

Manoel Jacobsen Teixeira
João Augusto Bertuol Figueiró

DOR

**Epidemiologia e evolução
histórica da dor**

Fascículo I



GRUPO EDITORIAL MOREIRA JR.

Epidemiologia da dor

Manoel Jacobsen Teixeira
Raphael Martus Marcon
Roberto de Oliveira Rocha
João Augusto Bertuol Figueiró

INTRODUÇÃO

Dor é uma condição complexa, muitas vezes, de etiologia indefinida que resulta em incapacidades e inabilidades implicando elevados custos pessoais e sociais^{81,87}. A dor aguda, com raríssimas exceções, é de ocorrência universal. Muito freqüentemente, esvaece-se sem que medidas especiais sejam adotadas ou desaparece com o emprego de procedimentos empíricos, fundamentados, em geral, em tradições perpetuadas pela cultura leiga. É o sintoma que alerta o indivíduo para a necessidade da procura de assistência médica⁸⁶. A dor crônica tem função de alerta e, muitas vezes, apresenta etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas. A ocorrência de dor é crescente, talvez em decorrência dos novos hábitos da vida, das modificações do meio ambiente, do prolongamento da sobrevivência dos indivíduos em geral e dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, do decréscimo da tolerância ao sofrimento do homem moderno e da aplicação dos novos conceitos que traduzem seu significado^{34,52}.

No Brasil⁸⁶ e em outros países^{34,35,36}, 10% a 50% dos indivíduos procura clínicas gerais devido à dor^{11,13,14,89}. A dor está presente em mais de 70% dos doentes que buscam os consultórios brasileiros por razões diversas; é razão das consultas médicas em um terço dos doentes⁸⁶. Nos Estados Unidos da América (EUA) aproximadamente 35 milhões de novas consultas médicas são realizadas a cada ano em decorrência de dor e cerca de 70 milhões das visitas médicas são devidas à dor⁸⁷. Na Escandinávia, 18% das pessoas necessita de assistência médica para o tratamento de dor considerável e

moderada contínua, resultando em dano físico e ou social durando mais de seis meses⁹. Admite-se que 2,7% da população apresenta 7 dias ou mais de dor incapacitante para a execução de atividades habituais por 6 meses durante um ano⁸⁷.

A prevalência das condições dolorosas crônicas é elevada⁸⁷. Nos EUA, aproximadamente 89 bilhões de dólares são gastos anualmente para tratamento, compensações trabalhistas e litígios envolvendo doentes com dor crônica³⁶. Talvez valores maiores sejam dispensados no tratamento das dores agudas. Indivíduos com dor crônica tornam-se um enorme problema para a sociedade, os serviços médicos e as companhias de seguro. Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de 3/4 considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares. Devido à dor, cerca de 50% a 60% os doentes torna-se parcial ou totalmente incapacitada, transitória ou permanentemente³⁶.

Esses argumentos enfatizam a importância dos trabalhos sobre a epidemiologia da dor pois estes possibilitam o estudo da distribuição e dos determinantes de sua ocorrência em populações ou grupos de pessoas, descrevem o espectro clínico das doenças, identificam e definem síndromes específicas e fatores que influenciam, predizem ou causam doenças e incapacidades^{46,68}.

EPIDEMIOLOGIA DAS CONDIÇÕES ÁLGICAS

Várias são as condições responsáveis pela ocorrência ou agravamento da dor aguda e da dor crônica. A freqüência de ambas as condições varia nas diferentes regiões do mundo e nas diversas faixas etárias⁸².

Cerca de 50% dos doentes brasileiros procura consultórios devido à dor aguda e, 50%, para o tratamento da dor crônica⁶⁶. A prevalência de dor em hospitais varia entre 45% e 80%^{31,33,34,35,40}. Um estudo revelou que 79% de 454 indivíduos hospitalizados em clínicas cirúrgicas e médicas experimentou dor durante a internação, sendo aguda em 57% dos casos e, crônica, em 23%⁸⁴. No Canadá, 50% dos doentes internados apresentou dor durante a entrevista²⁰. Durante e após a internação, 48% dos doentes apresentou dor aguda e, 20%, dor crônica¹.

No Brasil, as causas mais comuns de dor nos adultos são as epigastralgias e outras dores abdominais, disúria, cefaléias, artralguas, lombalgias, dor torácica e dor nos membros. As dores consideradas mais incapacitantes são as lombalgias, as cefaléias, as epigastralgias e a dor musculoesquelética generalizada. Aproximadamente 85% da população apresenta dor indefinida, possivelmente musculoesquelética e cefaléias⁶⁶. Muitas vezes, a natureza das estruturas afetadas pela condição dolorosa não é identificada⁶⁷. Dor recorrente abdominal, lombar, craniana e na articulação temporomandibular, em um ou mais desses locais, ocorreram em 63,5% dos 1.016 indivíduos entrevistados por Von Korff et al. (1988)⁸⁷. Era intensa, persistente e limitante para as atividades em 8,5% dos entrevistados. A dor crônica geralmente localiza-se na região lombar e nas articulações em até dois terços das vezes e, no segmento cefálico, em um quarto dos indivíduos. Nas clínicas de dor, há queixa de desconforto em mais de uma região do corpo na maioria dos casos⁴⁹.

A dor aguda é uma das mais freqüentes razões da procura por assistência médica. Na infância, os traumatismos, os processos inflamatórios e infecciosos otorinolaringológicos, gastrointestinais e urinários, as cólicas abdominais, as cefaléias e as dores do crescimento são as mais freqüentes causas de dor aguda. Nos serviços de emergência, as dores agudas nos adultos são freqüentemente relacionadas a traumatismos, especialmente de estruturas ósseas e de tecidos moles, infarto do miocárdio e de vísceras abdominais, infecções e discinesias viscerais abdominais, torácicas e orofaríngeas, e cefaléias⁸⁴. Anualmente, nos EUA, ocorrem aproximadamente 50 milhões de lesões traumáticas, muitas das quais associadas a dores muito intensas. A dor pode, também, resultar de procedimentos médicos. Em 1980, aproximadamente 23 milhões de cirurgias foram realizadas naquele país e resultaram, em mais de 70% dos casos, na ocorrência de dor pós-operatória moderada ou intensa. Essas estatísticas, entretanto, subestimam a ocorrência da dor, uma vez que, em grande número de condições, os indivíduos adotam medidas para controlá-la sem consultar unidades de saúde. Isso sugere que a dor ocorra em freqüência muito maior

que a descrita nas estatísticas publicadas.

A dor e as razões para sua ocorrência variam segundo as faixas etárias. Os traumatismos do tegumento e das estruturas musculoesqueléticas, advindos de acidentes ou induzidos por procedimentos terapêuticos, são a causa mais freqüente de dor aguda na criança^{67,69}. Pelo menos 12 injeções são aplicadas nas crianças rotineiramente durante os programas de imunização até a adolescência. Durante a hospitalização, 46% das crianças recebe, pelo menos, uma injeção para tratamento, e todas, virtualmente, submetem-se à coleta de amostras de sangue para exames laboratoriais. A dor recidivante na infância é, geralmente, representada pela otite, cefaléia, dores abdominais, dores de crescimento e por anemia falciforme. As cólicas infantis, inquietação paroxística ou cólicas da tarde são freqüentes. São consideradas síndromes dolorosas, mas há opiniões contrárias a esse conceito³⁵. A otite média é responsável por 20% das consultas pediátricas, em geral, e por 35% das consultas durante os primeiros cinco anos de idade e é intensa em 42% dos casos^{84,85}. A faringite aguda, as gengivostomatites herpéticas e a herpangina são responsáveis por 5% das consultas e causam dor intensa em 80% das crianças. As infecções urinárias (cistites, uretrites, pielonefrites) são causas freqüentes de dor lombar ou abdominal na infância³². A dor abdominal recidivante ocorre em 10% a 15% das crianças na idade escolar e predomina no sexo feminino¹⁰. A dismenorréia manifesta-se em 48% das jovens na idade de 12 anos e, em 79%, aos 18 anos¹. As cefaléias agudas (decorrente de doença orgânica), recorrentes (enxaqueca), crônicas progressivas (doença neurológica), crônicas não-progressivas (tensão muscular, equivalentes depressivos, conversão) e mistas (cefaléia tensional, enxaqueca) são freqüentes nas crianças e nos adolescentes. A cefaléia ocorre em 3% a 8% das crianças aos 3 anos, em 19,5% aos 5 anos, em 37% a 51,5% aos 7 anos e, em 57% a 82% dos 7 aos 15 anos⁴⁴. A enxaqueca é mais freqüente nos meninos que nas meninas antes da puberdade e torna-se mais freqüente nas meninas que nos meninos após a adolescência. A anemia falciforme causa dor poucas vezes em 50% dos casos e é freqüente e intensa em 20% dos casos. Ocorre dor em 12% a 54% dos doentes admitidos em hospitais com anemia falciforme⁷¹. Há co-ocorrência de dor abdominal recorrente (20,6%), cefaléia (12,3%), dor do crescimento (15,5%) e epigastralgia em muitas crianças^{3,33,85}. Nas crianças atletas, é comum ocorrer dor nos calcanhares (jogadores de futebol) e artralguas do joelho (maratonas) em decorrência de estresses repetitivos ou do esforço exagerado das estruturas musculoesqueléticas⁷⁶. A ocorrência de síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) resultando em neuropatias periféri-

cas primárias^{32,93} e de fibrose cística⁵⁴ é crescente em pediatria. A artrite reumatóide ou artrite crônica juvenil ocorre em 11 a 18/100 mil crianças e em 64 a 84/100 mil indivíduos com menos de 16 anos de idade³⁵. A dor do crescimento manifesta-se geralmente entre 4 a 12 anos de idade³⁸ e em 4,2% dos escolares. Predomina no sexo feminino⁵³. A fibromialgia é diagnosticada em 6,2% crianças escolares e predomina no sexo feminino^{33,78}. O bruxismo doloroso ocorre em 2,6% das crianças. A dor decorrente de disfunção temporomandibular ocorre em 7% a 17% das crianças naturalmente ou durante a palpação desta articulação¹. A dor oncológica ocorre em 54% das crianças hospitalizadas e em 26% das ambulatoriais. É causada pela doença oncológica (37%), quimioterapia (41%), aspiração de medula óssea (78%) ou punção lombar (61%)⁹³. Na fase terminal das leucemias, tumores sólidos, fibrose cística, AIDS e outras condições, a dor é comum⁶⁷. A síndrome complexa de dor regional ocorre seis vezes mais no sexo feminino e nos membros inferiores. A média de idade dessas crianças é 12 anos³. Dor torácica de natureza psicogênica, musculoesquelética, costovertebral ou secundária a asma ou tosse ocorre em 15% a 20% das crianças e adolescentes⁷⁵. Menos freqüentes são a dor dorsal e lombar resultantes do comprometimento musculoesquelético, anormalidades do desenvolvimento, processos inflamatórios, infecções e tumores^{37,89,90} e a dor lombar e no quadril de origem musculoesquelética, renal, cardiovascular, respiratória e neurológica^{37,89}.

Dor também é comum nos adultos. Admite-se que 90% dos homens e 95% das mulheres apresente cefaléia pelo menos uma vez ao ano. Entre as cefaléias funcionais, a enxaqueca e a cefaléia de tensão são as mais prevalentes. A enxaqueca corresponde a aproximadamente 25% das cefaléias e manifesta-se em cerca de 20% dos indivíduos do sexo feminino e em 6% dos indivíduos do sexo masculino. Há evidências de que a freqüência de enxaqueca esteja se elevando nos últimos anos⁴⁵. Após os 40 anos de idade, há redução na freqüência de enxaquecas⁴⁵. A freqüência da dor precordial relacionada à angina de esforço, às artalgias, as neuropatias e às doenças oncológicas aumenta com o progredir da idade. Lombalgias são causa importante de morbidade nos adultos e idosos. Nos idosos, a dor geralmente é crônica e relacionada a doenças degenerativas. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresente, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham à dor⁶⁶. Exceção feita às dores articulares, foi observada tendência à redução da dor no idoso⁷⁴. A diferença entre a ocorrência da dor em diferentes grupos etários pode ser devida ao fato de os idosos queixarem-se pouco ou devido ao fato de apresentarem estratégias mais eficazes de conduzir condições

estressantes de vida que os jovens. Há também relação entre dor, estado mental e avanço da idade nos indivíduos com doenças crônicas (artrite, diabetes, câncer, afecções renais, doenças dermatológicas).

Em clínicas especializadas no tratamento de dor em adultos há predomínio dos indivíduos com idades entre 40 e 65 anos, mesmo no Brasil⁸². O pico de prevalência de 45 a 64 anos em alguns estudos é devido, provavelmente, à maior ocorrência, nessas faixas etárias, de afecções musculoesqueléticas cervicais, nos ombros, membros superiores e região lombar³².

A prevalência da dor varia, entre os sexos, de acordo com a maior freqüência de ocorrência natural das lesões causais⁸⁴. É provável que haja maior procura pelas clínicas de dor por mulheres^{28,57}. Na Suécia, 70% dos indivíduos que freqüentam clínicas de dor são do sexo feminino¹⁴. A enxaqueca, as dores faciais, a fibromialgia, a síndrome do cólon irritável, a artrite reumatóide, a dor por lesões por esforços repetitivos e a esclerose múltipla são mais comuns nas mulheres⁸⁴. A dor associada ao câncer e a decorrente de amputações, afecções isquêmicas, mielopatias e encefalopatias é mais comum no sexo masculino⁸². Estudo realizado na Nova Zelândia³⁶ revelou que dores em quatro ou mais locais do corpo e que implicam no uso de medicamentos e em avaliações médicas ocorrem em 21,4% dos homens e em 33% das mulheres entre 45 e 64 anos de idade.

As afecções do aparelho locomotor são freqüentes razões da ocorrência de dor crônica^{14,86}. Inquérito populacional realizado em nosso meio revelou que as afecções do aparelho locomotor, representadas especialmente pelas lombalgias, são a causa mais comum de dor⁽⁸¹⁾. Foram causa predominante de dor em 42,8% dos casos atendidos no Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dor por afecções do aparelho locomotor com duração de várias semanas manifesta-se em algum momento da vida em cerca de 40% dos indivíduos. Aproximadamente 50% dos pré-adolescentes apresenta dor musculoesquelética em alguma parte do corpo, pelo menos uma vez por semana, durante o ano⁹. Na Suécia, 55% dos indivíduos com idades variando entre 16 a 84 anos apresenta dor musculoesquelética, sendo intensa em 18% dos casos¹⁴. Segundo inquérito postal realizado na Suécia¹⁴, em 39,9% dos indivíduos com idades entre 18 e 64 anos, havia dor muscular na região cervical, lombar, ombro e membros inferiores com duração superior a seis meses. Na Noruega, a cervicalgia crônica com duração de mais de seis meses ocorre em 13,8% dos indivíduos¹³. A dor por afecções do aparelho locomotor predomina nas mulheres⁸². Na Finlândia, 9,5% dos homens e 13,5% das mulheres apresenta cervicalgia crônica⁵⁰. Um estudo realizado em Hong Kong, com indivíduos com mais de 70

anos, revelou que a dor musculoesquelética incapacitante afetava 19% a 20% dos homens e 37% a 41% das mulheres⁹¹. No Brasil, em uma clínica especializada no tratamento de dor 67,7% dos casos de dor musculoesquelética ocorreu em mulheres⁸². Em deprimidos, a frequência de algias musculoesqueléticas é elevada⁸⁷. Na Finlândia, foi diagnosticada em 32,1% dos homens deprimidos e em 26,7% dos não-deprimidos e, em 36,7% das mulheres deprimidas e em 31,2% das não-deprimidas⁶⁵. Aspectos constitucionais, endócrinos e hábitos parecem estar relacionados à maior ocorrência de dor no sexo feminino. A ocorrência da dor por afecções do aparelho locomotor aumenta com a idade. Foi observado que 38% dos adultos com 50 a 70 anos de idade apresenta afecções reumáticas e dor com duração superior a seis semanas³⁵. No Brasil, em uma clínica de dor, os doentes com dor musculoesquelética apresentavam mediana de idades de 41 a 45 anos. Na Europa, há maior prevalência de dor resultante de afecções do aparelho musculoesquelético em pessoas com idades de 55 a 64 anos e nos mais idosos¹⁴. Nos EUA, 14,4% dos indivíduos com idades entre 25 a 74 anos apresenta dor musculoesquelética crônica na região cervical, dorsal e lombar, joelho ou outras articulações⁴⁷. Seis a 20 anos após, a frequência de dor musculoesquelética crônica elevou-se para 32,8%, ou seja, para 26,3% quando os critérios iniciais foram mantidos⁴⁸.

As síndromes dolorosas miofasciais são as causas mais freqüentes de dor por afecções do aparelho locomotor. Manifestaram-se em 31,2% dos casos de uma clínica de dor crônica e predominaram nas mulheres. As lombalgias são uma das causas mais comuns de incapacidade por afecções do aparelho locomotor. Ocorrem em aproximadamente 70% dos brasileiros⁸⁵. As lombalgias e lombocotalgias foram responsáveis por 29,1% dos casos de dor musculoesquelética em uma clínica de dor brasileira⁸². Aproximadamente 80% das pessoas apresenta, apresentou ou apresentará lombalgia incapacitante em algum momento da vida⁸. Em 29% dos doentes com dor crônica não-oncológica, há lombalgia⁷³. A lombalgia torna-se crônica em 10% a 15% dos trabalhadores. Nos EUA, aproximadamente 10 milhões de pessoas apresentam incapacidade devido à lombalgia. Nesse país, a lombalgia é responsável pela perda de 250 milhões de dias de trabalho, por 19 milhões de visitas aos médicos, por metade dos gastos com compensações trabalhistas e pelo consumo de 14 bilhões de dólares ao ano¹². A fibromialgia é também causa freqüente de dor crônica. Em clínicas gerais, 5% a 6% dos doentes apresenta fibromialgia^{17,31}. Em clínicas reumatológicas, a porcentagem é superior a 20%⁹². É diagnosticada em 30% dos doentes com menos de 50 anos⁸⁷. Segundo Crook et al. (1984)²², no norte da Inglaterra, a prevalência da dor

“difusa crônica” (fibromialgia) é de 11,2%. Em uma clínica de dor no Brasil, apresentava fibromialgia 10,7% dos doentes, o que correspondeu a 25% dos casos atendidos com dor musculoesquelética, sendo a maioria do sexo feminino. A fibromialgia ocorre em nove mulheres para um homem²⁷. As tendinites e as artralguas predominaram nas mulheres; ocorreram em 5,1% dos casos de dor por afecções do aparelho locomotor em uma clínica brasileira especializada no tratamento de dor crônica⁸². A osteoartrite é a mais comum das doenças reumáticas⁸⁴. É sintomática em mais de 10% da população adulta. É comum após os 50 anos de idade, nas mulheres, em obesos e em indivíduos que exercem atividades físicas intensas. Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) ocorrem com frequência crescente^{30,43}. Apresentaram-se em 3,8% dos casos, predominaram nas mulheres e foram a causa de dor em 6,5% dos casos de afecções dolorosas do aparelho locomotor em uma clínica de dor brasileira⁸². Nos EUA, 60% das doenças ocupacionais em 1992 estavam associadas aos DORT. Naquele país, ocorreu aumento do diagnóstico de 5/10 mil trabalhadores em 1982 para 44/10 mil trabalhadores em 1992. Estas condições parecem ser mais comuns em ambientes onde há substancial atividade repetitiva^{30,43}, como ocorre com digitadores em que a frequência de casos da DORT é de 5%³⁰.

A dor neuropática também é comum⁶⁸, especialmente em indivíduos que procuram assistência médica²⁵. Dor no segmento cefálico ocorre em algum momento da vida em mais de 70% das pessoas⁸⁴. As cefaléias são crônicas em mais de 10% dos indivíduos. As neuropatias periféricas, as dores mielopáticas e encefalopáticas, dor pós-laminectomia, distrofia simpático-reflexa, causalgia e dor decorrente de amputação foram a razão da ocorrência da dor em 31,2% dos doentes de uma clínica especializada no tratamento da dor no Brasil e predominaram nos indivíduos com idades próximas a 50 anos⁸². Neuropatias tóxicas, heredodegenerativas, infecciosas, imunoalérgicas, metabólicas, oncopáticas e traumáticas são causas possíveis de neuropatias dolorosas⁷⁸. Levantamento epidemiológico realizado em dez clínicas de dor da Escócia e do norte da Inglaterra revelou que 26% dos entrevistados apresentava lesões variadas de nervos periféricos, 22%, cialgia crônica, 12%, neuropatia pós-herpética, 7,3%, causalgia e, 5,3%, neuropatias variadas. Em 17,5% dos doentes, não foi precisado o diagnóstico e, em 5,3%, havia duas neuropatias. Em um hospital da Itália, foi diagnosticada polineuropatia simétrica em 1% dos casos. Em 13% dos doentes com idade superior a 55 anos atendidos em uma clínica geral havia evidências de neuropatia periférica. Entre as neuropatias periféricas dolorosas, destacam-se a neuralgia pós-herpética, a neuropatia diabética e as traumáticas. A neuralgia pós-

herpética foi a causa de dor em 15% dos casos atendidos em uma clínica de dor no Brasil⁸². Admite-se que a neuralgia pós-herpética ocorra em quase 100% dos doentes com neuropatia herpética^{64,78}, e que se cronifique em mais de 9%, ou seja, em 1,3 a 4,8 dos casos por 1.000 habitantes/ano^{33,64,68}. Predomina no sexo feminino^{64,82} e em indivíduos com mais de 60 anos de idade. Ocorre dor crônica em mais 10% dos doentes com neuropatia diabética⁶³. Em Rochester, ocorrem 7,8 casos de neuropatia diabética ao ano em cada 100 indivíduos com diabetes^{56,68}. A neuropatia diabética manifesta-se em 10% a 100% dos diabéticos^{56,63,68}. A neuropatia é diagnosticada em 8% dos casos no momento do diagnóstico do diabetes e, em 50%, 25 anos após a manifestação da afecção⁶³. Ocorre dor em 40% dos doentes com neuropatia por síndrome da imunodeficiência adquirida⁸⁴. A ocorrência de lesões traumáticas mecânicas de nervos periféricos eleva-se durante períodos de conflitos bélicos e em ambientes em que há grande número de acidentes de trânsito, acidentes domésticos ou agressões. Não há, entretanto, estatísticas nacionais ou internacionais a respeito da ocorrência de dor em neuropatias traumáticas⁵⁵. A distrofia simpaticorreflexa foi responsável por 8,5% dos casos de dor neuropática em uma clínica de dor em nosso meio⁸²; predomina nas mulheres⁴³ e em indivíduos com média de idade de 45 anos⁴³. A causalgia ocorre em indivíduos mais jovens⁵⁵. A dor crônica decorrente de amputações manifesta-se em 0,4% a 88% dos indivíduos⁷². A dor no coto de amputação ocorre em 15% a 66% dos doentes com dor fantasma¹⁹. A dor crônica decorrente de amputações ocorreu em 6,1% dos casos atendidos em uma clínica de dor no Brasil⁸².

A dor ocorre em 1/15 mil a 2% dos casos de infarto encefálico^{5,26}. Foi responsável por 6,6% dos casos de dor neuropática em uma clínica de dor brasileira⁸². Predomina no sexo masculino e após a 6ª década da vida. As encefalopatias por acidentes vasculares são a causa mais comum de dor central encefálica^{2,5}. Nos EUA, o acidente vascular encefálico é a 3ª causa de mortalidade². A dor crônica manifesta-se em 6% a 100% dos doentes com mielopatias⁷⁸. A dor decorrente de lesões raquimedulares foi responsável por 15,5% dos casos de dor neuropática em uma clínica de dor no Brasil⁸². Predomina no sexo masculino e em indivíduos na 5ª década de vida, pois os eventos traumáticos mecânicos são as razões mais frequentes de lesões espinhais^{5,14,83}, sendo seguidos pelas afecções vasculares, infecciosas, neoplásicas, degenerativas e ou congênitas^{51,83}. Nos EUA, ocorrem 29 a 50 casos de lesões raquimedulares para cada 1 milhão de habitantes. Admite-se que lá existam 72 casos de mielopatas para cada 100 mil habitantes⁴⁶. A esclerose múltipla é também uma razão importante de lesão medular³⁹, especialmente nos indivíduos do sexo feminino, manifesta-se em um a

três de cada 100 mil habitantes/ano e apresenta pico de ocorrência por volta dos 30 anos de vida. A dor decorrente de laminectomia lombar para o tratamento de hérnia discal lombar foi a causa de dor em 1,2% dos doentes, em geral, e em 3,8% dos casos de dor neuropática de uma clínica de dor brasileira. A mediana das idades foi de 46 anos e predominou no sexo feminino⁸². As causas de síndrome pós-laminectomia são variadas. O número de casos é crescente⁷⁸.

Nos EUA, a cada ano, mais de 15 milhões de pessoas apresentam câncer. Este é identificado em 40% a 45% dos casos nas fases iniciais da doença e, em 60% a 85%, nas fases avançadas, quando geralmente os doentes apresentam dor moderada ou intensa. O câncer foi a 3ª causa de dor entre os doentes atendidos em uma clínica de dor no Brasil; manifestou-se em 24% dos casos⁸². O câncer é a segunda causa de morte no estado de São Paulo e é responsável por 5% dos casos de dor crônica⁷⁹. Dor é sintoma freqüente em doentes com câncer^{58,80}. Há dor em 29% a 60% desses doentes admitidos nos hospitais^{32,41}. A dor é menos freqüente nas fases iniciais da doença, sendo observada em 20% a 50% dos casos quando do diagnóstico, e em 70% a 90% dos indivíduos com doença avançada^{23,61,62,79}. É muito intensa em 25% a 30% dos doentes⁶⁵ e freqüentemente manifesta-se em mais de um local²⁴. Pode decorrer primariamente da neoplasia, suas metástases ou suas repercussões, das complicações de procedimentos terapêuticos ou de investigação ou de causas não-relacionadas. Parece não haver relação entre a ocorrência de dor e a atividade da doença e número de locais de metástases^{58,59}. Predomina nos indivíduos do sexo masculino e na 6ª década da vida^{58,82}.

Dor crônica resultante de isquemias teciduais e viscerais crônicas é mais rara. Condições dolorosas específicas crônicas ocorrem em 15% dos indivíduos^{40,83}.

CONCLUSÃO

A ocorrência de dor aguda e crônica é crescente. Enquanto a dor aguda ocorre naturalmente em decorrência de traumatismos, discinesias de vísceras e afecções crônicas recorrentes, a dor crônica é decorrente, em geral, de afecções musculoesqueléticas, neuropáticas e ou oncológicas. Condições dolorosas específicas são, menos freqüentemente, causa de dor aguda ou crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBOTT FV, GRAY-DONALD K, SEWITCH MJ, JOHNSTON CC, EDGAR L AND JEANS ME. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 50:15-28, 1992.
2. ADAMS RD, VICTOR M. Cerebrovascular disorders. *Principles of Neurology*. New York Graw Hill 36: 617-92, 1988.

3. ADRIANA FV. Desenvolvimento normal da criança. Campanha de prevenções das deficiências, São Paulo. Segmento, 1998, pp. 23-8.
4. ANDERSEN S, WORM-PEDERSEN J. The prevalence of persistent pain in a Danish population. *In: Proc 5th World Congress on Pain. Pain (Suppl) 4:332, 1987.*
5. AMÂNCIO EJ. Dor central encefálica. Tese doutorado, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994, 213p.
6. ARONOFF GM, MCALARY PW. Pain centers: treatment for intractable suffering and disability resulting from chronic pain. *In: Aronoff GM (ed). Evaluation and treatment of chronic pain. 2. Ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, pp. 416-29.*
7. ARONOFF GM. The role of the pain center in the treatment of intractable suffering and disability from chronic pain. *Semin Neurol 3:377-81,1983.*
8. BAKER J W, MERSKEY H. Pain in general practice. *J Psychosom Res 10:383-87, 1967.*
9. BARAM D, SMITH C, STINSON S. Intraoperative etidocaine for reducing pain after laparoscopy tubal ligation. *J Reprod Med 35:407-10,1990.*
10. BLUMENKOPF B. Neuropharmacology of the dorsal root entry zone. *Neurosurgery 15:900-3, 1984.*
11. BONICA JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. *In: Dubner R, Certero F (eds), Advances in Pain Research and Therapy. 9, New York, Raven Press, 1985, pp. 589-616.*
12. BONICA JJ. History of pain concepts and therapies. *In: Bonica JJ (ed). The management of pain. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990, pp. 2-17.*
13. BOVIM G, SCHRADER H and SAND T. Neck pain in the general population. *Spine 19:1307-9,1994.*
14. BRATTBERG G. Epidemiological studies of pain. *Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 196, 1989, 52p.*
15. BUSKILA D, NEUMANN L, HERSHMAN E, GEDALIA A, PRESS J, SUKENIK S. Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *J Rheum 20:368-70,1993.*
16. BUSKILA D, NEUMANN L, HERSHMAN E, GEDALIA A, PRESS J, SUKENIK S. Fibromyalgia syndrome in children - An Outcome Study. *J Rheum 22:525-28,1995.*
17. CAMPBELL SM, CLARK S, TINDALL EA, FOREHAND ME, BENNETT RM. Clinical characteristics of fibrositis: I. A "blinded" controlled study of symptoms and tender points. *Arth Rheum 26:817-24, 1983.*
18. CAREY WB Cólica Choro ??Excessivo Primário como uma Interação Lactente-Ambiente. *Clínicas Pediátricas da América do Norte 5:1041-55, 1984.*
19. CARLEN PL, WALL PD, NADVORNA H, STEINBACK T. Phantom limbs and related phenomena in recent traumatic amputations. *Neurology (NY) 28:211-17, 1978.*
20. CATCHLOVE RFH, HOIRCH AM. Survey of canadian pain centres: a preliminary report. *Pain Clinic 2:231-37,1988.*
21. CROFT P, RIGBY AS, BOSWELL R, SCHOLLUM, SILMAN A. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheum 20:710-13, 1993.*
22. CROOK J, RIDEOUT E, BROWNE G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain 18:299-314,1984.*
23. DAUT RL, CLEELAND CS - The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer 50:1913-18, 1982.*
24. DONOVAN M, DILLON P, MCGUIRE L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical patients. *Pain 30:69-78,1987.*
25. FERRELL BA, FERRELL BR, OSTERWIL D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc 38:409-14, 1990.*
26. FERRELL BA, FERRELL BR, RIVERA L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manager 1995.*
27. FORSETH KO, GRAN JT. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol 21:74-8,1992.*
28. FROLUND F, FROLUND C. Pain in general practice. *Scand J Prim Health Care 4:97-100, 1986.*
29. GOODMAN JE, MCGRATH PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: A Review. *Pain, 46:247-64, 1991.*
30. GORDON SL, BLAIR SJ, FOIRINE LJ. Overview. *In: Gordon SL, Balir SJ, Fine LLLJ (eds). Repetitive motion disorders of the upper extremity resemont. American Academy of Orthopaedic Surgeon, pp. 3-5,1994.*
31. HARTZ A, KIRCHDOERFER E. Undetected fibrositis in primary care practice. *J Fam Pract 25:365-69, 1987.*
32. HIRAGA K, MIZUGUCHI T, TAKEDA F. The incidence of cancer pain and improvement of pain management in Japan. *Postgrad Med J 67:S14-S25, 1991.*
33. HOPE-SIMPSON RE. The nature of herpes zoster: a long term study and a new hypothesis. *Proc. R Soc Med 58:9,1965.*
34. IASP (International Association for Study of Pain) Subcommittee on taxonomy. Classification of cronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Suppl 3), 1986.*
35. JACOBSON L, LINDGARDE F, MANTHORPE R. The commonest rheumatic complaints of over six week' duration in a twelve-month period in a defined Swedish population. *Scand J Rheum 18:353-60, 1989.*
36. JAMES FR, LARGE RG, BUSHNELL JA, WELLS JE. Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain 44:279-83, 1991.*
37. KING HA. Dores Dorsais em Crianças. *In: Clínicas Pediátricas da América do Norte. 5:1138-50,1984.*
38. KOOP S, QUAMBECK D. Three Common Causes of Childhood Hip Pain: *In The Pediatric Clinics of North America ed England SP 43:1053-1066,1996.*
39. KURTZKE JF- Epidemiology of multiple sclerosis. *In: Vinken PJ, Bryn GW, Klawans HL, (eds). Handbook of Clinical Neurology Amsterdam. Elsevier, 1985, pp. 259-87, v. 47.*
40. KWASNIK EM. Limb Salvage in Diabetics: Challenges and Solutions. *Surgical Clin North Am 66 (2):1986 pp. 305-29.*
41. LARUE F, COLLEAU SM, BRASSEUR L, CLEELAND CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ 310:1034-37,1995.*
42. LAU-TING C, PHOON WO. Aches and pains among Singapore elderly. *Singapore Med J 29:164-67, 1988.*
43. LIN TY, MJ TEIXEIRA, BGF, HERÁCLITO. Fisiopatologia da dor nos doentes com LER. *In: Oliveira CR (ed). Manual Prático de LER. Belo Horizonte, Health, 1997, pp. 191-204.*
44. LIPTON RB. Diagnosis and epidemiology of pediatric migraine. *Current Opinion in Neurol. 10:231-36,1997.*
45. LIPTON RB, STWART W. Prevalance and impact of migraine. *In: Ninan MT (ed). Neurologic Clinics. Philadelphia. W. B, Saunders Company 1997, 1-13.*
46. LOBOSKY JR. The epidemiology of spinal cord injury. *In: Narayar RK, Wilberger JE, Powlshack JT (eds). Neurotrauma. New York, McGraw- Hill Co., 1996, pp. 1049-58.*
47. MAGNI G, CALDIERON C, RIGATTI-LUCHINI S, MERSKEY H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain 43:293-300,1990.*
48. MAGNI G, MARCHETTI M, MORESCHI C, MERSKEY H, LUCHINI SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination - I Epidemiologic Follow-up Study. *Pain 53:163-68, 1993.*

49. MAILIS A, PAPAGAPIOUM M. Profile of patients admitted to the pain facility of a university affiliated acute care hospital. *Pain Clinic* 6:71-82,1993.
50. MAKELA M, HELIOVAARA M, SIEVERS K, IMPIVAARA O, KNEKT P, AROMAA A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 134:1356-67,1991.
51. MENDONÇA NETO A, TEIXEIRA MJ, ANDRADE AF, TARICCO MA, BARROS FHO TEP. Traumatismos raquimodulares fechados. *Arq Bras Neurocirurg* 5:1-35,1986.
52. MERSKEY H. Development of a universal language of pain syndromes. *Adv Pain Res Ther* 5:37-52, 1983.
53. MIKKELSSON M, SALMINEN JJ, KAUTIAINEN H. Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain* 73:29-35,1997.
54. OLSSON G, BERDE CH. Neuropathic pain in children and adolescents. *In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M (eds), Pain in infants, children, and adolescents.* Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, pp. 473-94.
55. OMER GE. Peripheral nerve injuries: 45 year Odyssey... and quest continues. *In: Omerge, Spinner M, Von Beek A (eds). Management of Peripheral nerve problems.* 2 ed. Philadelphia, WB Saunders, 1988, pp. 3-6.
56. PALUMBO PH, ELVEBACK LR, WHISNANT JP. Neurologic complications of diabetes mellitus: transient ischemic attack, stroke, and peripheral neuropathy. *Adv Neurol* 19:593,1978.
57. PEDERSEN OE - Symptomklassifikation af henvendelsesarsager i almen praksis (in Danish with English summary). *Ugeskr Laeger* 141:1480-82, 1977.
58. PIMENTA CAM. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer. São Paulo, Tese (doutor), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1995, 132p.
59. PIMENTA CAM, CRUZ DALM. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. *Acta Paul Enf* 7:27-34, 1994.
60. PIMENTA CAM, KOIZUMI MS, TEIXEIRA MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. *Arq Neuro-Psiquiatria (São Paulo)* 55:370-80, 1997.
61. PIMENTA CAM, KOIZUMI MS, TEIXEIRA MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev Bras Cancerol* 43: 21-44, 1997.
62. PIMENTA CAM, TEIXEIRA MJ. Considerações iniciais sobre a dor no câncer e seu controle. *Rev Med* 76:3-6,1997.
63. PIRART J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: a prospective study of 4,400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1:168,1978.
64. RAGOZINO MW, MELTON LJ, III, KURLAND LT, CHU CP, PERRY HO - Population-based study of herpes zoster and its sequelae. *Medicine (Baltimore)* 61:310,1982.
65. RAJALA U, KEINANEN-KIUKAANNIEMI S, UUSIMAKI A, KIVELA SL. Musculoskeletal pains and depression in a middle-aged. *Pain* 61:451-57,1995.
66. ROY R, MICHAEL T. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Fam Physician Med* 32:513-16, 1986.
67. SCHECHTER NL. Common Pain Problems in the General Pediatric Setting. *Pediatric Annals* 24:3 / march 139-146,1995.
68. SCHOENBERG BS, MELTON LJ. Epidemiologic approaches to peripheral neuropathy. *In: Dick PJ, Thomas PK (eds). Peripheral Neuropathy,* Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1993, pp. 775-783.
69. SELBST SM. Pain Management in the Emergency Department. *In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M. (eds): Pain in infants, children, and adolescents.* Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, pp. 505-36.
70. SHAPIRO BS. Liability issues in the management of pain. *J Pain Symptom Manager* 9:1-7,1994.
71. SHAPIRO BS. Management of Painful Episodes in Sickle Cell Disease. *In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M. (eds). Pain in infants, children, and adolescents,* Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, pp. 385-410.
72. SHERMAN RA, SHERMAN CJ, PARKER L. Chronic phantom and stump pain among american veterans: results of a survey. *Pain* 18:83-95,1984.
73. SORENSEN HT, RASMUSSEN HH, MOLLER-PETERSEN JF, EJLERSEN E, HAMBURGER H, OLESEN F. Epidemiology of pain requiring strong analgesics outside hospital in a geographically defined population in Denmark. *Dan Med Bull* 39:464-67,1992.
74. STERNBACH, RA. Survey of pain in the United States: The Nuprin Pain Report. *Clin J Pain* 1:49-53, 1986.
75. STRAFFORD M. Chest Pain. *In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M. (eds). Pain in infants, children, and adolescents.* Williams & Wilkins, 1996, pp. 571-86.
76. SULLIVAN JA. Dores Recidivantes na criança atleta. *Clínicas Pediátricas da América do Norte* 5:1150-67,1987.
77. SWERLOW M. A preliminary history of pain relief clinics in Europe. *Pain Clinic* 1:77-82, 1986.
78. TEIXEIRA MJ. A lesão do trato de Lissauer e do corno posterior da medula espinal e a estimulação elétrica do sistema nervoso central para o tratamento da dor por desafereção. Tese de doutorado, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1990, 233p.
79. TEIXEIRA MJ. Editorial: *Rev Med (São Paulo)* 74:52-4, 1195.
80. TEIXEIRA MJ. Editorial Dor Oncológica. *Rev Med* 76:1-2,1997.
81. TEIXEIRA MJ, CORREIA CF, PIMENTA CAM. Dor: conceitos gerais. São Paulo, Limay, 1994, 61p.
82. TEIXEIRA MJ, MARCON RM, ROCHA, RO, FIGUEIRÓ JB. Epidemiologia clínica da dor. *Rev Med* 78:36-54, 1999.
83. TEIXEIRA MJ, OLIVEIRA JO Jr., LOURENCO R, ALMEIDA GM. Empiomas epidurais raquianos. *Arq Bras Neurocirurg* 1:35-51,1982.
84. TEIXEIRA MJ, PIMENTA CAM. Epidemiologia da dor. *In: Teixeira MJ (ed). Dor: conceitos gerais,* São Paulo, Limay, 1994, pp. 57-61.
85. TEIXEIRA MJ, SHIBATA MK, PIMENTA CAM, CORREA CF. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo, Limay, 1995. 196p.
86. TURK DC, MELZACK R. The Measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. *Handbook of pain assessment.* The Guilford Press New York London, 1992, pp. 3-12.
87. VON KORFF A, DWORKIN S F, LE RESCHE L, KRUGER A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 32: 173-83, 1988.
88. VON KORFF A, DWORKIN S F, LE RESCHE L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain* 40:279-91, 1990.
89. WALCO G A, OBERLANDER T M. Musculoskeletal pain syndromes in children. *In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M. (eds). Pain in infants, children, and adolescents.* Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, pp. 459-72.
90. WOLFE F. Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 16:681-98, 1990.
91. WOO J, HO SC, LAU J and LEUGN PC. Musculoskeletal complaints and associated consequences in elderly chinese aged 70 years and over. *J Rheumatol* 21:1927-31,1994.
92. YUNUS M, MASI AT, CALABRO JJ, MILLER KA, FEIGENBAUM SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arth Rheum* 11:151-71,1981.
93. ZELTZER LK, JAY SM, FISHER DM. Tratamento da dor associada a procedimentos pediátricos. *Clin Ped Am Norte.* 4:995-1019,1989.