

Educação em saúde para indivíduos com dor crônica: ensaio clínico

Education in health for individuals with chronic pain: clinical trial

Ana Shirley Maranhão Vieira¹, Diogo Guedes Vidal², Hélder Fernando Pedrosa e Sousa^{3,4}, Maria Alzira Pimenta Dinis², Katia Nunes Sá¹

DOI 10.5935/2595-0118.20220013

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Recomenda-se a utilização de cartilhas socioeducativas para auxiliar no controle da dor crônica (DC). No entanto, a eficácia e a segurança dessas tecnologias leves foram pouco testadas para ampla aplicação, com base no modelo de evidências científicas. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos com DC por meio da cartilha EducaDor.

MÉTODOS: Ensaio clínico randomizado realizado com indivíduos que apresentam DC em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Salvador, Bahia, Brasil. Os participantes foram submetidos à aplicação do Inventário Breve de Dor (BPI), Escala Analógica Visual (EAV) e do instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Bref (WHOQoL-bref), antes e após a intervenção, para análises intra e intergrupos: Grupo Teste (*booklet*) e Grupo Controle (cuidado convencional). O conteúdo da cartilha EducaDor foi apresentado didaticamente em seis encontros com intervalo de uma semana entre eles.

RESULTADOS: A amostra foi composta por 10 pessoas em cada grupo (n = 20). No Grupo Controle, houve aumento da intensidade da dor (p=0,034), enquanto o Grupo Teste apresentou redução da intensidade de dor (p=0,015) e menor nível de interferência nos domínios de qualidade de vida físico, psicológico, social e ambiental (p<0,05). Nas comparações intergrupos, observou-se melhora no domínio relações sociais no Grupo Teste (p=0,015).

CONCLUSÃO: A cartilha EducaDor mostrou-se eficaz e segura para a educação de pacientes com DC, por reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Descritores: Dor crônica, Educação em saúde, Ensaio clínico, Qualidade de vida.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The use of socio-educational booklets is recommended for assisting in the control of chronic pain (CP). However, the efficacy and safety of these light technologies have not yet been tested enough for widespread application, based on the model of scientific evidence. This study aimed to assess the effect of a health education program in individuals suffering from CP using the EducaDor booklet.

METHODS: Randomized clinical trial conducted with CP patients from *Unidades Básicas de Saúde* (UBS – Primary Health Care Units) in Salvador, Bahia, Brazil. Assessments were performed using the Brief Pain Inventory (BPI), Visual Analog Scale of Pain (VAS-P) and World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (WHOQoL-bref), before and after the intervention, for intra and intergroup analyses: Test Group (Booklet) and Control Group (Conventional Care). The contents of the EducaDor booklet were presented didactically in six meetings with an interval of one week between them.

RESULTS: The sample was composed of 10 individuals in each group (n = 20). In the Control Group, there was an increase in pain intensity (p=0.034), while the Test Group showed a reduction in pain intensity (p=0.015) and a lower level of interference in the physical, psychological, social relationships and environmental quality of life domains (p<0.05). In the intergroup comparisons, an improvement was observed in the domain of social relationships in the Test Group (p=0.015).

CONCLUSION: EducaDor booklet has been shown to be effective and safe for the education of patients suffering from CP by reducing pain intensity and improving patients' quality of life.

Keywords: Chronic pain, Clinical trial, Health education, Quality of life.

Ana Shirley Maranhão Vieira – <https://orcid.org/0000-0002-7170-4203>;

Diogo Guedes Vidal – <https://orcid.org/0000-0002-2777-2372>;

Hélder Fernando Pedrosa e Sousa – <https://orcid.org/0000-0002-2952-8859>;

Maria Alzira Pimenta Dinis – <https://orcid.org/0000-0002-2198-6740>;

Kátia Nunes Sá – <https://orcid.org/0000-0002-0255-4379>.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

2. Universidade Fernando Pessoa, Unidade de Investigação, Energia, Ambiente e Saúde, Porto, Portugal

3. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Matemática, Vila Real, Portugal.

4. *Center for Computational and Stochastic Mathematics, Department of Mathematics*, Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Apresentado em 28 de junho de 2021.

Aceito para publicação em 26 de outubro de 2021.

Conflito de interesses: não há. Fontes de fomento: O pesquisador principal recebeu uma bolsa parcial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil.

Correspondência para:

Ana Shirley Maranhão Vieira

E-mail: asmvieira@bahiana.edu.br

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno multidimensional no qual lesões de tecidos, respostas biológicas adaptativas e aspectos emocionais, socioculturais e ambientais colaboram para gerar sua cronificação^{1,2}. A dor crônica (DC) é definida pelo Subcomitê de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor³ como uma dor que persiste por um período superior a três meses, além de ser considerada uma doença que gera altos custos para o sistema de saúde e perda de qualidade de vida para os afetados⁴.

A DC é considerada um problema de saúde pública, particularmente nos países em desenvolvimento⁵. Devido a sua natureza multifatorial, recomenda-se a implementação de programas de educação em saúde, que demonstraram efeitos superiores aos de outros tipos de intervenções, tais como o uso isolado de tratamentos farmacológicos^{6,7}.

O uso de cartilhas é comum no processo de educação em saúde, pois elas fornecem informações complementares, favorecendo a autonomia dos pacientes e podendo ser consultadas várias vezes, além de serem facilmente replicadas para o trabalho com as comunidades⁸. Por meio de cartilhas, pessoas que sofrem de DC, profissionais e familiares podem adquirir conhecimentos sobre a dor em questão, ajudando a minimizar os sintomas e a aumentar a eficácia dos tratamentos. Dessa maneira, as cartilhas devem ser autoexplicativas e atraentes, correspondendo ao contexto sociocultural do público-alvo⁹. Além disso, as cartilhas podem facilitar o processo de aprendizagem dos estudantes de graduação na área da saúde, bem como ajudar de uma forma mais dinâmica nas propostas de educação contínua para profissionais que trabalham no controle da dor¹⁰.

Tendo em vista as considerações anteriores, pesquisadores da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) desenvolveram em 2017 uma cartilha intitulada “EducaDor”¹¹. Este material foi posteriormente validado em uma clínica ambulatorial especializada em dor¹². Porém, ainda há uma lacuna a ser preenchida em relação à avaliação de sua eficácia e segurança. Na continuação deste processo, o objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos que sofrem de DC utilizando a cartilha EducaDor.

Uma das estratégias para lidar com a DC é a educação. Educar as pessoas sobre o que é dor, como ela é processada em seus corpos, quais são suas causas e fatores de risco mais comuns e como efetivamente prevenir ou tratar a dor pode ajudar a reduzir suas repercussões negativas, controlar os sintomas e otimizar o uso dos serviços de saúde^{5,13}. Embora as melhores abordagens de educação sobre este tema ainda não sejam totalmente conhecidas, vários estudos apontam a educação em saúde como um pilar importante para a gestão da DC¹⁴.

Também deve-se considerar que a DC influencia a vida de uma pessoa não somente em seu aspecto físico, mas também nas relações sociais. Portanto, deve-se pensar em realizar atividades de educação em saúde em grupo, já que é possível aprender uns com os outros como lidar com problemas crônicos, como a DC. O grupo pode ser considerado como um espaço educacional, no qual o indivíduo participa ativamente do processo terapêutico ao mesmo tempo em que aumenta sua rede de apoio¹⁵.

Para atender a este processo de educação em saúde, é necessário investir em qualificação profissional, pois os profissionais de saúde desta área podem enfrentar dificuldades, uma vez que sua formação é baseada principalmente no conhecimento biomédico que restringe seu foco a fatores biológicos. Isto pode levar o profissional a negligenciar as necessidades reais que poderiam ser exploradas pelo conhecimento oferecido por tecnologias de saúde¹⁶. Também é importante reforçar o trabalho multidisciplinar e a criação de um vínculo entre equipe de saúde e pacientes, uma vez que a DC exige um cuidado abrangente¹⁷.

MÉTODOS

Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) realizado com indivíduos que sofrem de DC em uma comunidade designada às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pítuaçu e Parque de Pítuaçu, Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador, Bahia, Brasil. Os critérios

de inclusão foram indivíduos que relataram presença diária de dor durante um período de, pelo menos, seis meses, que têm entre 18 e 60 anos de idade e são alfabetizados. Os critérios de exclusão foram mulheres grávidas, pessoas com dificuldades para compreender os questionários, que não puderam comparecer à unidade de saúde para entrevistas e atividades de educação em saúde e com doenças que afetavam sua qualidade de vida.

Para obter dados sociodemográficos e clínicos, um questionário e os seguintes instrumentos foram aplicados: Inventário Breve de Dor (BPI) para avaliar a intensidade da dor e sua interferência nas atividades da vida diária¹⁸; Escala Analógica Visual (EAV)¹⁹; e o WHOQoL-bref²⁰. Os pacientes eram responsáveis por fornecer as informações.

Procedimentos do ensaio clínico randomizado

O ECR compreende cinco etapas.

Primeira Etapa: A apresentação do projeto, voltada aos profissionais das equipes de saúde das UBS.

Segunda Etapa: Pessoas com um perfil de acordo com os critérios de elegibilidade foram identificadas pelos profissionais das equipes de saúde ou abordadas nas salas de espera das UBS pelos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados. Após uma semana, aqueles que concordaram em participar do estudo foram recrutados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Terceira Etapa: Os pesquisadores aplicaram os questionários com os participantes em um consultório da UBS, garantindo assim a confidencialidade e evitando constrangimentos para os entrevistados.

Quarta Etapa: Após as entrevistas, um outro pesquisador conduziu a classificação dos participantes para aloca-los em dois grupos: Grupo Teste (GT) e Grupo Controle (GC). O GT recebeu a cartilha e participou de seis reuniões semanais, com duração de uma hora, coordenadas pelo pesquisador responsável. Nestas reuniões, os participantes tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e discutir seus problemas com seus pares, como uma atividade coletiva de experiências compartilhadas. As reuniões foram realizadas na própria UBS. Neste grupo, foram trabalhados os seis domínios da cartilha EducaDor, utilizando as estratégias metodológicas descritas na Tabela 1.

Não foi oferecida ao grupo de controle nenhuma intervenção adicional além dos cuidados habituais prestados de acordo com o protocolo do serviço. Entretanto, ao concluir o estudo, os participantes receberam a cartilha EducaDor e foram convidados a participar das seis reuniões.

Quinta Etapa: Na semana após a conclusão das intervenções educativas, os participantes foram convocados para que fossem realizados os mesmos procedimentos de avaliação, como anteriormente, que foram cegos para o grupo ao qual os pacientes foram alocados. As variáveis independentes da pesquisa foram as seguintes: sexo, idade, nível educacional, tempo e localização da dor. A intensidade da dor e o impacto na qualidade de vida foram as variáveis dependentes consideradas.

Amostra

Considerando uma diferença de três pontos a serem detectados pela EAV e um desvio padrão de três pontos para um nível de significância de 1% e potência de teste de 80% para uma hipótese bicaudal,

Tabela 1. Domínios das reuniões e estratégias metodológicas utilizadas no ensaio clínico randomizado

Domínios	Estratégia metodológica
O que é a dor?	O que é dor para mim? Todos os participantes receberam individualmente papel e lápis para fazer um desenho que representasse como percebiam a dor ou o que era a dor para eles. Em seguida, todos os participantes, individualmente, ou seja, um a um, mostraram seu cartaz e prosseguiram com sua apresentação: nome e explicação de sua percepção de dor. O que é a dor? Com base nas apresentações, o pesquisador apresentou o primeiro domínio da cartilha, trazendo etiquetas com as principais frases da cartilha.
Dor aguda: dor útil.	O caminho da dor O pesquisador apresentou o “caminho da dor” por meio de desenhos, mediando a discussão e compreensão de conceitos.
Dor crônica: dor persistente.	As diferenças entre dor aguda e crônica O pesquisador dividiu o grupo em duas partes. Um grupo conceituou a dor aguda e o outro, a dor crônica. Para isso, um grupo recebeu a etiqueta com a designação de DOR AGUDA e o outro grupo, com a designação de DOR CRÔNICA. Além disso, foram disponibilizadas etiquetas contendo as características da dor aguda e crônica. Um grupo criou um painel com as características da dor aguda e o outro, um painel com as características da dor crônica.
Viver com dor	Números da dor – você não está sozinho O pesquisador apresentou os resultados dos pesquisadores mostrando o número de pessoas que vivem com dor crônica. Como os participantes viviam com a dor crônica? Um a um, os participantes relataram as consequências trazidas pela dor crônica para suas vidas.

foi identificada a necessidade de 16 indivíduos com DC em cada grupo (GT e GC), totalizando um tamanho de amostra de 32 indivíduos. A aplicação random.org, que gera números aleatórios, foi utilizada para estabelecer os grupos, alocando os sujeitos da pesquisa em números pares (GT) e números ímpares (GC).

Os pesquisadores que aplicaram instrumentos de coleta de dados foram mantidos cegos para a randomização e não estavam presentes nas UBS quando foram realizadas as atividades de educação em saúde. O pesquisador encarregado da randomização e implementação das atividades educacionais foi denominado “Pesquisador Coordenador”.

O protocolo do estudo foi realizado em conformidade com todas as recomendações da Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o protocolo nº 2.301.438 (CAAE 68160517.9.0000.5544). A pesquisa foi previamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, por meio do protocolo nº 330/2017. Além disso, o estudo foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, referência RBR6FYH2C. Os questionários e outros materiais impressos utilizados foram armazenados sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Análise estatística

Os dados coletados nos momentos pré e pós-testes nos dois grupos de estudo foram comparados por meio da análise pareada de dados antes e depois da intervenção e da análise não pareada para comparação entre os dois grupos. As variáveis nominais são apresentadas em números absolutos e proporções e analisadas quanto à associação entre as variáveis pelo teste Qui-quadrado. Os dados numéricos são apresentados por meio de medidas de tendência central e dispersão, e as associações foram verificadas por meio do teste *t* de Student pareado e não pareado, ou testes de Wilcoxon e Mann-Whitney, de acordo com a normalidade da distribuição de dados. Um intervalo de confiança de 95% foi adotado em todas as situações de inferência estatística. As análises foram realizadas pelo pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 27.0 (21).

RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, 84 indivíduos foram identificados, reclamando de episódios diários ou quase diários de dor durante um período de, pelo menos, seis meses. Estes pacientes foram convidados para a primeira entrevista com a equipe de pesquisadores. Dos 84 indivíduos que participaram do pré-teste, dois foram excluídos do estudo, um devido a falecimento e o outro informou a decisão de não querer mais participar, pois a dor estava associada ao diagnóstico de litíase biliar, ou seja, pedras do duto biliar, que foi resolvida após intervenção cirúrgica. Dessa maneira, 82 participantes permaneceram no estudo, sendo 45 alocados para o GT e 37 para o GC.

Dos 45 indivíduos alocados para o GT, 12 participaram das reuniões realizadas pelo Pesquisador Coordenador, 23 aceitaram o convite, mas não compareceram às reuniões, e não foi possível contatar 10. Dos 12 indivíduos que participaram das reuniões, 2 foram excluídos do estudo: 1 porque o indivíduo só participou da primeira reunião, e 1 não foi alocado para o pós-teste.

Quanto ao GC, apenas 10 indivíduos participaram dos dois momentos, ou seja, aplicação dos questionários antes e depois do teste, porque, no momento do pós-teste, 1 indivíduo foi hospitalizado e não foi possível contatar 4 deles. Os pesquisadores decidiram não contatar os outros 22, pois havia apenas 10 pessoas que efetivamente participaram do GT.

O período de coleta foi de outubro de 2018 a dezembro de 2019. Portanto, os dados coletados foram analisados baseados nas entrevistas com 10 indivíduos no GT e 10 no GC (Figura 1).

Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra foi composta por 10 indivíduos no GC e 10 no GT, totalizando 20 indivíduos. A idade média dos participantes foi de 48,1±7,5 anos no GC e 48,3±7,7 anos no GT; e o índice de massa corporal (IMC) mostrou uma média de 29,8±4,9kg/m² e 29,1±3,7kg/m², respectivamente. Após análise das características sociodemográficas e clínicas, foi observada homogeneidade entre os grupos (Tabela 2).

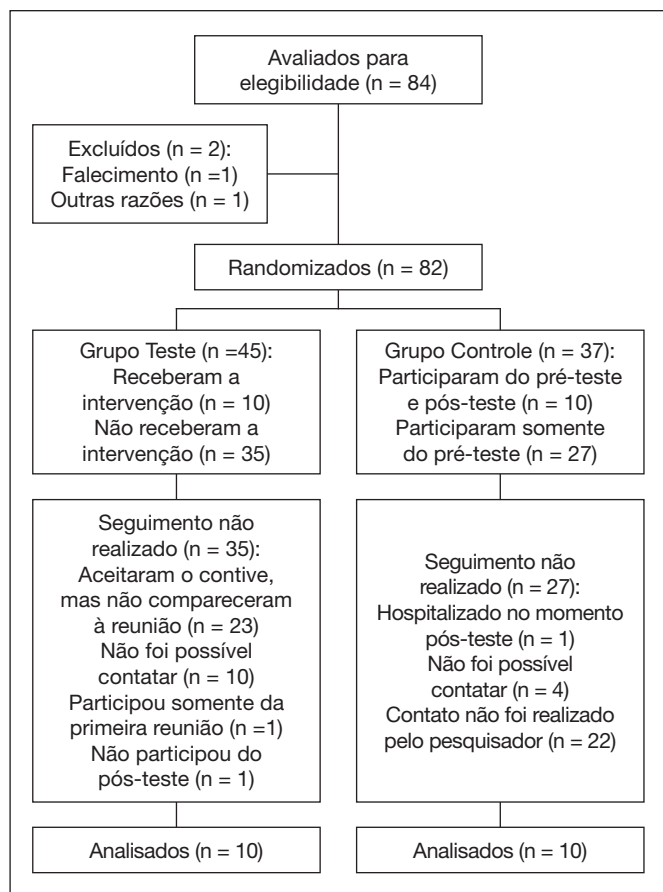


Figura 1. Diagrama de fluxo dos participantes do estudo

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra de uma UBS. Salvador, Bahia, Brasil

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Teste n (%)	Valor de p
Sexo			
Masculino	0 (0,0)	2 (20,0)	0,136
Feminino	10 (100,0)	8 (80,0)	
Estado Civil			
Solteiro	3 (30,0)	4 (40,0)	0,565
Casado	6 (60,0)	6 (60,0)	
Divorciado	1 (10,0)	0 (0,0)	
Raça/Cor da pele			
Amarelo	0 (0,0)	2 (20,0)	0,264
Mulato/ou/Escuro	6 (60,0)	6 (60,0)	
Negro	4 (40,0)	2 (20,0)	
Fumante			
Sim	1 (10,0)	0 (0,0)	0,139
Não	5 (50,0)	9 (90,0)	
Consumo de álcool			
Não	8 (80,0)	7 (70,0)	0,659
Aos fins de semana	2 (20,0)	2 (20,0)	
Uma vez por mês	0 (0,0)	1 (10,0)	

Continua...

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra de uma UBS. Salvador, Bahia, Brasil – continuação

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Teste n (%)	Valor de p
Eu sei ler			
Sim	10 (100,0)	10 (100,0)	Na
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	
Eu sei escrever			
Sim	10 (100,0)	10 (100,0)	Na
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	
Anos de Educação*			0,206
5 - 9	4 (50,0)	3 (37,5)	
10 - 15	3 (37,5)	5 (62,5)	
>15	1 (12,5)	0 (0,0)	
Trabalhando atualmente			0,525
Sim	6 (60,0)	6 (60,0)	
Não	2 (20,0)	3 (30,0)	
Estudante	1 (10,0)	0 (0,0)	
Aposentado	0 (0,0)	1 (10,0)	
Desempregado	1 (10,0)	0 (0,0)	
Membros familiares**			0,710
1 a 2 pessoas	3 (37,5)	3 (42,9)	
3 a 5 pessoas	5 (62,5)	4 (57,1)	
Responsabilidade pelo lar			0,361
Apenas um residente	3 (30,0)	5 (50,0)	
Mais de um residente	7 (70,0)	5 (50,0)	
Chefe da família			0,349
O respondente	2 (20,0)	5 (50,0)	
Cônjuge/Parceiro	7 (70,0)	4 (40,0)	
Mãe	1 (10,0)	1 (10,0)	

	Média (DP)	Mín - Máx	Média (DP)	Mín - Máx	Valor de p
Idade	48,1 (7,5)	32 - 59	48,3 (7,7)	37 - 58	0,954
Peso	76,2 (12,2)	60 - 98	77,1 (18,3)	50 - 114	0,903
Altura	1,60 (0,1)	1,51 - 1,69	1,62 (0,1)	1,50 - 1,86	0,661
IMC	29,8 (4,9)	24,0 - 38,4	29,1 (3,7)	21,6 - 34,3	0,722

*Faltando = 4; ** Faltando = 5; DP = desvio padrão; Na = não aplicável; IMC = índice de massa corporal.

A maioria dos indivíduos nos dois grupos de estudo eram do sexo feminino (100% no GC e 80% no GT), de cor escura autorrelatada (60% nos dois grupos), não-fumantes (50% no GC e 90% no GT) e não consumiam álcool (80% no GC e 70% no GT). Além disso, a amostra era composta de indivíduos que sabiam ler e escrever (100% nos dois grupos) e estavam trabalhando naquela época (60% nos dois grupos). Os indivíduos reclamaram de sentir dor por períodos entre 5 e 10 anos (60% no GC e 40% no GT), no período noturno (50% no GC e 90% GT) e, no momento da coleta de dados, 70% dos indivíduos do GC e 60% do GT avaliaram seu estado de saúde como sendo bom (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização clínica da amostra de uma UBS. Salvador, Bahia, Brasil

Variáveis	Grupo Controle	Grupo Teste	Valor de p
	n (%)	n (%)	
Doenças diagnosticadas			
Diabetes <i>mellitus</i>	1 (10,0)	0 (0,0)	0,504
Doença renal/doença cardíaca	0 (0,0)	1 (10,0)	
Hipertensão arterial sistólica	3 (30,0)	1 (10,0)	
Hipertensão arterial sistólica/diabetes mellitus	1 (10,0)	1 (10,0)	
Usa fármacos para doença*			
Sim	5 (100)	3 (75,0)	0,236
Não	0 (0,0)	1 (25,0)	
Tempo de experiência de dor (anos)			
< 5	3 (30,0)	4 (40,0)	0,645
5 a 10	6 (60,0)	4 (40,0)	
>10	1 (10,0)	2 (20,0)	
A dor é relacionada a doença**			
Sim	1 (16,7)	2 (40,0)	0,387
Não	5 (83,3)	3 (60,0)	
Momento do dia em que a dor ocorre com maior frequência			
Manhã	1 (10,0)	1 (10,0)	0,162
Noite	5 (50,0)	9 (90,0)	
Dia	2 (20,0)	0 (0,0)	
Em nenhum momento específico	2 (20,0)	0 (0,0)	
Avaliação do estado de saúde			
Excelente	1 (10,0)	0 (0,0)	0,396
Muito bom	0 (0,0)	1 (10,0)	
Bom	7 (70,0)	6 (60,0)	
Ruim	1 (10,0)	3 (30,0)	
Muito ruim	1 (10,0)	0 (0,0)	

*Faltando = 11; ** Faltando = 9; Na = não aplicável

Efeito da intervenção sobre a intensidade da dor

A tabela 4 apresenta o valor da intensidade da dor nos momentos de avaliação e reavaliação dos indivíduos com base nos instrumentos BPI e EAV. Com relação às variáveis de BPI, um aumento na intensidade da dor ($p=0,034$) pôde ser observado nos indivíduos do GC, e eles reclamaram de dor mais intensa no momento da reavaliação ($p=0,011$). Além disso, os indivíduos relataram na reavaliação que a dor estava interferindo mais intensamente na capacidade de andar, embora isto não tenha sido demonstrado como estatisticamente significativo. Quanto ao GT, foi observada redução nos níveis de dor e menor interferência nas questões da vida diária dos indivíduos, e isto foi estatisticamente significativo em relação à capacidade de caminhar ($p=0,041$).

Quanto ao nível de intensidade da dor, com base nas variáveis categorizadas da EAV apresentadas em valores medianos, foi observado que a dor tornou-se mais intensa no GC no momento da reavaliação ($p=0,034$) em uma comparação intergrupos.

Na tabela 5, a comparação intergrupos é apresentada nos momentos de avaliação e reavaliação dos indivíduos com base nos instrumentos

Tabela 4. Comparação intragrupos da intensidade da dor, com base nas variáveis de BPI e EAV, da amostra de uma UBS. Salvador, Bahia, Brasil

BPI	Controle		Valor de p
	Antes	Depois	
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Intensidade Categorizada (zero a 10)	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,034
Valor que mostra quanta dor você está sentindo agora	4,00 (0,00-7,00)	8,00 (5,00-9,00)	0,011
Interferência da dor na atividade geral	5,50 (1,50-8,50)	5,00 (0,00-8,25)	0,646
Interferência da dor no humor	5,50 (2,25-10,0)	5,50 (0,00-8,00)	0,540
Interferência da dor na capacidade de andar	3,50 (0,00-7,25)	5,00 (0,00-8,25)	0,722
Interferência da dor no trabalho	5,00 (0,75-7,25)	5,00 (2,25-7,25)	0,758
Interferência da dor nas relações com os outros	2,50 (0,00-7,50)	2,50 (0,00-5,50)	0,574
Interferência da dor no sono	7,00 (3,00-9,25)	6,00 (1,50-10,0)	0,758
Interferência da dor na capacidade de apreciar a vida	4,00 (0,00-6,25)	1,50 (0,00-5,50)	0,672
BPI	Teste		
Intensidade Categorizada (zero a 10)	1,00 (0,00-2,00)	0,00 (0,00-1,25)	0,102
Valor que mostra quanta dor você está sentindo agora	5,00 (0,00-10,00)	2,00 (0,00-5,50)	0,120
Interferência da dor na atividade geral	3,50 (0,00-9,25)	2,50 (0,00-5,25)	0,341
Interferência da dor no humor	6,50 (0,00-9,75)	0,00 (0,00-3,25)	0,108
Interferência da dor na capacidade de andar	4,00 (0,00-8,50)	0,50 (0,00-5,25)	0,041
Interferência da dor no trabalho	7,00 (0,00-10,00)	0,00 (0,00-9,00)	0,223
Interferência da dor nas relações com os outros	4,00 (0,00-7,50)	0,00 (0,00-1,50)	0,149
Interferência da dor no sono	7,00 (0,00-9,25)	5,50 (0,00-10,00)	0,527
Interferência da dor na capacidade de apreciar a vida	1,00 (0,00-8,50)	0,00 (0,00-5,50)	0,180
EAV (0 a 2)	Controle		
	1,00 (0,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	0,034
	Teste		
	1,00 (0,00-2,00)	0,00 (0,00-1,25)	0,157

P25 = 25º Percentil; P75 = 75º Percentil.

Tabela 5. Comparação intergrupos da intensidade da dor, com base nas variáveis de BPI e EAV, da amostra de uma UBS. Salvador, Bahia, Brasil

BPI	Antes		Depois	
	Controle Mediana (P25-P75)	Teste Mediana (P25-P75)	Controle Mediana (P25-P75)	Teste Mediana (P25-P75)
Intensidade Categorizada (zero-10)	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,00 (0,00-1,25)
		1,000		0,009
Valor que mostra quanta dor você está sentindo agora	4,00 (0,00-7,00)	5,00 (0,00-10,00)	8,00 (5,00-9,00)	2,00 (0,00-5,50)
		0,481		0,007
Interferência da dor na atividade geral	5,50 (1,50-8,50)	3,50 (0,00-9,25)	5,00 (0,00-8,25)	2,50 (0,00-5,25)
		0,579		0,481
Interferência da dor no humor	5,50 (2,25-10,0)	6,50 (0,00-9,75)	5,50 (0,00-8,00)	0,00 (0,00-3,25)
		0,796		0,218
Interferência da dor na capacidade de andar	3,50 (0,00-7,25)	4,00 (0,00-8,50)	5,00 (0,00-8,25)	0,50 (0,00-5,25)
		0,912		0,190
Interferência da dor no trabalho	5,00 (0,75-7,25)	7,00 (0,00-10,00)	5,00 (2,25-7,25)	0,00 (0,00-9,00)
		0,529		0,579
Interferência da dor nas relações com os outros	2,50 (0,00-7,50)	4,00 (0,00-7,50)	2,50 (0,00-5,50)	0,00 (0,00-1,50)
		0,842		0,143
Interferência da dor no sono	7,00 (3,00-9,25)	7,00 (0,00-9,25)	6,00 (1,50-10,0)	5,50 (0,00-10,00)
		0,853		0,684
Interferência da dor na capacidade de apreciar a vida	4,00 (0,00-6,25)	1,00 (0,00-8,50)	1,50 (0,00-5,50)	0,00 (0,00-5,50)
		1,000		0,912
EAV (0 a 2)	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (0,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	0,00 (0,00-1,25)
		1,000		0,015

P25 = 25º Percentil; P75 = 75º Percentil.

BPI e EAV. A partir das variáveis BPI foi possível observar que, após as seis reuniões, os indivíduos do GT tiveram dor menos intensa do que os do GC ($p=0,009$). Além disso, a dor relatada na ocasião também foi menos intensa ($p=0,007$). Além disso, foi observado que a dor começou a interferir menos em todos os aspectos da vida dos participantes do GT.

Quanto ao nível de intensidade da dor, baseado nas variáveis categorizadas da EAV, apresentadas em medianas, em uma comparação intergrupos, foi possível visualizar que, após a intervenção, os indivíduos do GT apresentaram menos dor que os do GC ($p=0,015$).

Efeito da intervenção sobre a qualidade de vida

Também foi testado o efeito da intervenção sobre a qualidade de vida dos pacientes. Na comparação intragrupo, foi possível observar após os resultados que os indivíduos do GC consideraram sua qualidade de vida e saúde em geral como boas, em ambos os momentos. Entretanto, no GT, a qualidade de vida foi considerada boa, mas a saúde foi considerada ruim e mostrou uma melhora no momento pós-intervenção, quando o valor categorizado aumentou de 1,0 para 1,5, mas sem significância estatística ($p>0,05$). Quanto aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, observou-se um discreto agravamento no GC nos domínios físico e ambiental.

No GT, o domínio físico foi o único em que não foi observada nenhuma melhora. Entretanto, não houve significância estatística nestas análises ($p>0,05$).

Na comparação intergrupos e após a intervenção foi possível observar uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,015$) entre GC e GT apenas no domínio das relações sociais.

DISCUSSÃO

Este estudo procurou verificar o efeito de um programa de educação em saúde em indivíduos que sofrem de DC utilizando a cartilha EducaDor, a qual faz referência à intensidade da dor e suas repercussões na qualidade de vida dos participantes. Os resultados apontaram a eficácia e segurança desta tecnologia leve que as equipes de saúde poderiam incorporar imediatamente nos cuidados aos pacientes de DC.

As características sociodemográficas da amostra evidenciaram uma predominância de mulheres com um baixo nível de escolaridade. Na literatura, um perfil sociodemográfico semelhante também foi encontrado em estudos anteriores²²⁻²⁴. Acredita-se que a abordagem didática adotada no desenvolvimento da cartilha EducaDor¹¹ e seu processo de validação¹², com a participação dos indivíduos afetados pela dor, os quais tiveram um perfil semelhante ao longo de todas as etapas deste estudo, foram fundamentais para a obtenção dos resultados obtidos no presente ECR.

Populações que receberam menos atenção de políticas públicas e que são menos instruídas em saúde também têm uma chance menor de obter resultados satisfatórios em diferentes intervenções, como mostra o estudo²⁵. Portanto, se os efeitos fossem relevantes para esta amostra, acredita-se que eles poderiam ser ainda mais significativos em pessoas pertencentes a classes sociais mais favorecidas, tanto no nível educacional quanto socioeconômico.

A intensidade da dor se agravou no GC, tanto nas variáveis de BPI quanto EAV. Além disso, no GT, foi observado que a dor começou a interferir menos nas relações com os outros. Resultados semelhantes

foram encontrados em estudos avaliando a intensidade da dor antes e depois de realizar atividades de educação em saúde dirigidas a pacientes com DC²⁶⁻²⁹.

Ações educacionais podem desenvolver mudanças positivas no comportamento de indivíduos, reduzindo crenças errôneas e ampliando atitudes conscientes em relação ao controle de disfunções de DC. O alívio dos sintomas por meio da capacitação dos pacientes de DC leva à esperança e ao otimismo, contribuindo para sua recuperação física, emocional e social. No que diz respeito à qualidade de vida, embora tenha sido identificada no presente estudo uma tendência de melhora nos indivíduos do GT, esta melhora não foi comprovada do ponto de vista estatístico. Além da doença crônica em si, outros fatores dificultaram que o impacto sobre a qualidade de vida fosse considerado relevante, pois envolviam perdas de natureza pessoal, financeira e social³⁰.

Estudos anteriores demonstraram que as ações educacionais melhoraram a qualidade de vida dos pacientes de DC em todos os domínios, exceto o domínio físico²⁶⁻³¹. Uma hipótese que explicaria este fato é que dificuldades relacionadas a limitações físicas podem levar ao isolamento social, o que também foi observado no presente estudo³². Além disso, o prazo de seis semanas entre a avaliação inicial e final pode ter sido insuficiente para verificar mudanças nos domínios de qualidade de vida, sendo o efeito mais perceptível na intensidade da dor.

A DC influencia as atividades de vida diária e trabalho e, conseqüentemente, afeta a qualidade de vida, pois isso está relacionado às expectativas individuais. Portanto, embora a concepção do presente estudo possa ter limitado a avaliação da cartilha EducaDor e seus domínios, a avaliação da qualidade de vida em estudos futuros é recomendada. De todo modo, sem prognóstico positivo para a cura, ações preventivas em indivíduos com DC são fundamentais para reduzir as incapacidades funcionais que podem surgir desta condição de saúde e adoecimento^{33,34}.

Durante o período de coleta de dados, não foi possível continuar com o acompanhamento de 62 dos 82 pacientes que realizaram os pré-testes. Apesar dos inúmeros esforços das equipes de saúde e pesquisadores, as perdas para o seguimento foram inevitáveis. As populações com baixo nível educacional e socioeconômico que sofrem de DC têm maiores dificuldades para permanecer em estudos longitudinais, como observado em estudo anterior²⁶. Estas dificuldades são provavelmente ainda maiores em residentes de comunidades que vivem com algum nível de perigo, como as da amostra atual, devido ao medo de se exporem a este perigo.

O baixo nível de adesão às atividades educacionais também pode ter sido associado ao fato de que os usuários das UBS ainda veem o atendimento pelo serviço de saúde como uma ação individual e curativa, na qual os fármacos são a alternativa concreta para atender suas necessidades³⁵⁻³⁷. Para que a população perceba o sistema de saúde por uma perspectiva mais ampla, é necessário, em primeiro lugar, que os profissionais acreditem e se baseiem em propostas educacionais, e que estas sejam bem planejadas e avaliadas.

O tamanho limitado da amostra impediu a verificação de eficácia dos outros resultados avaliados, o que sugere que outros ensaios clínicos devem ser desenvolvidos para testar a eficácia da cartilha EducaDor para o controle da DC. Os profissionais das UBS devem ser treinados para incorporar as intervenções socioeducativas

no controle da DC em seus programas/protocolos de atendimento. Independentemente das limitações expressas, a segurança e eficácia demonstradas permitem sugerir a ampla aplicação da cartilha EducaDor em serviços que atendem os pacientes de DC.

CONCLUSÃO

Este ECR teve como objetivo avaliar a eficácia e segurança da cartilha EducaDor na educação em saúde de indivíduos que sofrem de DC atendidos em UBS. Os instrumentos utilizados foram o BPI, a EAV e o WHOQoL-bref. A DC afeta a qualidade de vida e as relações sociais dos participantes e esta tecnologia leve é recomendada para auxiliar no controle da mesma. Por meio da implementação de um programa de educação em saúde para uma amostra de 20 participantes, verificou-se que a cartilha EducaDor demonstrou ser eficaz e segura para a educação dos pacientes de DC, reduzindo a intensidade da dor e melhorando a qualidade de vida. Apesar do tamanho da amostra, que exigirá estudos adicionais para provar a eficácia da cartilha EducaDor, pode-se afirmar que estes resultados preliminares são indicativos da importância de aplicar amplamente este tipo de abordagem.

Além desta conclusão principal, outra precisa ser destacada, a saber, a capacidade de estabilizar o nível de dor, impedindo seu aumento. Por fim, ficou claro que o uso de tecnologias leves, como a cartilha EducaDor, configura uma ferramenta importante no planejamento adequado das intervenções em saúde, especificamente no que se refere à DC. Embora os resultados não permitam conclusões sobre o impacto do instrumento no controle da DC em pacientes, a divulgação do desenho do trabalho pode contribuir para estudos semelhantes, com ajustes que viabilizem coleta de dados. Sugere-se que estudos futuros realizem um número menor de reuniões, com informações condensadas, ou a realização das abordagens através de visitas domiciliares.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi desenvolvido com a colaboração de um grupo de pesquisa acadêmica composto por Renata Santos Cruz (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Thiago dos Santos Araújo (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública), Catharina Pinho Landim de Moura (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública) e Abrahão Fontes Baptista (Universidade Federal do ABC). Os autores gostariam de agradecer aos pacientes de DC das comunidades designadas às UBS de Pituaçu e Parque de Pituaçu, Bahia, Brasil, por sua cortesia em participar das entrevistas e atividades de educação em saúde.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ana Shirley Maranhão Vieira

Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Software, Validação, Visualização

Diogo Guedes Vidal

Análise estatística, Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização

Hélder Fernando Pedrosa e Sousa

Redação - Revisão e Edição, Visualização

Maria Alzira Pimenta Dinis

Redação - Revisão e Edição, Visualização

Kátia Nunes Sá

Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização

REFERÊNCIAS

1. Castro M, Kraychete D, Daltro C, Lopes J, Menezes R, Oliveira I. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(4):982-5.
2. Ruviano LF, Filippin LI. Prevalence of chronic pain in a Basic Health Unit of a middle-sized city. *Rev Dor*. 2012;13(2):128-31.
3. Treede RD. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Rep*. 2018;3(2):e643-e643.
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
5. Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R, et al. Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep*. 2019;4(6):e779-e779.
6. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):324-30.
7. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-55.
8. Livengood JM. Pain Education: Molding the Trainee-Patient Dialogue. *Pain Clin Updat*. 2004;12(3):1-4.
9. Castro ANP, Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. 2014;13(2):103-13.
10. Hahn FW, Cordeiro FR. Estratégias para o desenvolvimento de educação em saúde sobre dor no hospital. *Res Soc Dev*. 2021;10(3):e25210313297.
11. Mendez SP, Sá KN, Araújo PC, Adélia I, Oliveira VF, Gosling AP, et al. Elaboration of a booklet for individuals with chronic pain. *Rev Dor*. 2017;18(3):199-211.
12. Vieira AS, Castro KV, Canatti JR, Oliveira IA, Benevides SD, Sá KN. Validation of an educational booklet for people with chronic pain: *EducaDor*. *BrJP*. 2019;2(1):39-43.
13. Haugli L, Steen E, Lærum E, Nygard R, Finset A. Learning to have less pain - Is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Educ Couns*. 2001;45(2):111-8.
14. Camargo Neto AA, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2010;8(5):428-33.
15. Tavares AA, Freitas LM de, Silva FCM, Sampaio RF (Re) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(1):95-105.
16. Araújo PCS. Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2015.
17. Pinheiro JL, Silva Amorim ST, Varkala Lanuez F, Castro Lemos L. Práticas integrativas associadas à educação em saúde na redução das dores crônicas osteomusculares: uma abordagem multiprofissional. *Rev Gestão Sist Saúde*. 2021;10(2):124-33.
18. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011;19(4):505-11.
19. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência; *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(4):304-8.
20. Almeida FC, Castilho A, Cesarino CB, Ribeiro RC, Martins MR. Correlation between neuropathic pain and quality of life. *BrJP*. 2018;1(4):349-53.
21. IBM Corporation. Released IBM SPSS Statistics for Windows, Versão 25.0. Armonk: IBM Corporation; 2018.
22. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa Í. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008;139(3):498-506.
23. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7.
24. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006;7(4):281-9.
25. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):631-8.
26. Borges RG, Vieira A, Noll M, Bartz PT, Candotti CT. 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*. 2011;17(4):719-27.
27. Bottamedi X, Dos Santos Ramos J, Arins MR, Murara N, Woellner SS, Soares AV. Programa de tratamento para dor lombar crônica baseado nos princípios da Estabilização Segmentar e na Escola de Coluna. *Rev Bras Med Trab*. 2016;14(3):206-13.
28. Candeias NME. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):209-13.
29. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, Morais JC de, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioter Mov*. 2013;26(2):389-94.
30. Brasil VV, Zatta LT, Bernardes Leão Cordeiro JA, Teodoro Cordeiro Silva AM, Zatta DT, Barbosa MA. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;10(2):383-94.
31. Ferreira MS, Navega MT. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. *Acta Ortopédica Bras*. 2010;18(3):127-31.
32. Oliveira ES, Gazetta MLB, Salimene ACM. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da Escola de Postura da DMR HC FMUSP. *Acta Fisioterica*. 2004;22-6.
33. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):221-30.
34. Etsuko da Costa Rosa T, D'Aquino Benício MH, Dias de Oliveira Latorre MR, Ramos LR. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):40-8.
35. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2013;37(4):439-49.
36. Roecker S, Budó MDLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: Difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm*. 2012;46(3):641-9.
37. Sherser L, Claus SM. O Programa Saúde da Família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. *Bol Saúde*. 2003;17(2):123-32.

