,3%	100,0%	
	% within QV (alta e baixa; PC= 65,22)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	94,3%	100,0%	

Tabela 56 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,657(a)	2	,161
Likelihood Ratio	2,945	2	,229
Linear-by-Linear Association	2,392	1	,122
N of Valid Cases	106		

a 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,19.

Tabela 57 - Teste de Normalidade - Shapiro-Wilk

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Idade (anos)	,060	106	,200(*)	,994	106	,948
N° de filhos	,201	106	,000	,909	106	,000
N° de pessoas trabalham, ou possuem renda	,269	106	,000	,818	106	,000
Renda familiar (em reais):	,224	106	,000	,771	106	,000
Total de pessoas residentes	,191	106	,000	,894	106	,000
N° locais de dor	,248	106	,000	,781	106	,000
Período do dia em que a dor aparece	,416	106	,000	,620	106	,000
N de outras doenças	,206	106	,000	,854	106	,000
No. de Sinais e sintomas	,142	106	,000	,936	106	,000
WQ_geral	,077	106	,141	,980	106	,115
WQ_Físico	,101	106	,009	,978	106	,073
WQ_Psicológico	,094	106	,022	,983	106	,209
WQ_Relações Sociais	,135	106	,000	,969	106	,014
WQ_Ambiente	,098	106	,014	,976	106	,054
IBD_Intensidade/severidad e	,070	106	,200(*)	,987	106	,397
IBD_Interferência	,127	106	,000	,912	106	,000

* This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 58 - TESTE T

		Group Statistics			
	QV (alta e baixa; PC= 65,22)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade (anos)	baixa	6	45,17	9,579	3,911
	alta	100	51,39	13,771	1,377
WQ_geral	baixa	6	61,17	4,355	1,778
	alta	100	84,25	8,245	,825
WQ_Físico	baixa	6	43,810	4,6657	1,9048
	alta	100	69,400	9,3516	,9352
WQ_Psicológico	baixa	6	45,000	3,4960	1,4272
	alta	100	63,233	8,8946	,8895
WQ_Ambiente	baixa	6	49,583	6,4064	2,6154
	alta	100	65,325	7,5265	,7527
IBD_Intensidade/severida de	baixa	6	6,292	1,6234	,6627
	alta	100	4,958	2,2039	,2204

Tabela 59 - Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
Idade (anos)	Equal variances assumed	1,244	,267	-1,089	104	,279	-6,223	5,716	-17,558	5,111
	Equal variances not assumed			-1,501	6,312	,182	-6,223	4,146	-16,248	3,802
WQ_geral	Equal variances assumed	2,616	,109	-6,779	104	,000	-23,083	3,405	-29,836	-16,331
	Equal variances not assumed			-11,778	7,365	,000	-23,083	1,960	-27,671	-18,495
WQ_Físico	Equal variances assumed	2,821	,096	-6,631	104	,000	-25,5905	3,8590	-33,2431	-17,9379
	Equal variances not assumed			-12,060	7,678	,000	-25,5905	2,1219	-30,5196	-20,6614
WQ_Psicológico	Equal variances assumed	3,290	,073	-4,979	104	,000	-18,2333	3,6618	-25,4948	-10,9719
	Equal variances not assumed			-10,842	9,565	,000	-18,2333	1,6817	-22,0037	-14,4630
WQ_Ambiente	Equal variances assumed	,625	,431	-5,009	104	,000	-15,7417	3,1425	-21,9734	-9,5100
	Equal variances not assumed			-5,784	5,860	,001	-15,7417	2,7215	-22,4397	-9,0437
IBD_Intensidade/severida de	Equal variances assumed	1,430	,234	1,456	104	,148	1,3342	,9161	-,4825	3,1509
	Equal variances not assumed			1,910	6,163	,103	1,3342	,6984	-,3639	3,0323

Tabela 60 - TESTE - T Mann-Whitney

Statistics

		N° de filhos	N° de pessoas trabalham, ou possuem renda	Renda familiar (em reais):	Total de pessoas residentes	N° locais de dor	Período do dia em que a dor aparece	N de outras doenças	No. de Sinais e sintomas	WQ_Relações Sociais	IBD_Interferência	
QV (alta e baixa; PC=65,22)	baixa	N	Valid	6	6	6	6	6	6	6	6	
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Median	2,00	2,00	2000,00	3,00	2,00	1,00	1,50	6,00	46,667	7,93	
	Perce ntilas	25	1,75	,75	750,00	2,00	1,75	1,00	,00	3,50	41,667	6,39
		50	2,00	2,00	2000,00	3,00	2,00	1,00	1,50	6,00	46,667	7,93
		75	3,00	2,25	2250,00	4,25	3,00	1,50	2,50	7,25	56,667	9,89
	alta	N	Valid	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing			0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Median		2,00	2,00	2000,00	3,00	2,00	1,00	1,00	4,00	60,000	3,07	
Perce ntilas		25	1,00	1,00	1200,00	2,00	1,00	1,00	,00	3,00	48,333	,61
		50	2,00	2,00	2000,00	3,00	2,00	1,00	1,00	4,00	60,000	3,07
75	3,00	2,00	2900,00	4,00	3,00	3,00	2,00	6,00	66,667	5,54		

Test Statistics(a)

	N° de filhos	N° de pessoas trabalham, ou possuem renda	Renda familiar (em reais):	Total de pessoas residentes	N° locais de dor	Período do dia em que a dor aparece	N de outras doenças	No. de Sinais e sintomas	WQ_Relações Sociais	IBD_Interferência
Mann-Whitney U	235,000	283,000	269,500	288,000	254,500	248,000	276,000	214,500	157,000	65,500
Wilcoxon W	5285,000	5333,000	290,500	309,000	5304,500	269,000	5326,000	5264,500	178,000	5115,500
Z	-,914	-,252	-,419	-,167	-,661	-,856	-,341	-1,185	-1,981	-3,223
Asymp. Sig. (2-tailed)	,361	,801	,675	,867	,509	,392	,733	,236	,048	,001

a Grouping Variable: QV (alta e baixa; PC= 65,22).

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO WHOQOL BREF

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7	O quanto você consegue se	1	2	3	4	5
---	---------------------------	---	---	---	---	---

	concentrar?					
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

	dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5
	ansiedade, depressão?					

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário? OBRIGADO PELA SUA

COLABORAÇÃO

ANEXO 2 - INVENTÁRIO BREVE DA DOR

INVENTÁRIO BREVE DE DOR	
<p>1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?</p> <p>1.Sim () 2.Não ()</p>	
<p>2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.</p> <div style="text-align: center;"> </div>	
<p>3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.</p> <p>Sem dor - [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível</p>	
<p>4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 hs.</p> <p>Sem dor - [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível</p>	
<p>5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.</p> <p>Sem dor - [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível</p>	

<p>6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).</p> <p>Sem dor - [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] - Pior dor possível</p>	
<p>7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?</p> <p>Nome / Dose / Frequência / Data de início</p> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?</p> <p>[0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%]</p> <p>Sem alívio Alívio completo</p>	
<p>9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:</p>	
<p>Atividade geral</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Humor</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Habilidade de caminhar</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Trabalho</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Relacionamento com outras pessoas</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Sono</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	
<p>Habilidade para apreciar a vida</p> <p>- [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] -</p> <p>Não interferiu Interferiu completamente</p>	