UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

KAREN DOS SANTOS FERREIRA

**Dor crônica e suas características na Unidade de Dor do
Hospital Central de Maputo / Moçambique**

Ribeirão Preto - SP

2012

KAREN DOS SANTOS FERREIRA

**Dor crônica e suas características na Unidade de Dor do
Hospital Central de Maputo / Moçambique**

Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas

Área de Concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali

Ribeirão Preto - SP

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação

**Preparada pela Biblioteca do Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**

Ferreira, Karen dos Santos

Dor crônica e suas características na Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo / Moçambique. Orientador: Speciali, José Geraldo. Ribeirão Preto, 2012.

100p. il., 30cm.

Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Área de concentração: Neurologia

1. Migrânea 2. Síndrome das Pernas Inquietas

Nome: Ferreira, Karen dos Santos

Título: DOR CRÔNICA E SUAS CARACTERÍSTICAS NA UNIDADE DE DOR DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO/MOÇAMBIQUE

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas

Área de Concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao paciente africano que sente dor, seja esta física ou emocional. Sua presença em minha vida ensinou muito mais do que poderei escrever neste texto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor José Geraldo Speciali por acreditar e apoiar a realização desta pesquisa. Sou eternamente grata por poder executar um projeto que é o sonho de uma vida. Acho que só um verdadeiro mestre nos estimula a sonhar, num mundo cheio de dificuldades e asperezas.

Agradeço à minha família pelo carinho, incentivo e entusiasmo em cada fase da elaboração desta tese. Vocês estiveram espiritualmente comigo na África...

Aos amigos Maria Tereza Schwalbach e João Schwalbach por me receberem com tanto carinho em um país estranho e se tornarem amigos queridos. Que nosso trabalho seja um estímulo para o desenvolvimento do estudo e tratamento da dor em Moçambique.

Aos funcionários da Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo por me receberem com simpatia e entusiasmo.

Ao amigo Guilherme Mansur Dias pelos ensinamentos em Antropologia que enriqueceram infinitamente meu trabalho.

Aos amigos presentes nos últimos anos, Carolina Pinto de Souza, Márcio Alexandre Pena, Fabíola Dach, Alan Eckeli, Roberto Satler Cetlin, Renata Campi, Joceli Rodrigues e Larissa Nishioka por serem companheiros nos momentos mais difíceis que passei.

E ao querido Samuel Fernando Coutinho por ser meu maior apoio nos momentos finais deste trabalho.

"A explicação científica não consiste, como fomos levados a imaginar, na redução do complexo ao simples. Ao contrário, ela consiste, na substituição de uma complexidade menos inteligível por outra mais inteligível."

O Pensamento Selvagem -

Lévi-Strauss

"Falamos de algumas pessoas que são transparentes para nós. Todavia, é importante no tocante a essa observação que um ser humano possa ser um enigma completo para outro ser humano. Aprendemos isso quando chegamos a um país estranho, com tradições inteiramente estranhas e, o que é mais, mesmo que se tenha um domínio total do idioma do país. Nós não compreendemos o povo (e não por não compreender o que eles falam entre si). Não nos podemos situar entre eles."

Wittgenstein

RESUMO

FERREIRA, K. S. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2012

Moçambique é um país que vem passando por profundas mudanças políticas e sociais nos últimos 50 anos. Dentro deste contexto, em 1996, uma Unidade de Dor foi criada no Hospital Central de Maputo. O objetivo do presente estudo foi descrever e analisar os aspectos epidemiológicos, clínicos e emocionais de pacientes com dor crônica atendidos na Unidade de Dor. Um total de 118 pacientes foram entrevistados por um período de 2 meses. Destes, 79 (66,9%) eram mulheres e 39 (33,1%) eram homens. A média de idade foi de 52,4 anos, com um desvio padrão de 13,7. Cento e sete (90,7%) eram negros. Quarenta pacientes (33,9%) tiveram o diagnóstico da dor neuropática, 40 (33,9%) apresentaram dor osteomuscular, 8 (6,8%) tiveram dor relacionada com a SIDA, 17 (14,4%) tiveram dor oncológica. A média da escala numérica de dor foi 8,37 e a média de duração da dor crônica foi 41,75 meses. Independentemente do seu tratamento na unidade de dor, entre os medicamentos abortivos para a dor, o paracetamol foi o mais utilizado e amitriptilina profilático foi o mais amplamente utilizado. Cinquenta e oito pacientes (49,2%) também receberam algum tratamento de curandeiros locais. Quanto aos aspectos emocionais, foram encontrados 39 (33,1%) pacientes que preenchiam os critérios do DSM-IV de transtorno depressivo. Estes resultados são discutidos com base nos aspectos culturais envolvidos.

Palavras-chave: África, dor crônica, religião, depressão, medicina alternativa, sociocultural

ABSTRACT

FERREIRA, K. S. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2012

Mozambique is a country that has been experiencing profound political and social changes over the last 50 years. Within this context, in 1996 a Pain Unit was set up in the Central Hospital of Maputo. The objective of the present study was to describe and analyze the epidemiological, clinical and emotional aspects of patients with chronic pain attended at the Pain Unit. A total of 118 patients were interviewed over a period of 2 months. Of these, 79 (66.9%) were women and 39 (33.1%) were men. Mean patient age was 52.4 years, with a standard deviation of 13.7. Hundred seven (90,7%) were black. Forty patients (33,9%) had a diagnosis of neuropathic pain, 40 (33,9%) had osteomuscular pain, 8 (6,8%) had pain related to SIDA, 17 (14,4%) had oncologic pain. Mean of visual analogic scale for pain was 8,37 and chronic pain duration was 41,75 months . Regardless of their treatment at the Pain Unit, between the abortive medications for pain, paracetamol was the most used and prophylactic amitriptyline was the most widely used. Fifty eight patients (49.2%) also received some treatment from local healers. When emotional aspects were considered, 39 (33.1%) patients were found to have depressive symptoms that fulfilled DSM IV criteria of depressive disorder. These results are discussed based on the cultural aspects involved.

Keywords: Africa, chronic pain, depression, religion, alternative medicine, sociocultural

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Moçambique	17
Figura 2 - Cidade de Maputo.....	19
Figuras 3 e 4 - Artesanato em Moçambique.....	20
Figura 5 - Catedral de Maputo.....	20
Figura 6 - Palhota- Habitação típica de Moçambique.....	21
Figura 7 - Criança carregada em Capulana (tecido africano típico).....	24
Figura 8 - Moradores de rua em Moçambique	26
Figuras 9,10 e 11 - Hospital Central de Maputo e sua Unidade de Dor.....	30
Figura 12 - Mapas de Dor.....	40
Figura 13 - Paciente com Dor Crônica por Sarcoma de Kaposi.....	49
Figuras 14 e 15 - Bloqueios Anestésicos na Unidade de Dor.....	57
Figuras 16 e 17 - Cicatrizes de escarificações realizadas por curandeiros.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número total de doentes atendidos em ambulatório na Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique em quatro anos.....	29
Gráfico 2 - Boxplot Intensidade de dor antes e após tratamento.....	45
Gráfico 3 - Análise Lin- Intensidade de dor antes e após tratamento.....	45
Gráfico 4 - Dispersão - Intensidade inicial de dor pareada por sexo.....	46
Gráfico 5 - Boxplot da média na Escala de Graduação da Síndrome das Pernas Inquietas.....	54
Gráfico 6 - Boxplot da média de idade em pacientes com e sem Síndrome das Pernas Inquietas.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência HIV entre adultos (15-39 anos) por região e total nacional em Moçambique.....	22
Tabela 2 - Prevalência de dor crônica definida pela World Healthy Organization (WHO) na população em geral.....	27
Tabela 3 - Idade.....	42
Tabela 4 - Dados epidemiológicos gerais	43
Tabela 5 - Religião	44
Tabela 6 - Características da dor.....	44
Tabela 7 - Local da dor.....	46
Tabela 8 - Principal tipo de dor.....	47
Tabela 9 - Fatores atenuantes e desencadeante.....	48
Tabela 10 - Diagnóstico da dor.....	49
Tabela 11 - Subdiagnósticos frequentes da dor.....	49
Tabela 12 - Comorbidades e hábitos.....	51
Tabela 13 - Presença de cefaléia.....	52
Tabela 14 - Pacientes com Síndrome das Pernas Inquietas.....	53
Tabela 15 - Síndrome das Pernas Inquietas e etnia.....	55
Tabela 16 - Síndrome das Pernas Inquietas e neuropatias.....	55
Tabela 17 - Tratamento: medicação abortiva.....	56
Tabela 18 - Tratamento: medicação profilática.....	56
Tabela 19 - Tratamento invasivo.....	57

Tabela 20 - Medicina tradicional.....	58
Tabela 21 - Tratamento com medicina tradicional nas diferentes religiões.....	58
Tabela 22 - Fatores relacionados à qualidade de vida.....	59
Tabela 23 - Etnia nos diversos tipos de dor.....	59
Tabela 24 - Presença de ansiedade nos diversos tipos de dor.....	60
Tabela 25 - Presença de depressão nos diversos tipos de dor.....	60
Tabela 26 - Afastamento do trabalho nos diversos tipos de dor.....	61
Tabela 27 - Intensidade de dor nos diversos tipos de dor.....	61
Tabela 28 - Uso diário de medicações nos diversos tipos de dor.....	62
Tabela 29 - Bloqueio anestésico nos diversos tipos de dor.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

USP	Universidade de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
OUA	Organização pela Unidade Africana
FRELIMO	Frente de Libertação Moçambicana
RENAMO	Resistência Nacional Moçambicana
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TARV	Terapia Anti-Retroviral
AMETRAMO	Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique
IASP	Internacional Association For Study of Pain
DSF	Douleur Sans Frontières
ONG	Organização não Governamental
SDCR	Síndrome Dolorosa Complexa Regional
SPI	Síndrome das Pernas Inquietas
IRLSSG	International Restless Legs Syndrome Study Group
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IRC	Insuficiência renal crônica

SUMÁRIO

NOME: FERREIRA, KAREN DOS SANTOS..... 4

**TÍTULO: DOR CRÔNICA E SUAS CARACTERÍSTICAS NA UNIDADE DE DOR
DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO/MOÇAMBIQUE.....4**

EXAMES	JÁ	REALIZADOS:
		82

ECTOSCOPIA:
.....82

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA :
.....83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações históricas sobre a África

Por muito tempo, mitos e preconceitos de toda espécie esconderam do mundo a real história da África. A falta de fontes e documentos escritos dificultava estudos científicos e, ainda hoje, a maior parte deles apresenta uma imagem racial e eurocêntrica do continente africano. Por quase um século, o continente africano foi submetido à dominação européia. Ao lutar por sua independência, a África contribuiu também para modificar o curso da história mundial e a Europa, por sua vez, foi forçada a assimilar a lição de responsabilidade internacional e humildade democrática que o desafio africano lhe impunha. Com a descolonização, os oprimidos se colocaram um passo a frente na caracterização de suas identidades e seus valores. O sentimento de pan-africanismo, de uma unidade racial negra, resultado do racismo imposto pelos colonizadores, aflorou em todo o continente. Todas as nações, salvo a República Sul-Africana e a Namíbia, aderiram nos anos 80 a uma organização internacional denominada Organização pela Unidade Africana (OUA).

Mas, afinal, quem são os africanos? Pode-se afirmar que a África é muito mais que um único país e muito menos do que as mais de cinquenta entidades territoriais divididas por fronteiras artificiais pela Europa. Neste sentido, a idéia de pan-africanismo parece um conceito simplista. Cada nação, com as peculiaridades que lhe cabe, constitui uma imensa diversidade política e cultural. Uma das grandes ironias da história moderna reside no fato de o colonialismo europeu ter lembrado aos africanos que eles eram africanos. ⁽¹⁾

“Sobre todo o continente, sem que uma palavra sequer tenha sido trocada de indivíduo a outro ou de país a outro, os africanos olhavam a Europa, observavam se uns aos outros e sabiam que, face ao europeu, eles eram apenas um.” Julius K. Nyerere/ Tanzania

A conferência de Durban, em 2001, tratou da avaliação dos avanços na luta contra o racismo, contra a discriminação racial, bem como a sugestão de medidas

de combate as expressões de racismo e intolerância. Entretanto, ainda hoje, ouvem-se idéias relativas ao destino racial inerente aos negros, definido pela condição de vítima e passividade. O maior desafio atual é dar o espaço para se mostrar uma África rica em diversidades e original em idéias. Sua influência está em toda parte: na política de Nelson Mandela, na música negra americana, nas artes e literatura, nas religiões tradicionais praticadas no Brasil. Cabe a nós devolver-lhes o mérito que é de direito. ⁽²⁾

1.1.1 Moçambique

Figura 1: Mapa de Moçambique

Moçambique é um país que vem experimentando profundas mudanças nos últimos 50 anos. Conseguiu sua independência de Portugal em 1975 em uma guerra prolongada e sangrenta, liderada pelo partido Frelimo, primeiro sob liderança de

Eduardo Mondlane e, após seu assassinato, por Samora Machel. Coincidente com a Guerra Fria, a luta entre Portugal e a Frelimo, também foi a luta entre o Ocidente e o Bloco Soviético, que deu apoio militar e ideológico à Frelimo. Assim que um grupo de colonos iniciou a revolta em Maputo, a maioria dos portugueses fugiu do país, com medo de um governo de tendências marxistas. O capitalismo foi substituído pela socialização dos meios de produção, as indústrias e comércio foram nacionalizados, a população rural foi levada às aldeias comunais. Como estas modificações se tornaram uma ameaça à hegemonia do capitalismo na África Austral, a África do Sul, a Rodésia (Zimbábue), antigos colonos portugueses e Igrejas Protestantes americanas, sob a bandeira ideológica da democracia, apoiaram a organização Renamo (Resistência Nacional Moçambicana) numa guerra civil até o final da década de 80. Em 1992 Frelimo e Renamo se reuniram na mesa de negociações da Comunidade Santo Egídio, em Roma, e assinaram o Acordo Geral de Paz. Desde então, houveram eleições gerais, vencidas pela Frelimo. A paz trouxe a privatização da maioria das empresas estatais e Moçambique manteve crescimento econômico deixando de pedir ajuda internacional para alívio da miséria.

(3)

Estas foram as últimas décadas em Moçambique: um país pobre e agredido pela exploração colonial, entre guerras e longos períodos de secas, lutando pela estabilização social, política e econômica. (3)

1.1.2 Dados gerais

Moçambique é um país da costa oriental da África Austral, limitado ao norte pela Zâmbia, Malawi e Tanzânia, ao leste pelo Oceano Índico, ao sul pela África do Sul e ao oeste pela Suazilândia e Zimbábue. Faz parte da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa), da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), da Commonwealth, da Organização da Conferência Islâmica e da Organização das Nações Unidas. A capital de Moçambique e maior cidade é Maputo. (4-5)

Figura 2: Cidade de Maputo

Tem uma população estimada em 20.069.738 milhões (dados do censo de 2007, Instituto Nacional de Estatística, Moçambique) da qual 29,8% é urbana e 70,2% rural. É um país multirracial de maioria negra (98%).

As quatro principais cidades moçambicanas são Maputo (1.099.102 habitantes), Nampula (477.900 habitantes), Beira (436.240 habitantes), e Quelimane (192.876 habitantes). Apesar da guerra, catástrofes e epidemias, a taxa de crescimento populacional (2.4%) continua elevada.

O clima do país é tropical com estações seca no inverno e chuvosa no verão. As temperaturas médias em Maputo variam entre os 13-24 °C em Julho a 22-31 °C em Fevereiro. O clima é influenciado pelo regime de monções do Oceano Índico e pela corrente quente do Canal de Moçambique.

As principais atividades econômicas caracterizam-se pela agricultura (algodão, cana-de-açúcar, mandioca), pesca, pecuária (bovinos), mineração (carvão, sal, bauxita e ouro) e indústria (alumínio, cerveja e tabaco).

A diversidade linguística de Moçambique é uma das suas principais características culturais. Moçambique está entre os países onde o Português tem o estatuto de língua oficial (artigo 10 da Constituição de 2004). Existe uma enorme diversidade de idiomas nacionais (num total aproximado de vinte línguas, sendo a maioria do grupo banto) que constituem as suas línguas maternas. A língua materna mais frequente em Moçambique é o emakhuwa (26.3%), seguido em segundo lugar pelo xichangana (11.4%) e em terceiro pelo elomwe (7.9%).

Nas artes, é reconhecido pelas pinturas (técnica do batik), escultura (etnia Makonde) e música. A timbila chope é um instrumento típico, tido como Patrimônio Universal.⁽⁴⁾

Figuras 3 e 4: Artesanato em Moçambique

Quanto às religiões, 28,4% da população se diz católica, apesar do forte sentimento de “contra-catequização”, nascido como crítica à instituição ligada ao colonialismo português. A religião muçulmana está representada em todo o país (17,9%) e em todos os estratos sociais. É marcante entre os indianos, paquistaneses e negros mestiços. As religiões protestantes e evangélicas correspondem a 10,9% da população. No período contemporâneo, as “igrejas brasileiras” como a Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é amor, etc. têm se estendido por todo o país. Recentemente, a Rede Record de Televisão (brasileira), ligada à Igreja Universal do Reino de Deus, passou a emitir um canal aberto na capital do país com programação proselitista. ^(1,4,6)

Figura 5: Catedral de Maputo

As religiões tradicionais, animistas, correspondem a 2,1 % da população, porém, influenciam toda a trama da vida individual e comunitária na África. Mesmo com a expansão da influência cristã e islâmica, estima-se que as bases da sociedade estejam ancoradas na religião tradicional. A religião tradicional é aberta e não faz proselitismo, tolerando novas religiões como novos saberes. Assim, o cristianismo se desenvolveu na África em relação estreita com as religiões tradicionais. Os valores morais continuam a ser ditados pelas religiões tradicionais. São caracterizados por respeito aos ancestrais e acesso às divindades por meio de orações e sacrifícios. ^(1,4,6)

Quanto aos indicadores sociais, a taxa de analfabetismo está em torno de 50,4 %. A expectativa de vida do moçambicano é de 49,4 anos. Considerando-se o país como um todo, as palhotas (casas construídas com palha) representam 85,5% das habitações. Estas, representam a falta de acesso da população às habitações de cimento, tradicionais nas construções do colonizador português. Os poços são utilizados por 46,9% da população para aquisição de água. Os telefones são meio de comunicação para 24% da população e 2,1% utiliza internet. ^(4,6)

Figura 6: Palhota- Habitação típica de Moçambique

1.1.3 Moçambique e AIDS

O continente africano concentra o maior número de pessoas vivendo com o vírus do HIV no planeta. De acordo com dados da OMS e UNAIDS, até 2003 a África detinha mais da metade dos casos mundialmente registrados, em torno de 25 milhões de pessoas infectadas, num total de 46 milhões de casos em todo o mundo. ⁽⁷⁾

Dentro da África subsaariana, as regiões austral e oriental apresentam os índices mais elevados de prevalência de HIV/AIDS, conforme dados da UNAIDS. Esses índices chegam a 38% em Botswana, estão acima de 30% em Zimbábue, 20,1% na África do Sul e 13% em Moçambique. ⁽⁷⁾

A situação em Moçambique é parecida com a situação da África em geral: uma epidemia feminizada, concentrada na faixa etária entre os 20 e 50 anos, com problemas relativos a um alto índice de transmissão materno-infantil. A transmissão materno-infantil (responsável por 10% das infecções) e o alto número de órfãos colocam a questão da AIDS infantil como um problema de grande escala. Tudo isto está associado à dificuldade de acesso à Terapia Anti-Retroviral na rede pública (até o ano de 2000 não havia TARV disponível, para a população). ⁽⁷⁾

Tabela 1: Prevalência HIV entre adultos (15-39 anos) por região e total nacional em Moçambique:

Região Norte: 5,7%
Região Central: 16,5%
Região Sul (Maputo): 13,2%
Nacional: 12,2% ⁽⁷⁾

1.1.4 Saúde e Doença em Moçambique

Podemos caracterizar “doença” como uma experiência culturalmente aprendida, vivenciada de maneira diversa nas diferentes populações. Cultura corresponde a um conjunto de sistemas e idéias, conceitos, regras e significados compartilhados por uma sociedade, que conseguem auxiliar o indivíduo a vivenciar os fatos emocionalmente. A maioria destes valores e crenças com relação à saúde são aprendidos na infância durante o processo de socialização. ⁽⁸⁾ O homem precisa de tais fontes simbólicas para encontrar seus apoios no mundo. Não dirigido por padrões culturais — sistemas organizados de símbolos significantes — o comportamento do homem seria um simples caos de atos sem sentido e explosões emocionais, e sua experiência não teria praticamente qualquer forma. A cultura não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para

ela.⁽⁹⁾ É também uma forma de “domesticação do aleatório” conferindo explicações e sentido ao que não se pode compreender e intervir.⁽¹¹⁾

Dentro deste contexto, os aspectos relacionados à saúde e ao adoecer nas diversas populações precisam ser analisados em conjunto com sua tradição e significantes, para que possam ser melhor compreendidos. As religiões desempenham um papel importante neste processo. Em Moçambique, esta análise não poderia ser diferente. O sistema de interpretação de infortúnio, saúde e doença predominante na população moçambicana envolve uma associação com as religiões tradicionais, as quais influenciam os valores morais e condutas na sociedade.^(10, 11,12,13) Assim, as religiões tradicionais constituem patrimônio cultural inestimável, exercendo influências na organização social e fatores relacionados à saúde e cura.

A sociedade moçambicana tem uma visão muito ampla sobre saúde, envolvendo o bem-estar físico e social, o sucesso no trabalho, escolha dos casamentos, saúde dos filhos, felicidade em geral. Os males físicos podem representar uma desarmonia nas relações sociais, seja com seus vizinhos, antepassados ou divindades. A figura do curandeiro simboliza o tratamento destes males, através de ervas, orações ou sacrifícios.⁽¹⁾

Em artigo apresentado pelo Professor João Schwalbach,⁽¹⁰⁾ na Reunião de História Geral da Medicina, em Lisboa – 2001, foi caracterizada a percepção de saúde-doença-cura no contexto moçambicano, a qual estaria relacionada aos seguintes fatores:

- * A vida humana é vista em três relações fundamentais: da pessoa com Deus; da pessoa com outra pessoa ou seu espírito; da pessoa com o ambiente.

- * Ter saúde é estar em harmonia e as doenças aparecem quando esta harmonia se rompe ou enfraquece, devendo ser corrigida.

- * Os espíritos dos mortos podem tomar posseção de pessoas humanas vivas, provocando tormentos que devem ser tratados.

- * Raramente se adoecer por vias naturais. A doença é provocada por agente exterior, de origem natural ou sobrenatural.

- * Devem ser tomadas medidas contra isto por meio de ritos e proteção, uso de amuletos, culto dos antepassados e das forças sobrenaturais, observância das normas culturais locais (observância dos tabus e interditos).

Segundo esta perspectiva holística, não basta tratar a doença para curar o paciente. É necessário se restabelecer o equilíbrio social, incluindo a harmonia com os antepassados. A doença não é, assim, o oposto de saúde.⁽¹¹⁾

É frequente pensarmos que a população moçambicana procura os vários tipos de curandeiros devido a insuficiência de médicos, ou a falta de dinheiro das

famílias. Um tratamento com um nyanga (curandeiro) pode ser tão ou mais caro que tratamento médicos habituais. Neste sentido, não se pode considerar o curandeiro um médico “para os pobres” ou classes de nível intelectual inferior.⁽¹¹⁾

“O médico resolve os problemas de dor, mas o curandeiro resolve todo o resto” - Frase de paciente atendida durante a pesquisa.

O espectro de atuação dos médicos tradicionais envolve diagnóstico (adivinhação) e tratamento (por misturas de produtos vegetais, cortes na pele efetuados nos pontos considerados vulneráveis chamados escarificações ou expulsão de espíritos). Atualmente, os médicos tradicionais foram incluídos no Sistema de Saúde Público Moçambicano, em um Departamento do Ministério da Saúde, para atividades de medicina tradicional. Estão representados pela AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique). O objetivo deste Departamento é estabelecer uma cooperação bilateral: por um lado, os médicos tradicionais são fiscalizados e podem receber orientações básicas sobre higiene e saúde, por outro lado o governo pode tomar conhecimento de necessidades em determinadas áreas do país e medicações fitoterápicas presentes em seu território. ^(10,11,13)

Ir ao médico, para a maior parte da população moçambicana, representa uma possibilidade de gerir não só a enfermidade presente, mas também as relações de solidariedade e conflito em que estão inseridos. É a possibilidade de adquirir uma mais-valia de significado e reintegração social. ⁽¹¹⁾ A participação do médico formal deve sempre estar atenta à compreensão destes aspectos multidimensionais das doenças e seu tratamento.

Figura 7: Criança carregada em Capulana (tecido africano típico)

1.2 Dor

Desde os primórdios da humanidade, conforme sugerem registros e documentos históricos, a dor tem sido objeto de interesse e preocupação por parte de várias populações. A busca por razões que justifiquem sua ocorrência e formas de se exercer um controle sobre este sintoma, segundo variações culturais e temporais, vem gerando atitudes na sociedade, objetivando seu melhor entendimento e formas de tratamento. ⁽¹⁴⁾ Já nos tempos de Hipócrates, na Roma Antiga, a dor era considerada uma manifestação de quebra do equilíbrio natural do organismo. ⁽¹⁵⁾

Segundo a IASP (International Association for the Study of Pain) o conceito de dor corresponde à “experiência sensitiva e emocional desagradável relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos, onde cada indivíduo reage de acordo com suas experiências anteriores”. ⁽¹⁶⁾

O conceito de dor total, proposto em 1967 por Cicely Saunders, define que todos os aspectos da vida do paciente (físico, emocional, social e espiritual) concorrem para a geração da dor e a manifestação do sofrimento. Assim, podemos compreender que aliviar a dor e o sofrimento vai muito além dos analgésicos e das técnicas. ⁽¹⁷⁾

Melzack definiu que a quantidade e qualidade da dor que sentimos é determinada por nossas experiências prévias e pela forma como interpretamos suas causas e conseqüências. Além disso, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial na nossa sensibilidade e resposta a dor. ⁽¹⁸⁾

A dor é parte de todos os relacionamentos humanos. Desde a infância, em quase todas as sociedades, a dor provoca respostas de ajuda na mãe ou cuidadores. Essa relação de dor resultando em cuidados persiste na vida adulta, estando relacionada ao ganho de atenção e suporte. Por outro lado, a punição física com atitudes que geram dor, leva à idéia de sofrimento como castigo induzindo a sentimentos de culpa e arrependimento. Não é raro que algumas sociedades justifiquem sua dor como punição ou castigo divino. Povos que costumam relacionar sua dor a expurgação de pecados podem ter dificuldade em aceitar e aderir a um tratamento. ⁽⁸⁾

As religiões funcionam socialmente como conjunto de crenças e práticas que orientam um grupo ideológica e filosoficamente, justificando as causas dos infortúnios e restabelecendo a esperança na resolução dos problemas. Assim, tecem sua relação com o fenômeno doloroso, seja como justificadoras do sofrimento ou como alívio da angústia relacionada a este. ⁽⁸⁾ A presença dos ritos de passagem e cerimônias ocorrem nas sociedades tribais ou tradicionais com mais força simbólica do que na sociedade capitalista moderna. Esta, talvez, seja a realidade para algumas sociedades africanas. Se por um lado, naquelas sociedades, existe um significado coletivo, por outro, na sociedade moderna, com experiências individualizadas, a falta de ritos nos distancia da possibilidade de elaboração das tensões e conflitos. ⁽¹⁹⁾

O processo de socialização tem dois momentos importantes: o confronto do indivíduo com a sociedade e o confronto do indivíduo consigo mesmo. O mundo social existe apenas ao se constituir como sentido para os indivíduos e, dialeticamente, os indivíduos só constroem o significado de suas experiências (inclusive da dor), mediante as referências coletivas. ⁽¹⁹⁾

“Mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica”. Mauss, 1921.
⁽²⁰⁾

Como a dor se constitui culturalmente, é preciso contextualizar todos os envolvidos neste processo, o doente, sua família, os profissionais, tradições e crenças. Todos contribuem para um significado da dor a ser buscado. ⁽¹⁹⁾

Figura 8: Moradores de rua em Moçambique

1.2.1 Epidemiologia de dor

As síndromes dolorosas continuam sendo um grande desafio por englobarem aspectos variados, tais como suas manifestações e intensidade no tempo, além de fatores subjetivos e multidimensionais. Não há um consenso universal sobre o tempo de duração necessário para que uma síndrome dolorosa seja considerada crônica, entretanto, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) caracterizou dor crônica como uma dor que persiste por mais de 3 meses. Atualmente, a maioria dos estudos se baseia nesta definição. ⁽¹⁶⁾

A prevalência de dor crônica, definida na população em geral pela World Healthy Organization (WHO), varia em torno de 37% nos países desenvolvidos e 41% nos países em desenvolvimento, com média de idade entre 45 e 65 anos e predomínio em mulheres. ⁽²⁵⁾

Tabela 2: Prevalência de dor crônica definida na população em geral pela World Healthy Organization (WHO)

Dinamarca 20%
Estados Unidos 33%
Holanda 36%
Escócia 50%
Suécia 55%
Brasil 41%
Nepal 47%
África do Sul (mulheres) 45%

Outro estudo desenvolvido pela WHO, em atendimento primário, encontrou dor lombar em 47,8% de 5468 pacientes entrevistados, cefaléia em 45%, dores

articulares em 41%, dores nos membros em 34,3%. 68% dos entrevistados apresentavam dor em mais de um sítio. ⁽²⁶⁾

Nos Estados Unidos aproximadamente 89 bilhões de dólares são gastos anualmente com tratamento de dor e benefícios trabalhistas resultantes de sua incapacidade física. Dor músculo-esquelética e lombalgias são os tipos de dor mais freqüentes, porém, muitas pessoas com dor crônica apresentam múltiplos sítios de dor. ⁽¹⁴⁾

No Brasil, a dor é razão para consultas médicas em 1/3 dos atendimentos ambulatoriais e nos pacientes internados sua prevalência varia de 45 a 80%. As causas mais citadas são: lombalgia, cefaleia, dor abdominal, artralgia, dor torácica e nos membros. Há predomínio em mulheres, com prevalência na faixa etária de 45 a 65 anos. ⁽¹⁴⁾

Estudo realizado no Centro de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo encontrou predomínio de dor muscular em mulheres (fibromialgia 9% e dor miofascial 4,4%) e dor relacionada ao câncer em homens (14,9%). As doenças mais frequentes foram as do aparelho locomotor 42,8%, neuropatias 31,2 % e oncológicas 31,2%. ⁽²⁷⁾

Outro estudo, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 2006, entrevistou 505 funcionários da Universidade Estadual de Londrina, encontrando dor crônica em 61, 4% dos sujeitos. Houve maior prevalência em mulheres. Quanto à região acometida houve predomínio de cefaleias (26,7%), lombalgias (19,4%) e dor em membros inferiores (13,3%). ⁽²⁸⁾

Em Salvador-Brasil, um estudo epidemiológico realizado com 2297 pessoas, evidenciou dor crônica em 41,4% dos entrevistados, com predomínio em mulheres, idosos, obesos e fumantes. ⁽²⁹⁾

Na África do Sul em 2006, foi publicado um trabalho que avaliou dados epidemiológicos e psicossociais em pacientes de uma Unidade de Dor. Este estudo incluiu 325 pacientes, sendo 43% com média de idade entre 41 e 60 anos, 69,2% de mulheres, 47% com 11-12 anos de escolaridade. O diagnóstico mais frequente foi lombalgia (49,2%), seguido de dor miofascial (23,1 %). ⁽³⁰⁾

1.2.2 Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo

Em 1997, foi criado o Departamento da Dor na Faculdade de Medicina Eduardo Mondlane- Maputo, objetivando a pesquisa e formação médica na área de dor. Como consequência, foi aberta, no ano de 2001, a Consulta da Dor, ligada ao Serviço de Anestesiologia do Hospital Central de Maputo. Em 2007, conseguiu-se um espaço próprio para a Unidade da Dor. Esta possui equipe multidisciplinar com médicos anestesiologistas, clínicos, psicóloga, assistente social, enfermeiras e administração própria, prestando atendimento em regime ambulatorial e de internação a pacientes que sofrem de dor crônica oncológica e não oncológica. Recebe apoio técnico e financeiro da organização Douleur Sans Frontières.⁽³¹⁾

Segundo dados estatísticos internos do ano de 2009, sobre consultas de dor na Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique, a maior parte dos doentes apresentam dor osteomuscular, incluindo a dor lombar (cerca de 39%), seguindo-se a dor em doentes com câncer e HIV (cerca de 27%). No que diz respeito ao número de consultas em ambulatório foram efetuadas 796 consultas em 2009 das quais 26 % correspondem a primeiras consultas com 60% de atendimento para o sexo feminino. A média mensal destas foi de 66,3.⁽³¹⁾

Gráfico 1: Número total de doentes atendidos em ambulatório na Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique em quatro anos.

1.2.3 Douleur Sans Frontières (DSF)

A DSF é uma organização não governamental (ONG) francesa de objetivos humanitários, para tratamento da dor crônica. Foi criada em 1996 por médicos

franceses baseada em outras ONGs, tais como Médecins Du Monde e Médecins sans Frontières, para exportar conhecimento em dor a lugares desfavorecidos do planeta. Atua em várias frentes, como por exemplo Camboja, Haiti e África, patrocinando Unidades de Atendimento à Dor. Foi reconhecida em 2003 como entidade de utilidade pública, pelo Conseil D'Etat Français. Em Moçambique, a DSF implantou a partir de 1996 uma Unidade de Dor no Hospital Central de Maputo visando um melhor atendimento em dor crônica à população do país. Desde 2009 há uma nova Unidade no Hospital Central de Beira. ⁽³²⁾

Figuras 9,10 e 11: Hospital Central de Maputo e sua Unidade de Dor

1.2.4 Principais Síndromes Dolorosas Crônicas

a) Dor no Câncer

Cerca de 18 milhões de pessoas no mundo sofrem devido à dor neoplásica, que é geralmente incapacitante. Manifesta-se em 20% a 50% dos pacientes quando é feito o diagnóstico e em 70% a 90% quando a doença é avançada. É muito intensa em 30% dos doentes. A ocorrência de dor varia com o órgão que sedia o tumor primário e a natureza da neoplasia. O medo que os pacientes têm do câncer está mais relacionado com a chance de se ter dor, do que com a perspectiva de sobrevida. As causas de dor no câncer envolvem: dor pelo próprio câncer, causas relacionadas ao câncer (espasmo muscular, linfedema, escaras de decúbito) e causas associadas ao tratamento antitumoral (mucosites, neuropatias). Devemos ainda lembrar que a dor do câncer é ainda subtratada, mesmo nos países mais desenvolvidos sócio-culturalmente, devido à má formação dos profissionais de saúde na área de cuidados paliativos e alívio de dor, e à resistência dos próprios pacientes, devido a fatores culturais. Está aí um grande desafio. ⁽³³⁾

b) Dor Neuropática

É também uma das principais condições dolorosas crônicas. Ela pode ocorrer em qualquer nível das vias nociceptivas periféricas ou centrais. ^(33,34,35)

Radiculopatia secundária a doença degenerativa da coluna vertebral é a causa mais comum de dor neuropática seguida de lesões infecciosas, metabólicas, imunes, iatrogênicas (exemplo: herpes zoster, neuropatia diabética, amiloidose, dor fantasma em membro amputado). ^(33,34,35)

As polineuropatias periféricas sensitivas surgem por comprometimento das fibras finas nervosas com pouco ou nenhuma mielina. Produzem o típico padrão de dor em luva e bota, em queimação. A polineuropatia diabética é uma causa comum deste tipo de neuropatia. ^(33,34,35)

A Distrofia Simpático-Reflexa ou Síndrome da Dor Regional Complexa corresponde a uma síndrome dolorosa caracterizada por alterações sensoriais acompanhada por sintomas autonômicos e alterações tróficas desencadeadas por

um estímulo nódico. Entre estes, o principal estímulo seria trauma periférico. Em 1993, a Associação Internacional para o Estudo da Dor mudou o nome desta condição para Síndrome da Dor Regional Complexa tipo I. Foram definidos dois tipos de SDCR: tipo I, anteriormente chamada de “distrofia simpático reflexa” e tipo II, outrora denominada de causalgia. A SDCR tipo II diferencia-se da do tipo I pela existência de uma lesão nervosa real, em que a dor não se limita ao território de inervação do nervo lesado. ^(33,34,35)

c) Cefaleia

Conforme artigo publicado no Lancet Neurology em 2008, a prevalência de cefaleia na população adulta em geral é de 47%, sendo 10% para migrânea, 38% para cefaleia tipo tensional e 3% para cefaleias crônicas com duração maior que 15 dias. É mais frequente em mulheres entre 25 e 55 anos de idade. Os custos sociais relacionados à cefaleia, em geral, incluindo perda de dias de trabalho e gastos com tratamento, são amplos. Cefaleia é causa de sofrimento, incapacidade e perda de qualidade de vida, sendo uma das causas mais importantes de dor crônica na população. ⁽³⁶⁻³⁷⁾ De um modo geral, cefaléia é um sintoma freqüente na população, sendo a sua prevalência ao longo da vida de 93% nos homens e 99% nas mulheres. Estima-se que 5 a 10 % da população procura um médico durante a vida devido a cefaléia. As principais cefaléias primárias são a do tipo tensional e a migrânea. Quanto à prevalência, 17% das mulheres e 6% dos homens têm migrânea. O pico de prevalência se situa em torno de 30 a 50 anos e o predomínio é no sexo feminino com proporção de 2,2: 1. A migrânea é caracterizada por dor de forte intensidade, latejante ou pulsátil, piorando com as atividades diárias, com duração de 4 a 72 horas, sendo unilateral em 2/3 dos casos, podendo ser acompanhada de sintomas tais como náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. Pode haver cinco fases detectáveis numa crise típica de migrânea: pródromo ou sintomas premonitórios, aura, cefaléia, sintomas associados (náuseas, fotofobia) e pós-dromo (fadiga, exaustão). O tratamento da migrânea divide-se em tratamento da crise e tratamento profilático, este último recomendado nas crises freqüentes (3 ou mais no mês) ou incapacitantes. Na crise utilizam-se anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos simples, antieméticos e triptanos, podendo ser associados. As medicações profiláticas mais utilizadas são betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos

(amitriptilina), antiepiléticos (ácido valpróico ou topiramato), bloqueadores dos canais de cálcio e neurolépticos. ⁽³⁶⁻³⁷⁾

d) Dor Osteomuscular

Dor osteomuscular ou musculoesquelética é uma condição que inclui uma variedade de distúrbios que causam dor em ossos, articulações, músculos, ou estruturas circunjacentes. A dor pode ser aguda ou crônica, focal ou difusa. A dor lombar baixa é o exemplo mais comum da dor musculoesquelética crônica. Outros exemplos incluem tendinites, mialgias e fraturas. A dor musculoesquelética por uso excessivo afeta 33% dos adultos e é responsável por 29% de absenteísmo do trabalho. A dor lombar baixa é a condição mais prevalente e mais comumente relacionada ao trabalho na sociedade ocidental. A fisiopatologia da dor musculoesquelética não está completamente esclarecida, porém estão implicadas nela inflamação, fibrose, degradação tissular, neurotransmissores e distúrbios neurosensitivos. O tratamento é tipicamente multimodal: -fisioterapia, inicialmente com um programa do exercício (aeróbica, fortalecimento, alongamento), juntamente com outras modalidades físicas, como calor ou gelo, talas, ortoses, uso de antiinflamatórios não-esteroidais, redução da carga de trabalho e aumento do repouso. ⁽³⁸⁾

e) Síndrome das Pernas Inquietas

A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é caracterizada por um desconforto nos membros inferiores, algumas vezes interpretado como dor, associado a uma urgência de movimentar os mesmos. A intensidade dos sintomas é maior durante o repouso, no final da tarde e à noite e o alívio dos sintomas é obtido com a movimentação da região acometida. Os sintomas sensitivos referidos correspondem a sensações disestésicas, tais como dor, ardor ou dormência local. Sua prevalência está entre 2 e 10% na população em geral. Estes sintomas promovem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes acometidos piorando a qualidade do sono, produzindo sonolência diurna, gerando dificuldade de inserção social em atividades que requerem repouso, como viagens e cinema, e problemas conjugais.

⁽³⁹⁻⁴⁰⁾

Os sintomas disestésicos relacionados à Síndrome das Pernas Inquietas podem ser confundidos com dor neuropática. Um estudo realizado na Tanzânia, pesquisando a Síndrome de Pernas Inquietas, encontrou apenas um paciente com a Síndrome, entre 7654 pacientes entrevistados. Portanto, não sabemos ao certo a prevalência desta síndrome na África. ⁽⁴⁰⁾

1.2.5 Tratamento da dor

Os princípios gerais que regem o tratamento da dor crônica visam respeitar as orientações da Organização Mundial de Saúde, a qual desenvolveu uma escada analgésica de três degraus para guiar o uso seqüencial de drogas, no tratamento da dor de câncer. Combinação de medicamentos é freqüentemente necessária. Para pacientes com dor leve a moderada, o primeiro degrau é usar droga não opiácea, com adição de uma droga adjuvante, conforme a necessidade. Se a droga não opiácea, dada na dose e frequência recomendada não aliviar a dor, passa-se para o segundo degrau, onde se adiciona um opiáceo fraco. Se a combinação de opiáceo fraco com o não opiáceo também não for efetiva no alívio da dor, substitui-se o opiáceo fraco por um forte somando medicações adjuvantes. ⁽³³⁾

Para a dor neuropática, uma das melhores classes de medicamentos é a dos antidepressivos tricíclicos. O efeito analgésico dos tricíclicos é independente de seu efeito antidepressivo, sendo geralmente obtido com doses mais baixas. Os tricíclicos têm vários mecanismos de ação, incluindo o bloqueio dos canais de sódio e aumento da atividade noradrenérgica, por isso os bloqueadores seletivos da recaptação da serotonina são ineficazes para dor neuropática. ⁽³⁵⁾

Vários anticonvulsivantes são usados para a dor neuropática, provavelmente por inibirem a hiperexcitabilidade neuronal. Novos anticonvulsivantes como a gabapentina e pregabalina são as melhores escolhas, atuando em canais de cálcio, com poucos efeitos colaterais. A carbamazepina pode ser usada em dores lancinantes como a que ocorre na neuralgia do trigêmio. ⁽³⁵⁾

Os opióides são seguros e muito menos propensos a causar dependência do que se pensava no passado. O maior avanço tem sido o desenvolvimento de opióides de ação lenta que permitem níveis plasmáticos estáveis por períodos

prolongados. Também podem ser administrados pelas vias transdérmica e transmucosa. Os opióides de longa ação são caros, com exceção da metadona que está ganhando popularidade. ⁽³⁴⁻³⁵⁾

Agentes tópicos, como a capsaicina, podem ser úteis como adjuvantes no tratamento da alodinia mecânica. A lidocaína pode ser tentada quando as membranas mucosas são envolvidas. ⁽³⁴⁻³⁵⁾

Os bloqueios anestésicos locais e regionais são alternativas às medicações por via oral, com bons resultados. ⁽³³⁻³⁵⁾

Neuromodulação é uma opção não destrutiva e reversível que se caracteriza pelo implante de eletrodos programáveis adjacentes à coluna dorsal da medula espinhal, nos nervos periféricos lesados ou nas raízes acometidas, e em alguns casos, dentro do cérebro. Estimulação da coluna dorsal parece particularmente efetiva para os pacientes com aracnoidite e aqueles com dor lombar crônica submetidos a várias cirurgias. ⁽³³⁻³⁵⁾

As bombas de morfina intratecal são usadas em pacientes que responderam à morfina oral, porém tiveram efeitos colaterais devido às altas doses. A administração intratecal pode diminuir a dose administrada, diminuindo a quantidade de efeitos colaterais. ⁽³³⁻³⁵⁾

O tratamento cirúrgico oferece possibilidades para os pacientes com dor neuropática. Exploração, lise de adesões ou compressões, reparo ou transposição de nervo pode ser útil para algumas injúrias dos nervos periféricos. Cirurgia descompressiva beneficia alguns pacientes com hérnia de disco e estenose espinhal. ⁽³³⁻³⁵⁾

O papel dos procedimentos neurodestrutivos é limitado, pois eles têm efeito temporário e frequentemente são seguidos por agravamento dos sintomas. Bloqueios neurolíticos e procedimentos destrutivos são recomendados apenas em pacientes com curta expectativa de vida. ⁽³³⁻³⁵⁾

2 JUSTIFICATIVA

A possibilidade de troca de experiências na elucidação dos aspectos populacionais e clínicos relativos à dor crônica pode gerar benefícios mútuos para o Brasil e Moçambique. A língua portuguesa, em comum, as variedades raciais presentes, o clima tropical (Maputo está em latitude semelhante à cidade de São Paulo), a presença de várias doenças infecto-contagiosas e suas co-morbidades relacionadas à dor, nos levaram a realizar um estudo neste país.

3 OBJETIVOS

Este projeto objetiva descrever e analisar a prevalência de dor crônica em pacientes atendidos na Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo em Moçambique

Como objetivo secundário busca-se avaliar os fatores sócio-demográficos, comorbidades, presença de cefaleias, síndrome de pernas inquietas, modalidades de tratamento instituídas ou utilizadas, medicações utilizadas, aspectos emocionais e religiosos associados em pacientes com dor crônica.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Este estudo foi realizado na Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, em Moçambique. Este Hospital atende a uma população de 1.099.102 pessoas (população de Maputo), além de ser referência para regiões em todo o país. Existem apenas três Unidades de Dor em Moçambique, a Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, a Unidade de Dor do Hospital Central da Beira, na província de Sofala, e a Consulta da Dor no Hospital Provincial de Xai Xai, na província de Gaza.

Esta pesquisa foi desenhada como um estudo descritivo transversal. Em outubro de 2010 e julho de 2011 foram entrevistados todos os pacientes presentes às consultas ambulatoriais da Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo. Primeiramente, identificou-se a população com dor crônica atendida no Hospital Central de Maputo. Considerou-se como dor crônica a presença de dor por três meses ou mais, de acordo com os critérios da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). Participantes de ambos os gêneros e com idade superior a 18 anos foram incluídos.

A investigadora principal, Karen dos Santos Ferreira, utilizou a língua portuguesa, língua oficial de Moçambique. Como as línguas tribais são faladas por 26,3% do povo Moçambicano, entre elas o Emakhuwa é a principal, excluíram-se pacientes que não falavam português.

4.2 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi realizada de acordo com protocolos da Declaração de Helsinki e obteve aprovação do Comitê Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique e permissão do Hospital Central de Maputo para ser realizada. Não existiu, para o participante, nenhum risco envolvido neste estudo. Todos os participantes já tinham o seu tratamento e nenhum outro tratamento extra foi adicionado pelo fato deste paciente entrar no estudo. Não houve qualquer ganho financeiro pela participação no estudo,

visto esta ser totalmente voluntária. Os benefícios do estudo foram devidamente explicados aos participantes, sendo posteriormente obtido, por escrito, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide anexo 2).

4.3 Pesquisa e instrumentos

Os participantes foram entrevistados individualmente pela neurologista Karen dos Santos Ferreira, e apenas aqueles que preenchem os critérios de inclusão foram adicionados.

4.4 Critérios de inclusão

- Idade maior que 18 anos
- Presença de dor crônica (dor contínua ou intermitente no período de 3 meses) pelos critérios da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)
- Aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido

4.5 Critérios de exclusão

- Idade menor que 18 anos
- Doença mental que impeça responder às questões.
- Incapacidade de falar em português.
- Não aceitação em assinar o termo de consentimento esclarecido.

Foi aplicado um questionário (vide anexo 1) para entrevista, baseado no Inventário Breve de Dor.⁽⁴¹⁾ Questões relativas a dados sócio-econômicos tais como idade, sexo, estado civil, profissão e religião foram abordadas. Dados clínicos referentes ao quadro algico, tais como localização, intensidade de dor (escala analógica de dor), frequência, uso de analgésicos, comorbidades e qualidade de vida, também foram avaliados. As

modalidades de tratamento médico instituídos e presença de tratamentos de medicina tradicional realizados também foram avaliados. Acrescentamos questões relacionadas à Síndrome das Pernas Inquietas (para verificar sua existência) e cefaleias. Foi mantida privacidade sobre as informações obtidas e sigilo sobre os nomes dos sujeitos.

4.6 Dados obtidos no questionário

- a. Dados sociodemográficos (idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, religião e ocupação)
- b. Características da dor: localização (mapas de dor), tipo de dor (baseado em aspectos do Inventário de McGill reduzido – vide questionário anexo), intensidade (Escala Numérica de Dor), tempo de dor, fatores atenuantes, agravantes, uso de analgésicos
- c. Comorbidades: hipertensão, diabetes, doença renal, doença respiratória, doença reumática, tabagismo, etilismo, prática de exercícios físicos, depressão e ansiedade pelos Critérios DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Anexo 3
- d. Presença e características da Síndrome das Pernas Inquietas, incluindo Escala de Gravidade do IRLSSG. Anexo 4
- e. Questões relativas à qualidade vida no questionário: "Sua dor atrapalha o trabalho? Sua dor atrapalha as atividades diárias? Houve afastamento trabalho?"

Figura 12: Mapas de Dor

4.7 Análise estatística

Os dados foram analisados pelo Departamento de Estatística da FMRP- USP. Primeiramente realizou-se uma estatística descritiva com os dados. Para verificar a associação entre variáveis categóricas, foi proposto o Teste Exato de Fisher. Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9, utilizando a PROC FREQ.⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

Para comparar os grupos com as variáveis quantitativas foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, também chamado teste de Mann-Whitney, para dados não pareados. Para tais análises, foram utilizados os softwares SAS 9.0 e R 2.8.0.⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

As medidas foram representadas pelos gráficos de dispersão e pelos gráficos de Bland-Altman, onde o eixo das ordenadas recebe os valores da diferença de medidas de cada indivíduo e o eixo das abscissas representa a média entre as duas medidas.⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

4.8 Publicações

Os resultados serão publicados em parceria entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo e a Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo.

4.9 Orçamento

Os gastos com esta pesquisa foram de responsabilidade dos pesquisadores brasileiros, sem instituições financiadoras. Recebemos ajuda para passagens aéreas da Fundação de Apoio e Pesquisa da Universidade de São Paulo (FAEPA). Não houve despesas para o Hospital Central de Maputo.

5 RESULTADOS

5.1 Dados demográficos

Um total 123 pacientes foram entrevistados. Cinco pessoas foram excluídas. Destes, um paciente falava apenas emakhuwa, três não tinham dor crônica, e um não concordou em participar. Foram incluídos 118 pacientes, em um período de 2 meses. A idade média encontrada foi de 52,4 anos , com desvio padrão de 13,7 (tabela 3).

Tabela 3: Idade

Mínima	Média	Mediana	Máxima	Desvio padrão
19	52,4	53,5	98	13,7

Destes, 79 (66,9%) eram mulheres e 39 (33,1%) homens. Cento e sete (90,7%) pacientes eram negros e 11 (9,3%) não negros. Quanto à escolaridade, 36 (30,5%) tinham até 4 anos de escolaridade e 82 (69,5%) tinham mais de 4 anos de escolaridade. Os que viviam com companheiro/ casados foram 79 (66,9%) e 39 (30,1%) viviam sozinhos (solteiros, viúvos e divorciados.). As ocupações mais frequentes foram domésticas (36 – 30,5%), autônomos (32 – 27,1%) e funcionários públicos (19 – 16,1%). (tabela 4)

Tabela 4: Dados epidemiológicos gerais

		Frequência	%	Total
Gênero	Mulheres	79	66,9	118
	Homens	39	33,1	
Etnia	Negros	107	90,7	118
	Asiáticos indianos	5	4,7	
	Branços	4	3,4	
	Mistos	2	1,7	
Escolaridade	Analfabetos	15	12,7	118
	Até 4 anos	21	17,8	
	1o. grau	41	34,7	
	> 1o. grau	41	34,7	
Estado civil	solteiros	14	11,9	118
	casados	79	66,9	
	viúvos	13	11	
	divorciados	12	10,2	
Ocupação	camponês	3	2,5	118
	Funcionário público	19	16,1	
	autônomo	32	27,1	
	doméstica	36	30,5	
	operário	4	3,4	
	outros	24	20,3	

Quanto aos aspectos religiosos, 30 (25,4%) dos pacientes eram católicos, 35 (29,7%) eram evangélicos, 10 (8,5%) eram muçulmanos e menos de 3% eram praticantes de religiões tradicionais. Os restantes 40 pacientes tinham outras religiões (sion, por exemplo) ou não tinham religião. (tabela 5)

Tabela 5: Religião

	Frequência	%
Evangélica	35	29,7
Católica	30	25,4
Muçulmana	10	8,5
Tradicional	3	2,5
Outras	40	33,9

5.2 Características da dor

Quanto às características da dor, o tempo médio de dor na avaliação foi de 41,7 meses, a frequência média de dias de dor no mês foi de 20,19, com média de 8,36 horas de dor por dia. A intensidade de dor inicial (pré tratamento) foi de 8,37 pela Escala Numérica de Dor e após início de tratamento 4,75. A média de dias de uso de medicação por mês foi de 16,5 no momento da entrevista. (tabela 6)

Tabela 6: Características da dor

	Mínima	Média	Mediana	Máxima	Desvio padrão
Tempo de dor (meses)	3	41,75	24	240	47,5
Dias de dor mês	1	20,19	30	30	11,2
Horas de dor/ dia	1	8,36	6,0	24	6,68
Escala numérica dor inicial	4	8,37	10	10	1,94
Escala numérica dor após tratamento	0	4,75	5,0	10	2,37
Dias de medicação /mês	1	16,5	12	30	10,96

Gráfico 2: Boxplot Intensidade de dor antes e após tratamento

Gráfico 3: Análise Lin - Intensidade de dor antes e após tratamento

Não houve diferenças entre intensidade de dor e sexo, análise pelo Teste de Wilcoxon ($p=0,692$).

Gráfico 4: Dispersão - Intensidade inicial de dor pareada por sexo

A topografia da dor mais frequente foi lombar (incluindo lombalgias mecânicas e lombociatalgias por radiculopatias): 43 (36,4%) pacientes., seguida por dor em membros inferiores 15 (12,7%) e pelve 11 (9,3%). (tabela 7)

Tabela 7: Local da dor (principal)

	Frequência	%
Lombar	43	36,4
Membro inferior	15	12,7
Pelve	11	9,3
Membro superior	8	6,8
Abdome	7	5,9
Cervical	5	4,2
Outros	22	18,6

As principais características da dor baseadas em aspectos do Inventário de McGill reduzido corresponderam a: agulhadas 27 (22,9%), facadas 22 (18,6%), choques 16 (13,6%) e queimação 15 (12,7%). (tabela 8)

Tabela 8: Principal característica da dor

	Frequência	%
"Picada"/ Agulhada	27	22,9
"Pontada"/ Facada	22	18,6
Choque	16	13,6
Queima	15	12,7
Aperto ou peso	11	9,3
Formiga	10	8,5
Cólica	10	8,5
Lateja	7	5,9

Quanto aos fatores atenuantes repouso 52 (44,1%), analgésicos 42 (35,6%) e sono 15 (12,7%) foram os principais relatados e entre os desencadeantes esforço físico foi o mais citado, 52 (44,1%). (tabela 9)

Tabela 9: Fatores atenuantes e desencadeantes

		Frequência	%
Atenuantes	Repouso	52	44,1
	Analgésico	42	35,6
	Sono	15	12,7
	Massagem	5	4,2
	Nenhum	4	3,4
Desencadeantes	Esforço	52	44,1
	Movimento	15	12,7
	Posição	14	11,9
	Ansiedade	6	5,1
	Frio	2	1,7
	Ao toque (alodinia)	2	1,7
	Outros	27	22,9

Entre os diagnósticos do tipo de dor, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor osteomuscular, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor neuropática, 17 (14,4%) pacientes dor oncológica, 8 (6,8%) dor relacionada ao HIV/SIDA e 13 (11%) outros tipos de dores. (tabela 10). As etiologias de dor mais frequentes foram radiculopatias 28 (23,7%), lombalgias mecânicas 19 (16,1%), neuropatias periféricas 12 (10,1%), neoplasia de colo uterino 11 (9,3%) e neoplasias diversas 9 (7,6%). (tabela 11). Um segundo sítio de dor foi encontrado em 53 (44,9%) pacientes, sendo o principal segundo sítio cefaléia (31/ 26,3%), seguido por lombalgia (7/ 5,9%).

Tabela 10: Diagnóstico da dor

	Frequência	%
Osteomuscular	40	33,9
Neuropática	40	33,9
Cancer	17	14,4
SIDA	8	6,8
Miofascial	6	5,1
Visceral	6	5,1
Cefaléia	1	0,8

Tabela 11: Diagnósticos etiológicos mais frequentes da dor

	Frequência	%
Radiculopatias e síndrome pos laminectomia	28	23,7
Lombalgia e dorsalgia mecânicas	19	16,1
Neuropatia pós herpética, alcoólica, diabética, por soniazida...	12	10,1
Neoplasia colo uterino	11	9,3
Tumores diversos (prostata, pulmão, kaposi...)	9	7,6
Sínd. membro fantasma/ amputações	3	2,5
Artrite psoriásica	1	0,8

Figura 13: Paciente com Dor Crônica por Sarcoma de Kaposi

5.3 Comorbidades e hábitos

Entre as comorbidades 38 (32,2%) dos pacientes eram hipertensos, 8 (6,8%) diabéticos, 15 (12,7%) tinham história de anemia, 17 (14,4%) tinham doença oncológica, 16 (13,6%) tinham HIV, 2 (%) insuficiência renal, 3 (2,4%) doença reumática, 8 (6,8%) doença gástrica, 8 (6,8%) doença respiratória, 1 (0,8%) doença vascular periférica. (tabela 12)

Os aspectos emocionais foram questionados através das questões do DSM IV, encontrando-se 39 (33,1%) dos pacientes com sintomas depressivos que preenchiam critérios DSM IV para transtorno depressivo e 15 (12,7%) pacientes que preenchiam critérios DSM IV para transtorno de ansiedade. (tabela 12)

Entre os hábitos de vida 5 eram tabagistas (4,2%), 20 (16,9%) etilistas, 27 usavam café (22,9%) e 35 realizavam atividade física (29,7%). (tabela 12)

Setenta e cinco mulheres tinham filhos, com média de 4,09 filhos por mulher.

Tabela 12: Comorbidades e hábitos

	Frequência	%	Total
Comorbidades			
Hipertensão	38	32,2	118
Diabetes	8	6,8	
Anemia	15	12,7	
Câncer	17	14,4	
Sida	16	13,6	
Insuficiência renal	2	1,7	
Doença reumática	3	2,4	
Doença respiratória	8	6,8	
Doença gástrica	8	6,8	
Doença vascular periférica	1	0,8	
Ansiedade	15	12,7	
Repressão	39	33,1	
Hábitos			
Média filhos	4,09		
Tabagismo	5	4,2	
Etilismo	20	16,9	
Uso café	27	22,9	
Exercícios físicos	35	29,7	

Presença de cefaléia foi relatada em 53 (44,9%) pacientes, embora esta não fosse necessariamente a dor principal dos pacientes. Em apenas um (0,8%) paciente cefaleia foi o primeiro sítio de dor em 36 (30,5%) foi o segundo sítio de dor. Dor em aperto foi encontrada em 30 (25,4%) dos pacientes, latejante em 20 (16,9%), pontadas em 2 (1,7%). A dor era bilateral em 35 (29,7%), unilateral em 9 (7,6%) e cervical em 9 (7,6%). Dois pacientes (1,7%) relataram aura visual. (tabela 13).

Migrânea foi diagnostico em 14 (11,9%), cefaleia tensional em 28 (23,8%), cefaleia cervicogenica em 9 (7,6%) e outros tipos (dor em facada/ dor autonômica) em 2 (1,7%).

Tabela 13: Presença de cefaléia

		Frequência	%	Total
Tipo	Aperto	30	25,4	53
	Latejante	20	16,9	
	Pontada	2	1,7	
	Outra	1	0,8	
Local	Bilateral	35	29,7	53
	Unilateral	9	7,6	
	Cervical	9	7,6	
Aura	visual	2	1,7	53
Foto		15	12,7	
Fono		13	11,0	
Náuseas		12	10,2	

Síndrome das Pernas Inquietas foi encontrada em 8 (6,77%) pacientes. Entre estes, a média de idade foi de 54,6 anos. Cinco (62,5%) eram mulheres. Seis eram negros e 2 não-negros. Sete pacientes tinham diagnóstico de dor neuropática, um deles tinha neuropatia em decorrência do HIV e outro paciente tinha dor de origem ortopédica. Nenhum tinha dor oncológica. A média da escala numérica de dor foi de 8,75. (tabela 14)

Tabela 14: Pacientes com Síndrome das Pernas Inquietas

Paciente	Idade	Gênero	Etnia	Escala de gravidade	Diagnóstico da dor	Subdiagnóstico
1	58	M	Negro	10	Osteomuscular	Dor no ombro
2	59	F	Misto	11	Neuropática	Radiculopatia
3	43	M	Negro	11	Neuropática	Neuropatia intercostal
4	54	F	Asiático	16	Neuropática	Radiculopatia
5	59	F	Negro	12	Neuropática	Radiculopatia
6	53	F	Negro	7	Neuropática	Radiculopatia
7	49	M	Negro	10	Neuropática/SIDA	Polineuropatia
8	62	F	Negro	6	Neuropática	Radiculopatia
Total	Idade média 54,6	Mulheres 5	Negros 6	Média 10,38 (ST 3,068)	Neuropática 7	Radiculopatia 5

A média da Escala de Gravidade da Síndrome das Pernas Inquietas foi de 10,38 com desvio padrão de 3,068.

Gráfico 5: Boxplot da média da Escala de Graduação da Síndrome das Pernas Inquietas

Não houve diferença na idade entre os pacientes com e sem Síndrome das Pernas Inquietas, análise pelo Teste de Wilcoxon ($p=0,64$).

Gráfico 6: Boxplot das médias de idade nos pacientes com e sem Síndrome das Pernas Inquietas

Os pacientes com Síndrome das Pernas Inquietas não apresentaram diferenças étnicas com relação aos pacientes sem Síndrome das Pernas Inquietas conforme teste de Fisher ($p=0,16$).

Tabela 15: Síndrome das Pernas Inquietas e etnia

	Negros		p
	sim	não	
SPI sim	6	2	0,16
não	101	9	

Os pacientes com Síndrome das Pernas Inquietas apresentaram mais neuropatias que os pacientes sem Síndrome das Pernas Inquietas conforme teste de Fisher ($p=0,005$).

Tabela 16: Síndrome das Pernas Inquietas e Neuropatias

	Neuropatias		p
	sim	não	
SPI sim	7	1	0,005
não	38	72	

5.4 Tratamento

Quanto ao tratamento, 112 pacientes utilizavam algum tipo de medicação abortiva. A medicação abortiva mais forte utilizada no momento de responder o questionário foi anotada. Paracetamol foi utilizado por 40 (33,9%), Codeína por 29 (24,6%), Tramadol por 22 (18,6%), Morfina por 12 (10,2%), Ibuprofeno por 8 (6,8%), Dipirona por 1 (0,8%). (tabela 17)

Tabela 17: Tratamento: medicação abortiva (medicação mais forte utilizada naquele momento)

	Frequência	%
Paracetamol	40	33,9
Codeína	29	24,6
Tramadol	22	18,6
Morfina	12	10,2
Ibuprofeno	8	6,8
Dipirona	1	0,8
Nenhum	6	5

Quanto ao tratamento profilático, 68 pacientes utilizavam algum tipo de medicação profilática no momento da pesquisa. Amitriptilina foi utilizada por 52 (44,1%), Imipramina por 10 (8,5%), Carbamazepina por 2 (1,7%), Fluoxetina por 1 (0,8%), Gabapentina por 2 (1,7%), Pregabalina por 1 (0,8%). (tabela 18)

Tabela 18: Tratamento: medicação profilática

	Frequência	%
Amitriptilina	52	44,1
Imipramina	10	8,5
Carbamazepina	2	1,7
Fluoxetina	1	0,8
Gabapentina	2	1,7
Pregabalina	1	0,8
Nenhum	50	42,4

Quanto ao tratamento invasivo, 48 (40,7%) pacientes realizaram algum tipo de bloqueio anestésico. Bloqueio Epidural foi realizado por 20 (16,9%) pacientes, Facetário por 7 (5,9%), Intercostal por 5 (4,2%), Supra-escapular por 3 (2,4%), Nervos periféricos por 2 (1,7%), Pontos de gatilho por 8 (6,8%). (tabela 19)

Tabela 19: Tratamento invasivo

	Frequência	%	Total
Bloqueios anestésicos	48	40,7	53
Epidurais	20	16,9	
Facetários	7	5,9	
Intercostais	5	4,2	
Supra escapular	3	2,4	
Nervos periféricos	2	1,7	
Pontos de gatilho	8	6,8	
Acupuntura	5	4,2

Figuras 14 e 15: Bloqueios Anestésicos na Unidades de Dor

Independente de seu tratamento na Unidade da Dor, 58 pacientes (49,2%) fizeram também algum tipo de tratamento com curandeiros locais. Estes tratamentos se basearam em procedimentos de escarificações (cortes realizados na pele) 44 (37,3%) e uso de tratamento fitoterápico a base de ervas medicinais 17 (14,4%). (tabela 20)

Tabela 20: Medicina tradicional

	Frequência	%
Tratamento com médico tradicional	58	49,2
Escarificações	44	37,3
Medicação fitoterápica	17	14,4

Figuras 16 e 17: Cicatrizes de escarificações realizadas por curandeiros

Os pacientes evangélicos realizaram mais tratamentos com medicina tradicional, mas não houve diferença estatisticamente significante pelo teste de Fisher ($p=0,021$).

Tabela 21: Tratamento com medicina tradicional nas diferentes religiões

	Medicina tradicional		p
	sim	não	
Católicos	17	13	0,021
Evangélicos	23	12	
Muçulmanos	4	6	
Outra	14	29	

5.5 Qualidade de vida

A presença de dor crônica influenciou as atividades de trabalho e atividades diárias de 93 (78,8%) pacientes. Por outro lado, apenas 11 (9,3%) estavam afastados do trabalho. (tabela 22)

Tabela 22: Fatores relacionados à qualidade de vida

	Frequência	%
Dor atrapalha trabalho	93	78,8
Dor atrapalha atividades diárias	93	78,8
Sono não reparador	18	15,3
Afastamento trabalho	11	9,3

5.6 Variações relativas à dor nos diferentes diagnósticos

Não houve diferença com relação à etnia nos diferentes diagnósticos de dor pelo teste de Fisher ($p=0,44$)

Tabela 23: Etnia nos diversos tipos de dor

	Negros		p
	sim	não	
Câncer	16	1	0,44
Osteomuscular	34	6	
Neuropática	38	2	
SIDA	8	0	
Outra	11	2	

Não houve diferença na presença de ansiedade nos diferentes diagnósticos de dor pelo teste de Fisher ($p=0,84$)

Tabela 24: Presença de ansiedade nos diversos tipos de dor

	Ansiedade		p
	sim	não	
Câncer	2	15	0,84
Osteomuscular	5	35	
Neuropática	7	33	
SIDA	0	8	
Outra	1	12	

Os pacientes com câncer tiveram mais depressão que os outros mas não houve diferença estatisticamente significativa pelo teste de Fisher ($p=0,37$).

Tabela 25: Presença de depressão nos diversos tipos de dor

	Depressão		p
	sim	não	
Câncer	9	8	0,37
Osteomuscular	14	26	
Neuropática	11	29	
SIDA	2	6	
Outra	3	10	

Não houve diferença entre os pacientes afastados do trabalho nos diferentes diagnósticos de dor pelo teste de Fisher ($p=0,52$).

Tabela 26: Afastamento do trabalho nos diversos tipos de dor

	Afastamento		p
	sim	não	
Câncer	3	14	0,52
Osteomuscular	4	36	
Neuropática	2	38	
SIDA	1	7	
Outra	1	12	

Não houve diferença na intensidade de dor inicial nos diferentes diagnósticos de dor pelo teste de Fisher ($p=0,26$).

Tabela 27: Intensidade de dor nos diversos tipos de dor

	Vas inicial > 8		p
	sim	não	
Câncer	5	12	0,26
Osteomuscular	10	30	
Neuropática	17	23	
SIDA	1	7	
Outra	6	7	

Os pacientes com câncer e SIDA usaram medicações com mais frequência que os outros pelo teste de Fisher ($p=0,0027$).

Tabela 28: Uso diário de medicações nos diversos tipos de dor

	Uso medicações 30 dias por mês		p
	sim	não	
Câncer	7	10	0,0027
Osteomuscular	23	17	
Neuropática	33	7	
SIDA	2	6	
Outra	9	4	

Os pacientes com dor neuropática receberam mais bloqueios anestésicos conforme teste de Fisher ($p=0,0018$).

Tabela 29: Bloqueio anestésico nos diversos tipos de dor

	Bloqueio		p
	sim	não	
Câncer	2	15	0,0018
Osteomuscular	24	16	
Neuropática	18	22	
SIDA	1	7	
Outra	3	10	

Trechos de entrevistas com os pacientes:

“Fui ao curandeiro, mas não foi para tratar a dor, foi para resolver problemas de espíritos...”

“O oncologista disse que não havia esperança de ficar curada, então procurei o tratamento do curandeiro, então estou melhor”

“Choro? Chorei uma vez sim mas não foi de tristeza , foi de dor!”

“O médico resolve os problemas de dor, mas o curandeiro resolve todo o resto”

“Obrigada pela paciência. Aqui é bom, as pessoas têm paciência de nos ouvir...”

“Tive uma namorada que morreu de doença ruim há 10 anos (SIDA). Desde então estou assim com essa angústia, esses formigamentos no corpo...”

“Oh yeah! Trabalhei por 30 anos de lock-driver nas minas de ouro na África do Sul mas quando adoeci não pude me reformar (aposentar)”

“Na generalidade, quando se adoecce aqui em Moçambique, a primeira coisa que se pensa é em feitiço. Eu, pessoalmente, acredito que adoeci pela má-alimentação. Ficou muito caro comer após a independência.”

“Tem HIV? Ainda não”

“Fico triste com a falta de dinheiro para comprar comida. Primeiro temos que alimentar as crianças. Nós , adultos, acabamos comendo apenas pão e arroz.”

“Quando adoeci meu chefe me mandou ir ao curandeiro. Como vi que não estava melhorando, procurei o hospital e descobri que tinha câncer. Rapaz de 32 anos”

“Moçambique é um país vasto.Há lugares em que o serviço de saúde está há 1 hora de distância. Desde criança, o primeiro contato que temos é com curandeiro porque está mais próximo. Os parentes mais velhos acham que ir ao médico formal não basta para tratar a saúde.Não tem a ver com escolaridade , nem dinheiro, porque alguns curandeiros cobram caro. Acredito que a religião é uma máscara. As pessoas fingem que não vão aos curandeiros e que têm outra religião , mas a verdade está do outro lado”

“Uma curandeira falou que curava diabetes e hipertensão , mas quando seu marido ficou doente ela o levou ao hospital”.“Quando as pessoas tem queimadura da noite- herpes zoster- acham que é feitiço e procuram o curandeiro. Isto atrasa o diagnostico de SIDA. No meu caso acho que peguei SIDA por um descuido.”

6 DISCUSSÃO

Dor crônica tem sido um grave problema de saúde pública no mundo, gerando incapacidade física e prejuízo social, emocional e econômico. O primeiro passo para uma abordagem mais eficiente do problema consiste em conhecer sua prevalência e peculiaridades em cada região, para estabelecer estratégias de tratamento, uma vez que a dor assume características diversas nos diferentes contextos culturais. No continente africano, em especial, existem poucos estudos epidemiológicos sobre dor crônica. Em Moçambique, nenhum estudo prévio foi publicado.

Conforme Dr Duarte Correia, Presidente da Associação Portuguesa para Estudo da Dor, "o impacto da dor crônica em Moçambique tem de ser avaliado em duas vertentes, uma vez que em Maputo, na Unidade da Dor, a prevalência é semelhante à de uma sociedade ocidentalizada, contrapondo com a das zonas rurais de Gaza e Sofala, onde a prevalência do HIV/SIDA é superior a 20 por cento, com dor neuropática terrivelmente incapacitante, constituindo em alguns locais uma verdadeira calamidade".⁽⁴⁶⁾ Esta análise parece estar de acordo com os dados encontrados em nosso estudo, em Maputo, com achados semelhantes aos definidos na população em geral pela Organização Mundial de Saúde.

Os dados epidemiológicos encontrados em nosso estudo confirmam dados de estudos previamente publicados para pacientes com dor crônica, com médias de idade na faixa de 45 a 65 anos.^(14,15,21,22,23) Encontramos média de idade em nossa população de 52,4 anos. (tabela 3)

De um modo geral, as mulheres tendem a demonstrar mais dor que os homens, e também dor de maior intensidade e com mais incapacidade.⁽²⁴⁾ Em nosso estudo, encontramos maior número de mulheres atendidas com dor crônica na Unidade de Dor, (79/ 66,9%, vide tabela 4) em concordância com dados prévios da literatura. Por outro lado, não houve diferenças entre intensidade de dor e sexo, após análise pelo Teste de Wilcoxon. ($p=0,692$, gráfico 4)

A influência do gênero em dor e analgesia tem sido estudada nos últimos 15 anos. A maioria dos estudos populacionais encontra maior prevalência de dor em mulheres. Sabe-se que o estradiol aumenta resposta inflamatória (citocinas,

extravasamento de plasma), estimula óxido nítrico, fibras finas tipo C, bloqueia receptores gaba, ativa receptores NMDA e modula variações serotoninérgicas. ⁽⁴⁵⁾

As mulheres estão em risco aumentado para algumas patologias álgicas específicas tais como migrânea, fibromialgia e síndrome do intestino irritável. ⁽⁴⁵⁾

Parece haver uma relação inversa entre condição sócio-econômica e prevalência de dor, embora haja dor crônica em todas as classes sociais. Em nosso estudo, encontramos dor crônica em todos os níveis de escolaridade, embora nem sempre, escolaridade seja um parâmetro para situação sócio-econômica. Trinta e seis pacientes (30,5%) tinham até 4 anos de escolaridade e 82 (69,5%) tinham mais de 4 anos de escolaridade. (tabela 4). Não houve predomínio específico de atividade profissional e presença de dor. Os pacientes casados ou que viviam com companheiro constituíram 66,9% de nossa amostra. (tabela 4)

Quanto à etnia e dor, existem vários dados em literatura. A maioria dos estudos demonstra que afro-americanos apresentam tolerância mais baixa a estímulos dolorosos, em comparação com brancos, incluindo dor por estímulo frio, calor e isquemia. ^(47,48) Em algumas patologias específicas, como dor miofascial, sugeriu-se maior intensidade de dor em negros. ⁽⁴⁹⁾ O fator cultural em algumas populações africanas poderia ter papel importante na prevalência e intensidade de dor. Sabe-se que “sofrimento em silêncio” parece ser encorajado como sinônimo de força em algumas regiões africanas. ⁽²⁸⁾

Em nosso estudo a grande maioria dos pacientes eram negros (107/ 90,7%), entretanto, os dados gerais relativos às características de dor crônica parecem estar de acordo com dados populacionais gerais. Outro fator importante, foi que não encontramos variação no diagnóstico de dor com relação à etnia dos pacientes ($p=0,44$; vide tabela 23).

Quanto à localização da dor, a maioria dos estudos no mundo, encontrou dor lombar com a principal topografia. ^(14, 26,30)

Em nosso estudo a topografia de dor mais frequente também foi lombar (incluindo lombalgias mecânicas e lombociatalgias por radiculopatias) (vide tabela 7).

Entre os diagnósticos da dor, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor osteomuscular, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor neuropática, 17 (14,4%) pacientes dor oncológica, 8 (6,8%) dor relacionada ao HIV/SIDA e 13 (11%) outros tipos de dores. (tabela 10).

Não houve diferenças estatisticamente significantes com relação ao diagnóstico de dor e etnia, ansiedade, depressão ou intensidade de dor. (tabelas 23 a 27) Os pacientes com dor neuropática e osteomuscular, respectivamente, apresentaram mais abuso de analgésicos e foram submetidos a maior número de procedimento invasivos. ($p=0,0027$ / $p=0,0018$ tabelas 28,29).

Outro dado importante, é a presença de um segundo sítio de dor no mesmo paciente (grande parte dos estudos relatam que os entrevistados apresentavam dor em mais de um sítio).^(14, 26) Em nosso estudo foi a alta prevalência de um segundo sítio de dor entre os pacientes com dor crônica, 53 (44,9%) pacientes, sendo o principal segundo sítio de cefaleia (31/ 26,3%), seguido por lombalgia (7/ 5,9%)

Quanto às cefaleias, sua epidemiologia na África ainda não foi completamente descrita. Afro-americanos apresentaram prevalências mais baixas que indivíduos brancos em estudo previo.⁽⁵⁰⁾ Entre os pacientes com dor crônica neste estudo cefaleia foi uma queixa frequente mas não a principal. Parece haver uma prevalência semelhante àquela descrita na população em geral por outros estudos. Presença de cefaleia foi frequente entre estes pacientes (44,9%) embora esta não fosse necessariamente sua dor principal. Em apenas um (0,8%) paciente cefaleia foi o primeiro sítio de dor e em 36 (30,5%) foi o segundo sítio de dor. (tabelas 13) Não sabemos ao certo o motivo deste achado. Seria cefaleia considerada uma dor menos importante? Estaria o paciente procurando ambulatórios de neurologia ao invés da Unidade de Dor?

Em Maputo, a Síndrome das Pernas Inquietas foi encontrada em 8 pacientes com dor crônica (6,77%). É um resultado discordante, uma vez que estudo prévia realizado na Tanzânia⁽³⁸⁾ encontrou apenas 1 paciente entre 7654 pessoas entrevistadas. Por outro lado, os dados de prevalência no mundo estão entre 0,1% a 24%.⁽³⁶⁾ Não sabemos se nossos achados estão relacionados a causas secundárias. Encontramos uma causa importante em nossa amostra que foi dor neuropática ($p=0,005$). (tabela 16).

Quanto às características da dor, o tempo médio de dor na avaliação inicial foi de 41,7 meses. Isto provavelmente denota as dificuldades sociais do país avaliado e o longo tempo para acesso a um serviço especializado. (tabela 6)

A intensidade de dor inicial (pré-tratamento) foi de 8,37 pela Escala Numérica de Dor e após início de tratamento 4,75. (figura 2). Estes dados demonstram que

apesar de todas as dificuldades em Maputo, o tratamento proposto tem sido eficaz em dados absolutos, em diminuir a dor.

Comorbidades podem influenciar a prevalência de dor, em especial, com aumento da idade. Dor crônica é um componente, muitas vezes subdiagnosticado de várias doenças crônicas, tais como diabetes, insuficiência renal, câncer, e insuficiência cardíaca. ⁽²⁴⁾

As principais comorbidades encontradas em nossa amostra foram hipertensão, diabetes, anemia, câncer, HIV, insuficiência renal e doenças reumáticas. (tabela 12)

As prevalências de HIV/SIDA estão dentro do esperado para esta região (16/13%). ⁽⁷⁾

Estudos anteriores relatam prevalência de transtornos depressivos em doentes com dor crônica em torno de 55 a 64%. ^(51,52) A prevalência de transtornos depressivos em nosso estudo está abaixo do esperado para pacientes com dor crônica. (39, 33,1% vide tabela 12). Também não houve diferença significativa na presença de depressão entre os diferentes diagnósticos de dor. ($p=0,37$, tabela 25)

Não sabemos ao certo se o impacto de uma doença crônica seria menor nesta população ou se apenas eles estão mais propensos a “embotar” sua dor e seus sentimentos em razão das doenças concomitantes ou das situações sócio-econômicas-nutricionais nas quais vivem. Neste caso, poderíamos explicar estes resultados a partir de aspectos culturais envolvidos.

“Choro? Chorei uma vez sim mas não foi de tristeza , foi de dor!”

“O oncologista disse que não havia esperança de ficar curada, então procurei o tratamento do curandeiro, então estou melhor”. Frases de pacientes durante a entrevista para pesquisa

Em culturas estóicas, onde se valoriza o auto-controle, a dor será vivenciada e suportada distintamente de outras culturas. ⁽¹⁹⁾ Um relato sobre aspectos subjetivos de dor realizado na África sub-saariana evidenciou, a partir da percepção de enfermeiras envolvidas com tratamento de dor, que “os homens africanos tendem a expressar menos a sua dor verbalmente, talvez por acreditarem que este é um ato de fraqueza”. Este fato poderia ser explicado por fatores culturais locais. Além disso, como muitas pessoas têm a crença religiosa de que a dor pode ser considerada

punição para seus pecados no passado, sentir dor faz parte da cura de algumas afecções.⁽²⁸⁾ Os bariba, grupo étnico da África oeste, são conhecidos por não manifestarem sofrimento, mesmo quando são submetidos a situações dolorosas como trabalho de parto, ferimentos ou ritos de iniciação.⁽²⁹⁾

Talvez este seja o grande contraste com a cultura americana, capitalista, em que o papel da doença tem conotação de perda. Uma visão mais hedonista, ligada ao homem e sua capacidade de solucionar todos os problemas físicos, o homem como ser infalível, determina sua relação com sofrimento e dor de forma muito peculiar resultando em baixa tolerância à frustração, baixo limiar de dor e abuso de analgésicos. Outros estudos afirmam que, por exemplo, os italianos também manifestam desejo de alívio imediato da dor enquanto os irlandeses são mais contidos, tendendo a inibir suas manifestações de dor.⁽²³⁾ Estas são variações populacionais influenciadas pela cultura em que estão inseridas

Quanto à incapacidade para o trabalho, estudo prévio realizado demonstrou que até 59% das ocorrências de afastamento no trabalho estão relacionadas à dor, sendo que todos os fatores pessoais, ocupacionais e clínicos analisados apresentaram relação significativa com a capacidade para o trabalho.⁽⁵³⁾ Um fato marcante em nossa amostra foi o baixo índice de afastamento do trabalho. Apenas 11 pacientes avaliados (9,3%) estavam afastados do trabalho, apesar de 93 (78,8%) dos pacientes acreditarem que a dor atrapalha suas atividades de trabalho. Em um país onde os direitos trabalhistas não estão bem definidos e a maioria da população trabalha sem regulamentação pelo governo, não há suporte para afastamento remunerado das atividades de trabalhos.

Quanto aos tratamentos instituídos, as medicações abortivas mais utilizadas foram Paracetamol e Codeína e a medicação profilática mais utilizada foi Amitriptilina. (tabelas 17 e 18) Estas são medicações de fácil aquisição pelo Sistema Público de Saúde de Moçambique.

Procedimentos invasivos (bloqueios anestésicos) foram realizados em 48 (40,7%) pacientes. A Unidade da Dor de Maputo está preparada e habilitada para prestar assistência especializada e procedimentos em dor. (tabela19)

Quanto aos tratamentos alternativos: apesar da baixa prevalência de religiões tradicionais/ animistas nas entrevistas, 49,2% dos pacientes frequentam tratamentos alternativos com curandeiros/ religiões tradicionais. Os evangélicos são os que mais procuram tratamentos alternativos. ($p=0,21$, vide tabela 21)

Estes dados parecem estar correlacionados com a visão de saúde-doença-cura da população moçambicana apresentada pelo Professor João Schwalbach ⁽¹⁰⁾ na Reunião de História Geral da Medicina de Lisboa em 2001, a qual descreve a perspectiva holística de cura. Segundo esta perspectiva, não basta tratar a doença para curar o paciente. É nesse sentido que a figura do curandeiro ocupa papel de destaque nesta população.

É frequente pensarmos que a população moçambicana procura os curandeiros devido a insuficiência de médicos, ou a falta de dinheiro das famílias. Um tratamento com um *nyanga* (curandeiro) pode ser tão ou mais caro que tratamento médicos habituais. Neste sentido, não se pode considerar o curandeiro um médico “para os pobres” ou classes de nível intelectual inferior.⁽¹¹⁾

“O médico resolve os problemas de dor, mas o curandeiro resolve todo o resto”

“Moçambique é um país vasto. Há lugares em que o serviço de saúde está há 1 hora de distância. Desde criança, o primeiro contato que temos é com curandeiro porque está mais próximo. Os parentes mais velhos acham que ir ao médico formal não basta para tratar a saúde. Não tem a ver com escolaridade, nem dinheiro, porque alguns curandeiros cobram caro. Acredito que a religião é uma máscara. As pessoas fingem que não vão aos curandeiros e que têm outra religião, mas a verdade está do outro lado”. Frases de pacientes durante a entrevista

Cultura corresponde a um conjunto de sistemas e idéias, conceitos, regras e significados compartilhados por uma sociedade, que conseguem auxiliar o indivíduo a vivenciar os fatos emocionalmente. O homem precisa de tais fontes simbólicas para encontrar seus apoios no mundo. Não dirigido por padrões culturais — sistemas organizados de símbolos significantes — o comportamento do homem seria um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais, e sua experiência não teria praticamente qualquer forma. É também uma forma de “domesticação do aleatório” conferindo explicações e sentido ao que não se pode compreender e intervir. ^(9,30)

Apesar de todas as dificuldades em Moçambique, um país pobre e agredido pela exploração colonial, lutando pela estabilização social, política e econômica, a impressão com relação aos dados colhidos em nossa pesquisa foi de otimismo. A abordagem da dor em Maputo ganhou espaço nos últimos anos, com a construção

da Unidade de Dor e empenho dos profissionais locais em prestar atendimento de boa qualidade. O acesso ao tratamento medicamentoso e procedimentos invasivos ganha mais espaço a cada dia. Em contrapartida, boa parte da população ainda mantém forte apego às raízes de sua cultura frequentando curandeiros locais como forma de gerir alívio de suas dores físicas e emocionais. Estas fontes simbólicas continuam sendo a base de toda a crença da população, porém, cada vez mais, um tratamento de dor mais organizado e eficiente vem se desenvolvendo no país.

7 CONCLUSÕES

De um modo geral a epidemiologia de dor crônica está de acordo com dados mundiais, com predomínio em mulheres, prevalência na faixa etária de 50 anos

Os principais tipos de dor correspondem a dores osteomusculares/ lombalgias.

A prevalência de segundo sítio de dor no mesmo paciente é alta, como na literatura estudada.

Parece haver pouco afastamento do trabalho por dor crônica nesta população.

As prevalências de HIV/SIDA estão dentro das esperadas para esta região.

A prevalência da SPI está dentro das estimativas de epidemiologia no mundo.

A prevalência de depressão está abaixo do esperado para pacientes com dor crônica. Isto poderia ser explicado por aspectos culturais envolvidos.

Apesar da baixa prevalência de religiões tradicionais/ animistas nas entrevistas, mais de 50% dos pacientes frequentam tratamentos alternativos com curandeiros/ religiões tradicionais.

REFERÊNCIAS

1. MAZRUI A A, WONDJI C. História geral da África, VIII: África desde 1935 – Brasília: UNESCO, 2010.
2. GILROY P. O Atlântico negro: modernidade e dupla consciência. São Paulo: Ed 34; Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, Centro de Estudos Afro-Asiáticos, 2001.
3. FRY P. Moçambique: Ensaio. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.
4. Instituto Nacional de Estatística. Recenseamento Geral da População e Habitação, Dados do Censo de 2007. Portal do governo de Moçambique. Disponível em : <http://www.portaldogoverno.gov.mz>
5. Organização das Nações Unidas: The-United-Nations-in-Mozambique Disponível em : <http://www.unmozambique.org/>
6. CACCIA-BAVA EC, THOMAZ OR. “Moçambique em movimento: dados quantitativos”. In: FRY, Peter (Org.). Moçambique: ensaios. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.
7. BARRETO, AVERTINO et al. Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique 2000. 3. ed. Maputo: Faculdade de Medicina - UEM, 2002.
8. PIMENTA CAM, PORTINOI AG. Dor e cultura in : Carvalho MM. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo, 1999. p 159-173
9. GEERTZ, C. A interpretação das culturas - Rio de Janeiro : LTC, 2008. 323p.
10. SCHWALBACH J. Cultura, saúde e parentesco. Actas da Reunião Internacional de História da Medicina, 2001. p 125-131.
11. GRANJO P. Saúde, doença e cura em Moçambique. Saúde Soc. São Paulo, 2009. v.18 (4) :567-581.
12. PASSADOR LH; THOMAZ OR; Raça, sexualidade e doença em Moçambique. Estudos Feministas, 2006. 14(1): 336.

13. SCHWALBACH MT, SCHWALBACH JFL. Aspectos gerais da medicina negra em Moçambique. Revista do Estudos da Universidade de Lourenço Marques, 1970. 1 (1):167-193.
14. TEIXEIRA, MJ. Dor: manual para o clínico. São Paulo, editora Ateneu, 2006
15. WARFIELD, CA ; BAJWA, ZH. Principles and Practice of Pain Medicine. Second edition, The McGraw-Hill, 2004
16. H MERSKEY, N BOGDUK. Classification of chronic pain. 2nd edition. IASP Press, Seattle, 1994, p 209-214.
17. SHOTTER, EF Dame Cicely Saunders J Med Ethics, 2006. 32:309
18. MELZACK R, Wall PD. The psychology of pain. In: The Challenge of Pain, 2nd ed. London. Penguin Books, 1991. p15-33
19. SARTI CA. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde e Sociedade, 2001. 10(1): 3-13.
20. MAUSS M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Mauss, M. São Paulo: Ática, 1979. p 147-53.
21. WALTERS MA. Pain assessment in Sub-Saharan África. Pediatric Pain Letter, December 2009, 11(3)
22. SARGENT C. Between death and shame: dimensions of pain in bariba culture. Social Sciences in Medicine. 19 (12): 1299-304.
23. ZBOROWSKI M. Cultural components in responses to pain. Journal of Social Issues, 1952. 8 :16-30.
24. CROFT P, BLYTH FM, WINDT D. Chronic Pain Epidemiology From Aetiology to Public Health. Oxford University Press, 2010.
25. ELLIOTT AM, SMITH BH, PENNY KI, SMITH WC, CHAMBERS WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999;354(9186):1248-52.
26. GUREJE O, VON KORFF M, SMION GE, GATER R. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. JAMA 1998; 280(2):147-51.

-
27. TEIXEIRA MJ, MARCON RM, ROCHA RO, FIGUEIRÓ JAB. Epidemiologia clínica da dor. Rev med 1999; 78(2,pt.2):36-52.
28. KRELING MCGD, CRUZ DALM, PIMENTA CAM. Prevalência de dor crônica em adultos Rev Bras Enferm 2006 ; 59(4): 509-13.
29. SÁ,K; BAPTISTA,AF; MATOS,MA; LESSA,I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. Rev Saúde Pública 2009;43(4):622-30
30. WALKER SP, ODENDAAL CL, ESTERHUYSE KGF. Biographical, pain, and psychosocial data for a South African sample of chronic pain patients. S Afr J Anaesthesia. 2006; 62-66.
31. SCHWALBACH, TERESA. Relatório da Unidade da Dor do Hospital Central de Maputode 2009, Moçambique
32. <http://douleurs.org/>
32. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
33. DRUMMOND,JP; MARQUEZ,JO. Dor Neuropática. 2ª edição, São Paulo: Âmbito Editores, 2007
34. SCADDING,J Neuropathic Pain. ACNR 2003;3(2) : 8-14
35. ATTA,N; CRUCCU,M; HAANPA,A; HANSSON,P; JENSEN,TS; NURMIKO,T; SAMPAIO,C; SINDRUP,I,S; WIFFEN,P EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. European Journal of Neurology 2006, 13: 1153–1169
36. JENSEN,R; STOVNER,LJ Epidemiology and comorbidity of headache. Lancet Neurol 2008; 7: 354–61
37. BIGAL ME, LIPTON RB, STEWART WF. The epidemiology and impact of migraine. Curr Neurol Neurosci Rep. 2004 Mar; 4(2):98-104.
38. <http://www.iasp-pain.org>

-
39. ALLEN, RP, et al., Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med*, 2003. 4(2): 101-19.
40. WINKLER AS, TREDAFILOVA A, MEINDL M, KAAYA J, SCHMUTZHARD E, KASSUBECK J. Restless legs syndrome in a population of Northern Tanzania: a community-based study. *Mov Disord* 2010; 25: 596-601.
41. MOREIRA JÚNIOR ED, SOUZA MC. Epidemiology of chronic pain and neuropathic pain: Developing a questionnaire for population-based surveys. *Rev Bras Med*. 2003; 60 (8): 610-5.
42. BLAND MJ, ALTMAN GD. Comparing methods of measurement: why plotting difference against standard method is misleading. *Lancet* 1995; 1085-1087.
43. CONOVER WJ. Practical nonparametric statistics. New York, John Wiley & Sons, 1981
44. SAS/STAT® User's Guide, Version 8, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1999. R version 2.8.0. Copyright (C) 2008. The R Foundation for Statistical Computing.
45. FILLINGIM RB, KING CD, RIBEIRO-DASILVA MC, RAHIM-WILLIAMS B, RILEY JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009;10(5):447-85.
46. [www. APED.com.br](http://www.APED.com.br)
47. RAHIM-WILLIAMS FB, RILEY JL, HERRERA D, CAMPBELL CM, HASTIE BA, FILLINGIM RB .Ethnic identity predicts experimental pain sensitivity in African Americans and Hispanics. *Pain* 2007; 177–184
48. CAMPBELL CM, EDWARDS RR, FILLINGIM RB. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain* 2005; 20–26
49. EDWARDS RR, DOLEYS DM, FILLINGIM RB, LOWERY D. Ethnic Differences in Pain Tolerance: Clinical Implications in a Chronic Pain Population. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63:316–323.
50. STEWART, WALTER F., RICHARD B. LIPTON, and JOSHUA LIBERMAN. Variation in Migraine Prevalence by Race. *Neurology* 1996; 47 (1) 52–59.

51. MARUTA T. Depression associated with chronic pain: incidence, characteristics, and long-term outcome. *Keio J Med.* Dec 1989; 38(4):403-412.
52. DERSH J, GATCHEL RJ, POLATIN P, and MAYER T. Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic work-related musculoskeletal pain disability. *J Occup Environ Med.* May 2002; 44(5):459-468.
53. WALSH IAP, CORRAL S, FRANCO RN, CANETTI EEF, ALEM MER, COURRY HJCG. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38 (2)

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Nº: _____

DATA: ____ / ____ / ____

QUESTIONÁRIO

PROTOCOLO DE PESQUISA EM DOR

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL

UNIDADE DA DOR – HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

NOME: _____

IDADE _____ (ANOS) NATURALIDADE _____

SEXO : Masculino Feminino

RAÇA: Asiática (chinesa) Asiática (indiana) Branca Mista Negra

ESTADO CIVIL : Casado Separado Viúvo Solteiro

OCUPAÇÃO:

Funcionário Público Operário

Por conta própria Camponês

Desempregado Reformado

Empregado c/patrão Estudante

Pescador Artista

Doméstica Outra Se outra, qual: _____

ESCOLARIDADE:

Analfabeto

Menos que 4º classe

4ª - 6ª classe

7ª - 9ª classe

10ª - 12ª classe

Mais que 12ª classe

AO LONGO DA VIDA, A MAIORIA DE NÓS TEM ALGUM TIPO DE DOR DE VEZ EM QUANDO (COMO DOR DE CABEÇA COMUM, DOR MUSCULAR OU LOMBAR, DOR DE DENTE, ETC.). NOS ÚLTIMOS 6 MESES, VOCÊ TEM SENTIDO DOR (FORA DESSES TIPOS DE DOR) OU ALGUMA SENSÇÃO DESAGRADÁVEL/DESCONFORTÁVEL/ESTRANHA COMO CHOQUE, PONTADA, PESO, QUEIMADURA, FORMIGUEIRO, DORMÊNCIA...?

HÁ QUANTO TEMPO TEM DOR: _____ (em meses ou anos)

LOCALIZAÇÃO DA DOR:

CARÁCTER DA DOR

APERTO LATEJANTE CÓLICA PONTADA QUEIMADURA

OUTRA: _____

INTENSIDADE:

BAIXA MODERADA ALTA VARIÁVEL DURAÇÃO DA DOR: EM HORAS/DIA ()

FREQUENCIA DA DOR : EM DIAS/MES ()

MEDICAÇÃO UTILIZADA : _____

_____ ABUSO SIM NÃO

ESCALA DE DOR DAS FACES

ESCALA DA DOR DAS FACES (DE 0-10 QUANTO DARIA PARA SUA DOR) _____

DE 0-10 QUANTO SUA DOR ATRAPALHA SUAS ACTIVIDADES DE TRABALHO _____

DE 0-10 QUANTO SUA DOR ATRAPALHA SUAS ACTIVIDADES DE LAZER _____

QUANTAS VEZES VC TOMA REMEDIO PARA A DOR: EM DIAS/MES ()

FATORES DESENCADEANTES _____

FATORES ATENUANTES _____

SONO REPOUSO ANALGESICOS PRESSAO/MASSAGEM

RELAÇÃO COM ESFORÇO FÍSICO: SIM NÃO

PERNAS INQUIETAS

- DESCONFORTO NAS PERNAS SIM NÃO
- HORARIO NOTURNO) SIM NÃO
- PIORA NO REPOUSO SIM NÃO
- ALIVIA COM MOVIMENTO SIM NÃO
- HISTÓRIA FAMILIAR: SIM NÃO
- RELAÇÃO COM GESTAÇÃO SIM NÃO

Escala de Graduação do Síndrome das Pernas Inquietas do Grupo de Estudo Internacional do Síndrome das Pernas Inquietas

Total:				

ACREDITA QUE SEU SONO É SUFICIENTE? _____

ACORDA DESCANSADO? _____

- SENTE DOR DE CABEÇA? SIM NÃO

SE SIM:

LOCALIZAÇÃO DA DOR

SÓ DE UM LADO DA CABEÇA

DOS DOIS LADOS DA CABEÇA

A CABEÇA TODA

NA NUCA

- CARACTERÍSTICAS

LATEJANTE, PULSÁTIL, COMO UM CORAÇÃO BATENDO

EM PONTADAS, AGULHADAS

COMO UM PESO EM CIMA DA CABEÇA

EM QUEIMADURA, ARDENTE

COMO UM CHOQUE

PRESSÃO, COMO UM APERTO NA CABEÇA

- SINTOMAS ASSOCIADOS

SEU ESTÔMAGO ENJOA

VOCÊ VOMITA

A LUZ INCOMODA

O BARULHO INCOMODA

O NARIZ ENTOPE

O NARIZ ESCORRE

O OLHO FICA VERMELHO

O OLHO FICA INCHADO

O OLHO LACRIMEJA

A PÁLPEBRA CAI

- FATORES DESENCADEANTES

NERVOSISMO, PREOCUPAÇÃO

ODORES

ALIMENTOS

BEBIDAS

MENSTRUAÇÃO

TOSSE, ESFORÇO FÍSICO OU ATIVIDADE SEXUAL

OUTRO.

QUAL? _____

AURA?	SIM	NÃO
-------	-----	-----

SINTOMAS VISUAIS	SIM	NÃO
------------------	-----	-----

PARESTESIAS OU FRAQUEZA	SIM	NÃO
-------------------------	-----	-----

AFASIA	SIM	NÃO
--------	-----	-----

HÁ UM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE SUA DOR?

DOR MIOFASCIAL

DOR NEUROPÁTICA

CEFALÉIA

DOR VISCERAL

DOR ONCOLÓGICA

POS TRAUMA

FIBROMIALGIA

OUTRAS

QUAL? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

FUMO () 0=não; 1=sim; 3=ex-fumante QUANTO cigarros/dia ()

ALCOOL () 0=não; 1=sim QUANTO doses/semana ()

CAFÉ () 0=não; 1=sim QUANTO xícaras/dia ()

EXERCÍCIO FÍSICO () 0=não; 1=sim QUANTO dias/semana

DOAÇÃO DE SANGUE () 0=não; 1=sim QUANTAS

GESTÃO PRÉVIA () 0=não; 1=sim QUANTAS

AUMENTO DO FLUXO/DIAS DA MENSTRUÇÃO () 0=não; 1=sim; 9=não aplicável

DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE:

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA () INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ()

ANEMIA () 0=não; 1=sim

DOENÇAS REUMÁTICAS () 0=não; 1=sim QUAL? _____

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS () 0=não; 1=sim QUAL? _____

DOENÇAS CARDIACAS () 0=não; 1=sim QUAL?

DOENÇAS DO TRATO GASTROINTESTINAL () 0=não; 1=sim, QUAL?

DOENÇAS VASCULAR PERIFÉRICA. () 0=não; 1=sim QUAL?

DOENÇAS ENDÓCRINA () 0=não; 1=sim; 3=diabetes; 4=dças da tireóide
5=OUTRAS_____

DOENÇAS NEUROLÓGICA () 0=não; 1=sim; 3=polineuropatia; 4=cefaléia; 5=OUTRAS_____

DOENÇAS PSIQUICA () 0=não; 1=sim; 3=humor; 4=ansiedade; 5=OUTRAS_____

EXAMES JÁ REALIZADOS: _____

EXAME FÍSICO:

ECTOSCOPIA: _____

Aparelho Cardio Vascular: _____ - _____ Tensão Arterial_____

Aparelho Respiratório: _____

Abdomen : _____

Membros Inferiores : _____

EXAME NEUROLÓGICO (DADOS POSITIVOS): FRAQUEZA, ATROFIAS, PARESTESIAS, DISESTESIAS

PALPAÇÃO MUSCULAR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : _____

DIAGNÓSTICO FINAL DA DOR

DOR MIOFASCIAL

DOR NEUROPÁTICA

CEFALÉIA

DOR VISCERAL

DOR ONCOLÓGICA

POS TRAUMA

FIBROMIALGIA

OUTRAS QUAL? _____

TRATAMENTO QUE ESTÁ A FAZER:

REFERIDO PELO PACIENTE:

MEDICAMENTOS: _____

OUTROS TRATAMENTOS: _____

TRANSCRITO DO PROCESSO CLÍNICO DO PACIENTE:

MCGILL REDUZIDO (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER)

Marque as características de sua dor, máximo 1 alternativa em cada grupo:

Sensitivo:

Lateja
Ferroa
Facada
Aguilhada
Aperta
Cólica
Esmaga
Fisga
Torção
Pesa
Racha
Estica
Rasga

Avaliativo:

Formiga
Coça
Arde
Choque
Queima
Adormece
Aquece
Esfria
Irradia

Emocional:

Chata
Incômoda
Aborrecida
Enjoada
Agonizante
Torturante
Terror
Insuportável
Desgastante
Cansativa
Castigante
Cruel

ANEXO 2:

PROTOCOLO DE PESQUISA EM DOR

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL

UNIDADE DA DOR – HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÃO AO PACIENTE

Eu, **Karen dos Santos Ferreira, médica**, Pós-graduanda do Programa de Neurociências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Brasil estou, com uma equipa da **Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo** a realizar um estudo intitulado **DOR CRÔNICA E SUAS CARACTERÍSTICAS NA UNIDADE DE DOR DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO/MOÇAMBIQUE** para descrever e analisar as características da DOR dos doentes que são observados, seguidos e tratados nesta Unidade.

O objetivo desse estudo é conferir a presença, gravidade, características da DOR, assim como as modalidades de tratamento utilizadas para essa dor. Para obter os resultados esperados serão realizados questionários, através de entrevista, para anotação dos dados.

Neste contexto você está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar neste estudo sobre a DOR.

Não existe desconforto ou risco para si. Apenas terá que responder a um conjunto de perguntas previamente preparadas e que durará cerca de meia hora. Não há despesas pessoais para si, nem pagamento para a sua participação. Embora não beneficie directamente com este estudo, os resultados do mesmo contribuirão para aumentar o nosso conhecimento, o que permitirá melhorar a qualidade de prestação dos nossos serviços e o apoio que damos aos nossos doentes.

Você será esclarecido(a) sobre o trabalho em qualquer aspecto e a qualquer momento que desejar. Para isso Você poderá contactar a Dra. **Karen dos Santos Ferreira** na Unidade da Dor ou pelo telefone XXXXXXXXX. Como alternativa Você poderá contactar a Dra. **Teresa Schwalbach** e a Dra. Angelina Dias também na Unidade da Dor ou pelo telefone XXXXXXXXX.

Você é livre para aceitar ou recusar a participar e pode retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os investigadores irão tratar a sua identidade assim como toda a informação recolhida com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

O presente estudo obteve aprovação ética do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique.

Maputo , _____ de _____ de _____.

O Investigador Principal, **Karen dos Santos Ferreira**

Assinatura

PROTOCOLO DE PESQUISA EM DOR

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL

UNIDADE DA DOR – HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmo por este meio que fui informado (a) sobre a natureza do estudo intitulado **DOR CRÔNICA E SUAS CARACTERÍSTICAS NA UNIDADE DE DOR DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO/MOÇAMBIQUE**, os processos a serem seguidos, os benefícios e riscos envolvidos neste estudo. Confirmo igualmente ter recebido, lido e compreendido a informação constante do documento **INFORMAÇÃO AO PACIENTE** sobre o mesmo estudo, tendo tido oportunidade de ser esclarecido (a) quanto às dúvidas e questões por mim colocadas.

Estou ciente de que os resultados deste estudo serão processados e publicados num relatório de pesquisa e compreendi que posso retirar-me em qualquer momento do estudo, sem que tenha qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Assim,
eu, _____

abaixo assinado, tendo recebido as informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar desse estudo.

Maputo , _____ de _____ de _____.

Assinatura do voluntário

Testemunha:

Assinatura da Testemunha

Testemunha:

Assinatura da Testemunha

ANEXO 3:

Critérios DSM IV Depressão Maior

Nas duas últimas semanas devem ter estado presentes cinco das seguintes características, das quais pelo menos uma deve ser

1. humor deprimido a maior parte do dia e quase todos os dias
2. perda de interesse ou satisfação em relação à maior parte das actividades a maior parte do dia e quase todos os dias

e as restantes (até perfazer um total de pelo menos cinco) devem estar entre as que se seguem:

1. perda ou aumento de peso significativos (mudança superior a 5% num mês) ou aumento ou perda de apetite quase todos os dias
2. insónia ou hipersónia quase todos os dias
3. agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (constatável pelos outros, não meramente sentimentos subjectivos de inquietação ou de lentidão)
4. fadiga ou perda de energia quase todos os dias
5. falta de auto-estima ou sentimentos de inadequação e culpabilidade (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente auto-acusação por estar doente)
6. capacidade intelectual ou de concentração diminuída, ou indecisão e dúvida, quase todos os dias (quer por queixas sintomática quer por sinais relatados por terceiros)
7. ruminações sobre morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem que haja um plano traçado, ou tentativa de suicídio ou plano para atentar contra a vida

causando os sintomas incómodo clinicamente significativo e incapacidade ocupacional ou noutros sectores funcionalmente importantes.

Critérios DSM IV : Transtorno de Ansiedade Generalizada

A. Ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias por pelo menos 6 meses

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação

C. Três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (Nota: Apenas um item é exigido para crianças)

(1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele (2) fadigabilidade

(3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente (4) irritabilidade

(5) tensão muscular (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório)

D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de outro transtorno

E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas

F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

ANEXO 4:

Escala de Gravidade da Síndrome das Pernas Inquietas.

INSTRUÇÕES

Responder as 10 questões que se seguem, leve em consideração os seus sintomas nas duas últimas semanas.

1)Em geral, como você considera o desconforto da síndrome das pernas inquietas nas suas pernas ou braços?

(4) muito intenso

(3) intenso

(2) moderada

(1)leve

(0) nenhum

2)Em geral, como você considera a necessidade de se mexer ou andar por causa dos seus sintomas da síndrome das pernas inquietas?

(4) muito grande

(3) grande

(2) moderada

(1) pequena

(0) nenhuma

3)Em geral, quanto de alívio no desconforto das pernas ou braços você consegue ao andar?

(4) nenhum alívio

(3) pouco alívio

(2) alívio moderado

- alívio total ou quase total

(0) sem sintomas de síndrome das pernas inquietas, portanto

4)Em geral, qual a intensidade do seu distúrbio de sono por causa dos sintomas da síndrome das pernas inquietas?

(4) muito intenso

- (3) intenso
- (2) moderado
- (1) leve
- (0) nenhum

5)Qual a intensidade do seu cansaço ou sonolência por causa dos sintomas da síndrome das pernas inquietas?

- (4) muito intenso (a)
- (3) intenso (a)
- (2) moderado (a)
- (1)leve
- (0) nenhum (a)

6)Em geral, qual a gravidade da sua síndrome das pernas inquietas como um todo?

- (4) muito grave
- (3) grave
- (2) moderada
- (1) leve
- (0) nenhuma

7)Com que frequência você tem sintomas da síndrome das pernas inquietas?

- (4) de 6 a 7 dias por semana
- (3) de 4 a 5 dias por semana
- (2) de 2 a 3 dias por semana
- (1)1 dia ou menos por semana
- (0) nunca

8)Quando você tem sintomas da síndrome das pernas inquietas, qual a duração dos sintomas num dia corriqueiro?

- (4) dura 8hs ou mais nas 24hs do dia
- (3) dura 3 a 8 hs nas 24hs do dia

(2) dura 1 a 3hs nas 24hs do dia

(1) dura 1 hora ou menos nas 24hs do dia

(0) nenhuma duração

9) No geral, qual a intensidade do impacto dos seus sintomas da síndrome das pernas inquietas na sua capacidade de realizar suas atividades diárias, como por exemplo, atividades familiares, no seu lar, na sociedade, na escola ou na vida profissional?

(4) muito grande

(3) grande

(2) moderada

(1) pequena

(0) nenhuma

10) Qual a intensidade do seu distúrbio de humor por causa dos sintomas da síndrome das pernas inquietas, por exemplo, raiva, depressão, tristeza, ansiedade, irritação?

(4) muito grande

(3) grande

(2) moderada

(1) pequena

(0) nenhuma

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE

Exma Senhora
Dra Karen dos Santos Ferreira

Ref.247/CNBS/10

Data 16 de Julho de 2010

Assunto: *Aprovação do Protocolo "Dor Crónica e suas Características na Unidade de Dor do hospital Central de Maputo/Moçambique."*

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou as rectificações efectuadas no protocolo intitulado: **"Dor Crónica e suas características na Unidade de Dor do hospital Central de Maputo/Moçambique."** sobre o mesmo chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.

Contudo, recomenda aos investigadores que o mantenham informado do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administrativa.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Manuel de Carvalho Fumane

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

Chronic Pain in Maputo, Mozambique: New Insights

Introduction

Historical data regarding the African continent have remained obscure to the rest of the world for a long period of time. We may state that Africa is much more than a single country and much less than the more than 50 territorial entities divided by artificial frontiers imposed by Europe [1]. Mozambique is a country on the East coast of Austral Africa that has been experiencing profound changes over the last 50 years. It achieved its independence from Portugal in 1975 after a prolonged and bloody war and then had a civil war between the socialist government (Frelimo) and the opposition (RENAMO). These were the last decades in Mozambique: a poor country struggling for social, political, and economic stabilization [2,3].

The estimated population in Mozambique is 20,069.738 million and Maputo is its main city. Regarding the social indicators, the rate of illiteracy is about 50.4%. The life expectancy of a Mozambican is 49.4 years [2]. The prevalence of HIV/AIDS in the Maputo region is about 13.0% [4]. Regarding religion, 28.4% of the population declares itself Catholic, 17.9% Muslim, 10.9% Protestant and Evangelical, and 2.1% animist. Even with the expansion of the Christian and Islamic influence, the bases of society are estimated to be anchored on traditional animist religion [2,3].

The Pain Unit of the Central Hospital of Maputo

The Pain Unit of the Central Hospital of Maputo was implanted in 1996 with the help of a French nongovernmental organization (NGO) with humanitarian objectives called "Douleur sans Frontières", created in 1996 by French doctors based on other NGOs such as Médecins Du Monde and Médecins sans Frontières, in order to export knowledge about pain to underprivileged world locations. This NGO acts on different fronts, such as Cambodia, Haiti, and Africa, sponsoring Units for the Treatment of Pain. In 2003, it was recognized as a public utility entity by the Conseil D'Etat Français [5,6].

Health, Disease, and Traditional Medicine in Mozambique

In Mozambique, the predominant system of interpretation of misfortune, health, and disease in the population of Mozambique involves an association with the traditional religions of the region, which influences the moral values and conducts of society. Physical ills may represent dis-

harmony in social relations or with one's relatives, ancestors, or deities. The figure of the healer symbolizes the treatment of these ills by means of herbs, prayers, or sacrifices. The spectrum of the activities of traditional doctors involves a diagnosis (divination) and treatment (with mixtures of plant products, skin cuts at points considered vulnerable called scarifications, or expulsion of spirits) [7–9]. Today, traditional doctors have a Department of the Health Ministry for Traditional Medicine activities. They are represented by the Association of Traditional Doctors of Mozambique (AMETRAMO).

Objectives

The objective of the present study was to describe and analyze the epidemiological, emotional aspects, and the religious practices of patients with chronic pain treated at the Pain Unit of the Central Hospital of Maputo, Mozambique.

Methods

A cross-sectional descriptive study was conducted by the Pain Unit of the Central Hospital of Maputo, Mozambique, and University of São Paulo, Brazil. During a period of 2 months (2010–11), all patients attending ambulatory visits at the Pain Unit of the Central Hospital of Maputo were interviewed. We selected patients older than 18 years with the presence of chronic pain according to IASP criteria [10], who gave written informed consent to participate. A questionnaire regarding gender, ethnic group, religion, diagnosis and intensity of pain, and traditional and alternative treatments was applied. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) criteria were used to define depression and anxiety. Data were entered and analyzed using SPSS by the Department of Statistics of the School of Medicine of Ribeirão Preto University of São Paulo. The study was approved by the National Bioethics Committee for Health of Mozambique and subjects were identified only by number.

Results

A total of 123 patients were interviewed over a period of 2 months and 118 were included. Of these, 79 (66.9%) were women and 39 (33.1%) were men. The mean age was 52.4 years, with a standard deviation of 13.7. One hundred and seven patients (90.7%) were black and 11 (9.3%) white and Asian. Thirty-six (30.5%) had up to 4 years of schooling.

Forty patients (33.9%) had a diagnosis of osteomuscular pain, 40 (33.9%) had neuropathic pain, 17 (14.4%) had oncologic pain, 16 (13.6%) had pain related to HIV/AIDS, and 5 (5.9%) had other kind of pain, like visceral and myofascial pain. Thirty-nine (33.1%) patients had back pain, including radicular (lumbar disc herniation and degenerative disc disease) and mechanical pain (muscle spasm). Mean visual analog scale before treatment was 8.37, and after treatment at Pain Unit was 4.75. Investigation of emotional aspects revealed that 39 (33.1%) patients had depressive symptoms, fulfilling the DSM-IV criteria for depressive disorder and 15 (17%) patients fulfilled the DSM-IV criteria for anxiety disorder.

Regarding the religious aspects, 30 (25.4%) patients were Catholic, 35 (29.7%) were Evangelical, 10 (8.5%) were Muslims, 3 (2.5%) practiced traditional religions, and 40 (33.9%) were atheist or had other religion. In addition to their treatment at the Pain Unit, 58 patients (49.2%) also received some type of treatment from local healers. These treatments were based on scarification (cuts in the skin) (44—37.3%) and on phytotherapy based on medicinal herbs (17—14.4%).

Discussion

The epidemiological data obtained seem to agree with the data from previously published studies for patients with chronic pain, with a predominance among women and a prevalence in the mean age range of 52 years. The main types of pain corresponded to osteomuscular and neuropathic pain, with emphasis on back pain, also in agreement with previous studies [11–13]. The prevalence of HIV/AIDS was within the expected rates for this region (13.6%), according to Barreto [4]. Despite the low prevalence of traditional/animist religions observed in the interviews, 49.2% of the patients seek alternative treatments with healers/traditional religions. These data appear to be correlated with the vision of health-disease-cure of the Mozambique population.

According to this holistic perspective, it is not enough to treat the disease to cure the patient. It is necessary to re-establish the social equilibrium, including harmony with one's ancestors. Thus, disease is not the opposite of health. We frequently think that the population of Mozambique looks for healers due to an insufficient number of doctors, or due to lack of family money. However, treatment with a "nyanga" (healer) may be as expensive as that with a doctor, or even more expensive. On this basis, we cannot consider a healer to be a doctor "for the poor" or for classes of a lower intellectual level [7].

On the other hand, the prevalence of depressive disorders is below the expected level for patients with chronic pain (33.1%) [14]. Maruta detected a 55% prevalence of depressive disorders in patients with chronic pain [15]. We do not know for sure if the impact of a chronic disease may be lower in this population or if these people are simply more likely to "numb" their feelings. In this case, we

may explain these results based on the cultural aspects involved.

Religions function socially as a set of beliefs and practices that guide a group philosophically, justifying the causes of misfortune and re-establishing the hope for a resolution of problems. Thus, they weave their relation with the painful phenomenon either by justifying suffering or by relieving the anguish related to the latter [5]. Rites and ceremonies of passage are present in tribal or traditional societies, with more symbolic force than in modern capitalist societies. This may perhaps be the reality for some African societies [16]. A study of the subjective aspects of pain conducted in sub-Saharan Africa demonstrated, on the basis of the perception of the nurses involved in the treatment of pain, that "African men tend to express less their pain verbally, perhaps because they believe that this is an act of weakness." "Suffering in silence" seems to be encouraged as a synonym of strength [17].

Perhaps, this is the great contrast with the American, capitalist, culture, in which the role of disease and loss has another connotation. Characteristics such as low tolerance of frustration, low pain threshold, and abuse of analgesics are frequent. This type of more hedonistic vision linked to man and to his ability to solve all physical problems (man as an infallible being) determines his relation with suffering and pain in a very peculiar manner. Therefore, as pain has a cultural basis, it is necessary to contextualize all those involved in this process, acting in a social reality, weaving the web of relations that cause pain to be an experience with a meaning to be sought [16].

KAREN FERREIRA, MD*
MARIA TERESA SCHWALBACH, MD†
JOÃO SCHWALBACH, MD†
JOSE SPECIALI, PhD*

*Department of Neurosciences and of Behaviour Sciences, Division of Neurology, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil
†Pain Unit, Central Hospital of Maputo, Maputo, Mozambique

References

- 1 Mazrui A, Wondji C. General History of Africa: Africa since 1935. Paris: UNESCO; 2010.
- 2 Fry P. Mozambique: Ensaios. Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 2001.
- 3 Mozambique National Institute of Statistics. Data census. 2007. Available at: <http://www.portaldogoverno.gov.mz> (accessed July 10, 2011).
- 4 Barreto A. Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Mozambique. Maputo: UEM; 2002.
- 5 Schwalbach T. Archives of Pain Unit of the Central Hospital of Maputo, Mozambique. 2009.

Letter to the Editor

- 6 DSF Douleur sans Frontières. La association, sa mission, ses valeurs. 2011. Available at: <http://douleurs.org/> (accessed July 10, 2011).
- 7 Granjo P. Health, disease and cure in Mozambique. *Saúde Soc* 2009;18(4):567–81.
- 8 Passador L, Thomaz O. Raça, sexualidade e doença em Mozambique. *Estud Fem* 2006;14(1):263–86.
- 9 Schwalbach T, Schwalbach J. General aspects of black medicine in Mozambique. *Journal of Studies, University of Lourenço Marques* 1970;1(1):167–93.
- 10 International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of Chronic Pain. 2011. Available at: <http://www.iasp-pain.org> (accessed July 10, 2011).
- 11 Teixeira MJ. Pain: Practical Manual for the Medical Doctor. São Paulo: Ateneu; 2006:562 p.
- 12 Warfield C, Bajwa Z. Principles and Practice of Pain Medicine, Vol 28. New York: The McGraw-Hill; 2004:273–85.
- 13 Croft P, Blyth F, Windt D. Chronic Pain Epidemiology from Aetiology to Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2010:4(12):131–8.
- 14 Gureje O, Von Korff M, Smion G, Gater R. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280(2):147–51.
- 15 Maruta T. Depression associated with chronic pain: Incidence, characteristics, and long-term outcome. *Keio J Med* 1989;38(4):403–12.
- 16 Sarti C. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde Soc* 2001;10(1):3–13.
- 17 Walters M. Pain assessment in sub-Saharan Africa. *Pediatr Pain Lett* 2009;11(3):22–6.

Cefaleia em pacientes com dor crônica entrevistados na Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique*

Headache in chronic pain patients interviewed by the Pain Unit, Central Hospital of Maputo, Mozambique

Karen dos Santos Ferreira¹, Maria Teresa Schwalbach², João Schwalbach², José Geraldo Speciali¹

* Recebido do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Nos últimos anos, a abordagem da dor crônica em Maputo, capital de Moçambique, ganhou espaço, com a construção da Unidade de Dor do Hospital Central. No continente africano existem poucos estudos epidemiológicos sobre dor crônica. Em Moçambique, nenhum estudo prévio foi publicado. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar as características da cefaleia em pacientes com dor crônica entrevistados no referido hospital.

MÉTODO: Participantes com dor crônica de acordo com critérios da *International Association for the Study of Pain* (IASP), maiores de 18 anos, fluentes em português foram incluídos. Dados demográficos, características da dor crônica e presença de cefaleia foram investigados.

RESULTADOS: Cento e dezoito pacientes foram avaliados. Destes, 79 (66,9%) eram mulheres e 39 (33,1%) eram homens, com média de idade de 52,4 anos. Presença de cefaleia foi frequente entre estes pacientes (53/44,9%) embora esta não fosse necessariamente sua dor principal. Cefaleia foi o principal segundo sítio de dor. Migrânea foi diagnóstico em 14 (11,9%) pacientes, cefaleia tensional em 28 (23,8%), cefaleia cervicogênica em 9 (7,6%).

CONCLUSÃO: Os dados revelam que nos pacientes com dor crônica na Unidade de Dor do Hospital Central

de Maputo há prevalência de cefaleias semelhante àquela descrita na população em geral por outros estudos.

Descritores: África, Cefaleias, Dor crônica.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain approach in Maputo, capital of Mozambique, has gained space in recent years with the opening of the Central Hospital's Pain Unit. There are few epidemiological studies on chronic pain in Africa. In Mozambique, no previous study has been published. This study aimed at describing and analyzing headache features in chronic pain patients interviewed in the above-mentioned hospital.

METHOD: Chronic pain patients according to International Association for the Study of Pain (IASP) criteria, aged over 18 and fluent in Portuguese were included. Demographics, chronic pain features and presence of headache were investigated.

RESULTS: Participated in this study 118 patients. From these, 79 (66.9%) were females and 39 (33.1%) were males, with mean age of 52.4 years. Headache was frequent among such patients (53/44.9%), although this was not necessarily their primary pain. Headache was the major second pain site. Migraine was diagnosed in 14 (11.9%) patients, tension headache in 28 (23.8%) and cervicogenic headache in 9 (7.6%).

CONCLUSION: Data show that the prevalence of headache among chronic pain patients of the Pain Unit of the Central Hospital of Maputo is similar to that described for general population by other studies.

Keywords: Africa, Chronic pain, Headache.

INTRODUÇÃO

Moçambique é um país que vem passando por drásticas

1. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique.

Endereço para correspondência:
Av. Bandeirantes, nº 3900
14048-900 Ribeirão Preto, SP.
Fone/Fax: 55 (16) 3602-2548
E-mail: karenferreira@usp.br

mudanças nos últimos 50 anos. País pobre e agredido pela exploração colonial vem lutando pela estabilização social, política e econômica desde sua independência, em 1975^{1,2}. Nos últimos anos, o tratamento da dor crônica em Maputo, sua capital, ganhou espaço, com a construção da Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique, com apoio técnico e financeiro da Organização não Governamental Francesa Douleur Sans Frontières. Esta unidade possui equipe multidisciplinar com anesthesiologistas, clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e administração própria, prestando atendimento em regime ambulatorial e de internação a pacientes que sofrem de dor crônica oncológica e não oncológica^{3,4}.

Segundo dados estatísticos internos do ano de 2009, nesta unidade, a maior parte dos pacientes atendidos apresentam dor osteomuscular, incluindo a dor lombar (cerca de 39%), seguindo-se a dor em pacientes com câncer e vírus da imunodeficiência humana (HIV) (cerca de 27%)⁴. O acesso ao tratamento medicamentoso e procedimentos invasivos ganha mais espaço a cada dia. Em contrapartida, boa parte da população ainda mantém forte apego às raízes de sua cultura frequentando curandeiros locais como forma de gerir alívio de suas dores físicas e emocionais. Estas fontes simbólicas continuam sendo a base de toda a crença da população, porém, cada vez mais, um tratamento de dor mais organizado e eficiente vem se desenvolvendo no país.

A epidemiologia da cefaleia em africanos ainda não foi completamente descrita. A maioria dos estudos demonstra que afro-americanos apresentam tolerância mais baixa a estímulos dolorosos, em comparação com brancos, incluindo dor por estímulo frio, calor e isquemia^{5,6}. Outro estudo demonstrou prevalência de migrânea mais baixa em indivíduos afro-americanos, com relação a indivíduos brancos⁷.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever as características da cefaleia apresentada por pacientes com dor crônica atendidos nesta unidade, em parceria entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo e a Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo.

MÉTODOS

O estudo foi conduzido na Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique.

Este hospital serve à população de Maputo (1.099.102 de pessoas) e áreas adjacentes. Existem duas Unidades de Dor em Moçambique, uma em Maputo e outra em Beira. O estudo foi realizado entre outubro de 2010 e

julho de 2011. Participantes com dor crônica de acordo com critérios da *International Association for the Study of Pain* (IASP), maiores de 18 anos, fluentes em português foram incluídos.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram entrevistados por um neurologista. Após a coleta de dados demográficos, características da dor crônica e presença de cefaleia foram investigadas.

Os dados foram processados usando o programa SPSS pelo Departamento de Estatística da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Estudo aprovado pelo Comitê de Bioética para Saúde de Moçambique, sob processo nº Ref 247 CNBS/2010.

RESULTADOS

Um total de 123 pessoas com dor foi entrevistado. Pacientes preenchendo critérios foram incluídos. Cinco pessoas foram excluídas. Um deles não falava português, três não preenchiam critérios para dor crônica e um não concordou em participar. Enfim, 118 pacientes foram avaliados. Destes, 79 (66,9%) eram mulheres e 39 (33,1%) eram homens, com média de idade de 52,4 anos. Cento e sete (90,7%) pacientes eram negros e 11 (9,3%) não negros. Quanto à escolaridade, 36 (30,5%) tinham até 4 anos de escolaridade e 82 (69,5%) tinham mais de 4 anos de escolaridade. Os que viviam com companheiro/casados foram 79 (66,9%) e 39 (30,1%) viviam sozinhos (solteiros, viúvos e divorciados). As ocupações mais frequentes foram domésticas (36 – 30,5%), autônomos (32 – 27,1%) e funcionários públicos (19 – 16,1%).

A topografia da dor mais frequente foi lombar (incluindo lombalgias mecânicas e lombociatalgias por radiculopatias): 43 (36,4%) pacientes, seguida por dor em membros inferiores 15 (12,7%) e pelve 11 (9,3%).

Entre os diagnósticos da dor, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor osteomuscular, com destaque para lombalgias, 40 (33,9%) pacientes apresentavam dor neuropática, 17 (14,4%) pacientes dor oncológica, 8 (6,8%) dor relacionada ao HIV e 13 (11%) outros tipos de dores.

Presença de cefaleia foi frequente entre estes pacientes (53/ 44,9%) embora esta não fosse necessariamente sua dor principal. Em apenas um (0,8%) paciente, cefaleia foi o primeiro sítio de dor. Um segundo sítio de dor foi encontrado em 53 (44,9%) pacientes, sendo que cefaleia foi o principal segundo sítio de dor, presente em 36 (30,5%) pacientes. Em 16 (13,5%) pacientes cefaleia foi o terceiro sítio de dor.

Migrânea foi diagnóstico em 14 (11,9%), cefaleia ten-

sional em 28 (23,8%), cefaleia cervicogênica em 9 (7,6%) e outros tipos (dor em facada/dor autonômica) em 2 (1,7%). Dois pacientes (1,7%) relataram aura visual (Tabelas 1 a 3).

Tabela 1 – Diagnóstico da dor.

	Frequência	%
Osteomuscular	40	33,9
Neuropática	40	33,9
Câncer	17	14,4
SIDA	8	6,8
Miofascial	6	5,1
Visceral	6	5,1
Cefaleia	1	0,8

SIDA = síndrome da imunodeficiência adquirida.

Tabela 2 – Cefaleia em pacientes com dor crônica.

	Frequência	%
1º sítio de dor	1	0,8
2º sítio de dor	36	30,5
3º sítio de dor	16	13,5

Tabela 3 – Características da cefaleia.

		Frequência	%	Total
Tipo	Migrânea	14	11,9	53
	Tensional	28	23,8	
	Cervicogênica	9	7,6	
	Outra	2	1,7	
Local	Bilateral	35	29,7	53
	Unilateral	9	7,6	
	Cervical	9	7,6	
Aura	Visual	2	1,7	
Foto		15	12,7	
Fono		13	11,0	
Náuseas		12	10,2	

DISCUSSÃO

No continente africano, em especial, existem poucos estudos epidemiológicos sobre dor crônica. Em Moçambique, nenhum estudo prévio foi publicado.

Os dados epidemiológicos encontrados no presente estudo confirmam dados de estudos previamente publicados para pacientes com dor crônica, com médias de idade na faixa de 45 a 65 anos. Encontrou-se média de idade nesta população de 52,4 anos.

Quanto à localização da dor, a maioria dos estudos no

mundo, encontrou dor lombar como a principal topografia⁸⁻¹⁰. Outro dado importante é a presença de um segundo sítio de dor no mesmo paciente, pois grande parte dos estudos relatam que os entrevistados apresentavam dor em mais de um sítio⁸⁻¹⁰. Cefaleia foi o principal segundo sítio de dor no presente estudo.

Cefaleia é causa de sofrimento, incapacidade e perda de qualidade de vida, sendo uma das causas mais importantes de dor crônica na população^{11,12}. Sua epidemiologia na África ainda não foi completamente descrita. A prevalência de cefaleia na população adulta em geral é de 47%, sendo 10% para migrânea, 38% para cefaleia tipo tensional e 3% para cefaleias crônicas com duração maior que 15 dias e os custos sociais relacionados à cefaleia, em geral, incluindo perda de dias de trabalho e gastos com tratamento, são amplos. Entre os pacientes com dor crônica neste estudo, cefaleia foi uma queixa frequente, mas não a principal. Parece haver prevalência semelhante àquela descrita na população em geral por outros estudos, com prevalência de 44,9%, com 11,9% dos pacientes com migrânea, 23,8% de pacientes com cefaleia tensional, embora estudo anterior descreva prevalência de migrânea mais baixa em afro-americanos, com relação a indivíduos brancos⁷.

Dor crônica tem sido um grave problema de saúde pública no mundo, gerando incapacidade física e prejuízo social, emocional e econômico. O primeiro passo para uma abordagem mais eficaz do problema consiste em conhecer sua prevalência e peculiaridades em cada região, para estabelecer estratégias de tratamento, uma vez que a dor assume características diversas nos diferentes contextos culturais. A possibilidade de troca de experiências na elucidação dos aspectos populacionais e clínicos relativos à dor crônica pode gerar benefícios mútuos, especialmente em países ainda marcados por deficiências básicas e grandes disparidades na distribuição de rendas, assim como o Brasil e Moçambique.

CONCLUSÃO

Os dados revelam que nos pacientes com dor crônica na Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo houve prevalência de cefaleias semelhante àquela descrita na população em geral por outros estudos, e a presença de um segundo sítio de dor no mesmo paciente, embora a cefaleia tenha sido o principal segundo sítio de dor considerado neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Mazrui AA, Wondji C. História geral da África, VIII:

- África desde 1935. Brasília: Unesco, 2010. p. 1272.
2. Caccia- Bava EC, Thomaz OR. "Moçambique em movimento: dados quantitativos". In: FRY, Peter (organizadores). Moçambique: ensaios. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 2001.
3. Schwalbach T. Relatório da Unidade da Dor do Hospital Central de Maputo. Moçambique; 2009.
4. Douleurs Sans Frontières e UNICEF. A Resiliência e o Atendimento de Crianças Órfãs e Vulneráveis: Manual de Treino: Chokwe; 2007.
5. Rahim-Williams FB, Riley JL 3rd, Herrera D, et al. Ethnic identity predicts experimental pain sensitivity in African Americans and Hispanics. *Pain*. 2007;129(1-2):177-84.
6. Campbell CM, Edwards RR, Fillingim RB. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain*. 2005;113(1):20-6.
7. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology*. 1996;47(1):52-9.
8. Croft P, Blyth FM, Windt D. Chronic pain epidemiology from aetiology to public health. Oxford University Press; 2010.
9. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354(9186):1248-52.
10. Gureje O, Von Korff M, Smion GE, et al. Persistent pain and well-being. A World Health Organization study in primary care. *JAMA*. 1998;280(2):147-51.
11. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7(4):354-61.
12. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology and impact of migraine. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2004;4(2):98-104.

Apresentado em 18 de abril de 2012.

Aceito para publicação em 03 de julho de 2012.