

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA DOR RECORRENTE EM ESCOLARES NA CIDADE DE LONDRINA¹

Edilaine Giovanini Rossetto*
Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta**

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência da dor recorrente nos escolares de Londrina, caracterizar os quadros algícos e verificar as associações existentes entre as dores e as variáveis estudadas. Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo corte transversal. A amostra foi representativa para os escolares de sete a 14 anos entrevistados na escola, em Londrina, após consentimento dos pais. Dos 915 escolares entrevistados, 28,75% referiram alguma dor recorrente conforme os critérios para cada local de dor e 3,39% apresentavam dor em mais de um local. Dor de cabeça foi a mais frequente (15,96%), seguida da dor nos membros (6,99%) e dor abdominal (6,78%). Não se observaram associações entre as dores em geral com sexo, faixa etária, classe social, escolaridade do chefe da família, estado conjugal dos pais, ordem de nascimento e atividade laborativa da mãe. A dor abdominal recorrente apresentou associação estatística com a faixa etária. Dor nos membros apresentou associação com classe social e escolaridade do chefe de família. Crianças de familiares com história de dor apresentaram maior prevalência de dor recorrente comparadas àquelas famílias sem queixas de dor ($p=0,001$). Mais da metade das crianças foi prejudicada na assiduidade escolar e nas atividades de lazer.

Palavras-chave: Dor. Dor de Cabeça. Prevalência. Dor Abdominal. Saúde Escolar.

INTRODUÇÃO

As síndromes de dores recorrentes são classificadas como condições crônicas, em que crianças saudáveis alternam períodos livres de sintomas com a vivência de episódios frequentes de dor. O episódio é de curta duração e, embora não seja contínuo, é forte o suficiente para fazer a criança mudar de atividade. A síndrome é que tem sua duração mais prolongada. Esse sintoma não é desencadeado por uma doença; a dor é a própria desordem⁽¹⁾.

As crises de dor podem ser desencadeadas por uma variedade de fatores ambientais, familiares e biológicos, particularmente estímulos que provocam estresse, podendo coincidir com eventos como mudança de cidade, separação dos pais, nascimento de um bebê, doença grave ou morte na família, entre outros. Os pais e seus filhos frequentemente atribuem fatores externos causais à dor, como a variabilidade do clima, a estimulação sensorial acentuada (barulho e iluminação excessiva) e alguns tipos de alimentos. Muitas vezes

também reconhecem que os episódios são causados por questões emocionais, particularmente situações que geram ansiedade, frustração e tristeza. Entretanto, nem os pais nem as crianças conseguem identificar fatores externos ou internos específicos que sempre causam a dor. A ausência de causa orgânica bem definida dificulta estabelecer a etiologia⁽²⁾. Por ser de origem incerta, não se deve, necessariamente, indicar causa de origem psíquica. Na ausência de causas orgânicas, deve-se considerar as reações fisiológicas, comportamentais e emocionais à dor, sobre as quais os profissionais de saúde devem atuar.

Segundo ampla revisão bibliográfica, aproximadamente 30% das crianças e adolescentes sofre de episódios imprevisíveis de dor em locais delimitados e os mais descritos são a dor abdominal, a dor nos membros, a cefaleia e dor lombar^(1,3-6). Estudos epidemiológicos podem ser o suporte básico para a compreensão do complexo processo de saúde e doença, para o delineamento da assistência que se deseja oferecer à sociedade, provendo de instrumentos as tomadas de

1 Artigo da dissertação do Mestrado Interinstitucional - Universidade Estadual de Londrina (UEL) / Universidade Estadual de Maringá (UEM) / Universidade de São Paulo (USP), da Escola de Enfermagem da USP.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Professor Assistente da UEL E-mail: ediluiz@sercomtel.com.br.

** Enfermeira. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: parpca@usp.br.

decisões na assistência, ensino e pesquisa.

Vários autores brasileiros referem que a frequência da dor recorrente nos consultórios e serviços de saúde é alta, considerando-a um grande problema de saúde dada as situações de desconforto, ansiedade, prejuízos pessoais e econômicos causados às famílias pela dor das crianças^(4,6). Entretanto, desconhece-se a sua magnitude no Brasil, uma vez que nenhuma investigação de base epidemiológica que se focalize no relato verbal das crianças foi publicada. Os problemas de dor nas crianças e adolescentes são notoriamente subidentificados, submanejados e o conhecimento da frequência da dor recorrente em crianças saudáveis poderia minimizar a ansiedade em relação à etiologia e direcionar a assistência para informações de estratégias efetivas no manejo dessa dor⁽¹⁾.

Este estudo objetivou determinar a prevalência de dor recorrente em escolares do município de Londrina, caracterizar a queixa e identificar associações existentes.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo de corte transversal descritivo, quantitativo com base epidemiológica do tipo "Survey", originada de dissertação de mestrado⁽⁷⁾. A pesquisa foi realizada na cidade de Londrina, Paraná, com 426.607 habitantes (IBGE, 1996). A população desse estudo foram todas as crianças entre sete e 14 anos matriculadas no Ensino Fundamental em 1999, sendo 60.457 estudantes nas escolas públicas e 7.000 nas privadas, totalizando 67.457, o que representou, aproximadamente, 95% da população urbana nesta faixa etária.

Das 138 escolas com 1º grau, 28 foram sorteadas por amostragem probabilística casual estratificada proporcionalmente por tipo de escola (pública ou privada) e número de escolares por região, representando todos os estratos socioeconômicos.

Considerou-se que a prevalência de dor recorrente nas crianças e adolescentes fosse aproximadamente 25%, e adotou-se margem de erro de 3%, com intervalo de confiança de 95%, resultando numa amostra de 791 escolares. Esse número foi elevado para 915 para atender aos critérios de semelhança entre as faixas etárias e sexo. Para o sorteio dos escolares da

amostra, utilizou-se a mesma técnica de amostragem proporcional por faixa etária. Para assegurar a aleatoriedade do sorteio, foi desenvolvido um "software" específico para escolas.

O projeto foi submetido à aprovação do comitê de Ética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. O parecer 014/99 foi favorável, condicionado à necessidade da obtenção dos consentimentos informados dos pais dos escolares que participariam do estudo. Optou-se por sortear 30% a mais de escolares diante da não-devolução das autorizações assinadas pelos pais, por esquecimento, perda, falta de compreensão, entre outros.

Após o consentimento dos pais, as entrevistas individuais foram realizadas nas escolas, no período entre agosto e dezembro de 1999. O instrumento elaborado para entrevista foi dividido em duas partes. A primeira com o objetivo de identificar e caracterizar as crianças sorteadas e sua família nos aspectos demográficos e socioeconômicos. A segunda parte, com 25 perguntas abertas e fechadas, foi respondida somente pelas crianças que tinham dor e registrava as características da dor referida. Para a localização da dor, utilizou-se também um diagrama corporal com vista dorsal e frontal, em que a criança assinalava o local da dor. A magnitude da dor foi avaliada por meio da Escala de Faces⁽⁸⁾. A cada face foram acrescentadas palavras descritoras de intensidade e um valor numérico. A seleção dos termos utilizados baseou-se em estudo realizado em 1998⁽⁹⁾. A qualidade da dor foi investigada por uma questão que pedia à criança para descrever como era sua dor ou com o que se parecia.

Os alunos de graduação em enfermagem foram selecionados e treinados para as entrevistas. Foi realizado teste-piloto numa escola com diferentes classes socioeconômicas, não-sorteada, que possibilitou o aperfeiçoamento de todas as fases do método planejado.

Os critérios existentes para definir-se dor crônica e dor recorrente são frágeis e sua utilização é mais apropriada para pesquisas epidemiológicas que para diagnósticos clínicos. O período mínimo de três meses para ocorrência foi o primeiro critério estabelecido de acordo com a taxonomia publicada pela IASP para dor recorrente e foi reforçado por McGrath⁽⁶⁾. Para

delimitação desse tempo proposto, foram utilizadas referências como, por exemplo, antes das férias, depois das férias de julho, antes do Natal, conforme outra pesquisa anteriormente realizada⁽¹⁰⁾. Cada ficha de entrevista de escolar com dor foi avaliada pela autora que, de acordo com os critérios específicos por local adotados no presente estudo, classificou a queixa algica como recorrente ou não.

Para a dor de cabeça, consideraram-se os critérios para enxaqueca sem aura na infância propostos pela International Headache Society (IHS), em 1988⁽²⁾:

“As crises podem durar de duas a quarenta e oito horas. Se a criança adormece e acorda sem a dor, considera-se que a crise de enxaqueca durou até o momento de despertar. A cefaléia tem, no mínimo, duas das seguintes características: localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou intensa (limitando ou impedindo atividades cotidianas), com agravamento por subir degraus ou por atividade física rotineira similar. Durante a cefaléia, há, no mínimo, um dos seguintes itens: náuseas e/ou vômitos; fotofobia e fonofobia”^(19:2).

No presente estudo, o período de 2h ou mais para a duração do episódio doloroso não foi considerado critério excludente, já que se reconhece que as enxaquecas infantis são menos prolongadas que a dos adultos. Outra exigência não-respeitada foi a presença obrigatória de fotofobia juntamente com fonofobia, considerando que a presença destes sintomas independentes não descaracterizava o episódio de enxaqueca.

A dor abdominal recorrente adotada para este estudo foi aquela que reaparece dentro de um período mínimo de três meses, com intensidade suficiente para interferir nas atividades diárias⁽¹¹⁻¹²⁾. Estabeleceu-se um mínimo de quatro atividades da vida diária prejudicadas pela dor, com a finalidade de reduzir a subjetividade do “interferir nas atividades da vida diária”.

A dor recorrente nos membros precisava incluir história de dor intermitente nos membros inferiores ou superiores, por, pelo menos três meses, com períodos livres de sintomas, e intensidade suficiente para interferir nas atividades normais, inclusive dormir⁽²⁾. Para este estudo, para considerar-se interferência nas atividades normais, pelo menos quatro das

atividades diárias deveriam ser prejudicadas pelo aparecimento da dor nos membros.

Para a dor na região dorsal inferior, sem etiologia específica, não foram estabelecidos critérios diagnósticos aceitos e comprovados para ser considerada crônica, além do tempo⁽²⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se do primeiro estudo epidemiológico brasileiro sobre dor recorrente em crianças e adolescentes com características originais e o rigor com a amostragem e seleção de critérios para a definição de dor recorrente representam um modelo de caminho metodológico para os desenhos de pesquisa sobre prevalência de dor na literatura nacional.

Alguns aspectos merecem destaque. O estudo foi realizado com base em uma população geral, ou seja, população não-clínica nem institucionalizada, com método de amostragem aleatória do escolar criteriosamente representativa para o município. A faixa etária estudada, dos sete aos 14 anos, é abrangente o suficiente para permitir a ocorrência das dores recorrentes mais comuns na infância e adolescência. Essa população permitiu utilizar o autorrelato como forma de investigação, visto que a dor é um fenômeno subjetivo, e a maior autoridade para falar da mesma é o ser que a sente, desde que tenha condições para fazê-lo. Na presente pesquisa, a busca de critérios para definir cada uma das dores recorrentes foi explorada de forma exaustiva, visto que os tipos de dores investigadas e a amplitude da faixa etária são fatores que interferem diretamente sobre a prevalência.

A investigação de dores recorrentes, a princípio não-especificadas por local, possibilita visão mais ampla sobre a magnitude do fenômeno que acomete crianças e adolescentes, pois permite a análise de dores múltiplas em uma mesma criança, demonstram a ocorrência de dores específicas e a associação entre dores diversas, como também sugere a suscetibilidade da criança à dor. Entretanto, a maioria dos estudos relata investigações de dores específicas por local e muitos deles são realizados em populações clínicas ou especiais^(1,10,13-14).

Os dados obtidos são relevantes para subsidiar a clínica, a pesquisa e o planejamento

de atendimento à saúde nesta área infanto-juvenil. Das 915 crianças entrevistadas, 263 (28,75%) referiram pelo menos uma dor recorrente que cumpriu os critérios estabelecidos (Tabela 1). Considerando-se o intervalo de confiança adotado de 95%, esta prevalência pode variar entre 25,85% e 31,82%. Vale ressaltar que, além das 263 crianças que se encaixaram nos critérios, outras 63 referiram queixas de dor que não foram consideradas como dores recorrentes pelas descrições que não cumpriam aos critérios.

Dentre os 263 escolares com dor, 54,75% eram do sexo feminino e 45,25% do sexo masculino, diferença não-estatisticamente

significante ($p=0,07$). Nos outros estudos⁽¹³⁻¹⁵⁾, as meninas também apresentaram maior prevalência de dor que os meninos, porém, nem sempre, foram aplicados testes estatísticos, ou essa diferença não alcançou significância estatística. Sugere-se que tal fato esteja relacionado às questões de gênero e devam-se às divergências na expressão e percepção da dor sob influências de fatores socioculturais.

A prevalência de dor recorrente por faixa etária foi semelhante nas faixas entre sete e nove anos (30,42%) e dez a 12 anos (30,67%), mas a dor foi menos frequente (24,44%) entre os adolescentes com 13 e 14 anos, embora não foi estatisticamente significativo ($p=0,177$).

Tabela 1 - Comparação entre escolares com e sem dor quanto a sexo, faixa etária, classe socioeconômica e escolaridade do chefe da família. Londrina, 1999.

Variáveis	Com dor		Sem dor		p/χ^2
	N	%	n	%	
Sexo					
Masculino	119	45,25	339	51,99	0,070
Feminino	144	54,75	313	48,07	
Faixa Etária					
7 a 9 anos	101	38,40	231	35,43	0,177
10 a 12 anos	96	36,50	217	33,28	
13 a 14 anos	66	25,10	204	31,29	
Classe Social					
A e B	97	36,88	215	32,98	0,385
C	104	39,54	258	39,48	
D e E	62	23,57	179	27,45	
Escolaridade do Chefe da Família					
Nenhuma/Primário incompleto	20	7,60	61	9,36	0,587
Primário completo/Ginásio incompleto	82	31,18	231	35,43	
Ginásio completo/Colegial incompleto	58	22,05	129	19,79	
Colegial completo/Superior incompleto	60	22,81	135	20,71	
Superior completo	43	16,35	96	14,72	
Total	263	100,00	652	100,00	

Poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência geral de dor nas crianças foram encontrados^(10,13-16) e nenhum inquérito populacional epidemiológico para dor não-específica por local utilizou critérios semelhantes aos do presente estudo. Portanto, a diversidade e não-explicação dos critérios nos estudos publicados dificultam a comparação dos resultados e as prevalências encontradas nos estudos prévios foram maiores que as da presente pesquisa. Conforme a Tabela 2, a dor de cabeça foi a de prevalência maior (15,96%),

seguida da dor nos membros (6,99%) e dor abdominal recorrente (6,78%). A prevalência de dor em mais de um local numa mesma criança foi de 3,39%. Das 297 queixas encontradas, quase a metade se localizava na cabeça, 21,55% nos membros e 20,87% no abdome. Dores na região dorsal (6,06%) e torácica anterior (2,36%) foram muito pouco frequentes na amostra estudada.

Com relação à frequência dos episódios, cerca de 70% das dores ocorria no mínimo uma vez por semana e, em torno de 20%, mensalmente. A frequência de dores cujos

episódios ocorreram menos de 1x/mês foi pequena em todos os locais. Outros autores^{(10,13-}

^{14,17)} observaram padrão semelhante, ou seja, os episódios são frequentes.

Tabela 2 - Distribuição dos escolares segundo o local da dor recorrente, sexo e faixa etária. Londrina, 1999.

Locais de dor	Freq (n = 915)		Sexo				Faixa Etária					
			Feminino (n = 457)		Masculino (n = 458)		7 – 9 (n = 332)		10 – 12 (n = 313)		13 – 14 (n = 270)	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Cabeça	146	15,9	80	17,50	66	14,41	50	15,06	53	16,93	43	15,93
Abdômen	62	6,78	35	7,66	27	5,90	33	9,94	25	7,99	4	1,48
Membros	64	6,99	34	7,44	30	6,55	29	8,73	20	6,39	15	5,55
Dorso	18	1,97	9	1,97	9	1,96	2	0,60	9	2,88	7	2,59
Tórax	7	0,76	2	0,44	5	1,09	1	0,30	4	1,28	2	0,74
Mais dores	31	3,39	16	3,50	15	3,28	12	3,61	14	4,47	5	1,85

Um dos poucos estudos sobre mais de uma dor ao mesmo tempo pesquisou 2.178 escolares de seis a 17 anos e não determinou a prevalência geral de dor, mas as prevalências específicas por local, encontrando 20,6% para dor de cabeça, 15,5% para dor do crescimento e 12,3% para dor abdominal recorrente, e 37,4% das crianças tinham associação de pelo menos duas dessas dores⁽¹⁴⁾. Embora os achados sejam resultantes de oito anos de estudo, os escolares eram questionados sobre a dor durante o exame clínico a que eram submetidos anualmente. Se resposta afirmativa, investigava-se os pais. A amostra limitou-se a uma só escola, o tempo de ocorrência e a frequência da dor não foram especificados.

Em estudo realizado na Finlândia⁽¹⁰⁾, 30,5% referiram dor de cabeça; 24,8% nos membros e 12,7% dor na região dorsal. Dos 1.756 escolares de nove a 12 anos entrevistados, 32,1% relataram alguma dor musculoesquelética semanal e, em 38,9% dos casos, mensalmente. Embora tenham estabelecido o tempo de ocorrência da dor de, no mínimo, três meses, definiram a dor como um sintoma e não como uma síndrome dolorosa.

Estudo com 2.193 adolescentes de 11 a 12 anos e 15 a 16 anos encontrou 40,4% dos adolescentes com uma ou mais dores que ocorriam semanalmente; 78,2%, com uma ou mais dores mensalmente e 35,7% referiram mais de um local com dor⁽¹³⁾. Além de terem investigado somente adolescentes, não estabeleceram tempo mínimo de ocorrência da dor.

Na Alemanha, foi realizado um estudo em que 80,1% das crianças e adolescentes referiram alguma dor nos últimos três meses. Destes, 57% tinham dor de cabeça, 43,2% dor abdominal, 41,6% tinham dor em membros e 32,9% dor lombar⁽⁵⁾.

Na Catalônia, encontrou-se uma prevalência de 37,3% de crianças entre oito e 16 anos com dor crônica, sendo 47% em membros, 43% na cabeça, seguida da dor abdominal (34,3%) e por último a dor lombar (11,3%), mas somente 5,1% tinham problemas com dor moderada ou intensa⁽¹⁵⁾. Diferentemente do presente estudo ao observar que mais da metade das dores foram de intensidade acima de forte em todos os locais, exceto no tórax anterior (42,86%). McGrath⁽¹⁾ descreve que a intensidade e a duração dos episódios das síndromes dolorosas recorrentes são variáveis. Alguns episódios são extremamente incapacitantes e outros moderados, a dor pode iniciar muito intensa ou aumentar gradativamente.

Apesar de o presente estudo não ter encontrado associação entre dor em geral, idade, classe social e escolaridade do chefe de família (Tabela 1), encontrou-se prevalência menor de dor nos membros nas classes sociais mais baixas (D e E) e nenhuma dor nos membros naquelas crianças cujo chefe da família tinha pequeno ou nenhum grau de escolaridade ($p=0,017$ e $p=0,004$), conforme demonstra a Tabela 3. Não houve associação de dor abdominal com sexo, classe social e escolaridade do chefe da família, mas associou-se a idade, isto é, houve menor prevalência na faixa etária de 13 e 14 anos ($p=0,001$). Poucos estudos epidemiológicos

pesquisaram a associação entre classe social e associação^(10,13,18).
dor nos membros, e a maioria não encontrou tal

TABELA 3 – Comparação entre os locais da dor e o sexo, faixa etária, classe socioeconômica e escolaridade do chefe da família. Londrina, 1999

Variáveis	LOCAIS DE DOR														
	Cabeça			Abdômen			Membros			Tórax			Dorso		
	N	%	p/ χ^2	N	%	p/ χ^2	N	%	p/ χ^2	N	%	p/Fi	N	%	p/ χ^2
Sexo															
Masculino	66	45,21	0,20	27	43,55	0,28	30	46,88	0,59	5	71,43	0,22	9	50,00	0,99
Feminino	80	54,79		35	56,45		34	53,13		2	28,57		9	50,00	
Faixa Etária															
7 a 9 anos	50	34,25	0,81	33	53,23	0,001*	29	45,31	0,27	1	14,29	0,35	2	11,11	0,07
10 a 12 anos	53	36,30		25	40,32		20	31,25		4	57,14		9	50,00	
13 a 14 anos	43	29,45		4	6,45		15	23,44		2	28,57		7	38,89	
Classe Social															
A e B	53	36,30	0,64	18	29,03	0,78	31	47,69	0,01*	2	28,57	0,63	7	38,89	0,85
C	59	40,41		26	41,94		24	37,50		2	28,57		6	33,33	
D e E	34	23,29		18	29,03		9	14,06		3	42,86		5	27,78	
Escolaridade do chefe da família															
Sem/Prim Inc	14	9,59	0,98	4	6,45	0,71	0	0,00	0,004*	0	0,00	0,20	3	16,67	0,71
Primcom./G.inc.	48	32,88		20	32,26		22	34,38		2	28,57		4	22,22	
Gincompl./Col.inc.	30	20,55		15	24,19		8	12,50		4	57,14		4	22,22	
Col.compl./Sup.inc	33	22,60		11	17,74		23	35,94		1	14,29		4	22,22	
Superior completo	21	14,38		12	19,35		11	17,19		0	0,00		3	16,67	
Total	146	100,0		62	100,0		64	100,0		7	100,0		18	100,0	

Na presente pesquisa, não se observou associação estatística entre estado conjugal dos pais, a ordem de nascimento entre os irmãos, a atividade laborativa das mães e a presença de dor recorrente ($p=0,542$; $p=0,179$ e $p=0,422$). Especula-se que ser o primeiro filho, possuir irmãos mais velhos ou ser filho único são situações diferenciadas que podem interferir diretamente na situação de saúde da criança, incluindo experiência dos pais, tamanho da família, disponibilidade de alimentos, tempo e atenção dos pais. Outros estudos também não encontraram associação estatística entre a ocorrência das síndromes dolorosas e aspectos relacionados à organização familiar^(11,18). Entretanto, o presente estudo observou prevalência maior de dor entre os escolares de pais com dor (74,52%) que em escolares de pais sem dor ($p=0,001$). Observou-se concordância entre os locais de dor nos escolares e em seus pais para dor de cabeça ($p=0,003$), dor nos membros ($p=0,0028$) e dor na região dorsal ($p=0,025$).

As razões para essa associação podem ser de ordem cultural e/ou biológica. As crianças observam o comportamento dos adultos e aprendem com eles a lidar com situações de vida, saúde e dor, adquirem padrões de como queixar-se, interpretar e lidar com a dor. Dores são, também, manifestações do padrão cultural aprendido no ambiente familiar e social circundante e a importância desse aprendizado não pode ser desconsiderada^(9,14). É possível que aspectos biológicos, como os relacionados à herança genética sobre a sensibilização do sistema nervoso e funcionamento do sistema supressor de dor, entre outros aspectos, possam concorrer para a história familiar de queixa de dor. Essa discussão é complexa, muito pouco conhecida na atualidade e extrapola os objetivos do presente estudo.

No presente estudo, aproximadamente 40% das dores levou os escolares a procurar o médico. As dores que mais levaram os escolares a procurar médico foram as localizadas na cabeça ($p=0,02$). Outro estudo também

comparou o uso do serviço de saúde da escola entre crianças com fibromialgia, crianças com dor na cabeça e crianças sem dor, e a diferença entre esses grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$)⁽¹⁰⁾. Considerando-se não só a procura pelo médico, mas também os exames, os gastos com medicamentos, horas perdidas de serviço dos pais e o estresse da família, entre outros, talvez as síndromes dolorosas deixem de ser considerados pequenos problemas de saúde pública.

A duração da queixa algica foi superior a seis meses em cerca de 35% dos escolares e superior a dois anos em 20% dos casos. O recurso utilizado de se associar o tempo de início e de recorrência da dor com acontecimentos marcantes na vida dos escolares (Natal, antes das férias, início das aulas, referencial de idade etc.) ajudou muito na precisão desse dado. Uma queixa de saúde, que se prolonga por mais de seis meses ou há mais de dois anos, pode desencadear uma série de desconfortos, mudanças nas atividades da criança e da família, que merecem atenção. Os programas educativos podem ser uma alternativa de auxílio para essas famílias, pois têm o objetivo de tornar as pessoas envolvidas como participantes ativos do processo terapêutico, corrigindo concepções, adequando comportamentos e atitudes que influenciam na percepção e modulação da experiência dolorosa⁽¹⁹⁾.

Considerou-se prejuízo causado pela dor quando houve alguma limitação ou restrição para a realização das atividades diárias. A prática de esportes foi a atividade mais prejudicada (77,78%), seguida de brincar (67%) e passear (65,71%). O fato de mais da metade dos escolares com dor (55,51%) referirem prejuízos na assiduidade escolar é um impacto que merece ser considerado. Mikkelsson⁽¹⁰⁾ observou que 43,2% dos escolares com dor musculoesquelética relataram falta escolar pela

dor e encontrou associação entre a frequência da dor (semanal, mensal) e a falta escolar. Quanto maior o índice de interferência nas atividades diárias, maior o valor preditivo para a persistência da dor. Sugere-se que a dor pode levar as crianças a evitar certas atividades, aumentando o impacto da dor na vida normal e também criando os denominados “ganhos secundários”. Os ganhos secundários podem prolongar os episódios de dor ou desenvolver novas crises, principalmente quando as crianças se encontram em situações de estresse⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o presente estudo seja epidemiológico, de natureza descritiva, o conhecimento da frequência, a caracterização das dores recorrentes e o reconhecimento dos prejuízos advindos para as crianças e suas famílias podem direcionar ações de prevenção, manejo e controle desse problema na perspectiva da coletividade e também do individual. Uma criança com dor precisa de apoio. Síndrome de dor recorrente é um rótulo genérico que denota um conjunto variável de fatores comuns e únicos. Fatores comportamentais, emocionais, situacionais e familiares, que possam contribuir para a ocorrência, agravamento ou manutenção do quadro, devem ser identificados e considerados na proposta de um tratamento.

A formação adequada dos profissionais de saúde sobre dores recorrentes na infância e adolescência deve ser estimulada visando a proporcionar conforto e bem-estar aos escolares e seus familiares, minimizar os prejuízos às atividades, em especial as escolares, evitar preocupações e conflitos desnecessários e auxiliar os profissionais e familiares na decisão sobre gasto com exames e tratamentos.

PREVALENCE AND CHARACTERIZATION OF RECURRENT PAIN IN SCHOOL CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE CITY OF LONDRINA

ABSTRACT

The purposes of this study were to determine the prevalence of recurrent pain in school children and adolescents in the city of Londrina, characterize the pain episodes and verify the existing associations between the pain and the studied variables. An epidemiological cross-sectional study was carried out. The sample was representative for school children and adolescents in Londrina ranging from 7-14 years of age that were interviewed in the school, after their parents' consent. Out of the 915 students that were interviewed, 28.75% mentioned some recurrent pain according to the criteria for each pain region and 3.39% had pain in more than one region.

Headache was the most frequent pain (15.96%), followed by pain in the limbs (6.99%) and abdominal pain (6.78%). There was no association between general pain and gender, age, social class, the chief of the family's schooling, parents' marital status, order of birth and the mother's work. The recurrent abdominal pain was statistically associated with age. Pain in the limbs was related to social class and the chief of the family's schooling. Children born from families with a history of pain showed more prevalence of recurrent pain when compared to those families with no pain complaints ($p=0.001$). More than half of the children had problems with assiduity as well as in leisure activities.

Keywords: Pain. Prevalence. Headache. Abdominal Pain. School Health.

PREDOMINIO Y CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR RECURRENTE EN ESCOLARES EN LA CIUDAD DE LONDRINA

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron determinar el predominio del dolor recurrente en los estudiantes de Londrina, caracterizar los cuadros álgicos y verificar las asociaciones existentes entre los dolores y las variables estudiadas. Fue realizado un estudio epidemiológico del tipo corte transversal. La muestra fue representativa para los escolares de 7 a 14 años de Londrina, que fueron entrevistados en la escuela, tras el consentimiento de los padres. De los 915 escolares entrevistados, un 28,75% refirió algún dolor recurrente conforme los criterios para cada local de dolor y un 3,39% presentaba dolor en más de un lugar. Dolor de cabeza fue el más frecuente (15,96%), seguido del dolor en los miembros (6,99%) y dolor abdominal (6,78%). No se observaron asociaciones entre los dolores generales con sexo, franja de edad, clase social, escolaridad del jefe de familia, estado conyugal de los padres, orden de nacimiento y actividad de trabajo de la madre. El dolor abdominal recurrente presentó asociación estadística con la franja de edad. El dolor en los miembros presentó asociación con la clase social y la escolaridad del jefe de familia. Niños de familiares con historia de dolor presentaron mayor predominio de dolor recurrente comparados a aquellas familias sin quejas de dolor ($p=0,001$). Más de la mitad de los niños tuvo la asiduidad escolar y las actividades de ocio perjudicadas por el dolor.

Palabras clave: Dolor. Dolor de Cabeza. Prevalencia. Dolor Abdominal. Salud Escolar.

REFERÊNCIAS

- McGrath PA. Chronic Pain in Children. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Leresche L, Korff MV, editors. *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP; 1999. cap. 7, p. 81-101.
- McGrath PJ, Finley GA. Chronic and recurrent pain in children and adolescents. In: *Progress in pain research and management*. Seattle: IASP Press; 1999. v. 10.
- Rossetto EG, Dellaroza MSG, Kreling MCGD, Cruz DAL, Pimenta CAM. Epidemiologia da dor em crianças, adultos e idosos. *Arq Bras Neurol*. 1999; 18(4): 213-24.
- Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(Supl.I): S65-S76.
- Roth-Isigkeit A. Zur Epidemiologie von anhaltenden und/oder wiederkehrenden schmerzen bei kindern. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2006 154:741-4. [citado 2009 abr 24]. Disponível em: www.monatsschriftkinderheilkunde.de.
- Zuccolotto SMC, Ranna W, Sucupira ACSL. Dores em geral e principais dores recorrentes: abdominal, cefaléia e em membros. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 200-6.
- Rossetto, EG. Dor recorrente em escolares na cidade de Londrina: prevalência, caracterização e impacto nas atividades diárias. 2000. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- Whaley LF, Wong DL. *Nursing care of infants and children*. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1987.
- Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arq Bras Neurol*. 1998 17(1):15-24.
- Mikkelsen, M. Musculoskeletal pain and fibromyalgia in preadolescents: prospective 1-year follow-up study. [tese]. Turun Yliopisto (TR): Medical Faculty of the University of Turku; 1998.
- Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1.000 school children. *Arch Dis Child*. 1958 33:165-70.
- Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Clinical epidemiology of childhood abdominal migraine in an urban general practice. *Dev Med Child Neurol*. 1993 35:243-8.
- Kristjánsdóttir G. Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among schoolchildren. *Scand J Soc Med*. 1997 25(1):58-63.
- Oster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatr*. 1972 50(3):429-36.
- Huguet A, Miró J. The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *J Pain*. 2008 9(3): 226-36.
- Roth-Isigkeit A, Raspe HH, Stöven H, Thyen U, Schmucker P. Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen-ergebnisse einer explorativen epidemiologischen studie. *Der Schmerz*. 2003 17:171-8.
- Passchier J, Orlebeke JF. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia*. 1985 5:167-76.

-
18. Oberklaid F, Amos D, Liu C, Jarman F, Sanson A, Prior M. "Growing pains": clinical and behavioral correlates in a community sample. *J Dev Behav Pediatr.* 1997 18(2):102-6.
19. Pedrosa MFV, Pimenta CAM, Cruz DALM. Efeitos dos programas educativos no controle da dor pós-operatória. *Ciênc Cuid Saúd.* 2007; 6(1):21-32.
20. Young NL, Yoshida KK, Williams JI, Bombardier C, Wright JG. The role of children in reporting their physical disability. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995 76:913-8.
-

Endereço para correspondência: Edilaine Giovanini Rossetto. Av. Gil de Abreu e Souza, nº 1501, CEP: 86058-100, Londrina, Paraná.