



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONÓPOLIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE

FLAVIANE LINZMEYER

**DOR CRÔNICA E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ENTRE INDIVÍDUOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Rondonópolis

2025

FLAVIANE LINZMEYER

**DOR CRÔNICA E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ENTRE INDIVÍDUOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Federal de Rondonópolis como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Magda de Mattos

Coorientador: Prof. Dr. João Gabriel
Guimarães Luz

Rondonópolis

2025



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONÓPOLIS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO: "DOR CRÔNICA E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ENTRE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA "

AUTOR: MESTRANDA FLAVIANE LINZMEYER

Dissertação defendida e aprovada em 24 de **FEVEREIRO** de 2025.

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

1. PROFA. DRA. MAGDA DE MATTOS (PRESIDENTE BANCA / ORIENTADORA)

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Rondonópolis

2.1. PROFA. DRA. ADRIANA SANTI (MEMBRO INTERNO)

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Rondonópolis/PPGBioS

3. PROFA. DRA. MARIA JESUS BARRETO CRUZ PIRES (MEMBRO EXTERNO)

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus Mucuri/UFVJM

RONDONÓPOLIS, 24/02/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Magda de Mattos, Docente - UFR**, em 24/02/2025, às 10:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Santi, Docente - UFR**, em 24/02/2025, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jesus Barreto Cruz Pires, Usuário Externo**, em 24/02/2025, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufr.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0462132** e o código CRC **05D8D3C7**.

Dedico este trabalho a meu esposo com admiração e gratidão por seu apoio, carinho e presença ao longo do período, e a minha filha Helena que está a caminho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por permitir chegar até aqui.

Ao meu marido por sempre me apoiar em todas as decisões.

À professora orientadora Magda de Mattos por toda paciência, compreensão e ajuda desde o início com a escolha do tema até o final com as correções e direcionamentos.

Ao co-orientador professor João Gabriel Guimarães Luz por todo o auxílio estatístico, paciência e direcionamento do trabalho.

Aos meus familiares, pacientes, colegas de trabalho e amigos por sempre compreenderem a minha ausência para poder dedicar tempo aos estudos.

Aos demais professores com o qual tive a sorte de cruzar ao longo desta jornada de 2 anos, sendo em sala de aula ou como banca, corrigindo o trabalho e auxiliando em meu crescimento.

Aos alunos do grupo de pesquisa que participaram da coleta de dados comigo e aos 500 hipertensos que se disponibilizaram em responder o questionário.

MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Via do estímulo nocivo da periferia até o córtex	20
Figura 2 - Etapas da amostragem por conglomerados adotada no presente estudo.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população de estudo, segundo características socioeconômicas, condição de saúde, capacidade de autocuidado e ocorrência de dor crônica. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).	35
Tabela 2 - Fatores associados à dor crônica autorreferida entre indivíduos hipertensos atendidos na atenção básica. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).	37
Tabela 3 - Fatores associados à dor crônica autorreferida entre indivíduos hipertensos atendidos na atenção básica após regressão de Poisson múltipla. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional De Doenças
CNES	Cadastro Nacional De Estabelecimento De Saúde
DC	Débito Cardíaco
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice De Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
USF	Unidades De Saúde Da Família
VIGITE	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
L	Inquérito Telefônico

RESUMO

Introdução: A HAS é uma das principais doenças crônicas. A regulação da pressão arterial é um dos mecanismos fisiológicos mais complexos do organismo, a qual depende de ações coordenadas entre sistemas cardiovascular, renal, nervoso e endócrino. A falha na regulação da pressão arterial pode levar a hipertensão arterial sistêmica. A dor crônica está associada ao aumento da prevalência de hipertensão e prejudica a regulação cardiovascular. Tanto a dor crônica quanto a hipertensão requerem uma boa capacidade de autocuidado. **Objetivo:** Investigar a relação entre a ocorrência de dor crônica autorreferida e a capacidade de autocuidado entre indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) atendidos na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em uma amostra probabilística de usuários hipertensos das Unidades de Saúde da Família (USF's) do município de Rondonópolis, Mato Grosso. Informações acerca da ocorrência de dor crônica autorreferida, capacidade de autocuidado, características socioeconômicas e demais condições de saúde foram coletadas por entrevistas realizadas nas USF's entre novembro/2023 e março/2024. Uma análise múltipla por modelo linear generalizado de Poisson foi empregada para analisar o impacto da capacidade de autocuidado na ocorrência da dor. **Resultados:** Dentre os 488 indivíduos incluídos no estudo, a prevalência de dor crônica foi de 62,3% (intervalo de confiança a 95%–IC95%: 55,5-69,0%). A prevalência de dor entre indivíduos com capacidade de autocuidado categorizada como ruim/péssima (razão de prevalência– RP: 1,30; IC95%: 1,06-1,59) e boa/regular (RP: 1,37; IC95%: 1,17-1,54) foi significativamente maior do que entre indivíduos com ótima capacidade de autocuidado. Tais resultados foram ainda ajustados pelo sexo feminino (RP: 1,26; IC95%: 1,08-1,47), pela idade $\geq 63,4$ anos (RP: 1,34; IC95%: 1,17-1,54) e pela renda familiar ≤ 1 salário mínimo (RP: 1,19; IC95%: 1,04-1,36). **Conclusão:** A prevalência de dor crônica entre os pacientes hipertensos investigados é elevada. Se sugere importante relação com a capacidade de autocuidado e características socioeconômicas dos indivíduos.

Palavras chave: hipertensão; dor crônica; autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: SAH is one of the main chronic diseases. Blood pressure regulation is one of the most complex physiological mechanisms in the body, depending on coordinated actions between the cardiovascular, renal, nervous and endocrine systems. A failure in blood pressure adjustment can lead to systemic arterial hypertension. Chronic pain is associated with an increased prevalence of hypertension and impaired cardiovascular regulation. Both chronic pain and hypertension require good self-care skills. **Objective:** To investigate the relationship between the occurrence of self-reported chronic pain and self-care skills among individuals with systemic arterial hypertension (SAH) treated in primary health care. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out in a probabilistic sample of hypertensive users of Family Health Units (USF's) in the city of Rondonópolis, Mato Grosso. Information on the occurrence of self-reported chronic pain, self-care skills, socioeconomic characteristics and other health conditions were collected through interviews conducted at the USF's between November/2023 and March/2024. A multiple analysis of the generalized linear Poisson model was used to analyze the impact of self-care capacity on the occurrence of pain. **Results:** Among the 488 individuals included in the study, the prevalence of chronic pain was 62.3% (95% confidence interval–95% CI: 55.5-69.0%). The prevalence of pain among individuals with self-care capacity categorized as poor/very poor (prevalence ratio–PR: 1.30; 95% CI: 1.06-1.59) and good/fair (PR: 1.37; 95% CI: 1.17-1.54) was significantly higher than among individuals with excellent self-care capacity. These results were further adjusted for female gender (PR: 1.26; 95% CI: 1.08-1.47), age \geq 63.4 years (PR: 1.34; 95% CI: 1.17-1.54) and family income \leq 1 minimum wage (PR: 1.19; 95% CI: 1.04-1.36). **Conclusion:** The prevalence of chronic pain among the hypertensive patients investigated is high. An important relationship with the self-care capacity and socioeconomic characteristics of the individuals is suggested.

Keywords: hypertension; chronic pain; self-care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	6
2.2 Dor Crônica	8
2.3 Dor e a relação com o autocuidado	11
REFERÊNCIAS	14
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 ARTIGO CIENTÍFICO	19
5 MATERIAIS E MÉTODOS	22
5.1 Desenho do estudo	22
5.2 Área do estudo	22
5.3 População do estudo	22
5.4 Coleta de dados	23
5.5 Análise de dados	24
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	30
8. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	38
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	41
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE	42
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	12

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas altas taxas de mortalidade no mundo. No Brasil, levam a óbito mais de 700.000 pessoas por ano. Em 2019, cerca de 41,8% destas mortes foram prematuras (30 a 69 anos) e nas faixas etárias acima de 50 anos as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório. Trata-se de uma epidemia em que a maioria das mortes poderia ser evitada, pois estas estão ligadas a fatores de risco modificáveis como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, e consumo de bebidas alcoólicas (Brasil, 2021).

Fazem parte das DCNT as doenças cardiovasculares (DCV), os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma DCV de grande impacto e atinge 36 milhões de adultos no Brasil, representando 32,5% da população acima de 18 anos e cerca de 60% acima dos 60 anos. Em 2017, as DCV representaram 22,6% das mortes prematuras na faixa etária entre 30 e 69 anos de idade e entre o período de 2008 a 2017 foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis à HAS (Vieira et al., 2023).

Ao considerar as internações hospitalares, os atendimentos ambulatoriais e os gastos com medicamentos em 2018, o estudo de Nilson et al., (2020) estimou os custos atribuíveis à HAS para o Sistema Único de Saúde (SUS) na ordem de mais de R\$ 2 bilhões por ano. Estes custos econômicos da doença podem ser medidos tanto de forma direta por meio dos gastos com internações e utilizações dos serviços de saúde, com a previdência social e com o absenteísmo ao trabalho, como de forma indireta através da perda da qualidade de vida e da diminuição de produtividade da população.

A HAS é uma DCNT dependente de diversos fatores, como os socioambientais, epigenéticos e genéticos, e os circulatórios, que elevam a pressão arterial sistêmica. Salienta-se os fatores circulatórios, como os processos que envolvem a retenção de sódio e água, os fatores renais, a resposta diminuída aos barorreceptores, além daqueles que envolvem o sistema renina-angiotensina. Por se tratar de uma doença multifatorial, é essencial uma anamnese completa detectando os fatores de risco, histórico familiar e hábitos de vida, e levar em conta que o quadro pode ser sintomático e assintomático (Barroso *et al.*, 2021).

Outro agravante à saúde que pode estar associado a HAS é a dor crônica. De acordo com Souza et al. (2017), a dor crônica afeta entre 30% e 50% da população mundial e aproximadamente 37% do povo brasileiro, representando cerca de 60 milhões de pessoas.

A dor crônica tem impacto severo na qualidade de vida e produtividade dos indivíduos, gerando altos custos para a sociedade em termos de gastos na área da saúde e incapacidade ao trabalho. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor crônica como aquela que dura ou se repete por mais de 3 meses e, portanto, difere da dor aguda (Treede *et al.*, 2019). A dor crônica é desenvolvida e mantida por uma combinação de fatores neurobiológicos, psicológicos e sociais, e está associada à idade avançada, sexo feminino, histórico socioeconômico, tabagismo, alta comorbidade, problemas de saúde mental, obesidade, distúrbios do sono, genética e eventos adversos na vida precoce (Mills; Nicolson; Smith, 2019).

Tanto as pessoas com dor crônica como aquelas com HAS precisam ser capazes de gerenciar efetivamente os seus sintomas e suas consequências ao organismo. Os tratamentos bem-sucedidos envolvem a autogestão, que é entendida como a capacidade da pessoa juntamente com a família e equipe de saúde em gerenciar os sintomas, o tratamento e as mudanças no estilo de vida necessárias para o controle da doença (Spink; Wagner; Orrock, 2021).

O autocuidado é atrelado a autogestão e leva a melhora significativa da qualidade de vida, redução das hospitalizações e aumento do tempo de sobrevida. É considerado uma prática de promoção à saúde fundamental, tendo em vista os impactos das duas patologias, a HAS e a dor crônica (Pacheco; Antunes, 2015).

Para que o autocuidado seja efetivo, é necessário um engajamento dos profissionais de saúde, e os que atuam na Atenção Básica exercem importante papel na adesão ao autocuidado por conhecerem a realidade dos usuários (Brasil, 2023).

Diante do exposto, questiona-se: A dor interfere na capacidade de autocuidar-se em pessoas com HAS? Qual a prevalência de dor crônica em pessoas com HAS? Quais os fatores associados à dor crônica autorreferida?

Pressupõe-se que a prevalência de dor é mais elevada em pessoas com HAS por se tratar de uma doença sistêmica em que a dor interfere na capacidade das pessoas com HAS de autocuidar-se, de modo a piorar quando há outros fatores associados. Nesse contexto, esta pesquisa justifica-se pela importância de conhecer se a dor crônica pode influenciar na capacidade de autocuidado e quais são seus impactos, para então poder realizar atividades de promoção em saúde para minimizar esses possíveis efeitos. Sendo que o autocuidado é considerado uma importante estratégia para a promoção da saúde e gestão das doenças, e a dor crônica um agravante para estas.

O conhecimento do perfil da população que convive com dor crônica e com HAS é importante para melhor planejamento de políticas públicas de saúde e realocação de recursos financeiros e tecnológicos, manejo adequado e promoção de saúde, já que se trata de condições altamente prevalentes de alta complexidade que causam muitos impactos e devem ser abordadas de modo multidimensional.

Outro ponto relevante é que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica, e tem um foco central na pessoa/família, no vínculo com o usuário, na articulação com a rede assistencial. Neste sentido, realizar uma pesquisa em usuários desta rede de saúde e conhecer os impactos da dor em pessoas com HAS pode direcionar a uma assistência terapêutica mais adequada (Brasil, 2023).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é caracterizada como o aumento da pressão arterial (PA) nas paredes dos vasos de forma crônica e sistêmica, quando a pressão sanguínea sistólica se encontra acima de 140mmHg e a diastólica de 95mmHg. É considerada uma doença crônica não transmissível e um fator de risco para a ocorrência de outras DCV. (Barroso *et al.*, 2021).

A regulação da PA é um dos mecanismos fisiológicos mais complexos do organismo, pois depende de ações coordenadas entre sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino. A determinação da PA ocorre através do débito cardíaco (DC) e a resistência vascular periférica total, sendo a última determinada por diversos mecanismos de vasoconstrição e vasodilatação. Em portadores de HAS há um descompasso em vários sistemas, como a ativação do sistema nervoso simpático, o estresse oxidativo, a alta absorção de sódio causado por excesso de ingestão ou falha na excreção renal, e alterações no sistema renina-angiotensina-aldosterona (Brito *et al.*, 2021).

Um importante agente de descontrole da PA é a ingestão excessiva de sódio e, segundo Mill *et al.* (2019), o consumo diário recomendado é de até 2g de sódio, equivalente a 5g de sal de cozinha, no entanto, a ingestão média de sal no Brasil é de 9,3 g/dia, praticamente o dobro.

O excesso de sódio eleva a PA e conseqüentemente aumento do débito cardíaco. Além de seu efeito isolado, a alta ingestão de sódio ativa diversos mecanismos pressóricos com aumento da vasoconstrição renal e da reatividade vascular aos agentes vasoconstritores e elevação dos inibidores de sódio. Evidências apontam que a simples redução de sódio da alimentação induz à queda significativa da PA sistólica de indivíduos hipertensos, além de diminuir o risco de eventos cardiovasculares (Mente, *et al.*, 2018).

Há também fatores ambientais e comportamentais que contribuem para a expressão dos determinantes genéticos, que elevam os níveis pressóricos, como o tabagismo, inatividade física, obesidade e estresse. O tabagismo acelera a aterosclerose, acarretando o aumento da pressão sanguínea, além de provocar o desenvolvimento de diabetes e está associado a DCV e HAS. Uma alimentação adequada (hipocalórica e hipossódica), com mais ingestão de verduras, legumes, frutas, carnes magras, proporciona um eficaz controle da PA (Barroso *et al.*, 2021).

A HAS pode ser assintomática ou apresentar os sintomas de cefaleia devido a vasoconstrição; epistaxe, pois a rede de capilares nasal é muito sensível ao aumento do fluxo sanguíneo; vertigem; dispneia; dentre outros. As complicações da HAS incluem o acidente

vascular encefálico, cardiomegalia, doença coronária e insuficiência renal e a hipertensão maligna ou hipertensão grave, a qual conduz a lesão arterial caracterizada por retinopatia, papiledema e insuficiência renal progressiva (Barroso *et al.*, 2021).

A PA elevada pode causar ruptura dos vasos sanguíneos renais, causando insuficiência renal, também dos vasos sanguíneos cerebrais ou de outros órgãos vitais levando cegueira, surdez, ataques cardíacos, dentre outros. Fatores multigênicos determinantes da pressão arterial, associados ao débito cardíaco e à resistência periférica, interferem na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos padrões de normalidade (Costa Junior *et al.*, 2022)

Para um diagnóstico mais assertivo, é importante não basear as decisões clínicas em uma única leitura da PA, pois o diagnóstico de HAS somente deve ser realizado depois de medidas repetidas da pressão arterial ao longo de várias semanas. A maioria da população adulta terá uma aferição de pressão sanguínea acima do limite, mas terá uma pressão menor em uma segunda aferição (Barroso *et al.*, 2021).

O tratamento da HAS envolve o uso de drogas anti-hipertensivas e não medicamentosas, como as modificações do estilo de vida, com adesão a hábitos saudáveis, como evitar o tabagismo, alimentar-se adequadamente, praticar atividades físicas, evitar consumo excessivo de sal e álcool e evitar situações desencadeantes de estresse (Malta *et al.*, 2018).

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético acima daquele em repouso, como locomoção e atividades laborais, domésticas e de lazer (Benedeti *et al.*, 2021) e a sua prática regular diminui a incidência de HAS. Qualquer nível de atividade física possui benefícios e a realização das recomendações de prática para a saúde apresenta uma redução de 27% a 50% no risco de mortalidade (Shunxin *et al.*, 2014).

No entanto, a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é um problema se tratando de pessoas com HAS. Cerca de 59% dos hipertensos recebem tratamento regular e só aproximadamente 31% a 34% desses apresentam PA dentro dos valores considerados adequados (Spinelli, 2020). Um estudo transversal envolvendo nove países europeus realizado em 2015 demonstrou que a proporção de pessoas que não aderiram ao uso de medicamentos anti-hipertensivos variou entre 24,1% na Holanda e 70,3% na Hungria, 41,5% na Inglaterra e no País de Gales 38,1% (Morisson *et al.*, 2015).

A cronicidade e a ausência de sintomatologia, o tratamento contínuo e o esquema medicamentoso complexo em alguns casos, além de efeitos indesejáveis e interações dos fármacos, bem como o esquecimento no uso de medicamentos, fazem com que em algumas situações as pessoas apresentem baixa adesão ao tratamento (Spinelli, 2020).

Diante dessa realidade, percebe-se o papel dos profissionais de saúde no aumento da aderência ao tratamento por meio da educação em saúde. Para assegurar um tratamento adequado e a adesão dos pacientes são recomendadas estratégias que visam estimular o autocuidado das pessoas com HAS. O automonitoramento da PA entre essa população, por exemplo, são estratégias de autocuidado indispensáveis para o sucesso no tratamento (Milhomens *et al.*, 2021).

Assegurar a adesão ao autocuidado entre adultos com HAS ainda é um desafio, pois uma das barreiras identificadas é a ausência de motivação para mudanças comportamentais. Nos Estados Unidos da América, um estudo realizado entre afro-americanos relatou que apenas 52,2% dos participantes praticavam atividade física adequada, enquanto 22,0% aderiram às recomendações dietéticas e apenas um pouco mais da metade dos participantes (58,6%) aderiram ao seu regime de medicação (Warren-Findlow; Seymour, 2011).

Considerando-se que a HAS é a condição clínica mais habitualmente encontrada na Atenção Básica, ela é o local chave para a redução do número de pessoas hipertensas e proporcionar ações que permitam ampliar o acesso a informações pela população acerca da HAS. Ainda é considerado um ambiente capaz de promover a igualdade no acesso dos mais diversos grupos sociais que utilizam o sistema público de saúde, sobretudo, no acompanhamento das doenças crônicas (Santiago *et al.*, 2019).

2.2 Dor Crônica

A dor pode ser definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante, a uma lesão tecidual real ou potencial. A percepção do quadro algico é sempre subjetiva e a descrição de sua existência e intensidade dependem das experiências vividas pelo indivíduo. Pode haver lesão tecidual que se relaciona com o aparecimento de sintomas dolorosos, que também pode aparecer em um tecido na ausência lesional e estes estímulos acabam por danificar os tecidos. Há pessoas que possuem dor na ausência de qualquer causa fisiopatológica provável, não há como distinguir sua experiência daquela causada inicialmente por dano tecidual (Raja *et al.*, 2020).

Visando avaliar o efeito da hipertensão no limiar de dor em pacientes com dor crônica, o estudo de Koca *et al.* (2023) mostrou que a queixa de dor aumenta conforme a pressão arterial e o peso aumentam. Além disso, o limiar de dor diminui conforme a frequência cardíaca aumenta. O limiar de dor foi menor em mulheres do que em homens, independente da tensão.

Já no estudo conduzido por Bruehl e colaboradores (2018) com uma amostra populacional de 1.143 indivíduos com dor crônica e 5.640 de controles sem dor, observaram que a presença de dor crônica estava ligada à regulação cardiovascular deficitária, confirmando a hipótese de que as ligações entre dor crônica e HAS relatadas em estudos populacionais anteriores podem ocorrer, em parte, porque a dor prejudica a regulação cardiovascular.

Um estudo de Noe-Steinmuller *et al.* (2024) observou na literatura que o sofrimento relacionado à dor é uma experiência severamente negativa, complexa e dinâmica em resposta a uma ameaça percebida à integridade de um indivíduo. Identificou-se o envolvimento social, físico, pessoal, espiritual, existencial, cultural, cognitivo e afetivo. O sofrimento relacionado à dor é um fenômeno multidimensional que está intimamente relacionado, mas distinto da dor em si, que pode, por sua vez, piorar e prolongar a dor. E o sofrimento psicológico pode dar origem à dor física, o que pode ser conceituado como somatização.

Outro aspecto importante na dor diz respeito às suas dimensões, tendo três formas. A dimensão sensorial: onde dói e quanto dói, a dimensão emocional: o quão desagradável é a experiência e a dimensão cognitiva: como interpretamos a dor com base na nossa experiência anterior, se ela causa medo e ansiedade e como respondemos à ameaça representada pela dor. Qualquer indivíduo pode relatar uma experiência de dor. A maioria das pessoas experimentam sintomas de dor transitoriamente e podem ter sintomas crônicos que não atingem um nível que interfira na função (Crofford, 2015).

Como a dor é um fenômeno subjetivo, a resposta verbal do indivíduo é o "padrão ouro", para a sua descrição e quantificação, e a avaliação da dor crônica é mais complexa em relação à dor aguda (Sallum *et al.*, 2012).

A dor difere-se, então, em aguda e crônica. A aguda inicia-se com uma lesão ou injúria em qualquer tecido corporal e substâncias algogênicas são sintetizadas no local e liberadas estimulando terminações nervosas (nociceptores) de fibras mielinizadas ou amielínicas, é natural que o sintoma entre em remissão juntamente com a recuperação do tecido lesado, porém, em decorrência da ativação de várias vias neuronais de modo prolongado, o caráter da dor pode se modificar e tornar-se um sintoma permanente (crônico) (Bertin; Vergne-Salle, 2019).

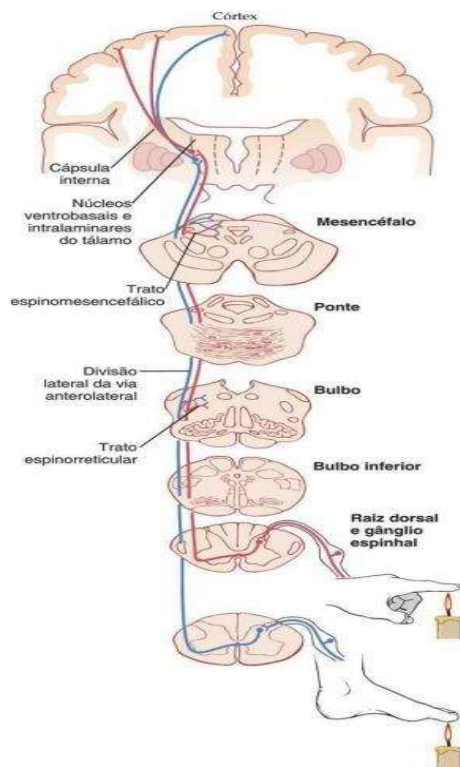
A dor crônica não é consequência exclusiva e direta de uma lesão ou inflamação progressiva de um tecido, mas resulta de atividade inadequada do sistema neurosensorial: descargas neuronais e sensibilização periférica e central dos neurônios da dor. Ela é mais que um sintoma, torna-se uma doença que persiste após a cura da lesão primária ou está relacionada a outros processos patológicos crônicos (Vergne-Salle; Bertin, 2021).

Para caracterizar a dor como “crônica” há uma divergência entre autores, ela pode então ser reconhecida como dor que persiste após o tempo normal de cura ou é considerada crônica quando dura ou se repete por mais de 3 a 6 meses (Raffaeli *et al.*, 2021).

Neste trabalho utilizou-se a definição de dor crônica definida como a dor persistente ou recorrente com duração maior que 3 meses, devido a clareza e operacionalização desta definição de acordo com sua duração. A *CID 11* (classificação internacional de doenças) que é utilizada para “Dor Crônica” compreende sete (07) transtornos clinicamente relevantes mais comuns: dor primária crônica, dor crônica do câncer, dor crônica pós-traumática e pós-cirúrgica, dor neuropática crônica, dor de cabeça crônica e dor orofacial, dor visceral crônica e dor musculoesquelética crônica (Treede *et al.*, 2019).

Há três tipos de dor crônica: a) Dor crônica nociceptiva: relacionada a uma lesão periférica com estimulação nociceptora (Figura 1); b) Dor crônica neuropática: causada por uma doença comprovada ou lesão do sistema nervoso (neuropatia diabética, compressão radicular); c) Dor crônica nociplástica: que surge da nocicepção alterada em que não há alteração dos nociceptores ou lesão do sistema nervoso (Raffaeli *et al.*, 2021).

Figura 1: Via do estímulo nocivo da periferia até o córtex



A origem da via de dor crônica pode ser primária como na fibromialgia, em que a dor é o sintoma e a doença gera sensibilização central e todo o organismo se adapta aos estímulos dolorosos, diminuindo o limiar de dor, é capaz de afetar as células do sistema imunológico e influenciar a função neuronal e a plasticidade (Treede *et al.*, (2019).

Na origem secundária, como na dor crônica nociceptiva ou neuropática, em que é secundária a uma doença subjacente e permanece de forma crônica, ela pode ser relacionada ao câncer, dor visceral secundária crônica, dor crônica pós-traumática e pós-cirúrgica, dor de cabeça crônica secundária, dor orofacial e dor musculoesquelética crônica secundária (Treede *et al.* (2019).

Em uma revisão de literatura sobre as consequências econômicas da dor, constatou-se que ela representa um grande problema clínico, social e econômico em todas as idades. As condições de dor parecem produzir maior impacto negativo na qualidade de vida em comparação a outros problemas de saúde, contribuindo para a incapacidade em todo o mundo. O impacto da dor na economia produz um custo total estimado em até 3,0% do PIB (Henschke, Kamper e Maher, 2015).

Uma presença crônica da dor interfere na qualidade de vida do indivíduo e das pessoas que convivem com o mesmo. Observa-se a diminuição da capacidade funcional e produtiva, dificultando a realização de atividades diárias como estudar, tarefas domésticas e autocuidado, levando a maiores níveis de dependência. Pode causar distúrbios do sono, ansiedade e depressão (impacto emocional, psicológico, social), alterações do humor e de apetite. Indivíduos com dor crônica acessam com maior frequência os serviços de saúde, tanto na Atenção Primária, quanto nas urgências e emergências, assim como um maior consumo de medicamentos (Kanematsu *et al.*, 2022).

O tratamento da dor crônica envolve a sua gestão, que é multidisciplinar, e requer a participação ativa do indivíduo. O autogerenciamento é elemento central para melhorar a qualidade de vida, para manter o indivíduo ativo, responsável, informado e autônomo na forma de viver em parceria com a sua rede de apoio e com os profissionais de saúde (Van De Velde *et al.*, 2019).

2.3 Dor e a relação com o autocuidado

O autocuidado pode ser entendido como a capacidade do indivíduo em gerenciar os sintomas, o tratamento, as consequências físicas, psicológicas e as mudanças no estilo de vida

necessárias para o controle de uma doença ou de uma condição crônica. É a capacidade que uma pessoa possui em cuidar de si mesma. As pessoas devem ser incentivadas a assumir a sua responsabilidade pessoal pela monitorização e gerir a sua própria saúde, resolver problemas, tomadas de decisão, utilizar-se de recursos, definir metas e planejar ações de auto adaptação (Shizheng *et al.*, 2020).

Cuidar é algo inerente ao ser humano e quando os mesmos se cuidam, se autovalorizam. Esse autocuidado gera bem-estar e da mesma forma, quem não se cuida perde a alegria de se ver bem. A sociedade contemporânea está sempre em busca de fazer com que as pessoas vivam com mais qualidade de vida, que é complexa, subjetiva e individual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se à qualidade de vida como bem-estar físico, mental e social (Soaigher; Acencio; Cortez, 2016).

Não há como falar de qualidade de vida sem mencionar o autocuidado, pois ele permite que as pessoas desempenhem de forma autônoma as atividades que visam à promoção da saúde, além da prevenção de agravos e ao cuidado com a doença, envolvendo os aspectos espirituais, físicos, mentais e sociais (Pacheco; Antunes, 2015). Nesse sentido, para que o autocuidado seja efetivo, é necessário um engajamento dos profissionais de saúde para minimizar as dificuldades no seguimento do tratamento e em manter hábitos de vida adequados para o bem-estar (Kurt; Gurdogan, 2022).

Para o auxílio na busca pela qualidade de vida, entende-se que a educação em saúde é uma ferramenta importante capaz de gerar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e reduz os custos da assistência em todas as esferas. As práticas educativas em saúde propiciam a autonomia do indivíduo na sua própria trajetória de saúde e doença. Ao desenvolver a autonomia, o sujeito assume a responsabilidade sobre decisões relacionadas à sua saúde e pode incorporar ações para o autocuidado (Coutinho; Tomasi, 2020).

Em uma revisão de literatura, visando identificar as barreiras e os facilitadores do autocuidado de pessoas com dor crônica, os autores concluíram que os profissionais podem contribuir para o autocuidado, encontrando maneiras de um indivíduo ter acesso ao apoio contínuo, seja do profissional ou através de programas de grupo. O autocuidado com a dor crônica está atrelado a atividade física e na educação sobre a dor, redução do estresse, aumento da consciência corporal e reconhecimento de crenças negativas que levam à catastrofização, atividades estas que podem ser realizadas nos serviços de saúde (Spink; Wagner; Orrock, 2021).

O quadro algíco pode ser um fator que prejudique ainda mais o tratamento de saúde, pode dificultar a gestão do cuidado a esta pessoa, pois o profissional pode relativizar um dos agravos, o que interfere diretamente na opção da terapêutica instituída. Pode ainda, afetar no

controle pressórico, na motivação individual com o próprio tratamento, devido a fatores emocionais relacionados à dor crônica (Rodrigues; Correia, 2020).

Um estudo de Cáceres-Matos *et al.* (2024), com uma amostra de 6.569 adultos (16 anos ou mais) na Espanha, analisou a utilização dos serviços de saúde pela população com dor crônica. Os resultados demonstraram que pessoas com dor crônica acessam com mais frequência o consultório médico e os serviços de emergência e possuem maiores períodos de hospitalizações do que pessoas sem dor, tanto em mulheres quanto em homens.

Outro estudo realizado no Canadá com 2.955 trabalhadores convivendo com dor crônica, objetivou examinar as diferenças de sexo e gênero na utilização de assistência médica e observou que as mulheres tinham maior probabilidade de utilização de assistência médica, independentemente de fatores sociais, gravidade da dor e comorbidades não relacionadas à dor (Lacasse *et al.*, 2023).

O gerenciamento de sintomas é fundamental em pessoas com doenças crônicas. Dessa maneira, o estudo de Moore-Bouchardet *et al.* (2024) teve o objetivo de explorar qual o sintoma crônico dentre os que as pessoas convivem, nele foi identificado que a dor crônica foi mais frequentemente priorizada pelos participantes em suas tarefas de autogerenciamento, e foi a condição que teve o impacto mais negativo no funcionamento do dia a dia.

Não obstante, a adesão ao autocuidado para algumas doenças crônicas é baixa, como entre adultos com HAS. Uma das barreiras ao autocuidado é a falta de motivação para mudanças comportamentais (Tan *et al.*, 2021). Nos Estados Unidos, um estudo realizado entre afro-americanos observou que apenas 52,2% dos participantes praticavam atividade física adequada, enquanto 22,0% aderiram às recomendações dietéticas e apenas um pouco mais da metade (58,6%) dos participantes aderiram ao tratamento medicamentoso (Warren-Findlow; Seymour, 2011).

REFERÊNCIAS

- BARROSO, W. K. S. *et al.*, Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 116; n. 3; p. 516–658; 2021;
- BERTIN, P.; VERGNE-SALLE, P.; Douleur et inflammation; **Revue du Rhumatisme**; v.86; p.25-29; 2019;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023;
- BRITO, S. F. L.; *et al.*, Mecanismos de regulação da pressão arterial; **Brazilian Journal of Development**; v.7; n.5; p.43969-43986; 2021;
- BRUEHL, S. *et al.*, Alterações relacionadas à dor crônica na regulação cardiovascular e impacto na hipertensão comórbida em uma população geral: o estudo de Tromsø. **Pain**; v.159; p.119-127; 2018;
- CÁCERES-MATOS, R. *et al.*, O uso de serviços de saúde e a dor crônica incapacitante: resultados da Pesquisa de Saúde Andaluza de base populacional transversal, **European Journal of Public Health**; v.34; e.4; p.639–645; 2024;
- COSTA JÚNIOR, V. A.; *et al.*, Pathophysiology of malignant hypertension: a literature review. **Research, Society and Development**; v. 11; p.9; 2022;
- COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E; Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família; **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**; v.24; p.190578; 2020;
- CROFFORD, L. J.; Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain; **Trans Am Clin Climatol Assoc**; v.126; p.167-83; 2015;
- GUYTON, A.C.; HALL J.E.; Tratado de Fisiologia Médica. **Editora Elsevier**. 13^a ed., 2017;
- HENSCHKE, N.; KEMPER, S. J.; MAHER, C.; The epidemiology and economic consequences of pain. **Mayo Clin Proc**; v.90 (1); p.139-47; 201

KANEMATSU, J. S.; *et al.*, Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica; **Rev Med**; v.101; p.192586; 2022;

KOCA, T.T. et al., Effect of hypertension on pain threshold in patients with chronic pain; **Central Asian Journal of Medical Hypotheses and Ethics**; v.3; n.4; p.232-240; 2022;

KURT, D.; GURDOGAN, E.P. O efeito do suporte de autogestão no nível de conhecimento, adesão ao tratamento e gestão de autocuidado em pacientes com hipertensão. **The Australian Journal of Advanced Nursing**. v.39; e.3; p.14–23; 2022;

LACASSE A, *et al.*, Diferenças de sexo e gênero nas trajetórias de utilização de serviços de saúde: um estudo de coorte entre trabalhadores de Quebec que vivem com dor crônica; **Português BMJ Open**; v.13: e.070509; 2023;

MALTA, D. C. *et al.*, Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; v.21; p.180021; 2018;

MENTE, A. *et al.*, Urinary sodium excretion, blood pressure, cardiovascular disease, and mortality: a community-level prospective epidemiological cohort study; **Lancet**; vol.392; p.496-506; 2018;

MILHOMENS, Lais de Moura *et al.*, **Autocontrole da HAS em pessoas adultas e idosas**. Preparada por: Fiocruz Brasília, Brasília, DF Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP; 2021;

MILL, J. G. *et al.*, Estimation of salt intake in the Brazilian population: results from the 2013 National Health Survey. **Revista Brasileira Epidemiologia**; v.22; p.190009; 2019;

MILLS, S.E.E; NICOLSON, K.P.; SMITH, B.H.; Dor crônica: uma revisão de sua epidemiologia e fatores associados em estudos de base populacional; **British journal of anaesthesia: BJA**; v.123; n.2; p.273-83; 2019;

MOORE-BOUCHARD, C. *et al.*, “Prioritizing chronic pain self-management amid coexisting chronic illnesses: An exploratory qualitative study.” **International journal of nursing studies advances**; v.6; p.100175; 2024;

MORRISON, V.L. *et al.*, Preditores de adesão autorreferida a medicamentos anti-hipertensivos: uma pesquisa multinacional e transversal; **Value Heal**; v.18; p.206–16; 2015;

NILSON EAF, *et al.*, Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**; p.44; e.32; 2020;

NOE-STEINMÜLLER, N. *et al.*, Definindo sofrimento em dor. Uma revisão sistemática sobre sofrimento relacionado ao uso do processamento de linguagem natural; **Pain**; v.165; p.1434-1449; 2024;

PACHECO, A.E. ANTUNES, M.J.M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**; v.06; n 03; p.2907-18; 2015;\

- RAFFAELI, W.; *et al.*, Dor crônica: o que significa? Uma revisão sobre o uso do termo dor crônica na prática clínica. **Journal of Pain Research**; v.14; p.827–835; 2021;
- RAJA, S. N.; *et al.*, The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises; **Pain**; v.161; p. 1976-1982; 2020;
- RODRIGUES, V. C.; CORREIA, D. M. da S. Chronic pain in hypertension in adults: a bibliometric study. **Research, Society and Development**; v.9; n.12; e.37191211033; p.1-12; 2020;
- SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M.; Acute and chronic pain: a narrative review of the literature; **Acta Paulista de Enfermagem**; v.25; p.150–154; 2012;
- SANTIAGO, E R. C. *et al.*, Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v.113; n.4, p.687-695; 2019;
- SHIZHENG, Du *et al.*, The efficacy of e-health in the self-management of chronic low back pain: A metaanalysis; **International Journal of Nursing Studies**; v.106; p.103507; 2020;
- SHUNXIN, N. *et al.*, “Association between intensity of physical activity and cognitive function in hypertensive patients: a case-control study.” **Scientific reports**; v.14; p.1; 2024;
- SOAIGHER, Katiane Aparecida; ACENCIO, Fábio Ricardo; CORTEZ, Diógenes Aparício Garcia; The power of vanity and selfcare in quality of life; **Cinergis**; v18; n.1; p.69-72; 2017;
- SOUZA, J. B. *et al.*, Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. **Hindawi**; v.2017; p.4643830; 2017;
- SPINELLI, A. C. S.; Arterial Hypertension: Treatment Adherence; **Revista Brasileira de Hipertensão**; v.27; e.1; p.8-22; 2020;
- SPINK, A.; WAGNER, I.; ORROCK, P.; Common reported barriers and facilitators for self-management in adults with chronic musculoskeletal pain: A systematic review of qualitative studies; **Musculoskeletal Science and Practice**; v.56; p.102433; 2021;
- TAN, F. C. J. H. *et al.*, The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. **BMC Fam Pract**; v.22; p.44; 2021;
- TREEDE, R-D. *et al.*, Dor crônica como sintoma ou doença: a Classificação IASP de Dor Crônica para a Classificação Internacional de Doenças (CID-11); **Pain**; v.160; p.19-27; 2019;
- VAN DE VELDE, D. *et al.*, Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis; **BMJ Open**; v.9; p.027775; 2019;
- VERGNE-SALLE, P.; BERTIN, P.; Chronic pain and neuroinflammation; **Joint Bone Spine**; v.88; p.6; 2021;

VIEIRA, M. A. S. *et al.*, Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the Brazilian population; **National Health Survey**; v.1; 2023;

VIGITEL BRASIL 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Disponível em: file:///C:/Users/Marcos/Downloads/vigitel_brasil_2023.pdf
Acesso em: 27/10/2024

WARREN-FINDLOW, J.; SEYMOUR, R. B.; Prevalence Rates of Hypertension Self-care Activities Among African Americans; **Journal of the National Medical Association**; v.103; p.503-512; 2011;

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a ocorrência de dor crônica e a capacidade de autocuidado em indivíduos com HAS cadastrados na ESF do município de Rondonópolis, Mato Grosso.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a prevalência de dor crônica;

Caracterizar a capacidade de autocuidado;

Investigar a associação entre a ocorrência de dor crônica e capacidade de autocuidado, bem como características socioeconômicas e condições de saúde.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

DOR CRÔNICA E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO ENTRE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre a ocorrência de dor crônica autorreferida e a capacidade de autocuidado entre indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) atendidos na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em uma amostra probabilística de usuários hipertensos das Unidades de Saúde da Família (USF's) do município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. Informações acerca da ocorrência de dor crônica autorreferida, capacidade de autocuidado, características socioeconômicas e demais condições de saúde foram coletadas por entrevistas realizadas nas USF's entre novembro/2023 e março/2024. Uma análise múltipla por modelo linear generalizado de Poisson foi empregada para analisar o impacto da capacidade de autocuidado na ocorrência da dor. **Resultados:** Dentre os 488 indivíduos incluídos no estudo, a prevalência de dor crônica foi de 62,3% (intervalo de confiança a 95%–IC95%: 55,5-69,0%). A prevalência de dor entre indivíduos com capacidade de autocuidado categorizada como ruim/péssima (razão de prevalência- RP: 1,30; IC95%: 1,06-1,59) e boa/regular (RP: 1,37; IC95%: 1,17-1,54) foi significativamente maior do que entre indivíduos com ótima capacidade de autocuidado. Tais resultados foram ainda ajustados pelo sexo feminino (RP: 1,26; IC95%: 1,08-1,47), pela idade $\geq 63,4$ anos (RP: 1,34; IC95%: 1,17-1,54) e pela renda familiar ≤ 1 salário mínimo (RP: 1,19; IC95%: 1,04-1,36). **Conclusão:** A prevalência de dor crônica entre os pacientes hipertensos investigados é elevada. Se sugere importante relação com a capacidade de autocuidado e características socioeconômicas dos indivíduos.

Palavras-chave: hipertensão; dor crônica; autocuidado.

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between the occurrence of self-reported chronic pain and self-care capacity among individuals with systemic arterial hypertension (SAH) treated in primary health care. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out in a probabilistic sample of hypertensive users of Family Health Units (USF's) in the city of Rondonópolis, Mato Grosso, Brazil. Information about the occurrence of self-reported chronic pain, self-care capacity, socioeconomic characteristics, and other health conditions were collected through interviews conducted at the USF's between November/2023 and March/2024. A multiple analysis using a generalized linear Poisson model was used to analyze the impact of self-care capacity on the occurrence of pain. **Results:** Among the 488 individuals included in the study, the prevalence of chronic pain was 62.3% (95% confidence interval–95% CI: 55.5-69.0%). The prevalence of pain among individuals with self-care capacity categorized as poor/very poor (prevalence ratio – PR: 1.30; 95%CI: 1.06-1.59) and good/regular (PR: 1.37; 95%CI: 1.17-1.54) was significantly higher than among individuals with excellent self-care capacity. These results were further adjusted for female gender (PR: 1.26; 95%CI: 1.08-1.47), age ≥ 63.4 years (PR:

1.34; 95%CI: 1.17-1.54) and family income \leq 1 minimum wage (PR: 1.19; 95%CI: 1.04-1.36). **Conclusion:** The prevalence of chronic pain among the hypertensive patients investigated is high. An important relationship with self-care capacity and socioeconomic characteristics of the individuals is suggested.

Keywords: hypertension; chronic pain; self-care

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de um importante problema de saúde pública com repercussões relevantes para outras doenças cardiovasculares (DCV), também constitui uma doença que gera um alto custo para os serviços de saúde (Costa, 2021; Barroso *et al.*, 2021). O tratamento da HAS envolve o uso de drogas anti-hipertensivas e modificações do estilo de vida com vistas ao seu controle como medida não medicamentosa (Malta *et al.*, 2018).

No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), no ano de 2023, a HAS atinge cerca de 27,9% da população. A prevalência do diagnóstico médico foi maior entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%) nas 27 capitais brasileiras. Entretanto, em ambos os sexos, a frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (Brasil, 2023).

Alguns fatores podem influenciar no tratamento da HAS, como por exemplo a complexa conexão entre a doença, a saúde mental e a dor crônica, as quais contribuem para a não adesão medicamentosa e piora dos resultados. A esse respeito, entender a conexão entre esses elementos é vital tanto para o diagnóstico quanto para o seguimento do tratamento (Hamam *et al.*, 2020).

A HAS tem sido associada a dor crônica, que possui grande relevância em saúde pública dada a sua elevada prevalência. Zimmer e colaboradores (2022), em uma revisão sistemática, encontraram variações na prevalência de dor crônica mundial entre 9,9% e 50,3%. Aguiar (2021) realizou uma revisão de literatura sobre a prevalência de dor crônica no Brasil e concluiu que 45,59% das pessoas são acometidas, majoritariamente as mulheres na vida adulta. Em outra revisão mais recente, também relacionada à população brasileira, Santiago e colaboradores (2023) encontraram uma prevalência de 35% de dor crônica na população brasileira.

Tanto as pessoas com dor crônica quanto aquelas com HAS, ou as que possuem ambas as condições de adoecimento, precisam ser capazes de gerenciar efetivamente os seus sintomas, bem como o controle da doença (Spink; Wagner; Orrock, 2021).

O autocuidado refere-se às habilidades de indivíduos, famílias e comunidades em promover saúde, prevenir doenças, manter a saúde e em lidar com a doença ou a incapacidade, com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2021). Diversos estudos têm demonstrado a sua importância no panorama de doenças crônicas, como HAS (Abza *et al.*, 2024), diabetes mellitus (Pérez-Ortiz *et al.*, 2004) e insuficiência renal (Lee; Noh, 2022).

Diferentemente de outros agravos, por ser subjetiva, a dor crônica apresenta desafios significativos quanto à avaliação do autocuidado, visto que é mais difícil gerenciar a sua monitorização por sintomas concretos, como os níveis de glicemia sanguínea, por exemplo. Isso pode ser ainda mais complexo entre os indivíduos que convivem com outras doenças crônicas associadas (Van de Velde *et al.*, 2019).

Pressupõe-se que a prevalência de dor é maior em pessoas com HAS por se tratar de uma doença sistêmica. Além disso, é possível que a dor interfira na capacidade dos indivíduos com HAS de autocuidar-se, com importante piora de ambos os quadros na presença de outros fatores associados (Spink; Wagner; Orrock, 2021). Contudo, até onde se sabe, não há estudos de base populacional que considerem essa abordagem no Brasil.

Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de investigar a ocorrência de dor crônica e a sua relação com a capacidade de autocuidado entre indivíduos com HAS atendidos na Estratégia de Saúde da Família. O conhecimento de uma eventual influência da capacidade de autocuidado entre esses indivíduos pode ser extremamente útil para a realização de atividades de promoção em saúde em vista à redução do impacto da dupla carga de morbidades, sobretudo no nível primário de atenção à saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal para análise da ocorrência de dor crônica e sua relação com autocuidado entre indivíduos com HAS usuários da ESF no município mato-grossense de Rondonópolis.

5.2 Área do estudo

O município de Rondonópolis está localizado na mesorregião sudeste do estado de Mato Grosso, onde ocupa uma área territorial de 4.824,020 km². Dados do último Censo Demográfico apontam que a população local é de 244.911 habitantes, em uma densidade demográfica de 50,77 habitantes/km² (IBGE, 2022). No que diz respeito às características socioeconômicas, Rondonópolis possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,755, sendo 98,4% dos residentes alfabetizados e a renda per capita estimada em R\$ 72.181,58 (IBGE 2024). Em termos de atenção à saúde, o município conta com uma rede de atenção básica urbana composta de 61 Unidades de Saúde da Família (USF's).

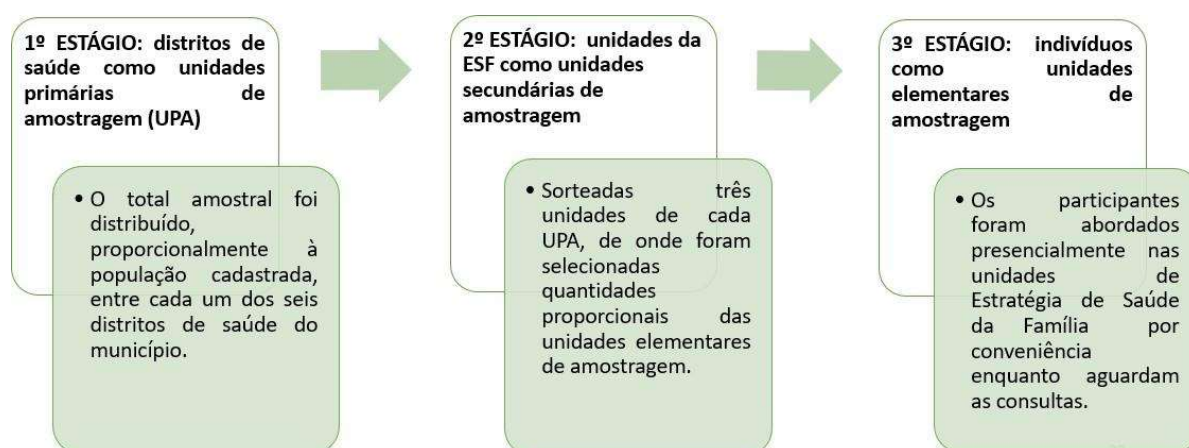
5.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por uma amostra representativa de usuários das USF's do município de Rondonópolis com diagnóstico autorreferido de HAS. Ressalta-se que foram consideradas apenas USF's relacionadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e/ou reconhecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis como local de atendimento à população urbana do município.

O tamanho da amostra foi calculado no software Epi Info v. 7.2.5.0 considerando a população de pacientes hipertensos cadastrada na ESF do município (N=31.104), margem de erro aceitável de 5%, intervalo de confiança de 95% e prevalência esperada de dor crônica de 35,7%, conforme revisado para adultos brasileiros por Santiago *et al.* (2023). Para minimizar o efeito do desenho, o tamanho da amostra foi inflacionado por um fator de 1,4 e 10% foram adicionados para compensar perdas amostrais. Tomados em conjunto, os parâmetros determinaram um tamanho amostral de 538 hipertensos (com mínimo de 484 hipertensos, após somadas as perdas amostrais).

A seleção dos participantes foi realizada considerando uma amostragem por conglomerados em três estágios, a saber: (1) distritos de saúde como unidades primárias de amostragem (UPA), (2) USF's como unidades secundárias de amostragem e (3) indivíduos como unidades elementares de amostragem (Figura 2). A seleção dos indivíduos considerou aqueles que estavam presentes na USF nos momentos de coleta de dados, que apresentavam idade igual ou superior a 18 anos e que tinham diagnóstico autorreferido de HAS. Por outro lado, foram excluídos indivíduos que não consentiram a participação no estudo ou que não apresentavam condições de saúde, cognitivas e de comunicação para responder aos questionamentos da entrevista.

Figura 2: Etapas da amostragem por conglomerados adotada no presente estudo.



Fonte: o autor

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre novembro de 2023 e maio de 2024 por meio de entrevistas padronizadas realizadas nas próprias USF's por pesquisadores treinados. O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), previamente validado em um estudo piloto, foi cadastrado no Google Forms com as seguintes variáveis do estudo:

- Características socioeconômicas: data de nascimento para cálculo da idade (em anos), sexo, raça/cor, tempo de estudo formal completo (em anos), renda familiar (em salários mínimos) e religião.
- Condições de saúde: comorbidades associadas à HAS, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, prática de exercício físico semanal maior que 150 minutos (Giroir;

Wright,2018) e peso e altura para cálculo de Índice de Massa Corpórea (IMC) segundo a OMS (1995);

- Presença de dor crônica: definida como a ocorrência de dor em alguma parte do corpo com duração superior a três meses, conforme Treede *et al.* (2019).
- Capacidade de autocuidado: aferida pelos itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A) proposta por Isenberg e Evers (1993), que foi adaptada transculturalmente e validada para o Brasil por Silva e Domingues (201). Em resumo, são 24 itens, sem domínio algum, aos quais os participantes atribuem valor em uma escala de Likert, tendo como opção de resposta os seguintes reativos: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos); nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos.

Ressalta-se que a coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondonópolis, sob o parecer 5.914.690 emitido em 27 de fevereiro de 2023 (ANEXO A), após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE B). Todos os indivíduos entrevistados do estudo consentiram participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5.5 Análise de dados

Os dados coletados foram transferidos para as planilhas do Microsoft Excel®. Inicialmente foi estimada a prevalência de dor crônica autorreferida entre os indivíduos com HAS da amostra do estudo. Na sequência, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e relacionadas às condições de saúde. Em ambas as etapas, a precisão das estimativas foi definida pelo cálculo dos respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) pelo método de Wald. Em particular, a variável contínua idade foi preliminarmente descrita por média e desvio-padrão e, posteriormente, foi categorizada em faixa etária segundo os seus tercis de distribuição. Além disso, ressalta-se que a classificação da capacidade de autocuidado foi determinada conforme Silva e Domingues (2017) adotando os seguintes pontos de corte para a ASA-A: 24 a 40 pontos – péssima; 40 a 56 pontos – ruim; 56 a 72 pontos – regular; 72 a 88 pontos – boa; 88 a 104 pontos – muito boa; e 104 a 120 pontos – ótima.

A principal hipótese do presente estudo era de que a ocorrência de dor crônica autorreferida nos pacientes com HAS estava associada à capacidade de autocuidado. Desse modo, o desfecho de interesse foi definido como sendo a ocorrência de dor crônica, enquanto a

capacidade de autocuidado, reagrupada em quatro categorias (péssima/ruim, regular/boa, muito boa e ótima), foi definida como a principal variável explicativa. Considerando que características socioeconômicas e das condições de saúde já foram demonstradas como importantes para a prevalência de dor crônica (Prego-Domínguez *et al.*, 2020; Van de Velde *et al.*, 2019 ; Santos *et al.*, 2015), as demais variáveis coletadas no presente estudo também foram investigadas como potenciais preditores.

As frequências das variáveis explicativas foram descritas em uma análise univariada em relação ao desfecho. Nessa etapa, o teste qui-quadrado foi empregado para verificar diferenças nas distribuições. Em seguida, um modelo linear generalizado múltiplo da família Poisson, empregando a função de ligação logarítmica com variância robusta, foi utilizado para modelar a ocorrência da dor em função da capacidade do autocuidado e demais potenciais preditores. Para a análise múltipla, foram consideradas apenas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na etapa univariada. A adição de variáveis no modelo se deu pelo método *stepwise forward* empregando os critérios de informação de Akaike para avaliar o impacto da adição de preditores no ajuste do modelo final. Foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis com valor de $p < 0,05$. Tanto na etapa univariada quanto na análise múltipla, a força das associações foi acessada pelo cálculo da razão de prevalência (RP) com os respectivos IC95%. Tal medida foi selecionada para evitar a superestimação da associação em situações de elevada prevalência do desfecho, conforme sugerido por Tamhane *et al.* (2016) em estudos transversais. Todas as análises estatísticas foram realizadas no software STATA/SE 16.0.

6. RESULTADOS

A amostra final do presente estudo consistiu em 488 indivíduos com HAS atendidos na ESF de Rondonópolis. Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (66,6%), a idade média (desvio-padrão) era de 57,3 (12,9) anos e 45,9% se autodeclarou como parda. A maioria possuía uma religião (90,2%), apresentava entre 8 e 11 anos de escolaridade (57,4%) e reportou renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (53,1%). No que diz respeito às condições de saúde, 51,4% dos indivíduos apresentavam alguma comorbidade, 39,8% possuíam diabetes mellitus e 73,8% estavam com sobrepeso ou obesidade. Em relação à capacidade de autocuidado, a maioria dos entrevistados apresentava índices classificados como ótimo (52,3%), seguido de muito bom (28,7%) e bom (9,8%). Apenas 6,0% dos participantes apresentavam capacidade de autocuidado péssima ou ruim (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da população de estudo, segundo características socioeconômicas, condição de saúde, capacidade de autocuidado e ocorrência de dor crônica. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).

Variável	n	%	IC95%
Sexo			
Feminino	320	65,6	61,4 - 69,7
Masculino	168	34,4	29,4 - 40,0
Idade (anos) ^a		57,3 (12,9)	
Raça/cor			
Parda	224	45,9	40,0 - 52,3
Branca	150	30,7	26,0 - 36,1
Preta	102	20,9	17,0 - 25,4
Amarela	10	2	0,1 - 3,8
Indígena	1	0,2	0,0 - 1,1
Não sabe/Não respondeu	1	-	-
Anos de escolaridade			
0 - 8	39	8	0,5 - 10,9
8 - 11	208	57,4	37,0 - 48,8
≥ 12	167	34,2	29,2 - 39,8
Não sabe/Não respondeu	2	-	-
Renda familiar (salários mínimos) ^b			
≤ 1	200	41	35,5 - 47,1
1- 3	259	53,1	46,8 - 59,9
≥ 3	26	5,3	3,5 - 7,8
Não sabe/Não respondeu	3	-	-
Possui religião			
Sim	440	90,2	81,9 - 99,0
Não	44	9	6,6 - 12,1
Não sabe/Não respondeu	4	-	-

Dor crônica			
Sim	304	62,3	55,5 - 69,7
Não	184	37,7	32,3 – 43,6
Capacidade de autocuidado^c			
Péssima	10	2,1	0,7 – 3,3
Ruim	19	3,9	2,1 – 5,6
Regular	16	3,3	1,6 – 4,8
Boa	48	9,8	7,1 – 12,4
Muito boa	140	28,7	24,6 – 32,7
Ótima	255	52,3	47,8 – 56,7
Índice de massa corporal			
Abaixo do peso	4	0,8	0,2 – 2,0
Eutrófico	122	25	20,8 – 29,9
Sobrepeso	180	36,9	31,7 – 42,7
Obesidade	180	36,9	31,7 – 42,7
Não sabe/Não respondeu	2	-	-
Comorbidade			
Sim	251	51,4	45,3 - 58,2
Não	237	48,6	42,6 – 55,2
Diabetes			
Sim	194	39,8	34,4 – 45,8
Não	294	60,2	53,6 – 67,5

IC95%: intervalo de confiança a 95%.

^a Variável contínua sumariada por média e desvio padrão.

^b Salário mínimo brasileiro (2023): R\$ 1.302,00.

^c Categorização definida por Silva e Domingues (2017); péssima: 24 a 40; ruim: 40 a 56; regular: 56 a 72; boa: 72 a 88; muito boa: 88 a 104; e ótima: 104 a 120.

A prevalência de dor crônica autodeclarada na amostra foi de 62,3% (IC95%: 55,5 – 69,0%) (Tabela 1). O perfil dos indivíduos que referiram a presença de dor foi semelhante ao perfil do total da amostra. Em resumo, a maior parte era do sexo feminino (70,1%), na faixa etária de 63,4 a 94,2 anos (39,1%), não brancos (68,1%), com escolaridade entre 8 e 11 anos (58,9%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (49,3%) e com alguma religião declarada (92,1%). Além disso, a maioria apresentava sobrepeso ou obesidade (71,9%) e comorbidades associadas (56,9%), bem como referiu ser não tabagista (84,5%), não consumir álcool (78,0%) e não praticar atividade física (62,2%). No tocante à capacidade do autocuidado, a maior parte dos indivíduos com relato de dor crônica apresentava índices classificados como ótimo (48,4%) e muito bom (28,3%) (Tabela 2).

Na análise univariada, os sujeitos com e sem relato de dor crônica se diferiram segundo sexo ($p=0,007$), faixa etária ($p=0,001$), renda familiar ($p<0,001$), tabagismo ($p=0,013$), consumo de álcool ($p=0,007$), existência de comorbidade ($p=0,004$), prática de atividade física ($p=0,009$) e capacidade de autocuidado ($p=0,017$) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de indivíduos hipertensos atendidos na atenção primária à saúde segundo ocorrência de dor crônica e características socioeconômicas, condições de saúde e capacidade de autocuidado. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).

Variável	Dor crônica				p	RP	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	213	70,1	107	58,1	0,007*	1,23	1,05-1,44
Masculino	91	29,9	77	41,9		Ref.	
Faixa etária (anos)							
≤ 51,9	88	28,9	76	41,3	0,001*	Ref.	
51,9 - 63,4	97	31,9	65	35,3		1,11	0,92-1,35
≥ 63,4	119	39,1	43	23,4		1,37	1,15-1,62
Raça/cor							
Branços	97	31,9	50	27,2	0,269	Ref.	
Não brancos	207	68,1	134	72,8		0,92	0,80-1,06
Anos de escolaridade							
≤ 8	26	8,6	13	7,1	0,53	1,08	0,93-1,26
8 - 12	179	58,9	101	55,5		1,12	0,87-1,45
≥ 12	99	32,6	68	37,4		Ref.	
Não sabe/Não respondeu							
Possui religião							
Sim	278	92,1	162	89	0,261	1,16	0,88-1,53
Não	24	7,9	20	11		Ref.	
Não sabe/Não respondeu							
Renda familiar (salários mínimos)^a							
≤ 1	144	47,7	56	30,6	<0,001*	2,08	1,22-3,55
1 - 3	149	49,3	110	60,1		1,66	0,97-2,85
≥ 3	9	3	17	9,3		Ref.	
Não sabe/Não respondeu							
Tabagista							
Sim	47	15,5	45	24,7	0,013*	0,78	0,63-0,97
Não	256	84,5	137	75,3		Ref.	
Consumo de álcool							
Sim	67	22	61	33,1	0,007*	0,79	0,66-0,95
Não	237	78	123	66,9		Ref.	
Sobrepeso ou obesidade							
Sim	217	71,9	143	77,7	0,669	0,89	0,77-1,03
Não	85	28,1	41	22,3		Ref.	
Comorbidade							
Sim	173	56,9	80	43,5	0,004*	1,23	1,06-1,41
Não	131	43,1	104	56,5		Ref.	
Diabetes							
Sim	131	43,1	65	35,3	0,09	1,13	0,98-1,29
Não	173	56,9	119	64,7		Ref.	
Prática de atividade física							
Sim	115	37,8	92	50	0,009*	Ref.	
Não	189	62,2	92	50		1,21	1,05-1,40
Capacidade de autocuidado^b							

Ruim/péssima	22	7,2	7	3,8	0,017*	1,31	1,01-1,65
Boa/regular	49	16,1	15	8,1		1,32	1,11-1,57
Muito boa	86	28,3	54	29,4		1,06	0,90-1,26
Ótima	147	48,4	108	58,7		Ref.	

RP: razão de prevalência. IC95%: intervalo de confiança a 95%. Ref.: categoria referência para cálculo da medida de associação.

*Significativo a um valor de $p < 0,05$.

^a Salário mínimo brasileiro (2023): R\$ 1.302,00.

^b Categorização definida por Silva e Domingues (2017); péssima: 24 a 40; ruim: 40 a 56; regular: 56 a 72; boa: 72 a 88; muito boa: 88 a 104; e ótima: 104 a 120.

Na análise múltipla ajustada, observou-se que a capacidade do autocuidado esteve importantemente associada à dor crônica. A prevalência do desfecho entre indivíduos com capacidade ruim/péssima (RP:1,30; IC95%: 1,06 – 1,59) e boa/regular (RP:1,37; IC95%: 1,17 – 1,54) foi significativamente maior do que entre indivíduos com ótima capacidade de autocuidado. Além disso, a prevalência de dor crônica também foi mais alta entre indivíduos do sexo feminino (RP:1,26; IC95%: 1,08 – 1,47), com idade $\geq 63,4$ anos (RP: 1,34; IC95%: 1,17 – 1,54) e com renda familiar ≤ 1 salário mínimo (RP: 1,19; IC95%: 1,04 – 1,36) (Tabela 3)

Tabela 3: Fatores associados à dor crônica autorreferida entre indivíduos hipertensos atendidos na atenção básica. Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil (2024).

Variável	p	RP ajustada	IC95%
Sexo feminino	0,004*	1,26	1,08 – 1,47
Idade $\geq 63,4$ anos ^a	$<0,001$ *	1,34 ^a	1,17 – 1,54
Renda familiar ≤ 1 salário mínimo ^{b,c}	0,012*	1,19 ^c	1,04 – 1,36
Capacidade de autocuidado ruim/péssima ^{d,e}	0,013*	1,30 ^e	1,06 – 1,59
Capacidade de autocuidado boa/regular ^{d,e}	$<0,001$ *	1,37 ^e	1,17 – 1,54

RP: razão de prevalência. IC95%: intervalo de confiança a 95%.

*Significativo a um valor de $p < 0,05$.

^a Cálculo realizado considerando o primeiro tercil da distribuição da idade como referência.

^b Salário mínimo brasileiro (2023) = R\$ 1.302,00.

^c Cálculo realizado considerando a renda familiar \geq três salários mínimos como referência.

^d Definido conforme Silva e Domingues (2017),); péssima: 24 a 40; ruim: 40 a 56; regular: 56 a 72; boa: 72 a 88; muito boa: 88 a 104; e ótima: 104 a 120.

^e Cálculo realizado considerando a capacidade de autocuidado muito boa como referência.

7. DISCUSSÃO

A prevalência de dor crônica observada neste estudo foi de 62,3%, mais alta do que a encontrada pela maioria dos estudos brasileiros e estrangeiros, porém os estudos são relacionados à população geral, como a revisão de Steingrimsdóttir *et al.* (2017) estimaram que a prevalência de dor crônica varia de 8,7 a 64,4% em todo o mundo. Já Zimmer *et al.* (2022), em uma revisão sistemática, encontraram variações na prevalência de dor crônica mundial entre 9,9% e 50,3%. Estima-se que 50 milhões de adultos nos Estados Unidos sofrem de dor crônica, abarcando cerca de 20,9% da população (Rikard *et al.*, 2023). Quase 1 a cada 5 sul-africanos sofrem com dor crônica, prevalência de 18,3% (Kammerman *et al.*, 2020).

Na população brasileira, Souza, Häfele e Siqueira (2019) realizaram um estudo com 540 adultos de uma UBS e encontraram prevalência de dor crônica de 41,5%. Aguiar (2021) realizou uma revisão de literatura sobre a prevalência de dor crônica no Brasil e concluiu que 45,59% das pessoas são acometidas. Em outra revisão mais recente, também relacionada à população brasileira, Santiago *et al.* (2023) encontrou uma prevalência de 35% de dor crônica. O estudo de Al-Ghamdi *et al.* (2020) encontrou uma associação estatisticamente significativa entre hipertensão e dor crônica. Resultado encontrado na revisão de literatura de Madeira, Varela e Marques (2024) onde a hipertensão arterial é mais prevalente em indivíduos com dor crônica. Já Hamam *et al.*, (2020) traz que a conexão entre hipertensão e dor crônica pode levar à hipertensão resistente ao tratamento. Os resultados de outro estudo realizado por Sacco *et al.* (2013) sugeriram que alterações relacionadas à dor crônica interagindo funcionalmente e sobreposta com o sistema cardiovascular que também possui alterações, levam a sobrecarga e falha dos dois sistemas, o que justifica a possibilidade de haver um aumento na prevalência de hipertensão em uma população com dor crônica.

Os estudos mencionados corroboram com o presente estudo, pois neles a prevalência de dor foi mais elevada na população hipertensa do que comparada com a população geral. Já o presente estudo teve uma prevalência de dor mais elevada que a maioria dos estudos com a população geral (Zimmer *et al.*, 2022; Rikard *et al.*, 2023; Souza; Häfel; Siqueira. 2019; Kamerman *et al.*, 2020; Aguiar, 2021; Santiago *et al.*, 2023).

Na análise univariada desta pesquisa, a maioria dos participantes tem um *score* de autocuidado ótimo. Outros estudos também tiveram resultados semelhantes, como Scala *et al.* (2018), em que a maioria dos pacientes com dor crônica indicou prontidão para realizar práticas voltadas para o autocuidado. Couto *et al.* (2020) sugerem que a dor não é um fator que impede os pacientes de realizarem as atividades da vida cotidiana como o autocuidado. E mais da

metade das pessoas que relataram dor crônica declararam que realizam ações de autocuidado para a dor no estudo de Anderson *et al.* (1999).

Porém, na análise múltipla ajustada, observou-se que a capacidade do autocuidado esteve importantemente associada à dor crônica, de forma que a sua prevalência entre indivíduos com capacidade de autocuidado ruim/péssima e boa/regular foi significativamente maior do que entre indivíduos com ótima capacidade de autocuidado.

A literatura nos traz estudos em que a dor causa limitações de autocuidado em idosos (Haque *et al.*, 2024; Li 2021). E estudos que monitoram o autocuidado por um período trazem resultados positivos na diminuição, catastrofização (Barreveld *et al.*, 2023) e intensidade da dor, da incapacidade relacionada à dor lombar e na redução dos pontos de dor (Sebba Rios *et al.*, 2015). Um estudo ainda traz que a potencialização do autocuidado melhora a qualidade de vida de pessoas com fibromialgia (Oliveira *et al.*, 2019).

Os autores Arman e Hok (2016) exploraram as experiências de autocuidado de 10 pacientes com dor crônica em relação a um programa de reabilitação em uma clínica antroposófica e relatou que o resultado a longo prazo de qualquer intervenção para pessoas que sofrem de dor crônica depende da sua capacidade de autocuidado.

São escassos na literatura estudos que avaliam a capacidade de autocuidado e a dor crônica em uma população de hipertensos. Os estudos encontrados e acima citados detalham de outras populações específicas como idosos, fibromiálgicos, populações gerais, populações com dor, porém sem HAS. Este estudo destaca-se pela originalidade em relacionar os temas autocuidado – dor crônica – hipertensão.

No presente estudo, foi encontrada uma associação entre idade e dor crônica, em que as pessoas com 63,4 anos ou mais apresentaram prevalência mais elevada de dor crônica. Resultados próximos também são encontrados nos estudos de Rocha, Alfieri e Silva (2021), Aguiar *et al.*, (2021) e Rikard *et al.*, (2023). Justificados pelo aumento no risco de doenças crônicas degenerativas que afetam as articulações, e também maior risco de HAS e maiores índices de dor crônica em pessoas idosas (Ferreti; Castanha; Padoan, 2018).

A prevalência de dor crônica foi maior entre as mulheres, corroborando com o achado da maioria dos estudos, como a revisão sistemática de literatura sobre a prevalência de dor crônica no Brasil realizada por Aguiar, Souza e Barbosa (2021) e no estudo de Rikard *et al.*, (2023). Outro estudo de Greenspan *et al.* (2007) observaram uma prevalência de dor crônica de 2 a 6 vezes maior entre as mulheres e concluem que a predominância pode ser devido a variações hormonais, fatores genéticos e psicológicos, que tendem a gerar um limiar mais baixo e menor tolerância à dor para as mulheres. O estudo de Andrews, Steultjens, Riskowski (2018)

acrescenta que a mulher possui maior capacidade de discriminar a dor, e segundo Fillingim *et al.* (2009), elas são frequentemente encorajadas a falar sobre seus sentimentos e podem se sentir mais confortáveis do que os homens em indicar que estão sentindo dor. Para Casale *et al.* (2021) as diferenças genótípicas e fenótípicas na dor entre os sexos são condicionadas por fatores anatômicos, fisiológicos, neurais, hormonais, psicológicos, sociais e culturais, como a resposta ao tratamento farmacológico para controlar a dor. O exame desses fatores mostra que as mulheres são afetadas por doenças dolorosas com mais frequência e severidade do que os homens e que elas relatam dor com mais frequência e com um limiar de dor menor do que os homens.

Outra variável associada à dor crônica neste estudo é a renda igual ou inferior a 1 salário mínimo. Santos *et al.* (2015) observaram em uma cidade do sul do Brasil, que a baixa condição econômica estava associada significativamente com maior prevalência de dor crônica. Na revisão de literatura realizada por Prego-Domínguez *et al.* (2020), os resultados apontaram um aumento moderado no risco de dor crônica para pessoas com condição socioeconômica baixa e média quando comparado com alta condição econômica. Já em uma revisão de escopo de Atkins e Mukhida (2022) sugerem que indivíduos com menor condição socioeconômica não recebem oportunidades iguais de medicamentos prescritos para controlar suas condições de dor crônica. Tamargo *et al.* (2024) sugerem que a insegurança alimentar pode ser um determinante social da dor crônica nos Estados Unidos e, para Men *et al.* (2021), a gravidade da insegurança alimentar estava significativamente associada à dor crônica na população canadense.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas, sobretudo o delineamento transversal, o qual não permite definir relações de causalidade entre a prevalência de dor crônica e as demais variáveis investigadas e as medidas autorreferidas das variáveis estudadas. Entre os pontos positivos, o estudo se destaca pela relevância e originalidade do tema, servindo de base para outras investigações, bem como pelo fato de a amostra ser ampla e representativa do município de Rondonópolis.

Ressalta-se ainda a elevada taxa de resposta do estudo, que contribuiu para a validade interna dele, diminuindo a chance de ocorrência de erros sistemáticos. Reconhecendo que a dor crônica não se manifesta apenas como um sintoma físico, mas também pode estar relacionada a fatores psicológicos e sociais de cada ser humano, a sua investigação torna-se cada vez mais necessária, mesmo que represente um grande desafio à ciência. Os resultados evidenciam a necessidade de se reconhecer a HAS e a dor crônica como uma questão de saúde pública e o autocuidado como uma importante estratégia.

Este estudo fornece dados epidemiológicos que podem auxiliar na elaboração de políticas de saúde com estratégias adaptadas à realidade do município. A UBS pode exercer um papel fundamental por meio de programas e ações específicas, como a implementação de grupos específicos e apoio aos usuários e familiares. Outro aspecto crucial é a importância da qualificação dos profissionais de saúde. Como sugestão, a Educação Permanente em Saúde para orientar e capacitar os profissionais em relação ao manejo adequado da dor crônica, HAS e autocuidado. Promover abordagens interprofissionais por meio das equipes multiprofissionais, o que qualifica o cuidado, garantindo prevenção e acompanhamento de forma eficaz e abrangente aos usuários.

Considerando que a prevenção nem sempre é viável, pois alguns fatores associados são biológicos, neste sentido o tratamento adequado, respaldado por diagnósticos ágeis e precisos, proporcionam ao usuário perspectivas positivas. A partir deste estudo, esperamos estabelecer um ponto de partida para futuras pesquisas e intervenções na área.

8. CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de dor crônica entre os pacientes hipertensos investigados na APS é elevada. O autocuidado parece guardar importante relação com o favorecimento da ocorrência da dor, sobretudo quando considerados aqueles indivíduos com capacidade de autocuidado variando entre boa e ruim. Além disso, é sugerida a relevância do contexto socioeconômico na ocorrência da dor crônica, dado que sexo feminino, idade $\geq 63,4$ anos e renda familiar ≤ 1 salário mínimo também se mostraram como variáveis associadas ao desfecho.

REFERÊNCIAS

- ABZA, L.F. et al., Self-care adherence and associated factors among hypertensive patients at Guraghe Zone; **Heliyon**; v.10; n.17; p.2405-8440; 2024;
- AGUIAR, D. P.; SOUZA, C. P. Q.; BARBOSA, W. J. M.; Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **BrJP**; v.4; n.3; p.257–267; 2021;
- AL-GHAMDI, S.; *et al.* The relationship between chronic pain prehypertension and hypertension. A population-based cross-sectional survey in Al-Kharj, Saudi Arabia. **Postgraduate medicine**; v.133; n.3; p.345–350; 2020;
- ANDERSSON, HI; et al., Impacto da dor crônica na busca por cuidados de saúde, autocuidado e medicação. Resultados de um estudo sueco de base populacional; **Journal of Epidemiology & Community Health**; v.53; n.8; p.503–509; 1999;
- ANDREWS, P.; STEULTJENS, M.; RISKOWSKI, J.; Chronic widespread pain prevalence in the general population: a systematic review. **Eur J Pain**. v.22; p.5-18; 2018;
- ARMAN, M.; HÖK, J. Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients’ experience of integrative rehabilitation; **Scand J Caring Sci**; v.30; p.374-381; 2016;
- ATKINS, N.; MUKHIDA, K.; A relação entre a renda e a educação dos pacientes e seu acesso ao tratamento farmacológico da dor crônica: uma revisão de escopo. **Canadian Journal of Pain**, v.6; e.1; p.142–170; 2022;
- BARREVELD, A. M. *et al.*, Uma ferramenta digital centrada no paciente e alimentada por inteligência artificial para autogerenciamento da dor crônica: um ensaio clínico prospectivo e multicêntrico; **Pain Medicine**; v.24; e.9; p.1100–1110; 2023;
- BARROSO, W. K. S. *et al.*, Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v. 116; n. 3; p. 516–658; 2021;
- CASALE, R.; *et al.*, Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization;. **Pain and Therapy**; v.10; n.1; p.287-314; 2021;
- COUTO, L. A. *et al.*, Avaliação do agenciamento de autocuidados e sua associação com sintomas e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia. **Fisioterapia e Pesquisa**; v.27; n.2; p.140–146; 2020;
- ENDRIGHI, R.; *et al.*, Dor percebida e inter-relações e expectativas de tabagismo estão associadas à dor e à cessação do tabagismo em indivíduos com deficiências de mobilidade; **Nicotine & Tobacco Research**; v.23; e.1; p.179–185; 2021.
- FERRETTI, F.; CASTANHA, A.C.; PADOAN, E.R.; Quality of life in the elderly with and without chronic pain; **BrJP**; v.1; n.2; p.111–115; 2018;

FILLINGIM, R. B. *et al.*, Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings; **The Journal of Pain**; v.10; n.5; p.447-485; 2009

GIROIR, Brett P.; WRIG, Don; Office of disease prevention and health promotion. **Physical Activity Guidelines for Americans**, 2. ed. 2018.

GREENSPAN, J.D.; *et al.*, Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. **Pain**; v.132; p.26-45 2007.

HAQUE, R. *et al.*, Beyond the sum of their parts: The combined association of dementia and chronic pain with self-care limitations in older Australians; **Journal of Affective Disorders**; v.369; p.633-642; 2024;

HAMAM, M. S. *et al.*, Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension. **Curr Hypertens**; v.22; p.106; 2020;

HENSCHKE, N.; KEMPER, S. J.; MAHER, C.; The epidemiology and economic consequences of pain. **Mayo Clin Proc**; v.90 (1); p.139-47; 2015;

HOOTEN, W.M.; *et al.*, Cessação do tabagismo e dor crônica: atitudes do paciente e do médico especialista em dor. **Pain**; v.11; p.552-63; 2011;

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Portal cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/rondonopolis/panorama>. Acesso em: 10/11/2024.

KAMERMAN, P. R.; *et al.*, Quase 1 em cada 5 adultos sul-africanos têm dor crônica: um estudo de prevalência atual em uma grande amostra nacionalmente representativa. **Pain**; v.161; p.1629-1635; 2020;

KIM CH *et al.*, Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. **Arthritis Res Ther**; v.15; p.42; 2013;

LAROWE, L. R.; DITRE, J.W. * Dor, nicotina e tabagismo: estado atual da ciência. **Pain**; v.161; e.8; p.1688-1693; 2020;

LEE, J.; NOH, D. Factors Associated With Self-Care Among Patients Receiving Hemodialysis: A Cross-Sectional Observational Study. **Res Theory Nurs Pract**; v.35; e.2; 2021;

LI, Si-yi BA. As relações entre autoeficácia, apoio social e comportamento de autocuidado em pacientes idosos com dor crônica (um artigo compatível com STROBE). **Medicina**; v.100; n.9; p.24554; 2021;

MADEIRA, S. A.; VARELA, V.; MARQUES, P. R.; Relação Entre Dor Crônica E Doenças Cardiovasculares – Revisão Narrativa Da Literatura. **Revista hipertensão [Internet]**; v.102; p.26-31; 2024;

MALTA, D. C. *et al.*, Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; v.21; p.180021; 2018;

MEN, F.; *et al.*, Food insecurity, chronic pain, and use of prescription opioids, **SSM - Population Health**, v.14; p.100768; 2021;

MUNDAL, I.; *et al.*, Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. **BMC Musculoskelet Disord**; v.15; p.213; 2014;

OLIVEIRA, P. R. de. *Et al.*, Qualidade de vida e autocuidado de mulheres que vivem com fibromialgia: uma revisão integrativa. **Nursing Edição Brasileira**; v. 22; n.251; p.2880– 2886; 2019;

OMS. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Geneva: World Health Organization**; 1995.

PACHECO, A.E. ANTUNES, M.J.M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**; v.06; n 03; p.2907-18; 2015;

PÉREZ-ORTIZ, A., *et al.*, Avaliação da qualidade de vida e adesão terapêutica em pacientes mexicanos com diabetes tipo 2. **Int J Diabetes Dev Ctries**; v.44; e.1; 2024;

PREGO-DOMÍNGUEZ, J.; *et al.*, Status socioeconômico e ocorrência de dor crônica: uma meta-análise, **Rheumatology**, v. 60; p.1091-1105; 2021;

RIKARD, SM *et al.*, Dor crônica entre adultos — Estados Unidos, 2019–2021. **MMWR Morb Mortal Wkly**; v.72; p.379–385; 2023;

ROCHA, A. D. X.; ALFIERI, F. M.; SILVA, N. C.; Prevalence of chronic pain and associated factors in a small town in southern Brazil. **BrJP**; v.4; n.3; p.225–231; 2021;

SACCO, M.; *et al.*, The Relationship Between Blood Pressure and Pain; **J Clin Hypertens (Greenwich)**; v.15; p.600–605; 2013;

SANTIAGO, E R. C. *et al.*, Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v.113; n.4, p.687-695; 2019;

SANTIAGO, B. V. M. *et al.*, Prevalence of chronic pain in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Clinics**; v.78; p.100209; 2023;

SANTOS, F. A. A.; *et al.*, Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional; **Rev bras epidemiol**; v.18; n.1; p.234-47; 2015;

- SEBBA RIOS J. C. et al., Efeitos de um programa educacional de autocuidado de coluna em idosos com dor lombar: um estudo quase-experimental. **Motricidade [Internet]**; v.11; p.53- 63; 2015;
- SCALA, E.; *et al.*, Level of readiness of chronic pain patients to practise active self-care; **Eur J Pain**; v.22; n.10; p.1800-12; 2018;
- SCOTT, J.R.; *et al.* Moderate alcohol consumption is associated with reduced pain and fibromyalgia symptoms in chronic pain patients; **Pain Med**; v.19; p.2515 –27; 2018;
- SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R.; Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado; **Arq. Ciênc. Saúde**; v.24; e.4; p.30-36; 2017;
- SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V.; Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**; v.24; n.1; p.1–10; 2019;
- SPINK, A.; WAGNER, I.; ORROCK, P.; Common reported barriers and facilitators for self- management in adults with chronic musculoskeletal pain: A systematic review of qualitative studies; **Musculoskeletal Science and Practice**; v.56; p.102433; 2021;
- STEINGRÍMSDÓTTIR, Ó. A. *et al.*, Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. **Pain**; v.158; n.11; p.2092-107; 2017;
- TAMARGO, J.A.; *et al.*, A insegurança alimentar está associada à dor crônica e à dor crônica de alto impacto nos EUA. **Nutrição em Saúde Pública**; v.27; p.7; 2024;
- TAMHANE, A. R. et al., Prevalence odds ratio versus prevalence ratio: choice comes with consequences; **Stat Med**; v.35; n.30; p.5730-5735; 2016;
- TREEDE, R-D. *et al.*, Dor crônica como sintoma ou doença: a Classificação IASP de Dor Crônica para a Classificação Internacional de Doenças (CID-11); **Pain**; v.160; p.19-27; 2019;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Putting people first in managing their health: new WHO guideline on self-care interventions. Geneva: WHO, 2021;
- YONG, R. J.; MULLINS, P. M.b; BHATTACHARYYA, N.; Prevalence of chronic pain among adults in the United States. **Pain**; v.163; n.2; p.328-332; 2022;
- ZIMMER, Z.; *et al.*, “A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors.” **Pain**; v.163; p.1740-1750; 2022

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Nome (opcional): _____

Email: (opcional) _____

1 data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Cor/raça autodeclarada

- A. () Branca
 B. () Preta
 C. () Parda
 D. () Amarela
 E. () Indígena

4. Religião

- A. () Católica
 B. () Evangélica
 C. () Espírita
 D. () Não tem
 E. () Outra

5. Situação conjugal:

- () possui companheiro/a,
 () não possui companheiro/a

6. Nível de escolaridade

- () Fundamental Incompleto;
 () Fundamental Completo;
 () Médio Incompleto;
 () Médio Completo;
 () Superior Incompleto;
 () Superior Completo;
 () Sem escolaridade.

7. Situação profissional:

- () Ativo
 () Aposentado(a), mas desempenha atividades remuneradas.
 () Aposentado(a)
 () dona de casa.
 () Desempregado(a).

8. Renda Familiar Mensal

- () Até 1 Salario
 () Até 2 salario
 () Até 3 salario
 () Até 4 salario ou +

9. Número de pessoas que vivem com a renda familiar: _____

10. Tipo de residência

- () Própria () Cedida () Alugada

11. Qual a sua doença:

- () Cânceres
 () Cardiovasculares
 () Diabetes
 () respiratórias crônicas

12. Fumante () Sim () Não

13. Pratica atividade física?

- () Mínimo 30 minutos 03 vezes por semana.
 () 5 dias por semana.
 () Todos os dias.
 () Não

14. Consome álcool () Sim () Não

15. Altura: _____ 16. Peso: _____

18. Como é o seu sono?

- () só dorme com medicamento.
 () Insuficiente, acorda cansado.
 () Dorme o necessário e acorda descansado

19. Sua alimentação é:

- () Saudável. () Razoável. () Ruim

20 Sabe o significado de autocuidado

- () Sim () Não

21. Qual profissional de saúde orienta ou orientou sobre o autocuidado

- () Médico/a
 () Enfermeiro/a
 () Odontólogo/a
 () Técnico de enfermagem
 () Agente de Saúde
 () Outro

22. Recebeu orientações sobre alimentação de acordo com sua doença () Sim () Não

23. Recebeu orientações sobre uso correto dos medicamentos () Sim () Não

24. Recebeu orientações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos que utiliza () Sim () Não

25. Recebeu orientações sobre os sinais e sintomas de sua doença () Sim () Não

26. Recebeu orientações sobre as complicações decorrentes de sua doença () Sim () Não

27. Recebeu orientações sobre atividades (físicas) que deve realizar de acordo com sua doença () Sim () Não

28. Se sente confiante para realizar as atividades de autocuidado () Sim () Não

Instruções: Abaixo você vai encontrar uma lista de afirmações que as pessoas têm utilizado para se descreverem. Por favor, leia cada afirmação e circule o apropriado abaixo da mesma que indica o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas conforme sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmações, mas dê a resposta que melhor se encaixa nas suas características.

29. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para se manter saudável.

Discordo totalmente Concordo totalmente

30. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo

Discordo totalmente Concordo totalmente

31. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.

Discordo totalmente Concordo totalmente

32. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

33. Quando necessário, tomo novas providências para me manter saudável.

Discordo totalmente Concordo totalmente

34. Sempre que posso, eu cuido de mim.

Discordo totalmente Concordo totalmente

35. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim

Discordo totalmente Concordo totalmente

36. Tomo banho sempre e mantenho a higiene

Discordo totalmente Concordo totalmente

37. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo

Discordo totalmente Concordo totalmente

38. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

39. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.

Discordo totalmente Concordo totalmente

40. Com o passar dos anos fiz amigos com quem posso contar.

Discordo totalmente Concordo totalmente

41. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir des cansado.

Discordo totalmente Concordo totalmente

42. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

43. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.

Discordo totalmente Concordo totalmente

44. Se tomo um remédio novo, procuro informar - me se ele causa algum mal -estar.

Discordo totalmente Concordo totalmente

45. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde

Discordo totalmente Concordo totalmente

46. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família

Discordo totalmente Concordo totalmente

47. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.

Discordo totalmente Concordo totalmente

48. No meu dia - a -dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

49. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê -lo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

50. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

51. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.

Discordo totalmente Concordo totalmente

52. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria .

Discordo totalmente Concordo totalmente

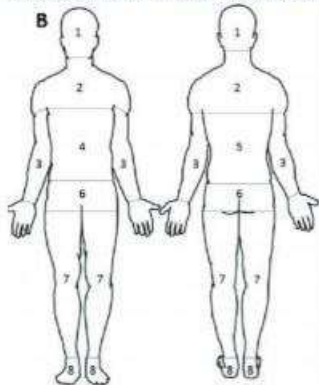
53. Você possui dor em algum lugar a mais de 03 meses?

() Sim () Não

54. De zero (0) a dez (10) circule qual numero você daria para sua dor?



55. Assinale o local você sente a dor (se for mais de um assinale o qual mais incomoda):



56. O que você faz que alivia a dor:

- () Alongamentos/ exercícios
- () Medicamentos
- () Repouso
- () Receitas caseiras

57 A dor modifica quando realiza as atividades de autocuidado?

() Não interfere () Piora () Melhora

58. Sua dor muda de intensidade com o passar dos dias?

() Sim () Não

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Apêndice C - CARTA DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA EM CAMPO



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Rondonópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Educação Permanente em Saúde

Eu, Edinaldo Santos de Souza, responsável pela Educação Permanente em Saúde de Rondonópolis/MT, tenho ciência e **AUTORIZO** a realização da pesquisa intitulada “**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O AUTOCUIDADO ENTRE OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**” a ser realizada nas Unidade de Saúde da Família deste município e conduzido pela pesquisadora Magda de Mattos, vinculada a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), com o seguinte objetivo geral: Analisar como o autocuidado é realizado pelos usuários com doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família.

Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Saliento ainda que tais dados serão utilizados exclusivamente para realização deste estudo.

Por fim, ressalta-se que este projeto não implicará em qualquer tipo de ônus para os participantes da pesquisa e para a Secretaria Municipal de Saúde.

Rondonópolis, de janeiro de 2023.

Enfermeiro Mestre Edinaldo Santos de Souza
Responsável pela Educação Permanente em Saúde
de Rondonópolis, MT.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa “DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O AUTOCUIDADO ENTRE OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. A pesquisadora envolvida é a professora Magda de Mattos, vinculada a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondonópolis-UFR. O objetivo geral deste estudo é analisar como o autocuidado é realizado pelos usuários com doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações a respeito das práticas de autocuidado desenvolvidas no seu processo de adoecimento.

Ressalta-se que os riscos serão mínimos, podendo causar aos participantes da pesquisa, pequeno desconforto ou cansaço durante o preenchimento do questionário. Caso o participante venha sentir qualquer mal-estar, pequeno desconforto ou cansaço durante a entrevista, esta poderá ser interrompida e finalizada em outra data a ser decidida pelo participante e pesquisador. Além disso, é garantido ao participante o ressarcimento se houver despesas decorrentes de sua participação na pesquisa e caso haja algum dano ao participante será garantido ao mesmo procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização, conforme descrito na Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012.

Como benefícios da pesquisa, poderão ser alcançados desde o momento da coleta dos dados, em que os participantes poderão expressar suas dúvidas em relação ao autocuidado. Ainda, a participação dos usuários com doenças crônicas no estudo trará benefícios a partir dos dados gerados em que será possível observar e analisar as atividades dos profissionais da área de saúde para a adesão ao autocuidado de usuários da ESF.

Ressalta-se que a coleta de dados seguirá todas as recomendações dos protocolos de biossegurança para a COVID-19, como o uso de máscara pelos/as participantes e pelas pesquisadoras, higienização das mãos com álcool gel 70%, distanciamento mínimo de 1,5 m entre participante e pesquisadoras, em ambiente ventilado, bem como portas e janelas abertas para garantir a circulação de ar

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora Magda (e-mail: magda.mattos@ufr.edu.br), podendo tirar suas dúvidas sobre o trabalho e sua participação agora ou a qualquer momento. Você deverá guardar a cópia desse documento. Para esclarecimento de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFR, localizado no endereço: Avenida dos Estudantes, nº 5055, Cidade Universitária. Rondonópolis/ MT, CEP: 78736-900. Telefone: (66) 3410-4153 e E-mail: cep@ufr.edu.br.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O AUTOCUIDADE ENTRE OS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Magda de Mattos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66863123.0.0000.0126

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONOPOLIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.914.690

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 5.914.690

Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	14:22:45	Magda de Mattos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2023 16:06:56	Magda de Mattos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RONDONOPOLIS, 27 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
RAQUEL GONÇALVES SALGADO
(Coordenador(a))